

Fait clinique

Trichobézoard : à propos de 5 observations

Five cases of trichobezoars in children

C. Roche ^a, E. Guye ^b, E. Coinde ^c, C. Galambrun ^d, C. Glastre ^e, M. Halabi ^f,
O. Mory ^a, J.-L. Stéphan ^{a,*}

^a Service de pédiatrie, hôpital Nord, CHU Saint-Étienne, 42055 de Saint-Étienne cedex 02, France

^b Service de chirurgie pédiatrique, hôpital Nord, CHU Saint-Étienne, France

^c Service de gastroentérologie pédiatrique, hôpital Edouard Herriot, CHU de Lyon, France

^d Service d'hématologie, hôpital Debrousse, CHU de Lyon, France

^e Service de pédiatrie, centre hospitalier d'Annecy, France

^f Service de Pédiatrie, centre hospitalier Montbrison, France

Reçu le 24 juin 2004 ; accepté le 13 juillet 2005

Disponible sur internet le 27 septembre 2005

Résumé

Le trichobézoard est constitué de concrétions de cheveux et de débris alimentaires. Ce diagnostic doit être évoqué sur une histoire de syndrome occlusif traînant dans un contexte de trichotillomanie, mais sa découverte peut être fortuite dans le cadre du bilan d'une anémie ou d'un reflux gastro-œsophagien par la palpation d'une masse abdominale épigastrique. La première observation de cette courte série illustre le syndrome de Rapunzel, exceptionnel, avec de nombreuses perforations et une nécrose digestive. Les quatre autres sont des bézoards classiques, intragastriques stricts, identifiés rapidement par l'échographie. Le traitement des trichobézoards est exclusivement chirurgical, la digestion par la papaïne ou l'extraction endoscopique étant impossible. Il faut insister sur le caractère particulièrement dangereux de cette déviance. La prise en charge psychologique des troubles psychiques parfois associés devra compléter à l'évidence le geste chirurgical.

© 2005 Publié par Elsevier SAS.

Abstract

Trichobezoars are made up of concretions of ingested hair and food. A history of occlusive syndrome in a context of trichotillomania and psychological problems must lead to this diagnosis. Bezoars can be fortuitously recognised by palpation of an epigastric abdominal mass while investigating anemia or esophageal reflux. This deviance is particularly dangerous. The first case of this series illustrates the Rapunzel syndrome with many perforations and necrosis of the small bowel. The 4 others are strict intragastric bezoars, quickly identified by echography. Treatment is exclusively surgical, digestion by papain or endoscopic extraction being impossible. Psychological assistance is mandatory.

© 2005 Publié par Elsevier SAS.

Mots clés : Trichobézoard ; Syndrome de Rapunzel

Keywords : Trichobezoars; Child

Le trichobézoard est un agglomérat de cheveux et/ou de textile associé à des débris alimentaires, retrouvé dans le tube digestif et surtout dans l'estomac. Cette pathologie concerne

habituellement l'enfant, parfois des jeunes adolescentes présentant des troubles psychiques [1]. Il existe une forme particulière, tout à fait exceptionnelle, de trichobézoard avec une extension dans l'intestin grêle, et souvent source de complications redoutables [2–5] : le syndrome de Rapunzel, qui fait référence au conte des frères Grimm. En rapportant cinq

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : j.louis.stephan@chu-st-etienne.fr (J.-L. Stéphan).

observations récentes en Rhône-Alpes (année 2003) dont une caractéristique de cette dernière forme anatomique, nous voulons attirer l'attention sur les difficultés diagnostiques parfois rencontrées, les modes de révélation et surtout la gravité potentielle de cette déviance.

1. Observations

1.1. Observation n° 1

Ce jeune garçon de cinq ans d'origine Cambodgienne présentait des douleurs abdominales et des vomissements évoluant depuis quatre jours avec un arrêt des matières. L'interrogatoire était difficile pour des raisons linguistiques. L'examen clinique retrouvait un abdomen ballonné et sensible chez un enfant apyrétique mais avec une asthénie extrême. Le bilan biologique montrait une CRP un peu augmentée à 27,6 mg/L, une hyperleucocytose à prédominance neutrophile (12 200 par mm³), une discrète anémie microcytaire (Hb 11,7 g/dl, VGM à 66,5 fl). Le diagnostic n'a pas été porté sur le cliché d'abdomen de face sans préparation mais a posteriori, on distinguait nettement une masse intragastrique moulée par l'air dans l'estomac (Fig. 1). L'échographie abdominale objectivait un épanchement intrapéritonéal diffus et une stase liquidienne et le diagnostic a été manqué. La persistance de la symptomatologie douloureuse et du syndrome subocclusif a conduit à une coelioscopie qui a mis en évidence une dilatation de l'estomac avec à la palpation une impression très particulière de masse intragastrique volumineuse « prenant le godet ». Deux invaginations intestinales iléo-iléales ont été libérées sans difficulté. La gastroscopie au cours du même temps peropératoire a mis également en évidence un volumineux trichobézoard intragastrique. Après échec d'une tentative de dissolution du bézoard à l'aide de



Fig. 1. ASP : masse intragastrique silhouettée par l'air.

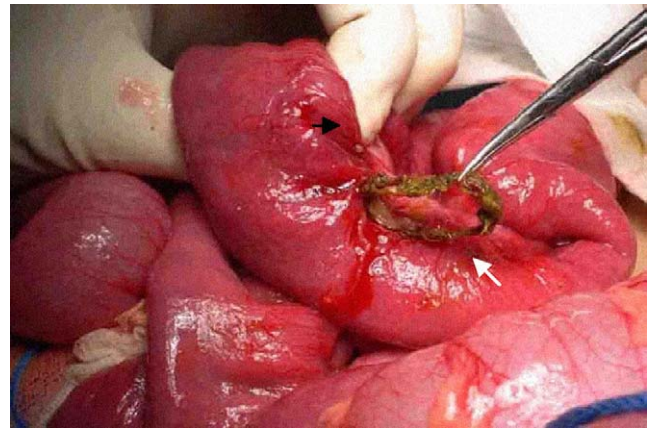


Fig. 2. Vue peropératoire : extraction d'une corde de trichobézoard de l'intestin grêle par l'une de ses perforations.

papaïne, une laparotomie a été réalisée au septième jour. L'exploration de la cavité abdominale a retrouvé un grêle inflammatoire très distendu avec de multiples zones de rétraction le long du bord mésentérique. La libération de ces zones a mis en évidence des petites perforations bouchées de 1 cm de diamètre à 5 × 2 cm. On en dénombrait une vingtaine étendue sur un mètre d'intestin grêle. La queue du bézoard faisait effet de « corde » à l'origine de différentes zones de nécrose (Fig. 2). Le reste de l'exploration abdominale était normal. La quasi-totalité de l'estomac était occupée par le trichobézoard. Le traitement chirurgical a comporté la résection de 90 cm de grêle contenant une quinzaine de perforations, les premières étant toutes suturées. L'ablation du plus gros bézoard intestinal a été réalisée par l'une de ces perforations, la gastrotomie permettant de libérer le trichobézoard gastrique d'une masse de 886 g. La masse gastrique était faite d'un matériel exogène d'aspect polymorphe contenant des tiges pilaires et de débris ayant tantôt des aspects de cristaux, tantôt des aspects de végétaux. Le prolongement dans l'intestin grêle par une corde de 20 à 25 cm de long était caractéristique du syndrome de Rapunzel. (Fig. 3) Malgré ces difficultés diagnostiques et thérapeutiques, les suites postopératoires ont été très simples. Six mois après l'intervention et la prise en charge par un pédopsychiatre, ce petit garçon est en très bon état général, plus bavard, et d'après l'entourage, transformé sur le plan de la sociabilité.

1.2. Observation n° 2

Cette jeune fille de 15 ans et demi, d'origine algérienne, sans antécédent particulier, a été vue en consultation d'hématologie pour un bilan d'anémie ferriprive sévère (hémoglobine à 6 g/dl, VGM à 55 fl, réticulocytes à 98 000/mm³). L'examen clinique fût considéré comme « normal » et un traitement martial, instauré. Trois semaines après, elle a été revue par le médecin qui remarquait cette fois-ci à l'examen clinique une masse épigastrique ferme sans hépatosplénomégalie. Une échographie et un transit œsogastroduodénal furent réalisés en urgence qui confirmaient l'existence d'une masse intragastrique d'échostructure hétérogène, mobile et bien limitée

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9369645>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9369645>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)