

Une cause rare de masse épigastrique : Bézoard gastro-duodénal

A rare cause of epigastric mass : Gastro duodenal bezoar

Lilia Ben Hassine, Imen Menif, Lilia. Lahmar, Hela Louati, Wiem. Douira, Ibtissem Bellagha

Service de Radiopédiatrie. Hôpital d'Enfants Béchir Hamza de TUNIS.

OBSERVATION

Une jeune fille de 15 ans, sans antécédents pathologiques notables, présente depuis six mois des douleurs épigastriques à type de crampes et de pesanteur post prandiale, associées à des vomissements alimentaires, des éructations nauséabondes avec une haleine fétide, sans troubles du transit intestinal. L'examen clinique met en évidence une pâleur conjonctivale modérée avec un

empâtement épigastrique. Le bilan biologique standard est sans particularités. L'échographie abdominale réalisée de première intention, est gênée par un important artéfact de réverbération au niveau de la région épigastrique. La patiente est ensuite explorée par un abdomen sans préparation ou ASP en position couchée (figure 1) ainsi qu'une tomodensitométrie (TDM) avec injection de produit de contraste (PDC) en coupes axiale et coronale (figures 2 et 3).

Figure 1 : ASP couché

Fenêtre radiologique centrée sur l'épigastre (astérisque noire), dont les contours silhouettent la forme de l'estomac, refoulant en périphérie les clartés des anses digestives (flèche blanche).



Figure 2 : Coupe TDM axiale après injection de PDC

Distension gastrique et duodénale avec un contenu hétérogène de densité liquidienne, grasseuse et aérique (astérisque blanche), rehaussement et épaissement régulier de la paroi gastrique (flèche noire).

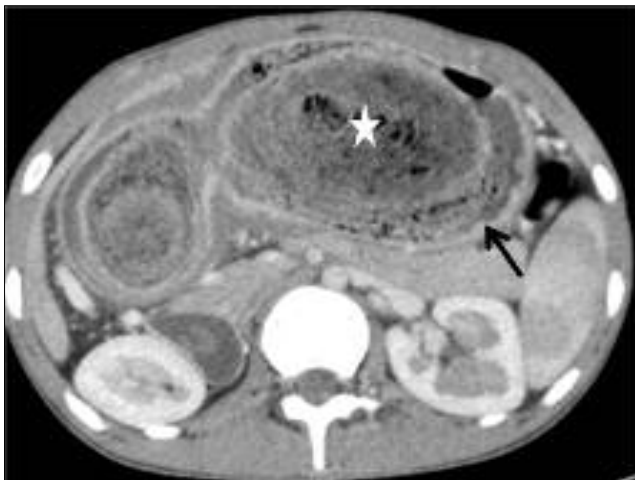
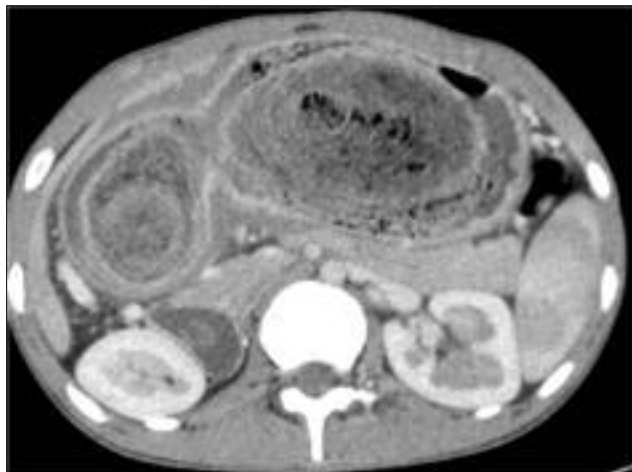
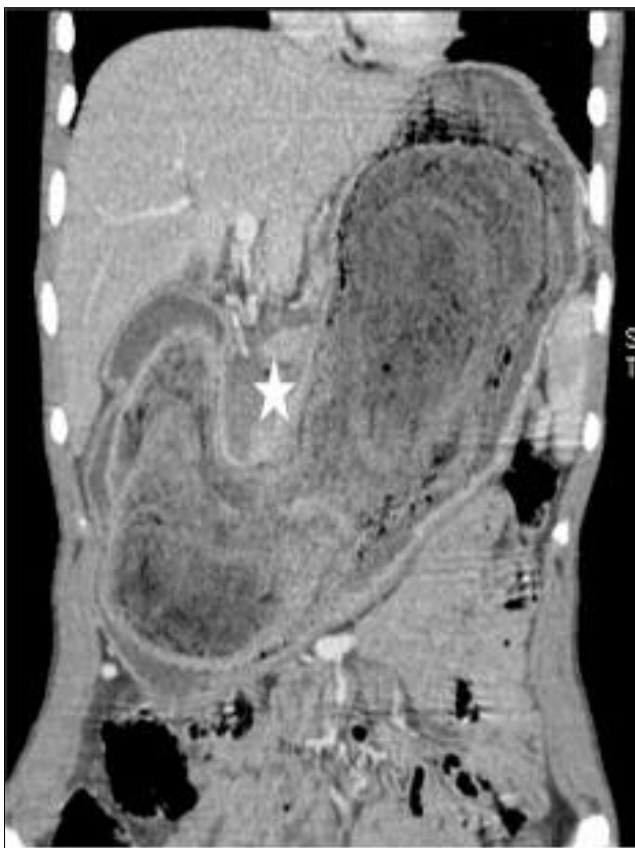
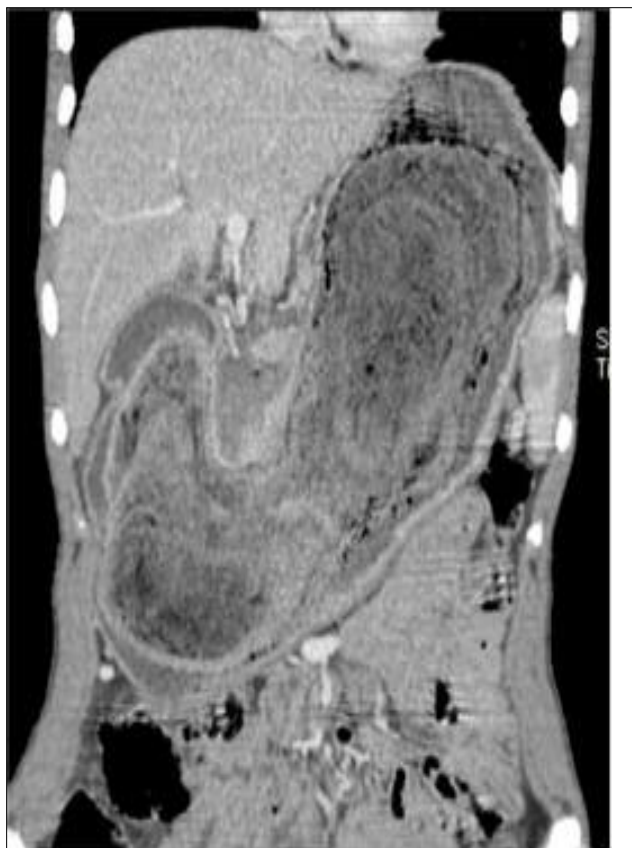


Figure 3 : : Coupe TDM coronale après injection de PDC

Infiltration péri gastrique liquidienne par endroits (astérisque blanche).



RÉPONSE

Un cas de bézoard gastro-duodénal :

L'abdomen sans préparation (ASP) couché (figure 1) a objectivé une fenêtre radiologique au niveau de la région épigastrique (astérisque noire), refoulant les anses digestives (flèche blanche), sans niveau hydro-aérique ni pneumopéritoine sur le cliché d'ASP debout (non visible). L'échographie abdominale réalisée au préalable a mis en évidence un important écran gazeux épigastrique, sans lésion des organes pleins ni adénomégalie, mais avec un épanchement pelvien libre de faible abondance. Le scanner injecté en coupes coronale (figure 2) et axiale (figure 3), a révélé une volumineuse masse de siège gastrique intra lumenal, s'étendant au duodénum (première et deuxième portions). Cette masse était à contenu hétérogène avec des densités liquidiennes, graisseuses et des clartés piégées (astérisque blanche). La paroi digestive gastroduodénale (flèche noire) était épaissie de manière régulière, fortement rehaussée par le produit de contraste avec infiltration de la graisse mésentérique de voisinage (astérisque blanche), l'épanchement intra péritonéal a été également retrouvé. A la reprise de l'interrogatoire, la jeune patiente a confirmé la notion de troubles alimentaires à type d'ingestion de sable, d'ongles et de cheveux depuis le jeune âge. A la biologie, nous n'avons pas retrouvé d'anémie (Hb=12.2 g/dl) ou d'hypoalbuminémie. Vu la taille du bézoard et la suspicion de complications (infiltration de la graisse, épanchement intra péritonéal), un traitement chirurgical a été proposé, la fibroscopie digestive étant peu recommandée vu le risque de perforation au moment de l'insufflation. Une gastrotomie a été réalisée, un trichobézoard de 25 cm et de 1400g a été extrait, une suture gastrique et une toilette péritonéale ont ensuite été effectuées, avec des suites opératoires simples.

DISCUSSION

Le bézoard est une affection rare qui survient habituellement chez des adolescents présentant des troubles psychiques [1]. Le tableau clinique est protéiforme et le diagnostic est confirmé par les données de l'imagerie et/ou de l'endoscopie. Le bézoard peut être composé de débris végétaux (phytobézoard), de cheveux (trichobézoard) ou de médicaments (pharmacobézoard) [2]. La symptomatologie clinique est très variée à type douleurs abdominales, nausées, vomissements, masse abdominale, parfois le bézoard est révélé par une complication telle qu'une hémorragie digestive, une occlusion ou une perforation digestive. L'échographie 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. La tomodensitométrie permet de confirmer la présence d'un contenu digestif hétérogène, pouvant s'étendre au duodénum, comme dans notre cas. Le scanner permet de rechercher des signes de complications. La fibroscopie oesogastroduodénale reste l'examen de choix en ce qui concerne le diagnostic en permettant la visualisation de débris à type de cheveux, dents, sable ou autre. Le traitement peut être la dissolution enzymatique, l'extraction endoscopique ou la chirurgie. L'alternative thérapeutique à proposer de première intention en cas de bézoard non compliqué reste l'endoscopie, permettant l'extraction de petits bézoards à travers une gastrotomie, ainsi que l'extraction d'éventuels prolongements ou fragments bloqués à distance de l'estomac à travers une ou plusieurs entérotomies. Récemment, la voie laparoscopique a été proposée comme une alternative à la laparotomie [3]. Par ailleurs, une prise en charge psychiatrique, à base de thérapie comportementale, d'éducation parentale et de traitement médical, doit souvent être instaurée chez ces patients.

Références

1. Farouk A, Diffaa A, Krati K. Le Bezoard gastrique : à propos de deux observations et revue de la littérature. *Hegel*;3(2).2013.DOI:10.4267/2042/51159.
2. Balian A, Chatelon J, Carloni A et al. Pathologies gastriques rares

- (bézoard, volvulus, duplication, diverticule, rupture).EMC 2006.Doi: 10.1016/S1155-1968(06)43195-3.
3. Ibuowo AA, Saad A, Onkonkwo T. Giant gastric trichobezoar in a young female. *Int J Surg* 2008;6(6):4-6.