



## Migrazione inusuale di corpo estraneo (pezza laparotomica) all'interno del lume intestinale in paziente sottoposta a pregressi tagli cesarei

### Case Report

**Attilio Forte\***

**Clemente Sicilia\***

**Francesco Carbone\***

**Andrea Bilotti\***

**Pietro Aiello\*\***

Azienda Ospedaliera  
di Cosenza - P.O. "Annunziata"

\* U.O.C. di Ostetricia  
e Ginecologia

\*\*U.O.C. di Chirurgia

### Introduzione

La ritenzione di corpi estranei iatrogeni nell'organismo costituisce senza dubbio una complicanza intraoperatoria che si verifica con una frequenza tutt'altro che minima; eventi di tal genere quasi sempre richiedono un ulteriore intervento, con aumento della morbilità e della mortalità del paziente, dei costi del trattamento, nonché delle problematiche di natura medico-legale inevitabilmente connesse. Pur tuttavia, il solo dato obiettivo dello smarrimento del corpo estraneo non costituisce *tout court* l'espressione di una condotta professionale colposa, potendo invece ben essere dovuto a quell'ineludibile alea che sempre permea la scienza medica, notoriamente e giamaica scienza esatta. Pertanto è necessario e fondamentale, di volta in volta, analizzare le caratteristiche proprie

e contingenti del singolo caso nella sua unicità.

Nonostante non si disponga di dati certi, si stima che tale fenomeno si verifichi 1 volta ogni 1.000/5.000 interventi, con un tasso di mortalità compreso tra l'11 e il 35% (1). L'analisi della letteratura dimostra: che ancor'oggi la derelizione dei corpi estranei di origine chirurgica è di rilevante entità, che per lo più l'individuazione clinico-strumentale degli stessi non è né rapida, né sempre agevole, e che le conseguenze negative per i pazienti rimangono decisamente importanti, sia sul piano statistico, sia su quello della loro portata invalidante e/o letifera (2). L'intervallo di tempo compreso tra l'intervento chirurgico e la diagnosi dell'evento è estremamente variabile (giorni, mesi, anni) e dipende dalla sede e dal tipo di reazione provocata dal corpo estraneo. Infatti la diagnosi può essere in-

## ● Riassunto

**La ritenzione di corpi estranei all'interno del sito chirurgico rappresenta un evento noto e riportato in letteratura, nonostante la mancanza di dati epidemiologici certi dovuta soprattutto all'intervallo di tempo (spesso mesi o anni) necessario per giungere ad una diagnosi corretta, ma anche alla scarsa propensione da parte dei sanitari alla segnalazione di eventi di tal genere. La tipologia di materiale ritenuto è molto eterogenea, potendo comprendere qualsiasi strumento e/o parte di esso utilizzato nel corso delle più svariate procedure chirurgiche (garze, bisturi, aghi, drenaggi, pinze).**

**Gli Autori, dopo una breve disamina dei dati epidemiologici presenti in letteratura e di quelli che sembrano essere i principali fattori di rischio connessi, descrivono un caso di derelizione di materiale di uso chirurgico: una pezza laparotomica ritenuta in sede addominale durante un'intervento di taglio cesareo e successiva sua migrazione completa nel lume intestinale - fonte di considerazioni di ordine medico-legale.**

### Parole chiave

**Gossypiboma  
Ritenzione di corpi estranei  
Textiloma  
Valutazioni medico-legali**

cidentale in pazienti asintomatici, ovvero può derivare da una reazione acuta con sintomi locali o sistemici tali da richiedere un rapido re-intervento (3).

Per quanto concerne il materiale di cui sono composti i corpi estranei ritenuti, esso può essere di tipo tessile (garze e analoghi, indicati in letteratura con il termine di gossypiboma, derivato dal latino "gossipium" - cotone - e dallo kiswahili "boma" - sede di ritenzione, o "textiloma") e non tessili (metallici, plastici e altri). Più in particolare, la distribuzione percentuale di corpi estranei (CE) ritenuti, in relazione alla loro tipologia, si struttura come segue (4): CE tessili 80%, CE plastici 10%, CE metallici 10%.

Per quanto attiene ai fattori di rischio, la letteratura ne riporta molteplici e di varia natura: legati all'intervento, al paziente, al sistema, al personale. Tra i più frequenti si ricordano le procedure chirurgiche effettuate in emergenza, l'obesità, gli interventi con profuse emorragie nonché quelli che coinvolgono più di un'équipe chirurgica, la complessità e/o l'eccessiva durata della procedura, il mancato controllo dell'integrità dei materiali e dei presidi al termine dell'uso chirurgico (5,6). In merito, invece, alla sede anatomica, gli studi effettuati rivelano come l'addome e lo scavo pelvico rappresentino la sede di ritenzione di gran lunga più frequente (75%), seguiti dal torace (15%), dagli arti e dal cranio (5%) (7). Diversi elementi raccolti dalla letteratura tendono a smentire il concetto secondo il quale le procedure chirurgiche svolte in urgenza/emergenza siano quelle in cui più di frequente si manifesta il fenomeno; in realtà, sono implicati interventi d'urgenza solo nel 30% dei casi, mentre nel restante 70% rientrano procedure chirurgiche puramente elettive (8). Inoltre, la genesi dell'errore in causa è di tipo multifattoriale, per l'interagire di fattori causali che riguardano non solo l'operatore, ma anche l'ambito organizzativo-strutturale in cui lo stesso espleta la sua attività.

Ne deriva che nella valutazione della responsabilità professionale devono divenire oggetto di considerazione, di volta in volta, non solo le capacità tecniche diagnostiche chirurgiche, ma anche, e non secondariamente, le condizioni di efficienza strutturale e organizzativa dell'ambito

chirurgico, privato o pubblico che sia, in cui il professionista agisce; ben potendo eventuali insufficienze strutturali e organizzative determinare, di per sé sole o in concorso con l'agire chirurgico, gli eventi indesiderati (9).

Il caso di personale osservazione oggetto del presente contributo riguarda la derelizione di materiale comune di uso chirurgico, ritenuto a seguito di parti cesarei che la paziente aveva subito: una pezza chirurgica, dispersa in sede addominale e successivamente rinvenuta nel lume intestinale (ansa ileale). La "pezza laparo-

**La genesi dell'errore è di tipo multifattoriale, per l'interagire di fattori causali che riguardano non solo l'operatore, ma anche l'ambito organizzativo-strutturale in cui lo stesso espleta la sua attività**

FIGURA 1A



FIGURA 1B



FIGURA 1C



**Intervento chirurgico di laparotomia ed esplorazione della cavità addominale che dimostra l'assenza di corpo estraneo tumefazione intestinale lunga circa 50 cm (ansa ileale notevolmente ispessita ed iperemia) ben delimitata**

tomica di garza era stata rinvenuta nel lume intestinale (a livello di un'ansa ileale e a circa cinquanta centimetri dalla valvola ileo-cecale): ed invero è concordemente spiegato dalla letteratura "il fenomeno" usando l'espressione "migrazione del corpo estraneo all'interno del lume" - che, una volta che il corpo estraneo aderisce alla parete intestinale, lo stesso intestino cerca di espellerlo, lentamente, attraverso il canale intestinale (vedi figura 1).

**Caso clinico**

Donna di anni 31, in data 3 gennaio 2014, viene sottoposta a taglio cesareo in elezione per progressi tagli cesarei (n°2) in nullipara III° gravida a termine, con estrazione di un feto vivo e vitale. Nella descrizione della procedura chirurgica in cartella si riportava : "...la conta delle pezze è risultata esatta"; tale ultima asserzione era confermata da quanto riportato nella scheda chirurgica del blocco operatorio. Sempre nel mese di gennaio 2014, giorno 27, dopo circa ventiquattro giorni dall'ultimo cesareo effettuato presso l'U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia di Cosenza, la paziente si recava al P.S.O. per la comparsa di improvvisi dolori crampiformi in epigastrio associati a vomito; eseguita nell'immediato, dopo attenta valutazione clinica, una radiografia diretta dell'addome, si evidenziava in sede pelvica la presenza di filo radiopaco (vedi figura 2) il cui referto riportava "presenza di corpo estraneo in ambito addominale, anteriormente, proiettantesi a livello pelvico".

Seguiva intervento chirurgico di laparotomia ed esplorazione della cavità addominale, che dimostrava l'assenza di corpo estraneo in cavità addominale

FIGURA 2



con presenza di una vistosa tumefazione intestinale lunga circa 50 cm. (ansa ileale notevolmente ispessita ed iperemia) ben delimitata (vedi figura 3).

Pertanto, nel corso dell'intervento chirurgico, eseguito per via laparotomica, si procedeva all'aspor-

tazione del corpo estraneo all'interno del lume intestinale e contestualmente alla resezione di un tratto ileale interessato.

### Discussione

Il caso di derelizione di corpo estraneo sopra riportato riguarda una specialità chirurgica, quella ostetrico-ginecologica, che è interessata da ritenzione nell'organismo di corpo estraneo (pezza laparotomica) con una frequenza del 30%, seconda solo alla chirurgia generale (10). Nel caso in esame la ritenzione inusuale all'interno del lume intestinale del corpo estraneo si verificava nel corso di un taglio cesareo; più in particolare si trattava di una pezza chirurgica. Dal punto di vista patogenetico, il corpo estraneo ritenuto ha comportato, nel tempo (probabilmente alcuni anni) la formazione di una briglia aderenziale. Questa, in modo subdolo, può esitare improvvisamente in una lesione di un tratto del tubo intestinale, più spesso a carico dell'intestino tenue con erniatura interna e migrazione, per fenomeni di peristalsi, all'interno del lume intestinale, della pezza laparotomica (11). Poste queste debite premesse di ordine fisiopatologico e patogenetico, a riprova di quanto detto, vi era la positività anamnestico-clinica di interventi chirurgici, precedenti, in grado di poter consentire la derelizione di una pezza chirurgica in sede intra-addominale; infatti come atto operatorio precedente il taglio cesareo *de quo* risultavano altri due pregressi tagli cesarei e quindi correlabili alla derelizione del corpo estraneo in questione con sua successiva migrazione all'interno del lume intestinale ed evidenziato solamente dopo circa venti giorni dall'ultimo intervento di taglio cesareo effettuato. Pertanto, alla non giustificabile erronella condotta sanitaria ha fatto seguito, secondo chiaro nesso causale, seppur mediato da ampio lasso di tempo, quella sindrome aderenziale che ha poi determinato la migrazione all'interno del lume intestinale e conseguentemente l'indebito intervento di resezione intestinale (vedi figura 4).

Pur non rappresentando stretto ambito di pertinenza medico legale, non possiamo fare a meno di notare incidentalmente che la giurisprudenza, in casi di tal genere, attribuisce la colpa della derelizione non solo all'infermiere ferista bensì alla complessiva équipe chirurgica, nel contesto di una *culpa in vigilando* che va al di là

FIGURA 3A



FIGURA 3B



FIGURA 3C



**Nel corso dell'intervento chirurgico, eseguito per via laparotomica, si procede all'asportazione del corpo estraneo all'interno del lume intestinale e contestualmente alla resezione di un tratto ileale interessato**

**Dal punto di vista patogenetico, il corpo estraneo ritenuto ha comportato nel tempo (probabilmente alcuni anni) la formazione di una briglia aderenziale**

FIGURA 4



del mero affidamento di atti che debbono invece ricadere sotto la supervisione di tutti i membri dell'équipe, i cui componenti sono solidalmente deputati e tenuti alla migliore e più scrupolosa sorveglianza di tutte le fasi dell'atto operatorio, ivi compreso l'uso del materiale adoperato (12,13) (vedi figura 5).

### Conclusioni

Il presente lavoro ha preso in considerazione un caso di corpo estraneo (pezza laparotomica) lasciato in addome durante un precedente intervento ostetrico-ginecologico di taglio cesareo (la paziente era stata sottoposta a due tagli cesarei). Nel corso del tempo, in modo subdolo, si è determinata una lesione di un tratto del tubo intestinale con erniatura interna e migrazione inusuale, per fenomeni di peristalsi, all'interno del lume intestinale, della pezza laparotomica (11).

Da qui la necessità di effettuare un'accurata ricostruzione degli eventi con un'attenta e puntuale analisi dei dati, desumibili dalla cartella clinica e dalla documentazione iconografica.

Particolare attenzione e cura è stata riservata all'annotazione dell'atto operatorio, annotazione che è stata non solo scrupolosa, ma immediata e successiva all'espletamento dell'attività chirurgica, la cui lettura insieme all'iconografia e ai filmati ha consentito una valutazione fondata su elementi oggettivi, evitando quel processo induttivo, assai difficile, complicato, e talora fuorviante, che caratterizza invece l'indagine medico-legale nella incompletezza del dato documentale.

Conclusivamente, partendo dalla considerazione che l'errore è una componente inevitabile della scienza medica e lo "sbaglio" della realtà umana, diventa fondamentale riconoscere che anche il sistema può contribuire a creare le circostanze per il suo verificarsi.

La cultura del rischio, quale possibilità di conseguenze dannose non sempre evitabili e/o prevenibili, è sempre stata oggetto, pur nella con-

siderazione di un pericolo di danno proprio di ogni attività umana, di una particolare risonanza in ambito medico-legale, non solo come elemento fondante e peculiare di concetti e problematiche assicurative e previdenziali, bensì anche per aspetti propri e di certa rilevanza in tema di responsabilità professionale nella valutazione dell'attività medico-chirurgica per complicanze ed eventi dannosi correlabili o meno all'inosservanza di acquisite regole di condotta individuali, di équipe e di organizzazione (19) (cfr. art. 14 del Codice di Deontologia Medica).

FIGURA 5



**Derelizione di una pezza chirurgica all'interno del lume intestinale (ansa ileale)**

**Il caso qui riportato riguarda una specialità chirurgica, quella ostetrico-ginecologica, che è interessata da ritenzione nell'organismo di corpo estraneo (pezza laparotomica) con una frequenza del 30%, seconda solo alla chirurgia generale**

## PER SAPERNE DI PIÙ

1. Joint Commission on accreditation of healthcare organizations, The source, Vol. 3, Issue 10, 2005
2. Buzzi F, Chesò L, Fidone MC, Leone F, Luison M, Ritrovato A. I corpi estranei di origine operatoria: profili giuridici, aspetti medico-legali e casistica peritale. Riv It Med Leg 2006; 38:390
3. Bani-Hani KE, Gharaibeh KA, Yaghan RJ. Retained surgical sponges (gossypiboma). Asian J Surg 2005;28(2):109-15
4. Cévese PG, Chiappetta A. Patologia iatrogena nel paziente chirurgico. Piccin Ed., Padova, 1994
5. Gawande AA, Studdert DM, Orav EJ, Brennan TA, Zinner MJ. Risk factors for retained instruments and sponges after surgery. N Engl J Med 2009;348(3):229-35
6. Porteous J. Surgical counts can be risky business. Can Oper Room Nurs J 2011;22(4):6-8, 10, 12
7. Buzzi F, Tajana L. Residuati chirurgici nel campo operatorio: problemi interpretativi medico-legali da una rassegna casistica. Riv It Med Leg 1990; Vol. 12(4):1205
8. Mouhsine E, Halkic N, Garofalo R, Taylor S, Theumann N, Guillou L, Leyvraz PF. Softtissue textiloma: a potential diagnostic pitfall. Can J Surg 2005;48:495-496
9. Gualniera P, Sapienza D, Perri F, Asmundo A, De Meo F, Crinò C. Responsabilità professionale in ambito chirurgico: analisi di una casistica. Med Malpract Daily 2011;2
10. Uluçay T, Dizdar MG, SunayYavuz M, A, sirdizer M. The importance of medico-legal evaluation in a case with intraabdominal gossypiboma. Forensic Sci Int 2010 May 20;198 (1-3):15-8
11. Sümer A, Çarparlar MA, Uslukaya O, Bayrak V, Kotan C, Kemik O, Ilıklar U. Gossypiboma: Retained Surgical Sponge after a Gynecologic Procedure. 2010; p.: 917626
12. Cass. Pen. Sez. IV, 11.04.2008, n. 15282: "... in tema di colpa medica nell'attività di équipe, tutti i soggetti intervenuti all'atto operatorio devono partecipare ai controlli volti a fronteggiare il frequente e grave rischio di lasciare nel corpo del paziente oggetti estranei; ne consegue che non è consentita la delega delle proprie incombenze agli altri componenti, poiché ciò vulnererebbe il carattere plurale, integrato, del controllo, che ne accresce l'affidabilità"
13. Cass. Pen. Sez. IV, 21.09.2009, n. 36580: "... non può parlarsi di affidamento quando colui che si affida sia in colpa per avere violato determinate norme precauzionali o per avere omesso determinate condotte e, ciononostante, confidi che altri, insieme o che eventualmente gli succede nella stessa posizione di garanzia, elimini la violazione o ponga rimedio alla omissione"
14. Klerman GL. Preventing malpractice. New Engl J of Med 2004;XII(3)
15. Shaltz AT, Leath CA, Wiedenhoefer JF, Sundborg MJ. Reaction to a surgical implant foreign body masquerading as recurrent uterine sarcoma. Obstet Gynecol 2011;117(2 Pt 2):450-2
16. Ministero della Salute, Dip. Qualità, Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema: Raccomandazioni per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico., 2009. [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)
17. <http://www.salute.gov.it/dettaglio/principaleFocusNuovo.jsp?id=18&area=checklist>.
18. Rogers A, Jones E, Oleynikov D. Radio frequency identification (RFID) applied to surgical sponges. Surg Endosc 2007 Jul;21(7):1235-7
19. Dell'Erba A, Di Nunno N, Quaranta R, Vimercati F. Il ruolo medico-legale nel clinical risk management. Riv it Med Leg 2003;II:351