

ÎNLĂTURAREA CORPILOR STRĂINI TEXTILE REȚINUTE ÎN ABDOMEN

Guțu Serghei¹, Guzun Vasile², Rojnovceanu Gheorghe³

¹ IMSP IMU

² IMSP SCM nr.1 „Gheorghe Paladi”;

³ Catedra de chirurgie nr.1 „Nicolae Anestiadi”, USMF „Nicolae Testemițanu”

Autorul correspondent: Guțu Serghei, e-mail: gutsu-sergiu@mail.ru

Rezumat

Reținerea neintenționată a corpurilor străini în interiorul pacientului după intervenție chirurgicală este o eroare medicală gravă. Obiectele rămase cel mai frecvent sunt meșele de tifon numite „textiloame”. Datele despre metodele și particularitățile eliminării textiloamelor abdominale sunt limitate și contradictorii.

Au fost identificate 21 de cazuri de textilom abdominal. S-a colectat și evaluat următoarele date: sex și vârstă a pacienților; operația primară; diagnosticul preliminar; timpul de la operația inițială; manifestările clinice; abordările diagnostice și rezultatele examinărilor; metodele de eliminare a textilomului; volumul intervenției repetate, evoluția postoperatorie. Dintre pacienți, 15 (71,4%) erau femei și 6 (28,6%) bărbați, cu o vârstă medie de $36,5 \pm 3,1$ ani. Intervenția chirurgicală primară, în care textilomul a fost lăsat în cavitatea abdominală, a fost efectuată pentru indicații obstetricale și ginecologice la 9 pacienți, iar pentru patologia chirurgicală – la 12. Intervalul de timp de la operația primară până la diagnosticarea textilomului a variat de la o zi la 16 ani (în mediu $172,1 \pm 56,4$ săptămâni). Pe lângă examenul clinic pentru diagnosticarea textilomului abdominal au fost utilizate radiografia, ultrasonografia și tomografia computerizată. Eliminarea textilomului a necesitat intervenții chirurgicale repetate în 95,2% din cazuri, și în 4 (19,0%) cazuri a fost însoțită de proceduri rezecționale impuse.

Pentru eliminarea textilomului abdominal majoritatea pacienților necesită o laparotomie repetată, al cărei volum depinde de durata și localizarea corpului străin, precum și gradul de implicare a organelor vecine.

Cuvinte cheie: textilom, corp străin, cavitate abdominală, examinările imagistice, reoperație, eroare medicală

Summary

Extraction of textile foreign bodies retained in the abdomen

Unintentional retention of foreign bodies inside the patient after surgery is a serious type of medical error. The most common remaining objects are gauze meshes called “textilomas”. The data on methods and features of abdominal textilomas elimination are limited and contradictory. There were identified 21 cases of abdominal textiloma. The following data were collected and assessed: gender and age of patients; type of primary surgery; preliminary diagnosis; time interval since the initial surgery; clinical manifestations; diagnostic approaches and studies results; methods of textiloma elimination; volume of repeated surgery, postoperative evolution. Among the patients, 15 (71.4%) were women and 6 (28.6%) were men, with a mean age of 36.5 ± 3.1 years. The primary surgical procedure, in which textiloma was left in abdominal cavity, performed for obstetric and gynecological indications in 9 patients, and for surgical pathology – in 12. The time interval from the primary surgery to diagnosis of textiloma ranged from 1 day to 16 years (average 172.1 ± 56.4 weeks). In addition to physical examination, for the diagnosis of abdominal textiloma were used radiography, ultrasonography and computer tomography. Elimination of textiloma required repeated surgical interventions in 95.2% of cases, and in 4 (19.0%) cases was accompanied by forced resection procedures. To remove the abdominal textiloma, most patients require a repeated laparotomy, the volume of which depends on duration and location of foreign body, as well as degree of involvement of neighboring organs.

Key words: textiloma, foreign body, abdominal cavity, imaging studies, reoperation, medical error

Резюме

Удаление текстильных инородных тел, оставленных в брюшной полости

Непреднамеренное оставление инородных тел внутри пациента после хирургического вмешательства представляет тяжелый тип медицинской ошибки. Наиболее часто оставляемыми объектами являются марлевые салфетки, называемые «текстиломы». Данные в отношении методов и особенностей удаления текстилом брюшной полости ограничены и противоречивы. Были установлены 21 случай абдоминальных текстилом. Собраны и оценены следующие данные: пол и возраст пациентов; вид первичной операции; предварительный диагноз; период времени от исходной операции; клинические проявления; диагностические подходы и результаты обследования; методы удаления текстиломы; объем повторной операции, послеоперационная эволюция. Среди пациентов 15 (71,4%) были женщины и 6 (28,6%) – мужчины, со средним возрастом $36,5 \pm 3,1$ лет. Первичное хирургическое вмешательство, при котором текстилома была оставлена в брюшной полости, было выполнено по акушерско-гинекологическим показаниям у 9 пациентов, и по поводу хирургической патологии – у 12. Временной интервал от первичной операции до диагностирования текстиломы варьировал от 1 дня до 16 лет (в среднем $172,1 \pm 56,4$ недель). Помимо клинического обследования, для диагностики абдоминальной текстиломы использовали рентгенографию, ультрасонографию и

компьютерную томографию. Удаление текстиломы потребовало повторного хирургического вмешательства в 95,2% случаев, и в 4 (19,0%) наблюдениях сопровождалось вынужденными резекционными процедурами. Для удаления абдоминальной текстиломы у большинства пациентов требуется повторная лапаротомия, объем которой зависит от давности и локализации инородного тела и степени вовлечения окружающих органов.

Ключевые слова: текстилома, инородное тело, брюшная полость, инструментальные исследования, повторная операция, медицинская ошибка

Introducere. Reținerea neintenționată a corpiilor străini în interiorul pacientului după intervenție chirurgicală reprezintă una dintre cele mai severe forme de iatrogenie chirurgicală. Meșe, tampoane și prosoape de tifon sunt folosite în toate intervențiile chirurgicale și în toate cavitățile corpului pentru a absorbi sângele și, ca urmare, sunt obiectele cel mai frecvent lăsate, reprezentând 80-90% [1, 2]. Un corp străin textil (CST) lăsat neintenționat în interiorul unui pacient în timpul intervenției chirurgicale este, de asemenea, denumit „textilom”, derivat din „textilis” - împletire în latină și „oma” - boală, tumoare, edem în greacă [3]. Conform celor mai plauzibile estimări, frecvența textiloamelor rămase în cavitatea abdominală variază de la 1/1000 la 1/3000 din intervențiile chirurgicale deschise [4, 5]. Cu toate acestea, este probabil ca incidența raportată să fie mult subestimată, deoarece nu toate cazurile de textilom sunt diagnosticate sau dezvăluite. Acesta din urmă este asociat atât cu evoluția de lungă durată, adesea asimptomatică a CST, cât și cu ascunderea deliberată a cazurilor stabilite, chiar și în rândul colegilor din aceeași clinică, din cauza riscului de consecințe medico-legale [6, 7, 8]. Deși evoluția naturală și caracteristicile diagnostice ale textiloamelor abdominale sunt bine descrise în literatura medicală, date privind metodele și particularitățile înlăturării acestora sunt destul de limitate și contradictorii. Prezentul studiu se bazează pe evaluarea experienței clinice în diagnosticul și tratamentul unei serii de cazuri de CST lăsate neintenționat în abdomen.

Scopul studiului a constat în evaluarea metodelor și rezultatelor în rezolvarea finală a textilomului abdominal, în dependență de caracteristicile evolutive și clinice ale acestuia.

Material și metode. Acest studiu retrospectiv și prospectiv de caz-control a fost realizat simultan în două spitale din Chișinău: IMSP Institutul de Medicină Urgentă și IMSP Spitalul Clinic Municipal nr.1 „Gheorghe Paladi”. Pe parcursul a 15 ani, au fost identificate 21 de cazuri de CST abdominale. În toate cazurile au fost colectate și analizate următoarele date: sexul și vârsta pacienților; tipul, gradul de urgență și alte caracteristici ale intervenției primare în care CST a fost lăsat în cavitatea abdominală; diagnosticul preliminar înainte de depistarea textilomului; timpul de la operația inițială până la diagnosticarea CST; manifestările clinice; abordările diagnostice și rezultatele ale examinărilor; metodele de îndepărtare a texti-

lomului; volumul intervenției chirurgicale repetate, evoluția și complicațiile postoperatorii. Proiectul și protocolul studiului au fost aprobate de Comitetul de Etică al USMF „Nicolae Testemițanu” cu nr.48 din 12.02.2022. A fost respectat cu strictețe principiul confidențialității privind dezvăluirea datelor cu caracter personal ale pacienților.

Rezultate. Din cei 21 de pacienți incluși în studiu, 15 (71,4%) erau femei și 6 (28,6%) bărbați. Vârsta medie a pacienților a fost de 36,5±3,1 ani (de la 20 până la 74 de ani). Intervenția chirurgicală primară, în care CST a fost lăsat neintenționat în cavitatea abdominală, a fost efectuată pentru indicații obstetricale și ginecologice la 9 pacienți, iar pentru diferite afecțiuni chirurgicale – la 12 (Tabelul 1). Volumul intervențiilor chirurgicale efectuate a fost: operație cezariană (5 pacienți), anexectomie în cazul unei sarcini ectopice complicate cu hemoragie intraabdominală (2), îndepărtarea unui chist ovarian (1), histerectomie pentru miom uterin (1), colecistectomie deschisă pentru colecistită acută (2), hernie inghinală (1), hernie ventrală incizională (1), laparotomie pentru plagă penetrantă a cavității peritoneale (2), splenectomie pentru traumatism abdominal închis (1), hemicolecotomia stângă pentru sindromul de colostază cronică (1), duodenotomia și sutura hemostatică a unui ulcer duodenal hemoragic (1), laparotomie pentru pancreonecroză infectată (1), apendicectomie (1) și șuntarea spleno-renală urgentă pentru hemoragie esofagiană variceală (1). Majoritatea intervențiilor chirurgicale primare (16 - 76,2%) au fost efectuate pentru indicații urgente.

Intervalul de timp de la retenția neintenționată a CST în cavitatea abdominală până la diagnosticarea textilomului în studiul de față a variat semnificativ și a constituit de la o zi la 16 ani, cu o medie de 172,1±56,4 săptămâni (Tabelul 1). Doar la trei pacienți diagnosticul de CST a fost stabilit în perioada postoperatorie precoce în prima săptămână după intervenția chirurgicală. Respectiv, doar la acești trei (14,3%) pacienți, încă aflați în staționar, au fost suspectat un diagnostic veridic de CST (cazurile #4, 11, 19). Restul pacienților s-au adresat în perioada postoperatorie tardivă sau îndepărtată, prezentând semne clinice variabile și nespecifice: complicații purulente postoperatorii precum abces, hematom infectat al cavității abdominale (4 pacienți); ocluzie intestinală completă sau parțială (2); fistulă purulentă a cicatriciului postoperator (3); tumori abdominale (5); implant de endometrioza

Tabelul 1.

Caracteristicile pacienților cu textilomul abdominal

nr. d/o	Sex, vârstă (ani)	Operație primară	Perioada de timp (săptămâni)	Diagnostic la adresare repetată	Metoda eliminării
1	F, 29	Operație cezariană	4	Hematom supurat	Laparotomie, înlăturare CST
2	F, 28	Hernioplastie ventrală	20	Formațiune de volum (textilom)	Laparotomie, înlăturare CST
3	B, 52	Hernioplastie inghinală	280	Chist retroperitoneal	Laparotomie, înlăturare CST
4	F, 27	Operație cezariană	<1	Hematom interintestinal (textilom)	Laparotomie, înlăturare CST
5	F, 26	Sarcina extrauterină	8,5	Abces abdominal	Laparotomie, înlăturare CST
6	B, 32	Plagă penetrantă a abdomenului	417	Tumoare gastrică	Laparotomie, rezecție gastrică subtotală cu tumoare (CST)
7	B, 22	Plagă penetrantă a abdomenului	1,5	Abces subhepatic	Laparotomie, înlăturare CST
8	F, 54	Colecistectomie deschisă	69	Ulcer gastric	Extragerea endoscopică a CST
9	F, 32	Sarcina extrauterină	24	Abces abdominal	Laparoscopie, conversie, înlăturare CST, suturarea fistulei colonului
10	B, 37	Necrosectomia pancreatică	678	Fistula purulentă a cicatricului	Laparotomie, înlăturare CST
11	F, 21	Operație cezariană	1	Abces interintestinal (textilom)	Laparotomie, înlăturare CST, histerectomie totală
12	F, 24	Hemicolectomie stânga	11	Ocluzie intestinală	Laparotomie, rezecție segmentară de jejun cu CST
13	B, 57	Splenectomie	47	Pseudochist pancreatic	Laparotomie, înlăturare CST
14	F, 35	Operație cezariană	21	Fistula purulentă a cicatricului	Laparotomie, înlăturare CST
15	F, 29	Chistectomie ovarului drept	308	Endometrioza ovarului stâng	Laparotomie, înlăturare CST
16	F, 20	Șunt spleno-renal	832	Chist dermoid intraperitoneal	Laparotomie, înlăturare CST
17	F, 74	Sutura ulcerului duodenal hemoragic	14	Fistula purulentă a cicatricului	Laparotomie, înlăturare CST
18	F, 50	Histerectomia	339	Litiază biliară	Laparoscopie, conversie, înlăturare CST
19	F, 26	Operație cezariană	<1	Textilom	Laparotomie, înlăturare CST
20	F, 51	Colecistectomie deschisă	26	Tumoare abdominală	Laparotomie, înlăturare CST
21	B, 40	Apendicectomie	170	Ocluzie intestinală	Laparotomie, înlăturare CST

(1); ulcer gastric cronic (1); pseudochist pancreatic (1). Într-un caz (pacientul #19), un CST care imită o tumoare a fost descoperit accidental în timpul colecistectomiei laparoscopice.

În afară de examinarea clinică, au fost utilizate metode imagistice convenționale pentru a diagnostica CST. Radiografia abdominală panoramică a fost efectuată la 6 pacienți, în principal pentru a identifica patologia urgentă suspectată. Totodată radiografia nu a fost informativă în stabilirea diagnosticului de CST. Ecografia abdominală a fost efectuată la 15 pacienți. Deși în 4 cazuri medicul imagist a sugerat prezența CST, această concluzie nu a stat la baza luării unei decizii privind tratamentul chirurgical. Dimpotrivă, computer tomografia (CT) a cavității abdominale a fost efectuată la 13 pacienți și a stabilit

semne imagistice convingătoare de CST în 12 (92,3%) cazuri. Într-un singur caz, imaginea textilomului a fost interpretată greșit ca un pseudochist pancreatic (pacientul #13).

Îndepărtarea CST lăsate neintenționat în cavitatea abdominală a necesitat intervenții chirurgicale repetate în majoritatea (20 - 95,2%) cazurilor (Tabelul 1). Excepție fiind o observație (pacienta #8), în care textilomul, care a provocat eroziunea peretelui gastric simulând un ulcer cronic, a fost extras endoscopic. Totodată, anestezia generală a fost folosită în 18 cazuri, iar anestezia spinală – în două cazuri.

La 16 (76,2%) pacienți a fost efectuată laparotomie repetată cu înlăturarea simplă a CST. În unele cazuri, îndepărtarea textilomului din cavitatea abdominală a fost însoțită de rezecția impusă a unui

fragment de oment, care a limitat procesul patologic. Intervenții chirurgicale mai extinse au fost necesare în 4 (19,0%) cazuri. La pacienta #9, CST a provocat necroză locală a peretelui colonului sigmoid, cu necesitatea suturării defectului. În cazul #12, textilomul a migrat complet prin peretele jejunal în lumen, provocând ileus mecanic. S-a efectuat rezecția unui segment de jejun cu aplicarea anastomozei interintestinale. Pacientul #6 a suportat o rezecție gastrică subtotală pentru o tumoare inflamatorie imitată prin încorporarea intramurală a CST. În acest caz prezența textilomului a fost identificată doar în timpul examinării postoperatorii a specimenului rezecat. Iar în a patra observație (pacienta #11), procesul inflamator local provocat de CST a dus la necesitatea efectuării unei histerectomii totale.

Din fericire, în seria noastră de cazuri nu au fost înregistrate decese. Durata medie a spitalizării, inclusiv examinării preoperatorie, a fost de $16,2 \pm 2,6$ zile (interval 5-46 zile). Cu toate acestea, patru pacienți (cazurile #5, 6, 7, 12) au necesitat tratament postoperator de lungă durată, depășind 30 de zile, din cauza dezvoltării diferitor complicații septico-purulente.

Discuții. Reținerea neintenționată a corpilor străini în interiorul pacientului după intervenția chirurgicală este una dintre cele mai grave erori medicale iatrogene [9]. Materiale textile sunt folosite în toate operațiile și în toate cavitățile corpului pentru absorbția sângelui și, ca urmare, sunt obiectele cel mai frecvent abandonate, reprezentând 80-90% [1, 2]. Conform celor mai medii estimări, frecvența textiloamelor rămase în cavitatea abdominală variază de la 1/1000 la 1/3000 intervenții chirurgicale abdominale deschise [4, 5]. Însă nu toate cazurile de textilom sunt diagnosticate sau dezvoltate. Aceasta din urmă este explicată atât cu evoluția îndelungată adesea asimptomatică a CST, cât și cu ascunderea deliberată a cazurilor stabilite, chiar și în rândul colegilor din aceeași clinică, din cauza riscului consecințelor medico-legale [6, 7, 8]. Seria noastră cuprinde 21 de cazuri documentate de CST al cavității abdominale, depistate pe o perioadă de 15 ani în două mari spitale din municipiul Chișinău, fiecare efectuând 3-4 mii de intervenții chirurgicale și obstetrico-ginecologice abdominale pe an. Cu toate acestea, o simplă confruntare a datelor nu este corectă și nu poate oferi o incidență reală a textiloamelor abdominale. În plus, mai mult de jumătate dintre pacienții cu CST abdominal incluși în studiu au suportat o intervenție chirurgicală primară în spitale raionale sau chiar în alte țări.

În pofida recomandărilor internaționale actuale privind regulile de numărare a tamponelor și meșelor de tifon înainte și după operație, introducerea utilizării materialului de tifon cu markeri radioopaci în practica sălilor de operație, continuă să

apară accidente de retenție neintenționată a acestora în cavitatea abdominală [6, 10]. Probabil că principala problemă constă în factorul uman, adică în erori care nu pot fi eliminate complet, dar care ar trebui minimizate. Prin urmare, este necesar să se elaboreze standarde instituționale pentru numărarea obiectelor textile, respectarea strictă a regulilor de lucru în sala de operație, participarea și responsabilitatea pentru numărarea tuturor membrilor echipei chirurgicale, precum și formarea profesională continuă și îmbunătățirea abilităților relevante ale personalului sălii de operație [10].

Intervenția chirurgicală primară, în timpul căreia CST au fost neintenționat lăstate în cavitatea abdominală, a fost efectuată pentru indicații urgente la 76,2% dintre pacienții din seria noastră. Operația urgentă a fost remarcată în multe publicații ca un factor de risc important pentru retenția neintenționată a CST, ceea ce se explică prin mai multe motive: hemoragii necontrolate, deoarece țesutul de bumbac îmbibat cu sânge devine greu de distins de structurile din jur; modificări neașteptate în planul procedurilor chirurgicale și dezorganizare; creșterea duratei operației; oboseala fizică și psihică a personalului blocului operator; graba și neatenția la numărarea obiectelor textile și altele, inclusiv experiență mai redusă a chirurgilor tineri care de obicei efectuează operații de urgență [4, 8, 11].

Evoluția naturală a CST rămase în cavitatea abdominală variază foarte mult. Textiloamele pot provoca manifestările clinice și complicații severe, sau pot rămâne asimptomatice mulți ani fiind depistate incidental în timpul examinărilor imagistice de rutină [9]. Se remarcă că textiloamele intracorporale provoacă două tipuri de reacții [4, 12]. Primul este un răspuns fibrinos aseptice, în care CST este limitat într-o capsulă fibroasă sterilă, mimând formațiunile tumorale. Al doilea tip de reacție - exsudativ, este, de regulă, însoțit de un răspuns inflamator, manifestându-se sub forma unui abces abdominal sau formarea de fistule interne sau externe [8, 12]. Spre deosebire de reacția fibrinoasă, răspunsul inflamator apare de obicei relativ precoce. În seria noastră de pacienți s-au notat ambele reacții clasice descrise, iar unele cazuri pot fi atribuite unui tip mixt. Astfel, la 7 pacienți (#3, 6, 10, 15, 16, 18, 20), textiloamele abdominale au rămas mulți ani asimptomatice sau au fost însoțite de manifestări foarte șterse și nespecifice. În două cazuri (pacienții #14, 17), CST s-a manifestat în perioada postoperatorie tardivă cu formarea unei fistule purulente externe care leagă cavitatea textilă cu suprafața pielii. Migrarea transmurală completă sau parțială a CST în lumenul organelor cavitare, cu formarea unei fistule, a fost stabilită la încă trei pacienți (#8

- stomac, #9 - colon, #12 - jejun), care în ultimul caz a provocat ocluzie intestinală acută. În cele din urmă, un răspuns inflamator sever produs de CST, pe deplin în concordanță cu tabloul clinic al abcesului abdominal postoperator, a fost detectat în alte patru cazuri (pacienții #1, 5, 7, 11).

Confirmarea imagistică a textilomului abdominal prezintă o problemă separată. În spitalele în care s-a efectuat studiul, nu există practica utilizării de rutină a meșelor de tifon cu markeri radioopaci. Prin urmare, în seria prezentată, o examinare radiologică a abdomenului, așa cum era de așteptat, nu a devenit informativă pentru detectarea textilomului, deși s-a dovedit a fi utilă pentru diagnosticarea complicațiilor (ocluzie intestinală, abces). De asemenea, ultrasonografia abdominală s-a dovedit a avea o valoare diagnostică redusă, în principal datorită semnelor vizuale nespecifice sau greu interpretabile ale CST. Dimpotrivă, CT a stabilit cu siguranță diagnosticul de CST abdominal în 92,3% și a fost metoda optimă de imagistică în studiul de față, ceea ce corespunde datelor din literatura medicală. Caracteristica textilomului este detectarea pe CT a unei mase de țesut moi, clar definită, cu pereții îngroșați care conțin bule de aer [4, 5]. În cazurile cu prezența de lungă durată a CST în cavitatea abdominală, pot fi detectate focare de calcificare, în special de-a lungul conturului exterior [13].

După descoperirea unui textilom, sau chiar în cazuri de suspiciune rezonabilă, este necesar să se efectueze cât mai curând o intervenție chirurgicală adecvată pentru a preveni alte consecințe abdominale și digestive adverse și pentru a evita probleme medico-legale [5, 14]. La un tip de reacție exudativă în jurul CST cu dezvoltarea complicațiilor simptomatice acute, indicațiile pentru o astfel de intervenție pot fi foarte urgente. În cazurile de răspuns fibrotic și de stabilirea unei pseudotumori a cavității abdominale, îndepărtarea CST poate fi efectuată într-un mod planificat.

Conform conceptului actual, chirurgia deschisă este cea mai sigură metodă de îndepărtare a CST din cavitatea abdominală [2, 6, 8], ceea ce este pe deplin confirmat de rezultatele tratamentului pacienților din seria noastră. Singurul caz de extragere endoscopică a textilomului ar trebui interpretat mai degrabă ca o excepție. Chiar și în acele trei cazuri, când prezența de CST a fost determinată prin laparoscopie, înlăturarea acestora a necesitat conversie la laparotomie. Deși îndepărtarea nominală simplă a CST din cavitatea abdominală prin laparotomie exploratorie a fost cea mai frecventă operație din studiul nostru (76,2%), chiar și o astfel de operație a fost efectuată predominant sub anestezie generală și teoretic ar putea avea consecințe impredictibile. Chiar și atunci când se utilizează cele mai moderne metode imagistice și

se concentrează pe manifestări clinice relativ șterse, este imposibil de știut cu certitudine că îndepărtarea textilomului nu va fi asociată cu necesitatea de rezecție sau procedee chirurgicale reconstructive. Astfel, în seria noastră, în patru cazuri sau la aproape fiecare al cincilea pacient, modificările patologice cauzate de CST abdominal au necesitat rezecția sau restabilirea integrității a organelor afectate. Astfel de rezecții impuse pot fi foarte invalidizante, așa cum a fost cazul cu histerectomia totală la o femeie tânără (cazul #11) sau rezecția oncologică subtotală a stomacului (pacientul #6). Evident, în astfel de cazuri, pe lângă cauzarea unor prejudicii semnificative sănătății pacientului, se manifestă foarte clar eventualele aspecte medico-legale.

Pe lângă cele menționate, există și alte riscuri de retenție a CST și operații repetate de îndepărtare a acestora, asociate cu complicații postoperatorii și chiar cu potențiala mortalitate [2, 14]. Deși în seria noastră nu au fost înregistrate decese, evoluția postoperatorie nu a fost fără evenimente adverse în toate cazurile, iar mulți pacienți au dezvoltat complicații septico-purulente grave care au necesitat terapie intensivă și spitalizare prelungită.

Concluzii. Textiloamele abdominale sunt un tip specific și sever de iatrogenie chirurgicală, însoțit de o evoluție naturală variabilă, o varietate de manifestări clinice, o serie de complicații care potențial pun viața în pericol, și care pot provoca consecințe foarte grave atât pentru sănătatea pacienților, cât și răspundere juridică a chirurgilor și instituțiilor medicale.

Diagnosticul oportun al textilomului abdominal necesită un grad ridicat de vigilență și utilizarea pe scară largă a metodelor moderne de examinare imagistică. Deși CST-le pot fi descoperite într-o varietate de moduri, computer tomografia este metoda de elecție pentru detectarea și localizarea corpilor străini rămași, precum și pentru diagnosticarea complicațiilor evolutive.

După descoperirea textilomului, este necesar să se efectueze cât mai curând o intervenție chirurgicală adecvată pentru a preveni dezvoltarea complicațiilor și a reduce riscul de mortalitate. Pentru a elimina textilomul la majoritatea pacienților este necesară laparotomie sub anestezie generală, al cărei volum depinde de durata și localizarea CST, precum și de gradul de implicare în procesul patologic a organelor adiacente.

Confidențialitatea datelor. Autorii declară că au respectat protocoalele instituționale de confidențialitate cu privire la dezvăluirea datelor personale ale pacienților.

Surse de finanțare. Nu au fost folosite subvenții sau granturi pentru realizarea acestei lucrări.

Bibliografie

1. Birolini DV, Rasslan S, Utiyama EM. Unintentionally retained foreign bodies after surgical procedures. Analysis of 4547 cases. In: *Rev Col Bras Cir.* 2016 Feb;43(1):12-17.
2. Bairwa BL. Gossypiboma - an unusual cause of surgical abdomen and surgeon's nightmare: A rare case report. In: *Int J Surg Case Rep.* 2021 Mar;80:105521.
3. Lata I, Kapoor D, Sahu S. Gossypiboma, a rare cause of acute abdomen: A case report and review of literature. In: *Int J Crit Illn Inj Sci.* 2011 Jul;1(2):157-160.
4. Kumar GVS, Ramani S, Mahajan A, et al. Imaging of retained surgical items: A pictorial review including new innovations. In: *Indian J Radiol Imaging.* 2017 Jul-Sep;27(3):354-361.
5. Tandon A, Bhargava SK, Gupta A, et al. Spontaneous transmural migration of retained surgical textile into both small and large bowel: a rare cause of intestinal obstruction. In: *Br J Radiol.* 2009 Apr;82(976):e72-75.
6. Silva SM, Sousa JB. Gossypiboma after abdominal surgery is a challenging clinical problem and a serious medicolegal issue. In: *Arq Bras Cir Dig.* 2013 Jun;26(2):140-143.
7. Rajput A, Loud PA, Gibbs JF, et al. Diagnostic challenges in patients with tumors: Case 1. Gossypiboma (foreign body) manifesting 30 years after laparotomy. In: *J Clin Oncol.* 2003 Oct;21(19):3700-3701.
8. Obeidat KA, Aleshawi AJ, Alebbini MM, et al. Abdominal intraluminal gossypiboma: Demographics, predictors of intraluminal site, diagnostic and treatment measures. In: *Clin Exp Gastroenterol.* 2020 Feb;13:65-72.
9. McIntyre LK, Jurkovich GJ, Gunn ML, et al. Gossypiboma: Tales of lost sponges and lessons learned. In: *Arch Surg.* 2010 Aug;145(8):770-775.
10. Hempel S, Maggard-Gibbons M, Nguyen DK, et al. Wrong-site surgery, retained surgical items, and surgical fires: A systematic review of surgical never events. In: *JAMA Surg.* 2015 Aug;150(8):796-805.
11. Wan W, Le T, Riskin L, et al. Improving safety in the operating room: a systematic literature review of retained surgical sponges. In: *Curr Opin Anaesthesiol.* 2009 Apr;22(2):207-214.
12. Anderson JM, Rodriguez A, Chang DT. Foreign body reaction to biomaterials. In: *Semin Immunol.* 2008 Apr;20(2):86-100.
13. Lu YY, Cheung YC, Ko SF, et al. Calcified reticulate rind sign: A characteristic feature of gossypiboma on computed tomography. In: *World J Gastroenterol.* 2005 Aug 21;11(31):4927-4929.
14. Sozutek A, Colak T, Reyhan E, et al. Intra-abdominal gossypiboma revisited: Various clinical presentations and treatments of this potential complication. In: *Indian J Surg.* 2015 Dec;77(Suppl 3):1295-1300.