

Trichobézoard gastrique à propos d'une observation

Gastric trichobezoard about an observation

Oulare I^{1*}, Bah IB², Loua M¹, Sylla I¹, Dioubate O¹, Conde A¹, Soumaoro LT¹, Fofana H¹, Toure A¹

¹Service de chirurgie générale de l'hôpital national Ignace Deen, CHU de Conakry (Guinée)

²Service de chirurgie viscérale de l'hôpital national Donka, CHU de Conakry (Guinée)

^{1,2}Faculté des Sciences et Techniques de la Santé, Université Gamal Abdel Nasser de Conakry

Correspondances : OULARE Ibrahima. Email: ioularekf12@gmail.com. Tel: (+224) 628888131/664994672

RESUME

M O T S C L É S :

Trichobézoard; Estomac;
Chirurgie, Ignace Deen

Le trichobézoard est une affection rare qui survient habituellement chez des adolescents présentant des troubles psychiques. Sa symptomatologie clinique est très variée et le diagnostic est souvent suspecté à la radiologie et à l'endoscopie digestive haute (FOGD). Le traitement est essentiellement chirurgical associé à une prise en charge psychologique. Nous rapportons un cas de trichobézoard chez une fille de 6 ans, révélé par une masse épigastrique. La fibroscopie haute a posé le diagnostic. La prise en charge thérapeutique était chirurgicale par une laparotomie.

Le trichobézoard est une affection rare, facile à diagnostiquer et à traiter; associant une prise en charge psychiatrique reste indispensable.

SUMMARY

Trichobezoar is a rare condition that usually occurs in adolescents with mental disorders. Its clinical symptoms are very varied and the diagnosis is often suspected on radiology and upper digestive endoscopy (FOGD). Treatment is essentially surgical combined with psychological care. We report a case of trichobezoar in a 6-year-old girl, revealed by an epigastric mass. Upper fibroscopy made the diagnosis. Therapeutic management was surgical by laparotomy.

Trichobezoar is a rare condition, easy to diagnose and treat; combining psychiatric care remains essential.

KEY WORDS : Trichobezoar;
Stomach; Surgery, Ignace
Deen

INTRODUCTION

Le trichobézoard est une affection rare qui survient habituellement chez des adolescents présentant des troubles psychiques [1]. Sa symptomatologie clinique est très variée et le diagnostic est souvent suspecté à la radiologie et à l'endoscopie. Le traitement est essentiellement chirurgical associé à une prise en charge psychologique. Nous rapportons un cas colligé dans le service de chirurgie générale de l'hôpital national Ignace Deen CHU de Conakry.

OBSERVATION

Il s'agissait d'une fille de 6ans, cinquième d'une fratrie de 6 enfants, est issue d'une famille de niveau socioéconomique moyen sans antécédents pathologiques notables; qui présentait depuis 4 mois des douleurs abdominales à localisation épigastrique d'installation progressive associés à des vomissements alimentaires post prandiaux et de constipation.

L'examen physique a révélé une masse épigastrique de volume important, ferme et dure, douloureuse à la palpation, mobile par rapport au 2 plans, à surface lisse présentant un bord inférieur régulier concave. Pas d'hépatosplénomégalie. Le reste de l'examen somatique est sans particularité. L'échographie abdominale montrait une importante image hyperéchogène avec renforcement postérieur au niveau de l'estomac et du colon droit pouvant être en rapport avec des débris de charbon et de cheveux. La FOGD a mis en évidence une masse constituée d'une accumulation de matières et de cheveux occupant les 2/3 de la cavité de l'estomac correspondant à un énorme trichobézoard. Le bilan biologique montrait une anémie microcytaire à 10 g/dl. Une laparotomie médiane sus ombilicale a permis de noté un estomac distend de consistance ferme (**figure 1**). Nous avons procédé à une gastrotomie et noté l'existence d'un corps étrangers qui occupait la totalité de la cavité gastrique et se prolongeait vers l'oesophage en haut et le duodénum en bas que nous avons extrait suivit de la fermeture de la gastrrotomie. Le corps étranger extrait était composé de cheveux, de fil d'attache (**Figure 2**), les suites opératoires étaient simples avec reprise normale de l'alimentation. La patiente est sortie de l'hôpital à J9 post opératoire et une consultation psychiatrique a été planifiée.

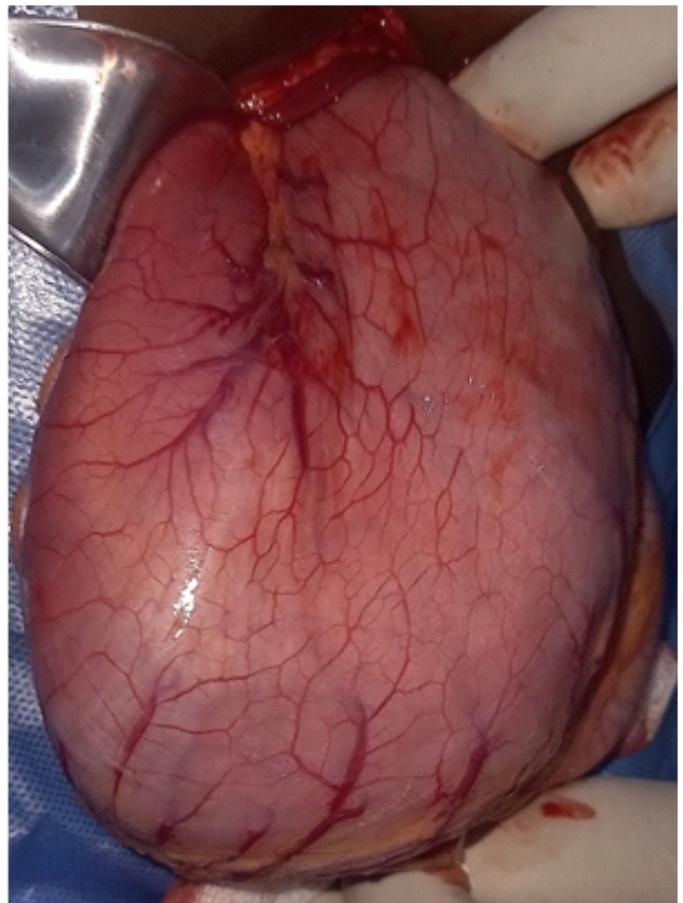


Figure 1: Vue opératoire montrant un estomac distend et ovoïde



Figure 2: Corps étrangers extrait

COMMENTAIRES

Le bézoard, est une affection rare, secondaire à l'accumulation inhabituelle, sous forme de masses solides ou de concrétions, de substances de diverses natures à l'intérieur du tube digestif et plus particulièrement au niveau de l'estomac, mais aussi parfois dans les voies urinaires. La nature de l'origine des substances détermine le type du bézoard [2]. On distingue le lacté bézoard composé de lait caillé observé chez le nourrisson ; le phytobézoard composé de végétaux non digérés et Les trichobézoards qui représentent 55 % de tous les bézoards constitués de concrétions de cheveux, de poils ou des fibres de tapis et de débris alimentaires, habituellement confinés dans l'estomac. Exceptionnellement ils peuvent se proluber dans l'intestin grêle à travers le pylore et être source d'occlusion. Il est connu sous la dénomination de « Syndrome de Rapunze I » [3]. D'autres bézoards ont été décrits après la prise de médicaments modifiant le comportement digestif: antiacides, cholestyramine [4]. Le premier cas de trichobézoard a été publié en 1779 [5]

Les facteurs favorisants classiques sont entre autres les troubles de la vidange gastrique [6,7], la perte des fonctions motrices normales du pylore, les suites de gastrectomie partielle, et une alimentation riche en fibres [8]. Les traitements antisécrétaires gastriques [9,10] semblent jouer un rôle : l'hypo acidité qu'ils induisent, diminue l'activité des enzymes (pepsine, cellulase) impliquées dans la désintégration des fibres alimentaires. L'insuffisance de mastication, en raison de l'absence de dents, par exemple, ainsi que la tachyphagie peuvent mener à la formation de bézoards. Le fait de manger des cheveux ou des matériaux non digestibles, ou encore la consommation excessive d'aliments difficilement digestibles peut également conduire à un bézoard. Ce sont des phénomènes rares, plus fréquents au niveau de l'intestin grêle que de l'estomac [8,9,11]. Des perturbations psychiques sont généralement rapportées [12]. Cette affection se manifeste à deux pics d'âge différents. Le premier groupe se situe entre 2 et 6 ans, c'est le cas de notre enfant qui avait 6ans et le second en fin d'adolescence et chez le jeune adulte [4]. Le trichobézoard est observé le plus souvent chez les patients émotionnellement perturbés ou déprimés, les malades psychiatriques, les retardés mentaux et les prisonniers ainsi que chez les patients aux antécédents de chirurgie gastrique, de trichollomanie avec tricophagie [5,13].

La symptomatologie clinique est variée et non

spécifique. Elle est d'installation progressive: douleurs abdominales, vomissements, anorexie, ou amaigrissement [13 - 16]. L'examen clinique peut noter la présence d'une alopécie, d'une masse épigastrique, ou d'un syndrome de sténose pylorique [17]. Parfois le bézoard est révélé par une complication telle qu'une hémorragie digestive, une occlusion, une perforation jéjunale [4], ou une pancréatite aiguë imputée à une obstruction de l'ampoule de Vater par un prolongement du trichobézoard réalisant le syndrome de Rapunzel [18]. Leur présence n'induit pas systématiquement des perturbations profondes des paramètres biologiques. L'hémogramme peut indiquer une anémie hypochromie modérée, une hypoalbuminémie a été rapportée [19].

La fibroscopie oesogastroduodénale reste l'examen de choix en ce qui concerne le diagnostic en permettant la visualisation de cheveux enchevêtrés pathognomonique du trichobézoard. Elle peut, parfois avoir un intérêt thérapeutique en permettant l'extraction endoscopique de petits trichobézoards [5, 11]. L'échographie ne permet de poser le diagnostic que dans 25 % des cas, en visualisant une bande superficielle, hyperéchogène, curviligne avec un net cône d'ombre postérieur [18]. La tomodensitométrie avec opacification du tube digestif, ainsi que l'imagerie par résonance magnétique, ont un intérêt moindre dans le diagnostic de trichobézoard.

Plusieurs thérapeutiques ont été rapportées dans la littérature. Ainsi, en présence de trichobézoard de petite taille, certains auteurs proposent l'usage de boisson abondante associée à la prise d'accélérateurs du transit. En cas d'échec, l'extraction endoscopique peut être tentée en s'aidant de rayon laser pour le fragmenter. La lithotripsie extracorporelle a été proposée dans la littérature comme alternative. Cependant, ces techniques sont souvent incomplètes et exposent le patient à un grand risque d'occlusion intestinale sur fragment de trichobézoard [2]. Par voie endoscopique, le bézoard peut être fragmenté mécaniquement à l'aide d'une pince à biopsie ou d'une anse à polypectomie et ensuite éliminé par lavage et aspiration [11,17]. Mais ce geste risque d'entraîner une perforation gastrique ou œsophagienne rapportée dans certaines séries [17]. Des essais de dissolution ont été réalisés au moyen de papaïne, d'acétylcystéine et de cellulase, mais ceux-ci réussissent rarement [11]. Le traitement de choix

reste la chirurgie conventionnelle ou cœlioscopique, permettant l'exploration de tout le tube digestif, l'extraction du béozaard gastrique à travers une gastrotomie ainsi que l'extraction d'éventuels prolongements (queue) ou fragments de celui-ci bloqués à distance de l'estomac à travers une ou plusieurs entérotomies [2, 11]. En général l'évolution en post opératoire est bonne [15]. Dans notre étude, notre patiente a pu bénéficier d'une gastrotomie. Par ailleurs, une prise en charge psychiatrique, à base de thérapie comportementale, d'éducation parentale et de traitement médical, doit souvent être instaurée chez les patients présentant une trichophagie [7, 12, 18].

CONCLUSION

Le trichobézoard est une pathologie rare qui survient habituellement chez des adolescents présentant des troubles psychiques. La symptomatologie clinique est très variée et le diagnostic est souvent suspecté à la radiologie et à l'endoscopie. Le traitement est chirurgical associé à une prise en charge psychologique.

Divulgation des conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent qu'il n'y a eu aucun conflit d'intérêt dans la rédaction scientifique de ce travail.

Déclaration de consentement éclairé

Tous les auteurs qui apparaissent dans cet article ont une part égale et acceptent la publication de cet article dans votre journal.

RÉFÉRENCES

1. Mountassir M, Tarik Z, Issam E, Hicham K et al. Un cas de trichobézoard gastrique; Pan African Medical Journal. 2011; 9:19
2. Karim Ibn Majdoub H, Hicham El Bouhaddouti et al. Trichobézoar gastrique - à propos de deux cas. Panafricain Medical journal: Cas clinique, 2010; 6(19):1-8.
3. Mehta M, Patel RV. Intussusception and intestinal perforations caused by multiple trichobézoars. J Pediatr Surg 1992; 27:1234-5.
4. Dumonceaux A, Michaud L, Bonnevalle M, Debeugny P et al. Trichobézoard de l'enfant et de l'adolescent. Arch Pediatr. 1998;5 (9):996-9.
5. Kisra K, Kaddouri M, Abdelhak M, Benhamouch N, Bahraoui M. Trichobézoard. Maroc Médical. 1998; 20: 255-258
6. Sharma S, Sharma R, Basu S, gastric and intestinal trichobézoar a case report. J Indian Med Assoc 2004; 102(9):516-18.
7. Stanten A, Peter HE. Enzymatic dissolution of phytobézoars. Am J Surg 1975; 130:259- 61
8. Marcos Alonso S, Bravo Mata M and al. Trichobézoar as an atypical from of presentation of celiac disease. An Pediatr (Barc) 2005; 62(6):601-2
9. Byrne WJ. Foreign bodies, bezoars, and caustic ingestion. Gastro-intest Endosc Clin North Am 1994;4: 99-119.
10. Noriega Maldonado. Rapunzel. Syndrome. Gastroenterol. Hepatol 2005; 29(4):259-61.
11. J Ahazam, A Lakhloifi et al. Le trichobézoard gastrique : à propos d'un cas. Médecine du Maghreb 2008 :40-2.
12. Debakey M, Ochsner A. Bezoars and concretions: Comprehensive review of the literature with analysis of 303 cases and presentation of eight additional cases. Surgery. 1938; 4: 934-963
13. Williams RS. The fascinating history of bezoars. Med J Aust 1986;145: 613-4.
14. Ladas SD, Triantafyllou K, Tzathas C, et al. Gastric phytobézoars may be treated by nasogastric Coca-Cola lavage. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2002;14(7):801-3.
15. Anderson JE, Akmal M et al. Surgical complications of pica: report of a case of intestinal obstruction and a review of the literature. Am Surg 1991;57(10):663-7.
16. Soehendra N. Endoscopic removal of a trichobézoar. Endoscopy 1989;21(4):201.
17. O'Soluvan MJ, Afrsci MB, and al. Trichobézoar. J R Soc Med 2001;94: 68-70.
18. Ousadden A, Mazaz K et al. Le trichobézoard gastrique: une observation. Ann Chir. 2004;129(4):237-40.
19. Rajaonarison P, Ralamboson S, Ramanampamony R, et al. Le trichobézoard, une entité clinique peu courante. Arch Inst Pasteur de Madagascar 2001;67(12):65-7.