

Le trichobézoard, une entité clinique peu courante

Rajaonarison P¹, Ralamboson S¹, Ramanampamonjy R², Rakotoarisoa R¹,
Ramanantoanina CE¹, Andrianasolo D¹, Andriantsimahavandy A³

RESUME : Un volumineux trichobézoard a été découvert chez une fillette de 11 ans sans antécédents pathologiques notables. La fibroscopie digestive haute a permis d'en faire aisément le diagnostic. La cure chirurgicale a été sans complication.

Mots-Clés : Trichobézoard - Estomac - Fibroscopie - Gastrotomie - Madagascar.

ABSTRACT : "Trichobezoar : a case report" : A voluminous trichobezoar was discovered in an 11-year-old girl without major clinical implications. The diagnosis was made by endoscopy and surgery was performed without complications.

Key-words : Trichobezoar - Stomach - Fibroscopy - Gastrotomy - Madagascar.

INTRODUCTION

L'endoscopie permet de visualiser *in vivo* les lésions et le dysfonctionnement des organes. Elle occupe une place privilégiée pour l'observation de corps étrangers [1,2]. Un cas de trichobézoard rapporté avec les circonstances de sa découverte, l'environnement psychosocial de la patiente, la clinique et le traitement permet d'attirer l'attention sur l'apparition imprévisible et la gravité de cette pathologie. Le trichobézoard est une masse tumorale localisée dans l'estomac, et composée d'un mélange de débris alimentaires et de cheveux.

OBSERVATION

Dernière d'une fratrie de quatre enfants, Ra..., fillette de 11 ans, est issue d'une famille de niveau socio-économique moyen. Elle est amenée en consultation par sa mère pour une masse abdominale, découverte incidemment lors d'une toilette. Aucun signe fonctionnel particulier n'a pu être rapporté. Il n'a été noté ni fièvre, ni trouble du transit. Toutefois, un amaigrissement de 2 à 3 kg en 1 mois ainsi que des œdèmes des membres inférieurs ont été observés.

Dans ses antécédents, elle a eu une naissance normale et a été allaitée au sein mais avec un sevrage brutal à 3 mois. Après avoir contracté la rougeole à 8 mois, elle a eu un eczéma aux mains et aux pieds de 11 à 16 mois. Elle a attrapé la varicelle à 4 ans.

D'après sa mère, elle est une enfant taciturne et solitaire, toujours accompagnée d'un objet transitionnel (tricot, tissu, plaid) qu'elle suce et mordille. Elle se lie difficilement d'amitié.

Jusqu'à 6 ans, elle a présenté un bégaiement. A l'école, elle n'a qu'une seule camarade et reste très souvent cantonnée dans sa solitude.

Elle fait fréquemment de fausses routes alimentaires. Sa dernière prise d'anti-helminthiques remonte à six mois. Elle n'a jamais subi d'intervention chirurgicale.

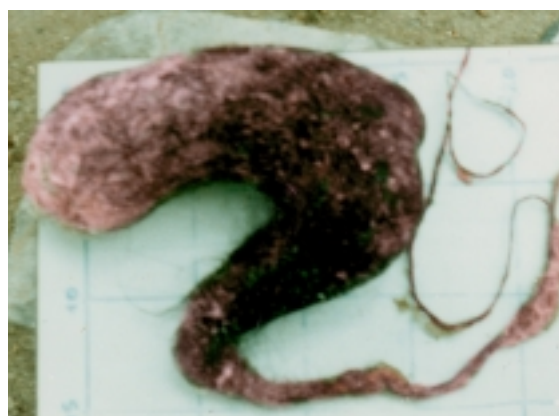
L'examen clinique montre une asthénie, une anorexie, un amaigrissement ainsi qu'une pâleur cutané-conjonctivale modérée. Une ulcération de la langue est associée à un mauvais état dentaire. L'examen physique a révélé une masse épigastrique de volume important, ferme et dure mais indolore à la palpation, présentant un bord inférieur régulier concave. Hépatosplénomégalie et souffle abdominal sont absents. Le toucher rectal n'indique aucune anomalie.

Aux membres inférieurs, un œdème bilatéral, mou, indolore et prenant le godet est mis en évidence. De petites adénopathies inguinales et sous mandibulaires indolores, roulant sous les doigts, ont été notées.

A l'examen paraclinique, le bilan biologique indique une hypoprotidémie à 55 g/L avec une hypoalbuminémie à 30 g/L. Les clichés abdominaux sans préparation montrent une opacité grisaille médio-abdominale à bord inférieur concave, refoulant le côlon transverse. L'échographie abdominale révèle une ascite libre de la grande cavité, alors que l'abondance des gaz gêne la visibilité de la masse épigastrique. La fibroscopie digestive haute précise la nature de ce corps étranger; masse magmatique de cheveux et de débris alimentaires : il s'agit d'un trichobézoard.

L'essentiel du traitement consiste en des soins buccaux à l'amphotéricine B (Fungizone®), et en une gastrotomie pour l'ablation du bézoard. Les suites opératoires ont été favorables. A la sortie de l'hôpital, la reprise de l'appétit est accompagnée d'un gain pondéral rapide.

Figure 1 : Trichobézoard après gastrotomie. Présence d'une longue ramification



¹ Centre Hospitalier de Soavinandriana, BP 6 bis - 101 Antananarivo - Madagascar.

² Hôpital général de Befelatanana, Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo, BP 14 bis - 101 Antananarivo - Madagascar.

³ Institut Pasteur de Madagascar, BP 1274 - 101 Antananarivo - Madagascar.

DISCUSSION

Si l'on se réfère aux données de la littérature, les cas de trichobézoard s'observent avec une fréquence particulière chez les jeunes enfants, voire les adolescents [3,4,5,6,7]. Des perturbations psychiques sont généralement rapportées [8]. Comme lieu de résidence, les asiles d'aliénés sont souvent mentionnés. Trichophagie et trichotillomanie depuis l'enfance sont fréquemment évoquées [9,10,11,12]. Ce cas clinique semble répondre à ces critères épidémiologiques d'ordre assez général : âgé de 11 ans et de sexe féminin, il manifeste un comportement psychosocial témoignant d'une grande carence affective.

Sur le plan clinique, un antécédent d'ulcère ou de vagotomie est généralement signalé pour les cas de trichobézoard qui, après une phase de latence clinique, est découvert par la masse épigastrique à la suite d'épigastralgie, de crampes ou de vomissements noirâtres [13,14]. Dans le cas présent, la découverte a été faite après un début de complication marquée par une asthénie, une anorexie et un amaigrissement. L'existence de la masse épigastrique isolée n'a entraîné aucun signe fonctionnel particulier.

La présence d'un trichobézoard n'induit pas systématiquement des perturbations profondes des paramètres biologiques. L'hémogramme indique une anémie hypochrome modérée [9,13], une hypoalbuminémie liée à une hypoprotidémie a été notée. La radiographie montre une opacité qui est mobile au changement de position du malade [14], mais fixe dans notre cas. La tomодensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique révèlent une masse présentant des poches d'air sans prise de contraste [16,17]. L'endoscopie par voie haute permet d'asseoir un diagnostic définitif tout en précisant le volume du bézoard [1,18]. Le trichobézoard du cas présenté pesait 475 g et mesurait 25 cm x 9 cm. De forme oblongue et moulant l'estomac, il envoie une ramification vers le duodénum.

Figure 2 : Trichobézoard : masse de cheveux. Vue macroscopique



Le traitement est habituellement d'ordre chirurgical, et l'évolution reste bonne [19,20,21]. Un diagnostic précoce, une intervention chirurgicale rapide et une exploration minutieuse de tout le tractus gastro-intestinal sont nécessaires pour de bons résultats post-opératoires [22,23,24].

CONCLUSION

De découverte fortuite, ce trichobézoard est remarquable par sa masse de 475 g. Unique cas publié à Antananarivo, il s'agit là du trichobézoard le plus volumineux, jamais décrit dans la littérature.

Face à l'insuffisance des moyens diagnostiques paracliniques dans les pays en développement, le nombre de cas parfaitement documentés reste très faible. La fibroscopie occupe une place de choix dans le diagnostic des tumeurs gastriques : elle permet l'observation *in situ* des lésions et les prélèvements biopsiques pour un examen histopathologique.

Les séquelles médicales et psychiatriques de la trichotillomanie ne doivent pas être sous-estimées. La pharmacothérapie et la psychothérapie de soutien jouent un rôle important chez les patients présentant de tels désordres.

REFERENCES

- 1- **Dietrich NA, Gau FC.** Postgastroectomy phytobezoars: endoscopic diagnosis and treatment. *Arch Surg* 1985; **120** : 432-435.
- 2- **Alsafwah S, Alzein M.** Small bowel obstruction due to trichobezoar: role of upper endoscopy in diagnosis. *Gastrointest Endsoc* 2000; **52** : 784-786.
- 3- **De Bakey M, Oschner A.** Bezoars and concretions : a comprehensive review of literature with an analysis of 303 collected cases and a presentation of 8 additional cases. *Surgery* 1939; **5** : 132-160.
- 4- **Grewal RS.** Trichobezoar: review of literature and case report. *Int Surg* 1967; **48** : 196-200.
- 5- **O'Sullivan MJ, McGreal G, Walsh JG, Redmond HP.** Trichobezoar. *J R Soc Med* 2001; **94** : 68-70.
- 6- **Dalshaug GB, Wainer S, Hollaar GL.** The Rapunzel syndrome (trichobezoar) causing atypical intussusception in child : a case report. *J Ped Surg* 1999; **34** : 479-80.
- 7- **Varma A, Sudhindra BK.** Trichobezoar with small bowel obstruction. *Indian J Ped* 1998; **65** : 761-763.
- 8- **Sood AK, Bahl L, Kaushal RK, Sharma VK, Grover N.** Childhood trichobezoar. *Indian J Ped* **67** : 390-391.
- 9- **Sharma NL, Sharma RC, Mahajan VK, Sharma RC, Chauhan D, Sharma AK.** Trichotillomania and trichophagia leadind to trichobezoar. *J Derm* 2000; **27** : 24-26.
- 10- **Studzinski Z, Grzybowski Z.** Giant trichobezoar in the stomach coexisting with pregnancy : a case report. *Ginekologia Polska* 1999; **70** : 830-834.
- 11- **Bouwer C, Stein DJ.** Trichobezoars in trichotillomania: case report and literature overview. *Psychosomatic Med* 1998; **60** : 658-660.

- 12- **Wadlington WB, Rose M, Holcomb GW Jr.** Complications of trichobezoar : a 30-year experience. *Southern Med J* 1992; **85** : 1020-1022.
 - 13- **Phillips MR, Zaheer S, Drugas GT.** Gastric trichobezoar : case report and literature review. *Mayo Clinic Proc* 1998; **73** : 653-656.
 - 14- **Hettlich BF, Bahr AM.** What is your diagnosis ? Soft tissue opacity in stomach and duodenum. *J Am Vet Med Assoc* 2000; **217** : 477-478.
 - 15- **Sinzig M, Umschaden HW, Haselbach H, Illing P.** Gastric trichobezoar with gastric ulcer : MR findings. *Ped Radiol* 1998; **28** : 296.
 - 16- **Morris B, Shah ZK, Shah P.** An intragastric trichobezoar : computerised tomographic appearance. *J Postgrad Med* 2000; **46** : 94-95.
 - 17- **Oddo F, Chevallier P, Souci J, Baque J, Buckley MJ, Fabiani P, Diaine B, Coussement A.** Aspects radiologiques des complications des diverticules duodénaux. *J Radiol* 1999; **80** : 134-140.
 - 18- **De Baker A, Van Nooten V, Vandenplas Y.** Huge gastric trichobezoar in a 10-year-old girl : case report with emphasis on endoscopy in diagnosis and therapy. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999; **28** : 513-515.
 - 19- **Nagar h, Resnick I.** Trichobezoar of stomach. *Israel Med Ass J* 2000; **2** : 641-642.
 - 20- **Sbai-Idrissi MS, El Fares F.** Trichobézoard gastrique. *J Chir* 2000; **137** : 43.
 - 21- **Nirasawa Y, Mori T, Ito Y, Tanaka H, Seki N, Atomi Y.** Laparoscopic removal of a large gastric trichobezoar. *J Ped Surg* 1998; **33** : 663-665.
 - 22- **Jenyah H, Graoui H.** Un cas de trichobézoard. *Tunisie med* 1983; **2** : 581-586.
 - 23- **Zaghloul K.** Le trichobézoard : à propos de 3 cas. [Thèse Médecine]. Rabat : Faculté de Médecine, 1980.
 - 24- **Aboussad A, Habzi A, Slaoui B, Souhail F, Dehbi F.** Le trichobézoard: à propos d'un cas. *Rev Med Suisse Romande* 1997; **117** : 73-75.
-