

## CASE REPORTS

### TEXTILOME RENAL A PROPOS D'UN CAS

B. ZANGO<sup>1</sup>, D. RIZET<sup>1</sup>, L. CABANIOLS<sup>1</sup> ET G. LAFFARGUE<sup>2</sup>

Services d'Urologie<sup>1</sup> et de Radiologie<sup>2</sup>, CHU de Montpellier, Hôpital Lapeyronie, France

#### INTRODUCTION

Le textilome rénal ou pseudotumeur rénale formée autour d'un textile oublié lors d'un geste chirurgical peut tout à fait mimer une tumeur rénale et faire pratiquer une chirurgie lourde; d'où l'intérêt de faire le diagnostic préopératoire pour éviter ce type de chirurgie. L'incidence des corps étrangers oubliés au cours des laparotomies est estimée à 3 pour 10000 dont 2 pour 100 concernant la chirurgie rénale<sup>1</sup>. Le corps étranger qui est du textile dans 76 pour 100 des cas<sup>1</sup> peut entraîner la formation d'un abcès aigu ou donner lieu à une réaction fibreuse enkystant le corps étranger à l'origine de la pseudo-tumeur<sup>2</sup>. Ces textilomes peuvent rester asymptomatiques pendant de nombreuses années ou donner lieu à quelques vagues douleurs ce qui retarde le diagnostic<sup>3,4</sup>. Aujourd'hui celui-ci peut être facilité par le marquage des compresses mais ces marqueurs n'existaient pas il y a quelques décennies.

Dans le but d'analyser les éléments pouvant orienter vers le diagnostic préopératoire, nous rapportons ici le cas d'une patiente porteuse d'une compresse oubliée 40 ans auparavant.

#### OBSERVATION

Madame SJ, âgée de 84 ans, pour une asthénie croissante évoluant depuis plusieurs semaines bénéficie d'un scanner thoraco-abdomino-pelvien réalisé en cabinet de ville. Celui-ci révèle une masse hétérogène de 75 mm de diamètre au niveau de la lèvre antérieure du rein gauche refoulant la veine rénale

et le rein en arrière. Cette masse présente des calcifications périphériques et centrales. Il n'a pas été fait de série sans injection, mais la masse ne se rehausse pas à l'examen des coupes faites au temps portal (Fig. 1, 2 et 3); au temps excrétoire à 10 minutes après injection de produit de contraste (Fig. 4) la tonalité reste identique à celle du temps portal.

Dans ses antécédents médicaux on relève une néphrolithotomie gauche par lombotomie il y a une quarantaine d'années dans un autre hôpital.

L'examen physique est pauvre et le bilan biologique est normal. En particulier il n'y a pas d'anémie ni de syndrome inflammatoire ni insuffisance rénale.

Le diagnostic de tumeur rénale est posé. Le bilan d'extension est normal.

Une néphrectomie élargie gauche difficile, en raison d'accolements, est réalisée par voie sous-costale gauche.

L'analyse histologique de la pièce montre un rein très largement détruit par une volumineuse masse nécrotique pseudo-kystique renfermant des reliquats de textile tissé. La lésion délimitée par une pseudo-capsule fibreuse est sans lésion tumorale.

#### DISCUSSION

Le diagnostic préopératoire de textilome peut être fait chez un patient ayant des antécédents chirurgicaux si on y pense. Sinon l'erreur est fréquente car il n'existe pas d'éléments caractéristiques sur le plan

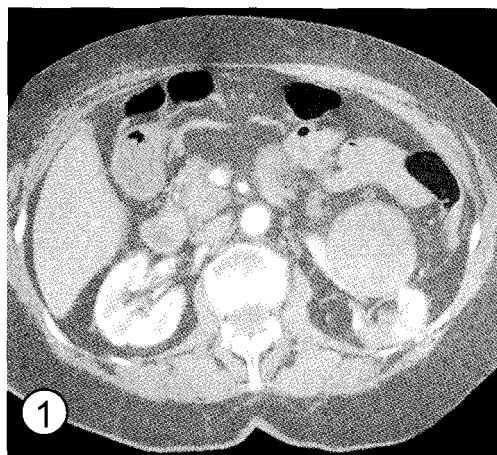


Fig. 1: Temps portal, coupe passant par la veine rénale

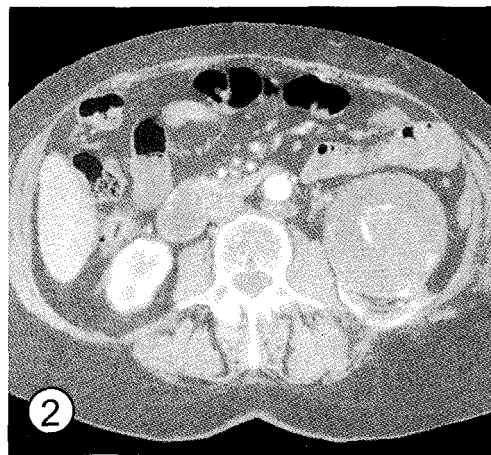


Fig. 2: Temps portal, coupe médio-rénale

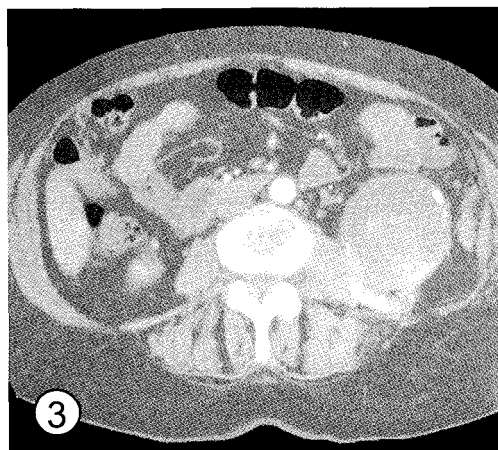


Fig. 3: Temps portal, coupe au niveau du pôle inférieur du rein

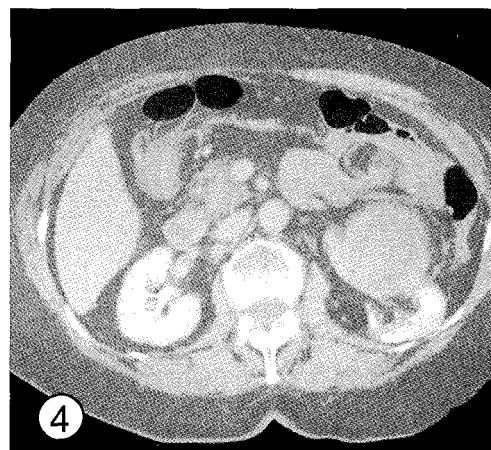


Fig. 4: Temps d'excrétion à 10 minutes après injection, coupe au niveau de la veine rénale

clinique. Les circonstances de découverte n'ont rien de spécifique et se résument souvent en des douleurs de la fosse lombaire<sup>2,5,6</sup> ou une masse lombaire asymptomatique<sup>1</sup> ou encore une altération de l'état général comme dans notre observation ou dans celle de Sheward et coll. à propos d'un cas intrapéritonéal<sup>7</sup>. Cette altération de l'état général dans notre observation n'avait rien de spécifique et n'était peut-être pas à lier au textilome d'autant plus qu'il n'y avait pas d'anémie ni signe infectieux.

L'examen physique est pauvre et les examens biologiques sont sans particularité la plupart du temps<sup>6</sup>. Le diagnostic préopératoire n'était pas correct dans notre observation.

Le diagnostic de textilome peut être fait par l'imagerie:

La radiographie de l'abdomen sans préparation est le premier examen à faire. Elle est le plus souvent normale mais elle peut révéler le fil métallique du textile s'il y en a un ou mettre en évidence une masse spongieuse correspondant à l'air emprisonné entre les mailles du textile<sup>2,4,6</sup>. Cet examen n'avait pas été fait dans notre observation. Dans tous les cas il y a 40 ans on ne disposait pas de marqueur sur les compresses.

L'échographie met en évidence une masse kystique souvent bien encapsulée avec une

structure interne mal définie hétérogène, sans prise de doppler particulière, une paroi hypoéchogène et un cône d'ombre postérieur intense<sup>2,6,7</sup>. L'échographie n'avait pas non plus été faite dans notre observation

Le scanner peut montrer une masse ronde bien délimitée inhomogène à paroi dense se rehaussant à l'injection de produit de contraste, évoquant une tumeur rénale<sup>3</sup>. L'intérieur de la masse a un aspect ondulé ou serpiginieux ou en tourbillon assez caractéristique<sup>2,6</sup>. Dans les cas très anciens comme le nôtre il est difficile de voir cet aspect en raison de la destruction du textile<sup>4</sup>. Dans 40 pour 100 des cas c'est la paroi qui se rehausse à l'injection de produit de contraste correspondant vraisemblablement à l'inflammation de cette paroi<sup>7,8</sup>.

L'imagerie par résonance magnétique peut mettre en évidence une structure plissée caractéristique évoquant une compresse. Cet examen a un grand intérêt dans les cas douteux avec les autres types d'examen<sup>6</sup>.

Outre le textilome un autre diagnostic pouvait être évoqué: celui de kyste hydatique du rein. Les kystes hydatiques rénaux représentent 6% de l'ensemble des atteintes<sup>9</sup>. Leur caractérisation est superposable à celle des kystes hydatiques hépatiques avec la même classification de Gharbi et col.<sup>10</sup>. L'aspect du kyste est fonction de sa maturation et c'est le type 4 qui paraît le plus proche du textilome et qui en est l'un des principaux diagnostics différentiels. Il s'agit d'une masse hétérogène avec une large matrice centrale, pseudo-tumorale.

Si le diagnostic préopératoire est correct et le corps étranger est toléré une simple surveillance peut être instaurée. Chez notre patiente le tableau évocateur de tumeur du rein (masse avec des calcifications centrales et surtout altération de l'état général) nous a poussés à l'intervention. Cependant l'absence de rehaussement aurait pu nous faire évoquer le bon diagnostic surtout avec la présence de cicatrice de lombotomie.

Les mesures préventives de l'oubli des compresses comprennent entre autres: (1) l'utilisation de compresses marquées (celle-ci est systématique dans la plupart des blocs opératoires y compris le nôtre); (2) le compte

des compresses (le compte également systématique dans la plupart des blocs opératoires comme le nôtre minimise l'oubli sans l'éviter, le compte pouvant être erroné soit dans l'emballage soit en per-opératoire); et (3) la radiographie systématique sur table d'opération en cas de doute.

En conclusion, le diagnostic préopératoire de textilome rénal doit être évoqué en présence de masse rénale s'il existe un antécédent de chirurgie rénale ouverte. L'oubli peut être minimisé par le compte des compresses. L'imagerie qui est caractéristique doit aussi faire discuter un kyste hydatique du rein.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. Ballesteros Sampol JJ, Alameda Quillet F, Pares Puntas ME. Tres raros casos de textilomas tras cirugía renal. Revisión de la literatura. *Arch Esp Urol* 2002, 55:25.
2. Llull MJ, Muñoz Velez D, Hidalgo Pardo F *et al*. Cuerpo extraño como pseudotumor renal en un paciente con poliquistosis renal. *Arch Esp Urol* 2000, 53:831.
3. Ben Meir D, Lask D, Koren R, Livne PM. Intrarenal foreign body presenting as a solid tumor. *Urology* 2003, 61:1035.
4. Liessi G, Semisa M, Sandini F, Roma R, Spaliviero B, Marin G. Retained surgical gauzes: acute and chronic CT and US findings. *Europ J Radiol* 1989, 9:182.
5. Uribe CA, Castellanos RI, Velez A, Florez F, Gaviria F. Unusual cause of a mass in the superior pole of the kidney: report of a case. *Arch Esp Urol* 2002, 55:958.
6. Mochizuki T, Takehara Y, Ichijo K, Nishimura T, Takahashi M, Kaneko M. Case report: MR appearance of a retained surgical sponge. *Clinic Radiol* 1992, 46:66.
7. Sheward SE, Williams AG Jr, Mettler FA Jr, Lacey SR. CT appearance of a surgically retained towel (gossypiboma). *J Comp Ass Tom* 1986, 10:343.
8. Coche G, Pardonnet MH, Chanois AM *et al*. Ultrasonography and x-ray computed tomography in the diagnosis of intra-abdominal textiloma. Apropos of 12 cases. *J Radiol* 1988, 69:243.
9. Dähnert W. *Radiology Review Manual*. 2<sup>nd</sup> ed., Williams & Wilkins, p. 438, 1993.
10. Gharbi HA, Hassine W, Brauner MW, Dupuch K. Ultrasound examination of the hydatid liver. *Radiology* 1981, 139:459.