



Trichobézoard gastrique révélé par une hémorragie digestive haute. Gastric Trichobezoar revealed by Upper Gastrointestinal Haemorrhage.

Elhadji Lamine HZ^{1*}, Hamidine I², Altiné Mamoudou O³, Abani Bako AB⁴.

Mots-clés

trichobézoard
gastrique,
endoscopie
œsogastroduodénale,
extraction
endoscopique,
Niamey

Résumé

Introduction : Le trichobézoard gastrique est une affection rare désignant la présence inhabituelle de cheveux, sous forme de masse solide, au niveau de l'estomac. Nous allons rapporter un cas clinique de trichobézoard gastrique.

Observation : Il s'agissait d'un patient âgé de 37 ans albinos, cultivateur, anxieux sans soutien familial, sans antécédent psychiatrique, ni de trichophagie, admis aux urgences pour méléna avec une notion d'épigastralgies chroniques évoluant depuis un an. Les examens cliniques et paracliniques ont permis de poser le diagnostic de trichobézoard gastrique qui a été extrait par voie endoscopique. L'évolution était favorable avec la sortie du patient après 05 jours d'hospitalisation.

Conclusion : Le trichobézoard gastrique est une pathologie rare. La prise en charge est endoscopique et psychologique

Keywords

gastric
trichobezoar,
esophageal
endoscopy,
endoscopic
extraction,
Niamey

Abstract

Introduction: Gastric trichobezoar is a rare condition characterized by the unusual presence of hair in the form of a solid mass in the stomach. We report a clinical case of gastric trichobezoar.

Observation: The patient was a 37-year-old albino farmer, anxious without family support, with no psychiatric or trichophagy history, admitted to the emergency department for melena and chronic epigastralgia for one year. Clinical and paraclinical examinations led to the diagnosis of gastric trichobezoar, which was extracted endoscopically. The patient was discharged after 05 days in hospital.

Conclusion: Gastric trichobezoad is a rare pathology. Management is endoscopic and psychological

Introduction

Le trichobézoard gastrique est une affection rare désignant la présence inhabituelle de cheveux, sous forme de masse solide, au niveau de l'estomac survenant le plus fréquemment chez le patient de sexe féminin avant l'âge de 30 ans avec un pic entre 10 – 19 ans. Il est associé à des pathologies psychologiques ou psychiatriques [1]. Le plus souvent

asymptomatique, son diagnostic est posé essentiellement par l'endoscopie digestive [1]. Le traitement dépendra de la taille du trichobézoard de l'extraction endoscopique à la chirurgie. Nous allons rapporter à travers ce cas clinique, les difficultés diagnostiques et les différentes méthodes thérapeutiques.

Observation

Il s'agissait d'un patient âgé de 37 ans albinos, cultivateur anxieux sans soutien familial, sans antécédent psychiatrique, ni de trichophagie qui rapporte une notion de polytransfusion admis aux urgences pour méléna avec une notion d'épigastalgies chroniques évoluant depuis un an. Par ailleurs, l'interrogatoire ne retrouvait pas de notion de prise de médicaments gastrottoxiques, notamment pas de notion de consommation d'anti-inflammatoire non stéroïdien. L'examen général retrouve un patient conscient, bien orienté dans le temps et l'espace, avec un état général conservé. L'examen physique retrouvait une pâleur cutanéomuqueuse, une tachycardie avec un pouls à 115 battements/mn, une hypotension artérielle à 70/50 mm Hg et une mauvaise hygiène bucco-dentaire. L'abdomen était souple légèrement ballonné avec une sensibilité épigastrique sans masse palpable.

Sur le plan biologique, la numération formule sanguine met en évidence une hyperleucocytose à 13,58 10³/L à prédominance neutrophile (PNN 75%), une anémie avec un taux d'hémoglobine à 3,48g/dl, microcytaire (VGM = 62,2 fl) et hypochrome (CCMH= 24,5g/dl) et une thrombocytose avec un taux de plaquette à 590.103/mm³, mais également un syndrome inflammatoire biologique avec une CRP à 96 mg./l. Le groupe sanguin du patient est B Rh positif. La Goutte épaisse était positive avec une densité parasitaire à 120 parasites. Il n'y avait pas d'insuffisance hépatocellulaire (taux de prothrombine à 80%). La fonction rénale et la glycémie étaient normales avec l'urée à 2,42 mmol/l, la créatinine à 61µmol/l et la glycémie à jeun à 6,23 mmol/l. Le Score de Glasgow-Blatchford (SGB) classait le patient à 13 points, nécessitant ainsi un transfert en soins intensifs, où le patient a bénéficié d'un traitement par inhibiteur de la pompe à protons (IPP) injectable pour la formation du clou plaquettaire hémostatique à raison d'un bolus

de 80mg en intra veineuse directe, suivi de 8mg/h à la pousse seringue électrique (PSE) pendant 72 heures, et d'une transfusion sanguine iso groupe iso Rh. Ces mesures de réanimation avaient permis de stabiliser le patient qui a secondairement bénéficié d'une endoscopie digestive haute sous sédation après 24 heures qui a révélé un large ulcère antral stade III selon la classification pronostique de Forrest, saignant facilement au contact et rétrécissant légèrement l'orifice du pylore (Figure 1), sur lequel des biopsies étaient réalisées pour l'histologie. L'endoscopie digestive haute avait noté par ailleurs la présence de cheveux noirs (alors que chez un albinos les cheveux sont blancs ou roux) sous forme de masse solide (un trichobézoard) de petite taille au niveau gastrique sans notion de trichophagie (Figure 2)

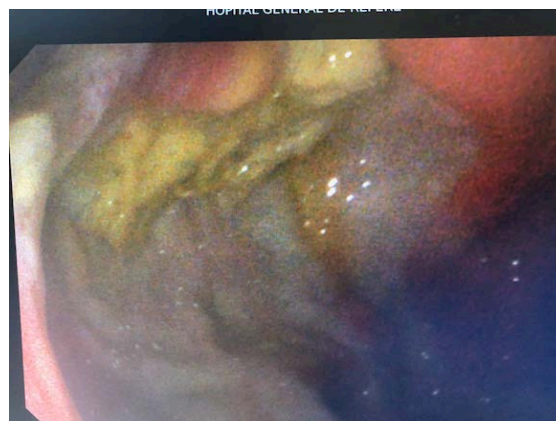


Figure 1 : large ulcère antral stade III de Forrest.

Affiliations :

1. Service d'Hépatogastroentérologie, Hôpital Général de Référence de Niamey, Niger
2. Service d'Hépatogastroentérologie, Hôpital National de Zinder, Université André Salifou, Laboratoire Recherche Clinique et Système de Santé
3. Polyclinique Rayua, Niamey, Niger
4. Laboratoire d'anatomie pathologie et de cytopathologie, Hôpital Général de Référence de Niamey, Niger

***Correspondant :** Dr Elhadji lamine Hadja Zarra, Hépatogastroentérologue, Niger, 91797913 /97939387, zazal111@hotmail.fr



Figure 2 : Trichobézoard gastrique

Le trichobézoard avait été extrait dans le même temps opératoire grâce à une pince à dents de crocodile (Figure 3).



Figure 3 : trichobézoard extrait

L'évolution immédiatement après l'extraction était marquée par la survenue d'un saignement qui était arrêté après l'injection de 10 ml de sérum salé adrénaliné.

Les résultats histologiques mettaient en évidence un ulcère chronique actif, une gastrite active modérée, non atrophique, avec une infection sévère à *Helicobacter pylori*, sans métaplasie intestinale, ni dysplasie.

L'échographie abdominale mettait en évidence une cholécystite alithiasique liée au jeun prolongé. Notre patient a bénéficié d'un traitement d'éradication de *Helicobacter pylori* par quadrithérapie concomitante de 14 jours. Le patient a par ailleurs bénéficié d'un traitement anti paludique à base de l'association Artemether- Lumefantrine 80/480

mg sur 03 jours et d'une prise en charge psychologique.

L'évolution était favorable avec la sortie du patient après 05 jours d'hospitalisation et un rendez-vous pour contrôle endoscopique était donné dans deux mois.

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 inférieurs 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 côlon transverse, réalisant ainsi le syndrome de Rapunzel [4]. Chez notre patient, il était de localisation gastrique. 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%) [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 grélique [8, 9], d'une perforation gastrique ou grélique ou un 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 [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 patient ne présentait pas de masse abdominale ni d'alopecie, il présentait une sensibilité abdominale. Le diagnostic repose sur

l'Endoscopie Œsogastroduodénale 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]. Plusieurs thérapeutiques ont été rapportées dans la littérature. Ainsi, en présence de trichobézoard de petites tailles, l'usage de boissons abondantes associées à la prise d'accélérateurs du transit, et une extraction endoscopique sont proposés ou la fragmentation du trichobézoard par voie endoscopique par rayon laser, mini-explosion [13], et par lithotripsie extracorporelle [15]. Outre un traitement incomplet, ces méthodes exposent à un risque de complications iatrogènes en particulier œsophagiennes ou d'occlusion intestinale sur fragment de trichobézoard.

Conclusion

Le trichobézoard gastrique est une pathologie rare. Le diagnostic est confirmé par l'endoscopie œsogastroduodénale, la prise en charge est endoscopique et psychologique.

Conflit d'intérêts : aucun

Références

1. Ousadden A, Mazaz K, Mellouki I, Taleb KA. Le trichobézoard gastrique : une observation. *Ann Chir.* 2004 May;129(4):237-40.
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.
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.
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.
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.
6. Qureshi NH, Morris K, McDevitt B. Trichobezoar: a condition to think of in case of mobile abdominal mass. *Ir Med J.* 1992; 85:74.
7. Deslypere JP, Praet M, Verdonk G. An unusual case of trichobezoar: the Rapunzel Syndrome. *Am J Gastroenterol.* 1982 Jul; 77(7):467-70.
8. Sinzig M, Umschaden HW, Haselbach H, Illing P. Gastric trichobezoar with gastric ulcer: MR findings. *Pediatr Radiol.* 1998 May; 28(5):292.
9. Mehta M, Patel RV. Intussusception and intestinal perforations caused by multiple trichobezoars. *J Pediatr Surg.* 1992 Sep; 27(9):1234-5.
10. 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.
11. Shawis RN, Doig CM. Gastric trichobezoar associated with transient pancreatitis. *Arch Dis Child.* 1984 Oct; 59(10):994-5.
12. 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.
13. Benes J, Chmel J, Jodl J, Stuka C, Nevoral J. Treatment of a gastric bezoar by extracorporeal shock wave lithotripsy. *Endoscopy.* 1991 Nov; 23(6):346-8.
14. Singla SL, Rattan KN, Kaushik N, Pandit SK. Rapunzel Syndrome: a case report. *Am J Gastroenterol.* 1999 Jul; 94(7):1970-1.
15. Benes J, Chmel J, Jodl J, Stuka C, Nevoral J. Treatment of a gastric bezoar by extracorporeal shock wave lithotripsy. *Endoscopy.* 1991 Nov; 23(6):3468.