

## Dyspnée aiguë de cause inhabituelle : un mégaoesophage avec bézoard

### Esophageal bezoars as an unusual cause of acute dyspnea

Kashongwe MI\*, Dieme JL\*\*, Niang A\*\*,  
Cissé A\*\*, Bassene ML\*\*\*, Toure NO\*\*,  
Hane AA\*\*.

#### Correspondance

Kashongwe Murhula Innocent  
Service de pneumologie, CUK  
e-mail : [ikashongwe@hotmail.fr](mailto:ikashongwe@hotmail.fr)

#### Summary

**Introduction:** Bezoar is an unusual condition, due to concretion of ingested materials (food, drugs, hair) in a portion of the digestive tract. The esophageal involvement is rare, the stomach being the predominant localization. Acute respiratory symptoms are not commonly reported in this disease occurring mainly in patients with esophageal structural and functional abnormalities.

**Case report:** We report a case of esophageal bezoars revealed by acute respiratory symptoms, in a patient with achalasia and Alzheimer's disease. Chest X-ray findings strongly suggested the diagnosis, which was confirmed by digestive endoscopy and barium esophagogram. Symptoms were relieved following medical and endoscopic treatment.

**Conclusion:** The esophageal bezoars can be revealed by respiratory symptoms. Chest X ray, barium esophagogram and digestive endoscopy are essential tools for diagnosis and treatment.

**Keywords:** Esophageal bezoar, acute dyspnea, Chest X ray, endoscopic treatment

\* Service de pneumologie, CUK

\*\* Clinique de Pneumologie, Centre Hospitalier National Universitaire de Fann de Dakar, Sénégal

\*\*\* Clinique de Gastro-entérologie, Centre Hospitalier Universitaire Aristide Le Dantec de Dakar, Sénégal

#### Résumé

**Introduction :** Le bézoard est une affection rare caractérisée par une concrétion des matériels ingérés (cheveux, poils, fibres) stagnant dans une portion du tube digestif. La localisation la plus fréquente est l'estomac ; le bézoard œsophagien est exceptionnel. Les pathologies responsables d'un trouble moteur ou fonctionnel de l'œsophage en sont les facteurs favorisants. Les manifestations respiratoires révélatrices de la pathologie sont peu décrites.

**Observation :** Nous rapportons un cas de bézoard œsophagien révélé par une dyspnée aiguë. Il s'agit d'un bézoard développé dans un mégaoesophage secondaire à une pathologie neurologique dégénérative, la maladie d'Alzheimer. La pathologie était suspectée à la radiographie du thorax. La confirmation était apportée par l'endoscopie digestive et l'opacification de l'œsophage. Le traitement endoscopique a permis de soulager le malade.

**Conclusion :** Les bézoards œsophagiens peuvent être révélés par des manifestations respiratoires. La radiographie du thorax, le transit baryté œsogastroduodénal et l'endoscopie sont des outils indispensables au diagnostic et au traitement.

**Mots clés:** Bézoard œsophagien, dyspnée aiguë, radiographie du thorax, traitement endoscopique

#### Introduction

Le bézoard est une affection rare, dont le terme désigne une concrétion des matériels ingérés (cheveux, poils, fibres) stagnant dans une portion du tube digestif (1, 2). Sa localisation œsophagienne est peu décrite. Une anomalie morphologique et/ou fonctionnelle de l'œsophage est fréquemment en cause. Cette pathologie est asymptomatique pendant de longues années et est rarement révélée par des manifestations respiratoires. La radiographie standard du thorax, associée à un transit œsophagien pose le diagnostic du mégaoesophage et permet de suspecter un bézoard œsophagien. L'endoscopie digestive confirme la pathologie.

Les auteurs rapportent le cas d'un mégaoesophage avec bézoard révélé par des manifestations respiratoires et discutent les difficultés diagnostiques et thérapeutiques.

### Observation

Patiente de 66 ans, fonctionnaire à la retraite, conduite par sa famille à la clinique de Pneumologie du Centre Hospitalier National Universitaire de Fann de Dakar pour une dyspnée de survenue brutale depuis 24 heures. Elle se plaignait également d'une dysphagie aux solides négligée depuis plusieurs années sans autres signes digestifs. Ses antécédents relèvent : une maladie d'Alzheimer depuis 5 ans, et une notion de consommation occasionnelle de tabac local sevré depuis 20 ans. L'examen à l'admission notait : une patiente lucide et agressive, dyspnéique avec une fréquence respiratoire de 36 cycles par minute, une saturation pulsée de l'oxygène à l'air ambiant à 90%, une TA de 110/70 mmHg, un pouls de 100 battements par minute, et une température de 37°C. On observait également des mouvements involontaires et l'auscultation pulmonaire décrivait une diminution du murmure vésiculaire à l'hémithorax droit.

Le bilan biologique montrait à l'hémogramme : Hb à 10g/dl avec des indices érythrocytaires en faveur d'une anémie modérée normochrome microcytaire, et pas d'hyperleucocytose. La glycémie et la CRP étaient dans les normes.

La radiographie standard du thorax de face (figure 1) objectivait un élargissement du bord droit du médiastin sur toute sa hauteur, avec une visibilité d'un contenu hétérogène suggestif d'un diagnostic de mégaoesophage, ou d'un kyste bronchogénique. La tomodensitométrie du thorax n'a pas été réalisée.



**Figure 1** : Radiographie standard du thorax de face montrant un élargissement du bord droit du médiastin sur toute sa hauteur avec une visibilité d'un contenu hétérogène

La fibroscopie digestive a objectivé une importante stase alimentaire, entravant la progression de l'endoscope, dans un œsophage dilaté, sans anomalies structurales additives. Le patient a bénéficié d'une aspiration et lavage œsophagien, et d'une prescription d'un régime diététique pauvre en fibre, associé aux boissons (jus d'orange, coca cola, eau). L'évolution était marquée par la régression de la symptomatologie digestive et respiratoire. Un transit œsogastroduodéal de contrôle n'avait objectivé aucune anomalie au niveau pharyngolaryngé ; mais uniquement un mégaoesophage sur tout son trajet, de contour régulier, d'opacification hétérogène, avec absence d'image d'addition (Figure 2). L'imagerie d'opacification de l'estomac était aussi normale.



**Figure 2** : Transit œsogastroduodéal montrant un mégaoesophage

Le diagnostic retenu était celui de mégaoesophage avec phytobézoard sur terrain d'Alzheimer. La patiente fut transférée dans le service de chirurgie digestive pour éventuelle sanction chirurgicale ; proposition du reste refusée par la famille.

### Commentaires

Le mot bézoard dérive du mot persan "Panzehr", ou de l'arabe "Badzehr", qui signifient antidote ou antipoison. C'est une pathologie rare, dont le terme désigne une concrétion des substances ingérées (cheveux, poils, débris alimentaires) stagnant dans une portion du tube digestif (1, 2). La prévalence exacte des bézoards n'est pas connue, beaucoup de patients étant asymptomatiques.

Les bézoards peuvent être séparés en quatre grands groupes en fonction de leur composition : les phytobézoards (composés de débris végétaux), les trichobézoards (formés de cheveu et/ou de poils), les pharmaco-bézoards (composés de médicaments) et les lactobézoards (dus à l'accumulation des concrétions du lait en poudre non digéré) (3).

Seul deux types de bézoard sont retrouvés dans le bézoard œsophagien : le pharmaco-bézoard et le phytobézoard (4) ; la dernière forme étant celle retrouvée dans le cas ici décrit.

Cette observation d'un bézoard œsophagien, la première dans notre institution, à notre connaissance, confirme la rareté de la pathologie telle que rapportée antérieurement. Les localisations dans l'estomac et le colon sont plus fréquentes (1-5). La localisation œsophagienne est toujours favorisée par une anomalie fonctionnelle et/ou morphologique. Du point de vue étiopathogénique, plusieurs causes ont été incriminées notamment : les affections neurologiques (maladie de Parkinson, AVC, Alzheimer...), la maladie des spasmes diffus, le syndrome du péristaltisme, le syndrome de Guillain-Barre, la myasthénie grave, l'hypertonie du sphincter œsophagien inférieur et l'achalasie ou le mégaoesophage (4,

6). Dans le cas d'espèce, il s'agit d'un bézoard œsophagien sur maladie d'Alzheimer avec mégaoesophage secondaire

Le plus souvent asymptomatique, le bézoard œsophagien se manifeste par des troubles de la déglutition (dysphagie) ; il est rarement révélé par une dyspnée. Le cas décrit a présenté de la dysphagie aux solides et de la dyspnée comme symptômes ayant motivé la référence. A notre connaissance, une seule description similaire a été retrouvée dans la littérature (6). La dyspnée dans cette affection résulterait de la compression extrinsèque de la trachée par les structures œsophagiennes voisines, limitant de ce fait le flux aérien.

Cette observation illustre en outre, la contribution de la radiographie standard du thorax au diagnostic. L'élargissement du bord droit du médiastin sur toute sa hauteur suggère très fortement une anomalie œsophagienne, ou un kyste bronchogénique. L'opacification de l'œsophage confirme la localisation œsophagienne de l'opacité médiastinale.

La tomographie thoracique, qui n'est pas toujours facilement accessible dans nos contextes, n'est pas indispensable au diagnostic d'un mégaoesophage. Son intérêt réside dans la réalisation du bilan pré-opératoire en cas d'indication, ou dans l'établissement d'un diagnostic différentiel des masses médiastinales (4). La contribution diagnostique et thérapeutique de la fibroscopie digestive est largement admise dans cette pathologie (4-6).

Le traitement peut être médical, instrumental, ou chirurgical. Le traitement médical est indiqué uniquement en cas de phytobézoard non ou peu symptomatique ; il consiste en une dissolution chimique par de l'acétylcystéine, de la papaine, de la cellulase, voir même des boissons « coca cola ou jus d'orange ». Un régime sans fibre y est associé pour éviter la croissance du bézoard et aussi sa récurrence éventuelle (2, 4, 6). Les traitements endoscopiques disponibles sont variés ; les techniques simples d'accès sont la fragmentation mécanique ou par rayons laser, le lavage

avec un jet puissant, l'aspiration et parfois l'évacuation à l'aide des forceps. Plusieurs séances sont habituellement nécessaires (7). L'endoscopie permet également l'administration directe des produits pour une dissolution chimique.

Notre patiente a bénéficié d'un régime pauvre en fibre, associé au jus d'orange et à la boisson gazeuse « Coca cola ». Le lavage et l'aspiration du contenu oesophagien ont été réalisés une seule fois vu son état neurologique, avec toutefois, un amendement des symptômes.

Le traitement chirurgical est réservé aux très rares échecs du traitement médical ou aux complications des bézoards (occlusion complète) (7, 8).

### Conclusion

Le bézoard œsophagien est une pathologie rare. Il est favorisé par des troubles moteurs ou fonctionnels de l'œsophage dont les étiologies sont multiples. La symptomatologie respiratoire révélatrice est rare. La radiographie standard du thorax, outil simple et peu onéreux, ainsi que le transit baryté œsophagien et l'endoscopie digestive, sont de précieux outils de diagnostic. Le traitement médical et surtout endoscopique, améliorent significativement les symptômes de l'affection.

### Conflit d'intérêt

Aucun pour tous les auteurs

### Références

1. Jee Eun Yang, Ji Yong Ahn, Gi Ae Kim, Ga Hee Kim, Da Lim Yoon. A large-sized phytobezoar located on the rare site of the gastrointestinal Tract, *Clin Endosc* 2013; **46**: 399-402
2. Dolar ME, Caner ME, Ates KB, Boyacioglu AS, Sahin B. Endoscopic management of phytobezoars. *Gastrointest Endosc* 1993; **39**: 604-5.
3. Lee J. Bezoards and foreign bodies of the stomach, *Gastrointest Endosc Clin N Am* 1996; **6**: 605-19.
4. Ki Hoon Kim, Suck Chei Choi, Geom Seog Seo, Yong Sung Kim, Esophageal Bezoar in a Patient with Achalasia: Case Report and Literature Review *Gut and Liver*, Vol. 4, No. 1, March 2010, pp. 106-109
5. Rabec C, Kabeya KN, Bonniaud P, Jouve JL, Baudouin N, Favrolt N, Camus C, Camus P. Difficulté de sevrage par compression trachéale due à un bézoard *Rev Mal Respir* 2008 ; **25** : 333-7
6. Metman EH, Debbabi S, Negreanu L. Troubles moteurs de l'oesophage. *EMC, Gastro-entérologie*, 9-201-A-10, 2006.
7. Dumonceaux A, Michauld L, Bonnevalle M, Debeugny P, Gottrand F, Turck D., Trichobézoard de l'enfant et de l'adolescent. *Arch Pediatr*. 1998 Sep; **5**(9):996-9.
8. Hayes PG, Rotstein OD., Gastrointestinal phytobezoards: presentation and management. *Can J Surg* 1986; **29**: 419-20.

