

Case report

Trichobézoard gastrique: à propos d'un cas



Gastric trichobezoar: about a case

Maryame Ezziti^{1,8}, Fouad Haddad¹, Mohamed Tahiri¹, Wafaa Hliwa¹, Ahmed Bellabah¹, Wafaa Badre¹, Rabii Haddouch², Khalid El Hattbi², Mohamed Rachid Elfriyekh², Abdelaziz Fadil²

¹Service de Gastroentérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc, ²Service de Chirurgie Viscérale, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

⁸Corresponding author: Maryame Ezziti, Service de Gastroentérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Mots clés: Trichobézoard gastrique, fibroscopie oesogastroduodénale, gastrotomie, psychiatrie

Received: 29/01/2017 - Accepted: 09/02/2017 - Published: 20/02/2017

Résumé

Le trichobézoard est une affection rare, le plus souvent asymptomatique, mais de diagnostic facile par la fibroscopie oesogastroduodénale. Le traitement est le plus souvent chirurgical. On rapporte une observation d'un trichobézoard gastrique chez une fillette de 16 ans, qui a été extrait par gastrotomie, sans complications. Une prise en charge psychiatrique a été faite.

Pan African Medical Journal. 2017; 26:74 doi:10.11604/pamj.2017.26.74.11826

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/26/74/full/>

© Maryame Ezziti et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract

Trichobezoar is rare, most often asymptomatic condition which can be easily diagnosed using oesogastroduodenal fibroscopy. Treatment is usually based on surgery. We here report the case of a 16-year old girl who underwent gastric trichobezoar extraction via gastrotomy, without complications. The patient even underwent psychiatric treatment.

Key words: Gastric trichobezoar, oesogastroduodenal fibroscopy, gastrotomy, psychiatry

Introduction

Le trichobézoard gastrique est une affection rare désignant la présence inhabituelle de cheveux, sous forme de masse solide, au niveau de l'estomac. Le plus souvent asymptomatique, son diagnostic repose essentiellement sur la fibroscopie. Le traitement est souvent chirurgical [1]. Le but de ce travail est de discuter à travers d'un cas de trichobézoard gastrique les difficultés diagnostiques et les différentes méthodes thérapeutiques.

Patient et observation

Il s'agit d'une fillette âgée de 16 ans sans antécédents particuliers qui consulte pour des douleurs abdominales de siège épigastrique à type de torsion sans autre signe associé. À l'interrogatoire la patiente est anxieuse avec la notion de trichophagie depuis une année. Cliniquement elle est pâle avec une sensibilité abdominale accentuée au niveau de l'épigastre.

À la tomodensitométrie (TDM) abdominale, il y a un contenu organisé dense piqueté occupant la lumière gastrique corporeo-antrale (Figure 1). La fibroscopie oeso-gastroduodénale (FOGD) a confirmé la présence d'un volumineux trichobézoard occupant la totalité de la cavité gastrique et une partie bulbair qui a été déplacée par la pince à corps étranger au niveau de l'estomac, mais il était difficile à extraire (Figure 2). La malade a bénéficié d'une gastrotomie longitudinale avec extraction d'un volumineux trichobézoard mesurant 15 cm de grand axe (Figure 3, Figure 4). Les suites opératoires étaient simples. Une prise en charge psychiatrique a été effectuée.

Discussion

Le trichobézoard est une affection rare, le sexe féminin est le plus touché (90% des cas) et l'âge de survenue est dans 80% des cas inférieur à 30 ans, avec un pic d'incidence entre 10 ans et 19 ans [1]. Des pathologies psychologiques sont parfois retrouvées comme un retard psychomoteur ou un isolement mais seulement 9% des enfants présentant un trichobézoard auraient de réels problèmes psychiatriques [2,3]. Le trichobézoard est de siège gastrique le plus souvent mais il peut s'étendre à l'intestin grêle, voire au colon transverse, réalisant ainsi le syndrome de Rapunzel [4]. Chez notre patiente, il est de localisation gastrique et bulbair. Le trichobézoard peut rester asymptomatique pendant longtemps ou se manifester par une gêne épigastrique (80%), des douleurs abdominales (70%), des nausées ou vomissements (65%), une asthénie avec amaigrissement (38%) ou des troubles du transit (33%) à type de diarrhée ou de constipation [5-7].

Une complication peut être le mode de révélation de cette pathologie [7]. Il peut s'agir d'une hémorragie digestive haute due

aux ulcérations pariétales, d'une occlusion mécanique gastrique ou grêlique [8,9], d'une perforation gastrique ou grêlique avec péritonite ou abcès sous-phrénique [9-11], d'une fistule digestive [11,12], d'une cholestase ou d'une pancréatite aiguë due à une obstruction de l'ampoule de Vater par un prolongement du trichobézoard (syndrome de Rapunzel) [13,14]. À l'examen clinique, il existe dans 85% des cas, une masse abdominale bien limitée, lisse, ferme, mobile à localisation épigastrique. Une alopecie peut également être notée [5,7]. Notre patiente ne présente pas de masse abdominale ni d'alopecie, elle présente une sensibilité abdominale.

Le diagnostic repose sur la FOGD qui reste l'examen de choix, 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 [7]. Cependant, à cause du volume du trichobézoard, cette extraction est dans la majorité des cas impossible, comme le cas de notre patiente et toute tentative comporte un risque de lésions œsophagiennes graves. Le cliché d'abdomen sans préparation peut montrer une masse arrondie dense ou hétérogène avec ou sans calcification se projetant sur l'aire gastrique [15]. L'échographie abdominale 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 [16,17]. Le transit œsogastroduodéal objective une lacune intraluminaire gastrique, mobile, à bords convexes, pouvant avoir une extension dans le duodénum [6]. Le transit du grêle complète l'exploration de l'intestin à la recherche d'une extension distale continue ou de fragments détachés [1]. Le scanner abdominal peut montrer une masse de volume variable, hétérogène, occupant presque la totalité de la lumière gastrique et constituée de multiples cercles concentriques de densités différentes réparties en bulbes d'oignon. Deux signes pathognomoniques et constants sont la présence de bulles d'air minuscules dispersées au sein de la masse et l'absence de toute attache de celle-ci à la paroi gastrique [15].

Plusieurs thérapeutiques ont été rapportées dans la littérature. Ainsi, en présence de trichobézoard de petite taille, certains auteurs proposent l'usage de boissons abondantes associées à la prise d'accélérateurs du transit, et d'autres une extraction endoscopique. D'autres auteurs proposent la fragmentation du trichobézoard, soit endoscopiquement par rayon laser et mini-explosion [18], soit par lithotripsie extracorporelle [19]. Outre un traitement incomplet, ces méthodes exposent à un risque de complications iatrogènes en particulier œsophagiennes ou d'occlusion intestinale sur fragment de trichobézoard. Le traitement est de ce fait souvent chirurgical. La chirurgie permet l'exploration de tout le tube digestif, l'extraction du trichobézoard gastrique à travers une gastrotomie, ainsi que l'extraction d'éventuels prolongements (queue) ou fragments bloqués à distance de l'estomac à travers une ou plusieurs entérotomies [1,20]. Récemment, la voie laparoscopique a été proposée comme une alternative à la laparotomie [1]. Par ailleurs,

une prise en charge psychiatrique doit souvent être instaurée chez les patients [1].

Conclusion

Le trichobézoard est une pathologie rare, le diagnostic est confirmé par la fibroscopie oesogastroduodénale, l'exploration radiologique notamment par le scanner est primordiale, pour mettre en évidence d'autres localisations. Le traitement de choix est la chirurgie; cela ne doit pas occulter la prise en charge psychiatrique des patients.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Figures

Figure 1: TDM abdominale en coupe axiale montrant un trichobézoard gastrique

Figure 2: FOGD confirmant le trichobézoard

Figure 3: Gastrotomie longitudinale pour extraire le trichobézoard

Figure 4: Énorme trichobézoard gastrique

Références

1. Ousadden A, Mazaz K, Mellouki I, Taleb KA. Le trichobézoard gastrique: une observation. *Ann Chir.* 2004 May;129(4):237-40. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
2. Ziadi T, En-nafaa I, Lamsiah T, Abilkacem EH, Hanine A, Hoummadi A. Une masse épigastrique. *Rev Med Interne.* 2011 Jul;32(7):445-6. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
3. Roche C, Guye E, Coinde E, Galambrun C, Glastre C, Halabi M et al. Trichobézoard: à propos de 5 observations. *Arch Pediatr.* 2005 Nov;12(11):1608-12. Epub 2005 Sep 27. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
4. Alouini R, Allani M, Arfaoui D, Arbi N, Tlili Graïess K. Trichobézoard gastroduodéno-jéjunal. *Presse Med.* 2005 Sep 24;34(16 Pt 1):1178-9. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
5. 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;4:934-63 (continued in *Surgery.* 1939; 5: 132-210). [Google Scholar](#)
6. Dalshaug GB, Wainer S, Hollaar GL. The Rapunzel syndrome (Trichobezoar) causing atypical intussusception in a child: a case report. *J Pediatr Surg.* 1999 Mar;34(3):479-80. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
7. Qureshi NH, Morris K, McDevitt B. Trichobezoar: a condition to think of in case of mobile abdominal mass. *Ir Med J.* 1992;85:74. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
8. Deslypere JP, Praet M, Verdonk G. An unusual case of trichobezoar: the Rapunzel Syndrome. *Am J Gastroenterol.* 1982 Jul;77(7):467-70. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
9. Sinzig M, Umschaden HW, Haselbach H, Illing P. Gastric trichobezoar with gastric ulcer: MR findings. *Pediatr Radiol.* 1998 May;28(5):292. [Google Scholar](#)
10. Faria AP, Silva IZ, Santos A, Avilla SG, Silveira AE. The Rapunzel syndrome a case report: trichobezoar as a cause of intestinal perforation. *J Pediatr (Rio J).* 2000 Jan-Feb;76(1):83-6. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
11. Mehta M, Patel RV. Intussusception and intestinal perforations caused by multiple trichobezoars. *J Pediatr Surg.* 1992 Sep;27(9):1234-5. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
12. Weiss M, Danoff DM, Wood B. Jejunojejunal intussusception caused by a trichobezoar with a tail. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1998 Apr;152(4):403-4. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
13. Shawis RN, Doig CM. Gastric trichobezoar associated with transient pancreatitis. *Arch Dis Child.* 1984 Oct;59(10):994-5. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
14. Katapadi M, Kostandy G, Wang A, Gutierrez R, Malik A, Pachter BR. Can a bezoar cause acute pancreatitis? *J Clin Gastroenterol.* 1997 Mar;24(2):120-1. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
15. Hafsa C, Golli M, Mekki M, Kriaa S, Belguith M, Nouri A et al. Trichobézoard géant chez l'enfant - Place de l'échographie et du transit oesogastroduodéal. *J Pediatr puer.* 2005;18:28-32. [Google Scholar](#)
16. Newman B, Girdany BR. Gastric trichobezoar: sonographic and computed tomographic appearance. *Pediatr Radiol.* 1990;20(7):526-7. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
17. Mc Cracken S, Jongeward R, Silver TM, Jarfri SZH. Gastric trichobezoar: sonographic findings. *Radiology.* 1986 Oct;161(1):123-4. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
18. Huang YC, Guo ZH, Gu Y, Yang JQ, Liu QC, Cheng GY et al. Endoscopic lithotripsy of gastric bezoars using a laser-ignited miniexplosive device. *Chin Med J (Engl).* 1990 Feb;103(2):152-5. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
19. Benes J, Chmel J, Jodl J, Stuka C, Nevorál J. Treatment of a gastric bezoar by extracorporeal shock wave lithotripsy. *Endoscopy.* 1991 Nov;23(6):346-8. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
20. Singla SL, Rattan KN, Kaushik N, Pandit SK. Rapunzel Syndrome: a case report. *Am J Gastroenterol.* 1999 Jul;94(7):1970-1. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)

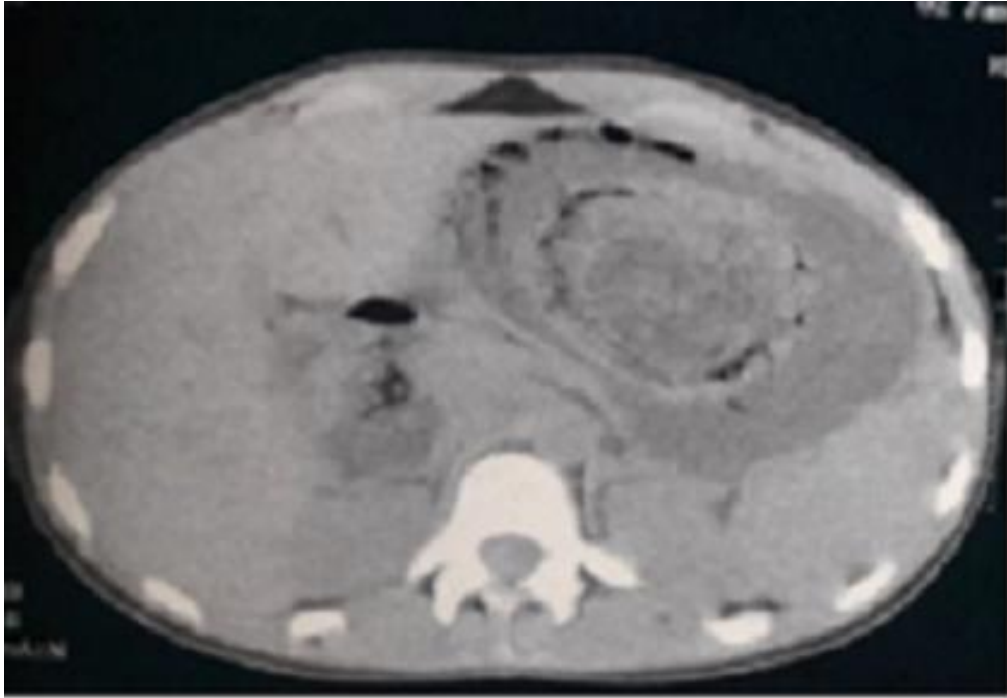


Figure 1: TDM abdominale en coupe axiale montrant un trichobézoard gastrique

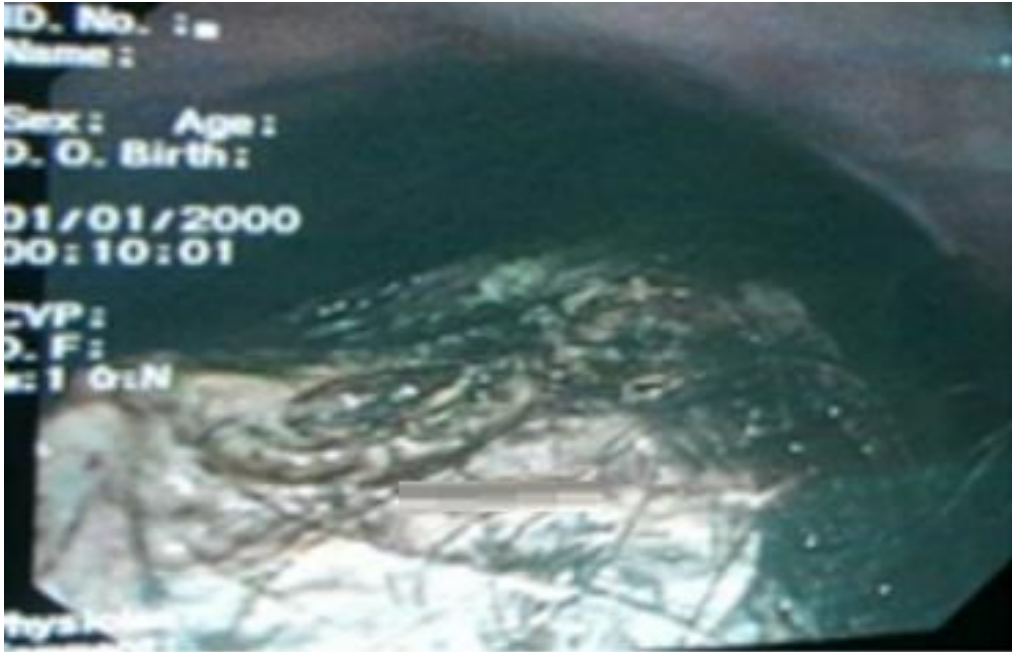


Figure 2: FOGD confirmant le trichobézoard



Figure 3: Gastrotomie longitudinale pour extraire le trichobézoard



Figure 4: Énorme trichobézoard gastrique