

Tratamentul laparoscopic al unui tricobezoar gastric de mari dimensiuni complicat cu perforație gastrică blocată în peretele abdominal anterior

F. Zaharie¹, C. Iancu¹, M. Tanțău², L. Mocan³, A. Bartoș³, F. Mihăileanu³, D. Iancu¹, C. Tomuș³, R. Zaharie, L. Vlad¹

¹UMF "Iuliu Hațieganu", Clinica Chirurgie III, Cluj-Napoca, România

²UMF "Iuliu Hațieganu", Clinica Medicală III, Cluj-Napoca, România

³Clinica Chirurgie III, Cluj-Napoca, România

Rezumat

Tricobezoarul reprezintă o masă de păr ingerat, situată intra-gastric. Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 17 ani ce s-a internat în serviciul nostru cu simptomatologia unui ulcer gastric. Ecografia adominală, urmată de endoscopie superioară digestivă a decelat un tricobezoar de mari dimensiuni situat la nivelul stomacului. Laparoscopia a pus în evidență o perforație gastrică la nivel corporeal anterior, blocată în peretele abdominal. Am practicat gastrotomie laparoscopică cu extragerea tricobezoarului și sutura perforației gastrice. Evoluția postoperatorie a fost favorabilă, pacienta externându-se la 5 zile după intervenție. Abordul laparoscopic s-a arătat a fi o alegere sigură în tratamentul unui tricobezoar gastric complicat. În literatura de specialitate au fost raportate mai multe cazuri de tricobezoar ce s-au rezolvat prin tratament laparoscopic dar, din câte știm, cazul nostru este primul în care un tricobezoar complicat cu perforație gastrică este abordat astfel.

Cuvinte cheie: tricobezoar, perforație gastrică, abces perete abdominal, abord laparoscopic

Abstract

Laparoscopic treatment of a large trichobezoar in the stomach with gastric perforation and abdominal wall abscess

Trichobezoar represents a mass of swallowed hair inside the stomach. Here we report a 17-year-old girl who presented in

our department with symptoms of gastric ulcer. Ultrasound examination followed by upper endoscopy revealed a large trichobezoar in the stomach with simultaneous gastric perforation. Laparoscopy also revealed a penetration into the anterior abdominal wall accompanied by abscess at this level. We performed a laparoscopic gastrotomy with trichobezoar extraction and laparoscopic treatment of perforation and abdominal wall abscess. The postoperative evolution was normal and the patient was discharged on the fifth postoperative day. We show that laparoscopic approach may be safely used in the treatment of the large gastric complicated trichobezoar. Several laparoscopic approaches were described for the treatment of trichobezoar and its complications but as far as we know this is the first report of laparoscopic treatment of large trichobezoar and associate gastric perforation

Key words: trichobezoar, gastric perforation, abdominal wall abscess, laparoscopic approach

Introducere

Tricobezoarul este definit ca un corp străin gastric, mai rar intestinal, format din păr ingerat. Primul caz de tricobezoar la om a fost raportat în 1779 de către Baudamant (1). 90% din cazurile de tricobezoar de la om apar la femeile tinere (10-19 ani), acestea având obiceiul de a mesteca și înghiții propriul păr (2). În majoritatea cazurilor această deprindere își are debutul în copilăria timpurie; doar o jumătate din pacienți au un istoric de tricofagie (2). Părul ingerat ajunge în stomac, este blocat în faldurile de mucoasă și formează nucleul viitorului tricobezoar. O "minge de păr" este formată atunci când deprinderea de a ingera păr continuă, acesta atașându-se de nucleul primar; în unele cazuri, masa de păr va ocupa

Correspondență: Dr. Florin Zaharie
Clinica Chirurgie III, Cluj-Napoca
str. Croitorilor, Nr. 19-21

stomacul în întregime. În rare cazuri, o parte din păr poate trece în duoden și ajunge să fie eliminată prin fecale; în alte situații se pot forma tricobezoare la nivel intestinal cu ocluzie consecutivă. Prolungirea unui tricobezoar în intestinul subțire este cunoscută ca și sindromul Rapunzel (prezența unei mase de păr gastric cu extensie în duoden și jejun) (3). În cazul nostru, tricobezoarul s-a complicat cu perforație gastrică.

Prezentare de caz

Pacientă în vârstă de 17 ani, fără antecedente personale patologice, se internează în Clinica Chirurgie III Cluj-Napoca, acuzând dureri la nivelul cadranelor abdominal superior stâng, cu debut de 1 săptămână, mai accentuate postprandial și nocturn. Examenul fizic a evidențiat o pacientă cu un facies apatic, suferind, palidă, deshidratată, ce cântărea 54 kg, cu temperatura periferică la internare de 36,9°C, puls de 80 bătăi/minut, frecvență respiratorie 18/minut, tensiunea arterială 140/80 mmHg.

La nivelul cadranelor abdominal superior stâng se poate palpa o formațiune tumorală de consistență moale, mobilă, dureroasă. Restul examinării fizice nu ne-a adus date suplimentare. Menționăm că anamnestic, pacienta a recunoscut un istoric de tricofagie în copilărie, cu precizarea că a avut această deprindere până la vârsta de 7 ani. Hemoleucograma ne-a arătat o anemie moderată, microcitară, normocromă; biochimia sanguină și sumarul de urină au fost în limite normale. Ecografia abdominală ne-a indicat prezența unui corp străin sau a unei formațiuni tumorale la nivel gastric. Esofago-gastroduodenoscopia efectuată a decelat un bezoar de mari dimensiuni asociat cu perforație localizată pe peretele anterior al stomacului. Dată fiind mărimea tricobezoarului, nu s-a pus în discuție îndepărtarea endoscopică a acestuia. La 2 zile de la internarea în serviciul nostru am intervenit laparoscopic în vederea extragerii tricobezoarului. Intraoperator, decelăm o formațiune intragastică, aderentă de peretele anterior și o perforație blocată în peretele abdominal, sub coasta 12 stângă, cu un abces muscular la acest nivel de 7/8 cm (Fig. 1,2). Restul structurilor din cavitatea abdominală ne-au oferit relații normale. Cu pensa Ligasure am efectuat o gastrotomie transversală de 8 cm la nivelul peretelui anterior, centrată pe formațiunea tumorală (Fig. 3); am pus astfel în evidență tricobezoarul cu dimensiunile de 16/8/7 cm, vizibil prin gastrotomie. Odată extras din stomac (Fig. 4,5), bezoarul a fost introdus într-o pungă (Fig. 6) a căror margini au fost exteriorizate prin breșa trocarului de 12 mm din cadranelor stâng abdominal. Tricobezoarul de 1200 grame a fost mai întâi fragmentat în interiorul pungii cu ajutorul unei pense Babcock, după care a fost extras fragment cu fragment prin orificiul trocarului. Gastrorafia s-a executat utilizând 14 fire separate, legate fiecare imediat după aplicare (Fig. 7). Perforația a fost rezolvată prin 4 fire de sutură ce au înărcat 8-10 mm din versanții plăgii și 2 fire din interiorul stomacului prin orificiul de gastrotomie (Fig. 8). Sutura a fost completată cu epiploonoplastie (Fig. 9). Abcesul a fost aspirat, iar cavitatea fost drenată extern cu ajutorul unui tub de dren. Durata intervenției a fost de 6 ore.

Tranzitul intestinal al pacientei s-a reluat în ziua a doua



Figura 1. Perforație gastrică blocată la nivelul peretelui abdominal anterior

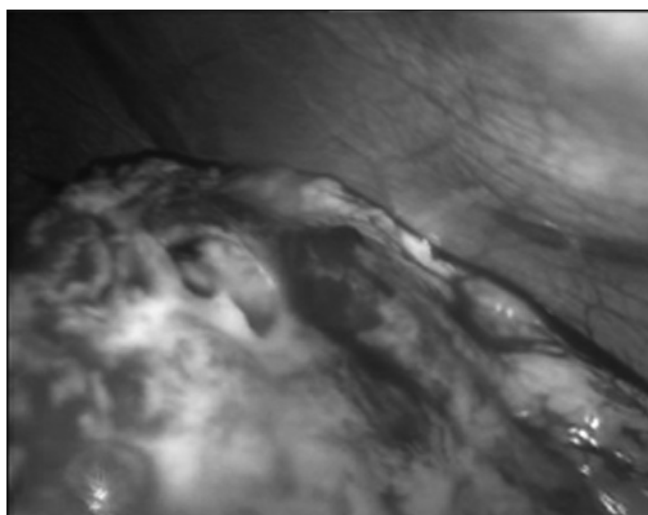


Figura 2. Perforația gastrică, după desprinderea de pe peretele abdominal



Figura 3. Gastrotomie longitudinalinală sub nivelul perforației



Figura 4. Extragerea tricobezoarului prin gastrotomie



Figura 5. Tricobezoarul a fost extras în totalitate din cavitatea gastrică



Figura 6. Introducerea tricobezoarului în pungă

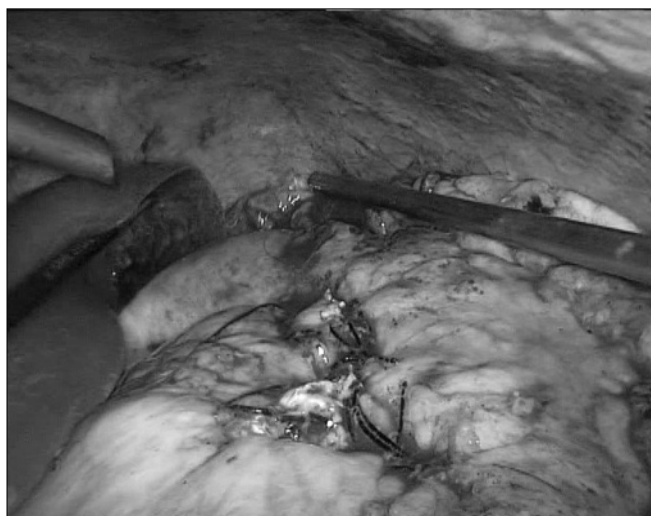


Figura 7. Gastrorafia

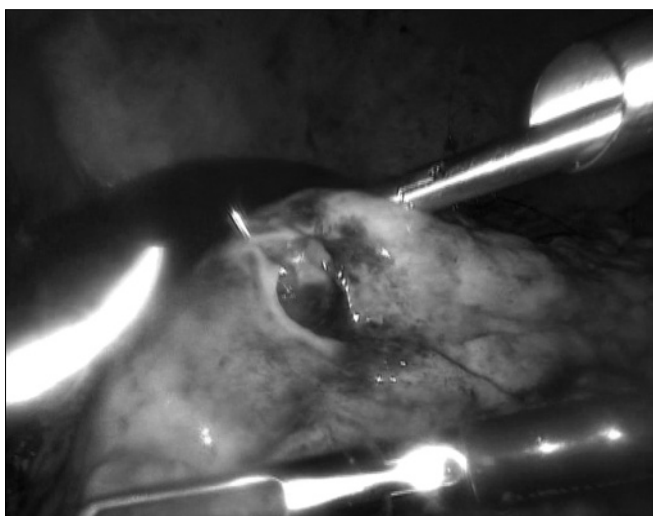


Figura 8. Sutura perforație



Figura 9. Plastie cu epiploon

postoperator, permițând alimentarea per os cu lichide. În ziua următoare pacienta se alimentează ușor cu semisolide; are primul scaun postoperator. Externarea are loc la 5 zile de la intervenție. La 6 luni postoperator pacienta este asimptomatică, fără alte complicații.

Discuții

Tricobezoarul reprezintă un corp străin la nivelul tractului digestiv format prin ingerarea treptată de păr pe parcursul unei perioade mai lungi de timp. Cel mai frecvent, tricobezoarul este întâlnit la adolescente, fiind totuși descris la toate categoriile de vârstă. La o mică parte din pacienți poate fi asociat cu pica, retard mintal și alte afecțiuni psihiatrice (4). De obicei pacienții devin simptomatici atunci când tricobezoarul este de mari dimensiuni; în literatură a fost comunicat un caz de tricobezoar de 4,5 kg (5). Cele mai frecvente simptome sunt: durere abdominală, inapetență, grețuri, vărsături. Tricobezoarul se poate complica cu ulcer, perforație, penetrație, ocluzie gastrică, invaginare (5), hemoragie gastrointestinală, pancreatită acută (7), icter mecanic și ocluzie intestinală. Valori scăzute ale sideremiei, anemie megaloblastică și malnutriție pot de asemenea să apară (8,9). Mecanismele apariției ulcerăției gastice asociate cu tricobezoar, includ: iritarea constantă a mucoasei gastrice, hipertrofia mucoasei gastrice, edemul, hipoalbuminemia și gastroenteropatia cu pierderi de proteine (9, 10). Au fost raportate în literatură decese datorită complicațiilor pe care un tricobezoar le poate provoca. O mortalitate de 70% a fost raportată pentru cazurile netratate, cauza principală fiind obstrucția sau perforația cu peritonită și contaminare bacteriană (10). Tomografia computerizată este considerată de către cei mai mulți autori cea mai bună metodă de diagnostic, deoarece precizează cu acuratețe volumul, structura și localizarea tricobezoarului. Acesta apare ca o masă ovoidă, neomogenă, în lumenul tractului digestiv (11). Ecografia abdominală reprezintă de asemenea o investigație utilă în diagnosticul unui tricobezoar (12). Endoscopia digestivă superioară este recomandată, această investigație confirmând diagnosticul și având un rol terapeutic în cazul tricobezoarelor de mici dimensiuni, ce pot fi extrase din lumenul gastric prin manevre endoscopice; aceste situații sunt rare, tricobezoarele fiind în cele mai multe cazuri de mari dimensiuni (4). Metode de îndepărtare endoscopică a tricobezoarelor au fost raportate în literatură; amintim: fragmentarea tricobezoarului cu instrumente de biopsie sau jet de apă (13), cu ajutorul bezotomului (14), fragmentarea cu ajutorul laserului (15). Aceste metode prezintă un risc crescut de perforare esofagiană (16).

Managementul laparoscopic al cazurilor de tricobezoar este aprobat de majoritatea autorilor, datorită inciziilor de mici dimensiuni, durerii postoperatorii reduse, recuperării rapide, rezultatelor estetice bune. După cunoștințele noastre, tratamentul laparoscopic al unui tricobezoar de mari dimensiuni,

complicat cu perforație gastrică blocată în peretele abdominal nu a mai fost practicat sau raportat.

Concluzii

Am prezentat cazul unei adolescente cu tricofagie, cu o serie de complicații date de prezenta tricobezoarului gastric, incluzând anemia secundară și ulcerul gastric perforat. Examinarea ecografică abdominală și endoscopia superioară digestivă s-au dovedit a fi de mare folos diagnostic. Abordul laparoscopic a fost utilizat cu succes în tratamentul acestui tricobezoar gastric de mari dimensiuni.

Bibliografie

1. Baudamant M. J de Med (Paris). 1779;2:931.
2. Palanivelu C, Rangarajan M, Senthilkumar R, Madankumar MV. Trichobezoars in the stomach and ileum and their laparoscopy-assisted removal: a bizarre case. Singapore Med J. 2007;48(2):e37-9.
3. Vaughan ED Jr, Sawyers JL, Scott HW Jr. The Rapunzel syndrome: an unusual complication of intestinal bezoar. Surgery. 1968;63(2):339-43.
4. O'Sullivan MJ, McGreal G, Walsh JG, Redmond HP. Trichobezoar. J R Soc Med. 2001;94(2):68-70.
5. Levy RM, Komanduri S. Images in clinical medicine. Trichobezoar. N Engl J Med. 2007;357(21):e23.
6. Gough MH. Multiple intussusceptions and intestinal perforation due to a bezoar. Br J Surg 1960;48:222-3
7. Shawis RN, Doig CM. Gastric trichobezoar associated with transient pancreatitis. Arch Dis Child. 1984;59(10):994-5.
8. Bernstein LH, Gutstein S, Efron G, Wagle A, Graham E. Trichobezoar – an unusual cause of megaloblastic anemia and hypoproteinemia in childhood. Am J Dig Dis. 1973;18(1):67-71.
9. Hossenbocus A, Colin-Jones DG. Trichobezoar, gastric polyposis, protein-losing gastroenteropathy and steatorrhea. Gut. 1973;14(9):730-2.
10. De Bakey M, Ochsner A. Bezoars and concretions: comprehensive review of the literature with analysis of 303 collected cases and presentation of eight additional cases. Part I. Surgery 1938; 4:934-63, and Part II Surgery 1939;5:132-60.
11. Tamminen J, Rosenfeld D. CT diagnosis of a gastric trichobezoar. Comput Med Imaging Graph. 1988;12(6):339-41.
12. Malpani A, Ramani SK, Wolverson MK. Role of sonography in trichobezoars. J Ultrasound Med. 1988;7(12):661-3.
13. Madsen R, Skibba RM, Galvan A, Striplin C, Scott P. Gastric bezoars. A technique of endoscopic removal. Am J Dig Dis. 1978;23(8):717-9.
14. Wang YG, Seitz U, Li ZL, Soehendra N, Qiao XA. Endoscopic management of huge bezoars. Endoscopy. 1998;30(4):371-4.
15. Huang YC, Liu QS, Guo ZH. The use of laser ignited mini-explosive technique in treating 100 cases of gastric bezoars. Zhonghua Nei Ke Za Zhi. 1994;33(3):172-4. [Article in Chinese]
16. Dumonceaux A, Michaud L, Bonneville M, Debeugny P, Gottrand F, Turck D. Trichobezoars in children and adolescents. Arch Pediatr. 1998;5(9):996-9. [Article in French]