

# Trichoberoard gastrique : premier cas observé en milieu burkinabè

---

C. ZARÉ<sup>1</sup>, H. G. L. BELEMLILGA<sup>1</sup>, M. ZIDA<sup>3</sup>, B. L. BÉNAO<sup>1</sup>, N. YABRÉ<sup>1</sup>,  
I. A. TRAORÉ<sup>2</sup>, D. BARRO<sup>2</sup>, E. OUANGRÉ<sup>3</sup>, A. SANOU<sup>3</sup>, S. S. TRAORÉ<sup>3</sup>

## Résumé

Le trichobézoard est une concrétion de cheveux, de poils ou de fibres de tapis et de débris alimentaire, localisée habituellement dans l'estomac. Le trichobézoard est une pathologie rare qui survient habituellement chez des adolescentes présentant des troubles psychiques.

La première observation de trichobézoard a été rapportée en 1779 par Baudamant lors d'une autopsie chez un homme mort suite à une péritonite par perforation gastrique. Nous rapportons le premier cas en milieu burkinabè, observé en 2013 dans le service de chirurgie générale et digestive du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou. Il s'est agi d'une jeune femme de 20 ans admise pour une masse épigastrique associée à des vomissements alimentaires. L'interrogatoire avait retrouvé des antécédents de trichotillomanie et de trichophagie datant de 4 ans. La fibroscopie digestive haute avait montré un trichobézoard gastrique. Une laparotomie médiane sus-ombilicale, puis une gastrotomie avait permis l'extraction d'un trichobézoard mesurant 32 x 9 x 6 cm, pesant 900 g. Les suites opératoires avaient été simples. La patiente était sortie au huitième jour postopératoire. Elle a été confiée par la suite à un psychiatre pour suivi thérapeutique.

**Mots-clés :** trichobézoard, trichotillomanie, trichophagie, estomac.

## Gastric trichobezoar : first report case in Burkina Environment

### Abstract

The trichobezoar is a concretion of hair or carpet and food debris fiber, usually located in the stomach. The first observation trichobezoar was reported in 1779 by Baudamant at autopsy in a man died following gastric perforation with peritonitis. We report the first case in Burkina environment observed in 2013 in General and Digestive Surgery department of University Hospital Yalgado Ouédraogo of Ouagadougou. He acted in a 20 year old woman admitted for epigastric mass associated with food vomiting. The interrogation had found a history of trichotillomania and trichophagia dating 4 years. The gastroscopy showed a gastric hairball. A supra-umbilical midline laparotomy and a gastrostomy allowed extracting a hairball measuring 32 x 9 x 6 cm, weighing 900 g. The postoperative were simple. The patient was out in the eighth postoperative day. She was later assigned to a psychiatrist for therapy monitoring. The hairball is a rare disease that usually occurs in adolescents with mental disorders.

**Keywords:** trichobezoar, trichotillomania, trichophagia, stomach.

---

<sup>1</sup> Service de Chirurgie Générale, CHU Sourou Sanou-Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.

<sup>2</sup> Service d'Anesthésie- Réanimation, CHU SourouSanou-Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.

<sup>3</sup> Service de Chirurgie Viscérale CHU Yalgado Ouédraogo-Ouagadougou, Burkina Faso.

\* Auteur correspondant : CHU Sourou Sanou-Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, Tél : 00226 70 08 91 87 Fax : 00226 20 97 26 93, BP 629 Email: zcyrien@yahoo.fr

## Introduction

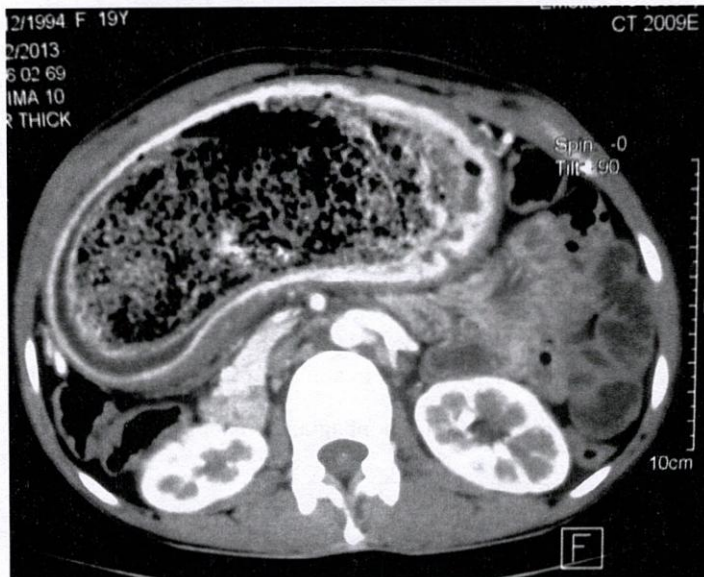
Le trichobézoard est une concrétion de cheveux, de poils ou de fibres de tapis et de débris alimentaire, localisée habituellement dans l'estomac (BOUFETTAL *et al.*, 2010 ; EL MANCHI, 2010). Le trichobézoard est une pathologie non exceptionnelle mais rare (EL MANCHI, 2010 ; GHISLANE G., 2011). Aucun cas n'est encore rapporté dans le milieu burkinabè à notre connaissance. Nous rapportons un cas de trichobézoard gastrique révélé par une masse abdominale, dans le service de Chirurgie Générale et Digestive du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado (CHUYO) dans le but d'analyser les aspects pathogéniques, l'approche diagnostique et les particularités thérapeutiques de cette affection dans le milieu burkinabè.

## Observation

Il s'est agi d'une jeune femme de 20 ans, mariée, admise en février 2013 dans le service de Chirurgie Générale et Digestive du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo pour des douleurs épigastriques et des vomissements alimentaires. Dans ses antécédents personnels, il a été noté des troubles de comportement transitoires de nature non précisée. L'examen physique a permis de noter :

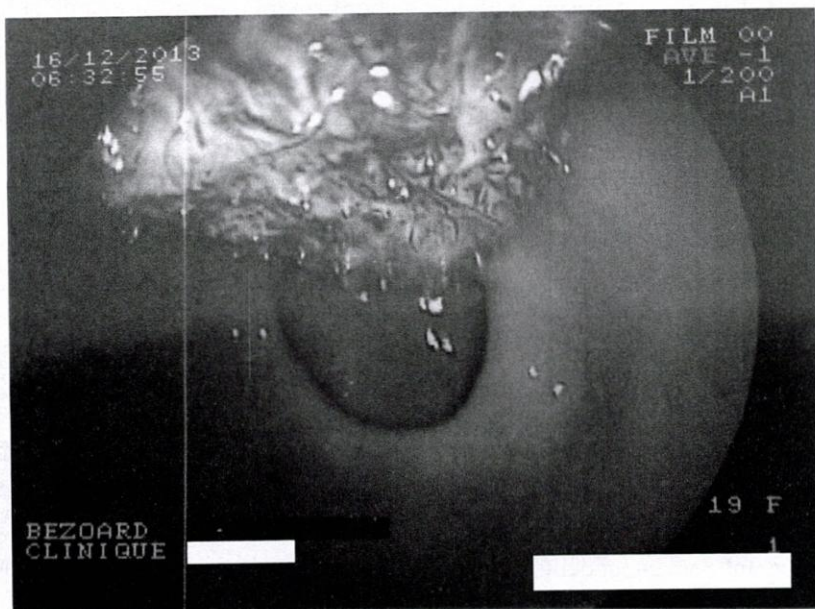
- un état général altéré avec un indice de performance OMS à 3 ;
- une pâleur conjonctivale ;
- un amaigrissement, le poids était de 43 Kg et la taille était de 1,60 m, soit un indice de masse corporelle de 16,8 ; correspondant à une dénutrition modérée selon la classification OMS ;
- une masse épigastrique ovalaire, sensible, de consistance ferme, à surface lisse, mobile par rapport au plan superficiel, mesurant 10 cm de grand axe.

Devant cette masse épigastrique, une échographie abdominale, une tomodensitométrie et une fibroscopie digestive haute ont été demandées. L'échographie avait montré une formation épigastrique de 112 x 104 mm avec un cône d'ombre postérieur. La TDM avait montré un conglomérat hétérogène avec des calcifications occupant la lumière gastrique (figure 1).



**Figure 1.** Coupe tomodensitométrique montrant une masse hétérogène correspondant au trichobézoard gastrique.

La fibroscopie digestive haute avait retrouvé un bézoard gastrique constitué de cheveux (figure 2).



**Figure 2.** Image endoscopique montrant le trichobézoard gastrique.

Le bilan biologique avait montré une anémie hypochrome microcytaire avec un taux d'hémoglobine à 9,9 g/dl. Le diagnostic de trichobézoard gastrique avait été posé.

Un traitement chirurgical avait été décidé. Il avait consisté à une laparotomie sous anesthésie générale. Une incision médiane sus-ombilicale avait été réalisée. L'exploration avait retrouvé une dilatation de l'estomac avec une masse intragastrique palpable. Une gastrotomie antérieure verticale réalisée sur la face antérieure de l'estomac avait permis l'extraction d'un trichobézoard mesurant 32 x 9 x 6 cm et pesant 900 g (figure 3).



**Figure 3.** Image du trichobézoard gastrique après extraction

Les suites opératoires avaient été simples. La patiente était sortie au huitième jour postopératoire. La reprise de l'interrogatoire avait permis de confirmer la trichotillomanie et la trichophagie associées à des troubles de comportement transitoires de nature non précise qui seraient survenues en postpartum il y a 4 ans. La patiente avait été adressée en psychiatrie. L'examen psychiatrique n'avait noté aucune anomalie. Un suivi périodique avait été décidé. A six mois postopératoire la patiente ne présentait aucune anomalie.

## Discussion

La première observation de trichobézoard a été rapportée en 1779 par Baudamant lors d'une autopsie chez un homme mort suite à une péritonite par perforation gastrique (ROCHE *et al.*, 2005). Depuis lors, la plupart des auteurs ne rapportent qu'un cas dans les différentes séries (MOUJAHID *et al.*, 2011 ; OUSADDEN *et al.*, 2004 ; SCIERRETTA et BOND, 2011). Seuls quelques auteurs ont rapporté des séries plus grandes allant de 3 à 7 cas (OUSADDEN *et al.*, 2004 ; VAUGHAN *et al.*, 1968 ; SCIERRETTA et BOND, 2011). Notre observation, à notre connaissance, est le premier cas rapporté en 2013 au Burkina Faso. Le trichobézoard n'est donc pas exceptionnel mais une affection rare. Dans notre observation, cette affection rare est découverte chez une jeune femme âgée de 20 ans ayant des antécédents de trichotillomanie et de trichophagie. La trichotillomanie est un trouble psychiatrique caractérisé par l'arrachement répété de ses propres cheveux, aboutissant à une alopécie manifeste. Quant à la trichophagie, il s'agit d'un trouble de comportement caractérisé par un besoin irrésistible de manger ses propres cheveux (MOUJAHID *et al.*, 2011). Ces troubles de comportement ont été les facteurs essentiels ayant favorisé la constitution du trichobézoard chez notre patiente. Le trichobézoard survient chez le sujet jeune surtout chez l'adolescente dans un contexte de trichotillomanie (BOUFETTAL *et al.*, 2010 ; OUSADDEN *et al.*, 2004 ; SCIERRETTA et BOND, 2011). C'est le cas de notre patiente. Le trichobézoard est la présence inhabituelle de cheveux sous forme de masse solide dans le tube digestif, plus souvent au niveau de l'estomac. Plusieurs formes topographiques ont été décrites telle que le trichobézoard isolé ou avec extension vers le duodénum ou l'intestin définie par le syndrome de Rapunzel (BOUFETTAL *et al.*, 2010). Notre malade a présenté une localisation isolée gastrique. La symptomatologie clinique chez notre patiente a été des douleurs épigastriques accompagnées de vomissement alimentaire associé à une masse abdominale. Ces signes étaient en rapport avec l'atteinte gastrique. Le manque de spécificité des signes explique notre retard diagnostique malgré la réalisation de l'échographie et du scanner abdominal chez notre malade. Ce retard diagnostique a été rapporté par d'autres auteurs (SCIERRETTA et BOND, 2011 ; GHISLANE, 2011). Le scanner a montré une masse hétérogène occupant la lumière gastrique. Ce n'est pas un examen de certitude pour le diagnostic de trichobézoard et en plus il est d'accessibilité difficile dans notre pratique. La fibroscopie, examen plus accessible dans notre contexte a été le dernier examen paraclinique réalisé dans notre cas. Elle a permis de poser le diagnostic. Le diagnostic du trichobézoard est clinique et endoscopique. Il est évoqué devant une symptomatologie digestive chronique peu spécifique ; surtout chez les jeunes filles ayant des troubles psychiques (EL MACHINI, 2010). Dans notre cas la patiente a présenté un amaigrissement et une pâleur conjonctivale. L'amaigrissement s'expliquerait par la dénutrition liée à l'anorexie, aux vomissements et à la malabsorption. Quant à l'anémie elle était due à la malabsorption et aux saignements chroniques liés à la présence du trichobézoard. Le retard diagnostique a été le facteur d'aggravation de ces signes, conduisant à une altération de l'état général de notre malade. Notre patiente a bénéficié d'une gastrotomie, avec

ablation du trichobézoard. La voie d'abord a été une laparotomie. Ailleurs, la coelioscopie et la fibroscopie ont été utilisées comme des moyens d'extraction (FALLON *et al.*, 2013). Nous n'avons pas utilisé la coelioscopie car elle n'est pas encore d'actualité dans notre pratique. Quant à la fibroscopie, elle n'a pas pu être d'un intérêt thérapeutique vu que le trichobézoard était volumineux et impossible à extraire. Le traitement de choix reste la chirurgie conventionnelle. La chirurgie permet l'exploration de toute la cavité péritonéale, 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 entérostomies (GHISLANE, 2011). Notre patiente avait bénéficié d'un suivi psychiatrique recommandé par tous les auteurs (GHISLANE, 2011 ; FALLON *et al.*, 2013). La prise en charge psychiatrique est reconnue comme étant efficace dans le traitement de la trichophagie. Elle permet d'éviter la récurrence.

## Conclusion

Nous avons rapporté le premier cas de trichobézoard gastrique au Burkina Faso. Ce cas a concerné une jeune fille présentant des troubles psychiatriques. Le diagnostic bien que tardif a été facilité par la fibroscopie digestive haute réalisée devant la présence d'une masse épigastrique. C'est un diagnostic qu'il faut savoir évoquer devant des symptômes abdominaux chroniques banaux. Nous avons réalisé une laparotomie pour l'ablation chirurgicale du trichobézoard. Une consultation en psychiatrie a été associée à ce traitement. L'évolution a été favorable.

## Références bibliographiques

- ADÈS J. et LEJOYEUX M. Dépendances comportementales., 1999. Achats compulsifs, addictions sexuelles, dépendance au travail, kleptomanie, pyromanie, trouble explosif intermittent, trichotillomanie. *EncyclMédChir* (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-396-A-20, 11 p.148: 365-70.
- BOUFETTAL R., JAI S. R., CHEHAB F, BARROU H., BOUZARDI A., 2010. Occlusion intestinale aigue par trichobézoard à double localisation gastrique et jejunaie : aspect tomodynamique. *JRadiol.*, 91 : 301-3
- EL MACHICHI A. S., 2010. Le trichobézoard chez l'enfant (à propos de 03 cas). Thèse de Médecine., Fès :130 p.
- FALLON S. C., SLATER B. J., LARIMER E. L., BRANDT M. L., LOPEZ M. E., 2013. The surgical management of Rapunzel syndrome: a case series and literature review. *J PediatrSurg.*, ;48 :830-4.
- GHISLANE G., 2011. Le trichobézoard chez l'enfant. Thèse de Médecine., Rabat : 119 p.
- MOUJAHID M., ZIADI T., ENNAFAE I, KECHNA H., OUZZAD O., EL KANDRY S., 2011. Un cas de trichobézoard gastrique. *Pan Afr Med J.*; 9 :19.
- OUSADDEN A., MAZAZ K., MELLOUKI I, TALEB K. A., 2004. Le trichobézoard gastrique : une observation. *Ann Chir.*; 129 :237-40.
- ROCHE C., GUYE E., COINDE E., GALAMBRUN C., GLASTRE C., HALABI M., MORY O., STÉPHAN J. L., 2005. Trichobézoard : à propos de 5 observations. *ArchPédiatr.*, 12 :1608-12.
- SCIARRETTA J. D., BOND S. J., 2011. Gastric trichobezoar abdominal mass in a child with sickle cell. *Pediatr Emerg Care.*, 11: 1014-5.
- VAUGHAN ED J. R., SAWYERS J. L., SCOTT HW J. R., 1968. The Rapunzel syndrome. An unusual complication of intestinal bezoar. *Surgery.*; 63(2) :339-43.