

Une observation d'occlusion jéjunale sur phytobézoards à Madagascar



M Rakotovo^{*} ¹, E Solofoarimanana ¹, R Razafimahatratra ¹,
A Rakotosolofo ¹, LH Samison ¹, HN Rakoto-Ratsimba ¹

¹ Service de Chirurgie Viscérale, CHU-JRA Ampefiloha BP 4150 Antananarivo, Madagascar

Résumé

Les phytobézoards représentent une étiologie rare des occlusions intestinales aiguës. Nous en rapportons un cas observé chez un homme de 53 ans vu au Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona d'Antananarivo. Il était originaire de la région de Vakinankaratra et consommait régulièrement des légumineuses et des kakis. L'interrogatoire révélait un antécédent de gastrectomie partielle 20 ans auparavant pour un ulcère gastrique. Le diagnostic était posé sur la constatation opératoire d'une occlusion étagée du jéjunum. Le but de ce travail est de définir les facteurs prédisposants et de discuter des difficultés thérapeutiques de cette entité rare à la lumière d'une revue de la littérature.

Mots-clés: Etiologie; Jéjunum; Occlusion intestinale; Phytobézoard

An observation of jejunal obstruction by phytobezoars in Madagascar

Summary

Phytobezoars are a rare cause of acute bowel obstruction. We report the case of a 53 year-old man seen at the Joseph Ravoahangy Andrianavalona teaching hospital of Antananarivo. He was from Vakinankaratra region and regularly consumed beans and persimmons fruits. Previous medical history included partial gastrectomy for ulcer disease. The diagnosis of phytobezoar was established by surgical exploration of superposed jejunum obstruction. The aim of this work is to identify the predisposing factors and diagnostic difficulties of this rare entity with a review of the literature.

Keywords: Aetiology; Bowel obstruction; Jejunum; Phytobezoar

Introduction

Le bézoard, constitué de concrétions de substances variées stagnant dans le tube digestif, est une affection peu fréquente [1]. Il représente une étiologie rare des occlusions intestinales aiguës. Son traitement, mal codifié, est essentiellement chirurgical [2]. A partir d'une observation, nous rapportons un cas d'occlusion étagée du jéjunum par des phytobézoards chez un homme de 53 ans, pris en charge au Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona d'Antananarivo (CHUA-JRA). Le but de ce travail est de définir les facteurs prédisposants et de discuter des difficultés thérapeutiques de cette entité rare à la lumière d'une revue de la littérature.

Observation

Un homme de 53 ans présentait des douleurs abdominales et des vomissements évoluant depuis trois jours avec un arrêt des matières. L'interrogatoire révélait un antécédent de gastrectomie partielle 20 ans auparavant pour un ulcère gastrique. Il était originaire de la région de Vakinankaratra et consommait régulièrement (trois fois par semaines) des légumineuses et des fruits de la région surtout les kakis. Il avait aussi la prise mensuelle de décoctions à base de plantes. A son admission, il était apyrétique et l'état général était conservé. L'examen clinique montrait un abdomen distendu et la présence d'une cicatrice de laparotomie médiane sus ombilicale. L'échographie en urgence avait permis de voir une formation à centre hyperéchogène au niveau du grêle en faveur d'un corps étranger. La radiographie de l'abdomen sans préparation



Fig. 1: Radiographie de l'abdomen sans préparation: présence de niveaux hydro-aériques de type grêle

objectivait des niveaux hydroaériques plaidant pour une occlusion du grêle (Figure 1). Le tableau clinique ne s'amendant pas sous traitement médical, une intervention chirurgicale en urgence était décidée douze heures après l'admission. Une laparotomie médiane découvrait une occlusion mécanique du grêle. La lumière jéjunale était obstruée sur trois étages par une masse noirâtre de consistance pierreuse, respectivement à 15cm, 40cm et 60cm de l'angle de Treitz. Une iléotomie étagée laborieuse avait permis l'extraction de phytobézoards respectivement de 5cm, de 2cm et de 3cm de grand axe (Figure 2). Une anastomose terminotermine était effectuée après résection du grêle occlus. Le reste du grêle ainsi que l'estomac ne

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: docmahr@yahoo.com (M Rakotovo).

¹ Adresse actuelle: Service de Chirurgie Viscérale A, CHU-JRA Ampefiloha BP 4150 Antananarivo, Madagascar

contenaient pas de bézoards à la palpation. Les suites opératoires étaient simples. L'examen psychiatrique ne retrouvait pas de trouble du comportement. Une fibroscopie digestive haute à 45 jours du geste chirurgical confirmait l'absence de bézoard dans la cavité gastrique. L'évolution était favorable avec absence de récurrence après un an de recul.



Fig. 2: Pièce opératoire: aspect du jéjunum réséqué avec les phytobézoards

Discussion

Un phytobézoard est une concrétion de fibres végétales (pulpe d'orange, noix de coco, figues...) qui se forme dans la lumière gastro-intestinale [3]. D'autres particules alimentaires comme les graisses et les résidus de sels sont incorporés et contribuent à leur développement [4]. L'origine de ce terme est obscure; il dériverait du perse padzar, de l'arabe bedzhr, du turque parzehir signifiant antidote [5]. Jusqu'au milieu du XII^{ème} siècle, les bézoards extraits des estomacs de caprins étaient utilisés comme traitement dans nombre de pathologies (épilepsie, lèpre...) [6]. Les phytobézoards sont rares chez l'homme et leur complication la plus fréquente est l'obstruction intestinale. Les phytobézoards rendent compte de 2,9% des occlusions intestinales par obstruction [7]. L'étiologie la plus fréquemment retrouvée est la gastroparésie, quelle que soit son origine (post-chirurgicale, diabétique, idiopathique, dysimmunitaire, médicamenteuse, endocrinienne...) [8]. Cinquante six pour cent des patients qui se présentent avec un phytobézoard ont des antécédents de chirurgie gastro-duodénale et plus particulièrement de gastrectomie avec anastomose gastro-duodénale [9]. Pour notre patient cette intervention chirurgicale remontait à 20 ans par rapport à l'apparition de l'occlusion. Une alimentation riche en fibres alimentaires (légumes, kakis, oranges, mangues, dattes, asperges...) peut aussi favoriser leur survenue [10]. Le kaki (persimmon), à la chaire très filandreuse, est particulièrement incriminé. Ce fruit très consommé chez les Israélites, est devenu célèbre avec le « persimmons syndrome » [11]. Ce fruit cultivé et très apprécié dans la région de Vakinankaratra était consommé régulièrement par notre patient. Les caractéristiques cliniques des bézoards ont été décrites par De Bakey et Ochsner dans leur revue classique sur le sujet en 1938 [1]. Les phytobézoards sont notés dans la majorité des cas chez des hommes de 40 à 50 ans, ce qui correspond à la tranche d'âge de notre sujet [12]. La symptomatologie est vague et peu spécifique avec

notamment des douleurs abdominales atypiques pouvant être aggravées lors des repas, une impression de satiété postprandiale, des vomissements ou encore un amaigrissement récent [10]. D'autres modes de révélation sont décrits tels qu'une oesophagite peptique ou une anémie carencielle [13]. La complication la plus observée est l'occlusion de l'intestin grêle, survenant dans 17 à 25% des cas [14]. La migration digestive du phytobézoard réalise un iléus avec possibilité d'occlusion aiguë du grêle. Une cause favorisante à l'arrêt d'un phytobézoard en un endroit donné doit être systématiquement recherchée. Par ailleurs, les phytobézoards peuvent être multiples. Le bézoard occasionne le plus souvent une occlusion jéjunale, telle notre cas, ou iléale proximale [8]. Le diagnostic préopératoire des occlusions du grêle associées à un bézoard est rarement évoqué avec les moyens diagnostiques conventionnels [15]. A la tomodensitométrie, le bézoard peut être visualisé avec des indications plus ou moins précises [16]. Une dissolution chimique par de l'acétylcystéine, de la papaine ou de la cellulase peut être envisagée en cas de phytobézoard non ou peu symptomatique. De bons résultats ont été obtenus dans près de 80% des cas [17]. La dissolution entière du bézoard peut prendre entre 1,5 à 180 jours [17]. Dans notre étude, le tableau clinique était déjà très évolué indiquant le geste chirurgical. L'extraction chirurgicale se fait par entérotomie. Quelle que soit le site de l'obstruction, une recherche méticuleuse d'autres bézoards est nécessaire [13]. Pour notre part, aucune autre localisation n'avait été retrouvée en per opératoire dans les autres portions du tube digestif. Actuellement la chirurgie conventionnelle ou laparoscopique est le traitement de choix dans les formes compliquées du grêle. En effet, cette portion est difficilement explorable à l'endoscopie [18]. Les récurrences sont observées dans près d'un tiers des cas. Une attention doit être portée aux mesures préventives de la récurrence, règles hygiéno-diététiques sans fibres notamment [19]. Dans notre cas, le patient ne présentait pas de récurrence avec un régime adapté après un an de recul.

Conclusion

Le phytobézoard est une affection rare dont le diagnostic peut être difficile. Le traitement des formes compliquées est chirurgical. La prévention des récurrences nécessite une surveillance régulière. Actuellement, la tomodensitométrie facilite leur prise en charge thérapeutique.

Références

- 1- De Bakey M, Ochsner A. Bezoars and concretions. *Surgery* 1938; 4: 934-63 and 1939; 5: 132-60.
- 2- Ho TW, Koh DC. Small-bowel obstruction secondary to bezoar impaction: a diagnostic dilemma. *World J Surg* 2007; 31: 1072-8.
- 3- Emerson AP. Foods high in fiber and phytobezoar formation. *J Am Diet Assoc* 1987; 87: 1675-7.
- 4- Laricq J. Pathologie gastrique rare (bézoard, dilatation, volvulus, etc.). *Encycl Med Chir, Gastroentérologie*, 9-031-B-10, 1998; 7p.
- 5- Rees M. Intussusception caused by multiple trichobezoars: a surgical trap for the unwary. *Br J Surg* 1984; 71: 721.
- 6- Lee J. Bezoards and foreign bodies of the stomach. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 1996; 6: 605-19.
- 7- Laraja RD, Usai A, Pryce E, Cioroiv M. Intestinal obstruction secondary to bezoars. *NY State J Med* 1990; 90: 561-2.
- 8- Hayes PG, Rotstein OD. Gastrointestinal phytobezoars: presentation and management. *Can J Surg* 1986; 29: 419-20. Small bowel obstructions due to phytobezoars in the intact gastrointestinal tract. *J R Coll*

Surg Edinb 1989; 34: 267-9.

10- Balian A, Chatelon J, Carloni A, El Naggar A, Njike M. Pathologies gastriques rares (bézoard, volvulus, duplication, diverticule, rupture). *Encycl Med Chir, Gastroentérologie*, 9-031-B-10, 2006.

11- Rubin M, Shimonov M, Grief F, Rotestein Z, Lelcuk S. Phytobezoar: a rare cause of intestinal obstruction. *Dig Surg* 1998; 15: 52-4.

12- Roche C, Guye E, Coinde E, Galambrun C, Glastre C, Halabi M, et al. Trichobézoard : à propos de 5 observations. *Arch Pediatr* 2005; 12: 1608-12.

13- Bedioui H, Daghfous A, Ayadi M, Noomen R, Chebbi F, Rebai W, et al. A report of 15 cases of small-bowel obstruction secondary to phytobezoars: predisposing factors and diagnostic difficulties. *Gastroentérol Clin Biol* 2008; 32: 596-600.

14- Voinchet O. Bézoards. *Gastro-Entérologie*. Paris: Flammarion Méde-

cines Sciences; 1985.

15- Rippollés T, Garcia-Aguayo J, Martinez M, Gil P. Gastrointestinal Bezoars: sonographic and CT characteristics. *AJR* 2001; 177: 65-9.

16- Kim JH, Ha HK, Sohn MJ, Kim AY, Kim TK, Kim PN, et al. CT findings of phytobezoar associated with small bowel obstruction. *Eur Radiol* 2003; 13: 299-304.

17- Walker-Renard P. Update on the medicinal management of phytobezoars. *Am J Gastroenterol* 1993; 88: 1663-6.

18- Menezes Ettinger JE, Silva Reis JM, De Souza EL, Filho EM, Galvao do Amaral PC, Ettinger E, et al. Laparoscopic management of intestinal obstruction due to phytobezoar. *JLS* 2007; 11: 168-71.

19- Borie F., Guillon F., Aufort S. Occlusions intestinales aiguës de l'adulte: diagnostic. *Encycl Med Chir, Gastroentérologie*, 9-044-A-10, 2009.