

Çok geç tanı almış bir gastrik trikobezoar olgu sunumu

A case of very late diagnosed pediatric gastric trichobezoar

Fatma Saraç¹®, Güzide Doğan²®, Adil Koyuncu³®, Nurdan Aydın⁴®, Hatice Nilgün Selçuk Duru⁵ ®

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, İstanbul, Türkiye

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Gastroenteroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul, Türkiye

⁵Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

Öz

Gastrik trikobezoar, sıklıkla trikofaji (kıl/saç yeme) sonucu görülen, midede sindirilmemiş kıllardan oluşan bir birikimdir. Hastalar uzun süre asemptomatik kalabildiği ve yakınma ve bulgular da nonspesifik olduğu için yıllarca tanı konulamayabilir. Burada, 10 yıldan uzun süredir yakınmaları olan, defalarca sağlık kuruluşlarına başvurup tedavi gören, ancak trikobezoar tanısını oldukça geç alan 16 yaşındaki bir kız hasta sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Bezoar, çocuk, gastrik trikobezoar

ABSTRACT

Gastric trichobezoar describes a collection of undigested hairs in the stomach frequently resulting from trichophagia (hair consumption). Diagnosis may be delayed since the symptoms and findings are non-specific. We describe a 16-year-old girl with symptoms persisting for longer than 10 years, presenting to and being treated by various health institutions, but only diagnosed with trichobezoar at the age of 16.

Keywords: Bezoar, child, gastric trichobezoar

Alındığı tarih: 25.03.2020

Kabul tarihi: 09.07.2020

Yayın tarihi: 30.08.2020

Atf vermek için: Saraç F, Doğan G, Koyuncu A, Aydın N, Duru HNS. Çok geç tanı almış bir gastrik trikobezoar olgu sunumu Çoc. Cer. Derg. 2020;34(2):75-8.

Fatma Saraç

Sağlık Bilimleri Üniversitesi,
Haseki Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği
İstanbul, Türkiye

✉ fsarac75@gmail.com

ORCID: 0000-0003-0894-7787

ORCID kayıtları

G. Doğan 0000-0003-4291-7282

A. Koyuncu 0000-0002-5354-2036

N. Aydın 0000-0001-7175-7658

H. N. S. Duru 0000-0001-9105-0529

Giriş

Bezoar, sindirilemeyen yiyecek veya yabancı maddelerin mide veya ince bağırsaklarda birikerek kitle oluşturmasıdır. İçerdiği maddeye göre dört grupta sınıflandırılır. Bunlar; fitobezoar (lifli yiyecekler), trikobezoar (kıllar), laktobezoar (süt ürünleri) ve farmakobezoar (katı ilaçlar)'dır ⁽¹⁻⁷⁾. Erişkinlerde daha çok fitobezoar görülürken, çocuklarda daha çok trikobezoar görülür. Trikobezoarlar sıklıkla genç kadınlarda ve en sık midede görülürler ^(1,8,9). Kıldan oluşan içerik yıllar içinde birikerek midenin şeklini alabilir ^(6,10). Hastaların çoğuna trikotillomani, trikofaji gibi psikiyatrik hastalıklar ya da mental sorunlar da eşlik eder ^(1,4,7,11).

Tanı hastanın öyküsü, muayenesi ve ultrasonografi (USG), bilgisayarlı tomografi (BT) gibi görüntüleme tetkikleri ile konulur. Tedavide endoskopi, laparoskopi ve laparotomi yöntemleri uygulanır ^(1-3,6-8).

Olgu sunumu

On altı yaşında kız hasta iştahsızlık ve halsizlik yakınması ile çocuk polikliniğine başvuruyor. Burada yapılan muayene ve tetkikleri sonucunda gelişme geriliği ve anemi saptanan hasta ileri tetkik amacı ile çocuk dahiliye servisine yatırılıyor. Burada, hastanın tüm kan tetkikleri, görüntüleme tetkikleri ve gerekli tıbbi konsültasyonları yapılıyor. Batın USG'si normal olan





Resim 1. Gastrik trikobezoarın makroskopik görüntüsü.

hastaya çekilen batın manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'de mideyi tamamen dolduran ön planda bezoar olarak değerlendirilen lezyon saptanıyor. Bu arada çocuk gastroenteroloji tarafından yapılan gastroskopi de bezoar görülmesi ve endoskopik olarak çıkarılamayacak boyutta olması üzerine, hasta çocuk cerrahisi tarafınca görülüp operasyon planlanıyor.

Hasta on yıldan uzun süredir iştahsızlık, kilo alamama, gelişememe, bulantı-kusma, karın ağrısı gibi yakınmalarla birçok kez farklı sağlık kuruluşlarına başvurmuş. Hastanın öyküsünde, üç-dört yaşından beri iştahsızlık ve yeme sorunları olduğu, yemek yeme isteği olduğu, ancak bulantı ve kusma nedeni ile yiyemediği söyleniyor. Hastanın ya da ailesinin saç yeme gibi bir öyküsü yoktu, ancak ısrarla sorgulandığında, çok küçükken bir kez saçını yerken gördükleri, müdahale ettikleri, sonra da bir daha böyle birşeyle karşılaşmadıkları söylendi. Ayrıca hastanın küçüklüğünden beri çok titiz olduğu, giysilerindeki tüyleri bile kopararak temizlediği söylendi.

Yapılan fizik muayenede hasta, 145 cm boyunda, 26 kilo ağırlığında oldukça kaşektik görünümdeydi. Karın muayenesinde, epigastrik bölge ve sol üst kadrani tamamen dolduran, mobil, düzgün sınırlı kitle lezyon mevcuttu.

Laboratuvar tetkiklerinde anemi, hipoalbuminemi ve bazı vitamin düzeylerinde düşüklük mevcuttu. Hemoglobin 6,2 g/dL (12,2-16,2), hematokrit % 25,3 (37,7-47,9), MCV 64,4 fL (80-97), MCH 15,8 pg (27-31,2), MCHC 24,5 g/dL (31,8-35,4), demir < 10 µg/dL

(60-180), demir bağlama kapasitesi 414 µg/dL (155-355), ferritin 4,1 ng/mL (11-306), albumin 30 g/L (35-52), total protein 52,6 g/L (66-83), vitamin B₁₂ 134 pg/mL (180-914), 25-Hidroksi vitamin D <7 ng/mL (14-49,8), magnezyum 1,7 mg/dL (1,9-2,5), kalsiyum 7,4 mg/dL (8,4-10,5), fosfor 2 mg/dL (2,5-4,5), glukoz 72 mg/dL (74-106), üre 16,3 mg/dL (17-43), ürik asit <1,5 mg/dL (2,6-6), kreatinin 0,18 mg/dL (0,51-0,95) olarak saptandı.

Hastamıza görüntüleme tekniği olarak ayakta direkt batın grafisi (ADBG), batın USG ve batın MRG uygulandı. ADBG ve batın USG de patoloji saptanmadı. Batın MRG'de mide lümenini tamamen dolduran ve mideyi ekspansiyon eden ve T2A hipointens görünümde, dinamik serilerde kontrast tutulumu göstermeyen dolum defekti ön planda bezoar olarak değerlendirildi.

Hastaya yapılan gastroskopi de tüm lümeni dolduran trikobezoar görüldü, ancak endoskopik olarak çıkarmak olası olmadı. Hastaya trikobezoar tanısıyla laparotomi yapıldı. Anterior gastrotomi ile mideyi tamamen dolduran, mide şeklindeki sert saç kitlesi çıkarıldı (Resim 1). Ameliyat sonrası dönemde hasta sorunsuz iyileşti. Çocuk gastroenteroloji, endokrin, psikiyatri bölümlerince takibe alındı.

Çalışmamız için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıpta Uzmanlık Eğitim Komisyonu'ndan (TUEK) onam (09.01.2020, No: 30) alındı. Hastanın ailesinden aydınlatılmış onam alındı.

Tartışma

Trikobezoar nadir görülen bir durumdur ve erken evrelerde asemptomatiktir^(1,11). Saç kılları pürüzsüz yüzeyi ile mide peristaltizmine, keratin içeriği ile de sindirime karşı dayanıklıdır. Bu sayede midenin mukozal yaprakları arasında birikir. Saçın sürekli alımı, mukus ve gıda ile birlikte trikobezoar oluşumuna neden olur^(3,6,7,9,11). Trikobezoar sıklıkla mide de görülür. Yaklaşık %10'unda ince bağırsak hatta kolon içine uzanabilir. Kılların mideden, jejunum ve daha ileriye uzandığı formu Rapunzel sendromu olarak bilinir^(1,2,4,5,7-9).

Trikobezoarlar altta psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda daha çok yaygındır. Hastaların çoğu trikotilomani (saçını koparma) ve trikofaji'si (saç-kıl yeme) olan adolesan kızlardır^(4-6,10). Trikotillomanisi olanla-

rın %30'unda trikofaji de vardır. Trikofajisi olanların ise yalnızca %1'inde trikobezoar gelişir ^(4,6,7). Obsesif kompulsif bozukluk, anksiyete, depresyon, anoreksiya nervoza ve mental bozukluklar diğer bazı predispozan psikiyatrik hastalıklardır ^(1,4,11). Hastamızın başvuru sırasında kendisi ya da ailesi tarafından verilen bir kıl yeme öyküsü yoktu, ancak MRG ve endoskopide trikobezoar görülmesi üzerine aile ısrarla sorgulandığında, üç-dört yaşından itibaren "çok titiz bir çocuk" olduğu, giysilerindeki kılları, tüyleri bile temizlediği ve yalnızca bir kez çok küçükken kıl yediğini görüp, elinden aldıklarını söylediler. Daha önce birçok defalar psikiyatri muayenesine de gittikleri ama saç yeme gibi bir yakınmalarının olmadığı söylendi. Hastanın önceden aldığı bir psikiyatrik hastalık tanısı ya da kullandığı bir ilaç yoktu.

Trikobezoar hastaları yıllarca semptomsuz kalabilirler. Trikobezoar büyüdükçe ve tıkanıklık yapmaya başladıkça bulgu verirler. En sık görülen yakınma karın ağrısı, kusma, kilo kaybı, ağız kokusu, kabızlık, abdominal kitle, tıkanma ve peritonittir ^(2,3,5,6,7-9). Hastamızın başlıca yakınması iştahsızlık ve hâlsizlik idi. Erken çocukluk döneminden itibaren (>10 yıl) iştahsızlık, kilo alamama, gelişememe, ara ara bulantı-kusma ve karın ağrısı yakınmaları ile defalarca farklı sağlık kuruluşlarına ve farklı branşlara başvuru hikayesi mevcuttu.

Trikobezoar tanısında görüntüleme yöntemleri önemli yer tutar. Direkt grafilerdeki bulgular nonspesifiktir. USG ile midedeki kitle görülebilir, ancak olgumuzda karın USG normal olarak değerlendirilmişti. Epigastrik bölgeden sol üst kadrana uzanan ve sol üst kadranı dolduran kitle palpasyonu nedeni ile malignite açısından hastaya batın MRG çekildi. Aynı zamanda malnütrisyonu ve anemisi olan hastaya diagnostik endoskopi de yapıldı. Hem batın MR hem de endoskopide trikobezoar varlığı görüldü. Trikobezoarı saptamada en yüksek duyarlılığa sahip yöntem, direkt kitleyi görmesi nedeniyle, diagnostik endoskopidir ^(1,3). Endoskopi ile aynı zamanda tedavi de olası olabilir, ancak hastamızda trikobezoar çok büyük ve çok sert olduğu için, parçalayarak da olsa kitleyi çıkarmak olası olmadığından, laparotomi yapıp, gastrotomi uygulanarak kitle çıkarıldı. Cerrahi iyileşme sonrası hasta beslenme ve gelişme açısından takibe alındı. Çocuk-ergen psikiyatrisine yönlendirildi.

Sonuç olarak, gastrik trikobezoar nadir görülen bir hastalıktır. Hem uzun süre asemptomatik olması hem de yakınma ve bulguların nonspesifik olması nedeni ile gözden kaçabilir. Özellikle trikofaji anamnezi vermeyen hastalarda bu süre daha da uzun olabilir. Yeme bozukluğu, gelişme geriliği ve kronik karın ağrısı olan hastalarda, bilinen psikiyatrik bir hastalığı olsun olmasın, trikobezoar tanısı akılda tutulmalıdır. Ameliyat sonrası psikiyatrik tedavi ve aile değerlendirmesi tedavinin en önemli kısmıdır. Düzenli takip nükslerin önlenmesi açısından önemli ve gereklidir.

Çıkar çatışması: Yazarlar bu çalışma için çıkar çatışması olmadığını beyan ederler.

Finansal Destek: Yoktur.

Hasta Onamı: Hastanın ailesinden aydınlatılmış onam alınmıştır.

Kaynaklar

1. Al-Osail EM, Zakary NY, Abdelhadi Y. Best management modality of trichobezoar: a case report. *Int J Surg Case Rep.* 2018;53:458-60. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2018.11.030>
2. Castle SL, Zmora O, Papillon S, Levin D, Stein JE. Management of complicated gastric bezoars in children and adolescents. *Isr Med Assoc J.* 2015;17:541-4.
3. Khan S, Jiang K, Zhu LP, et al. Upper gastrointestinal manifestation of bezoars and the etiological factors: A literature review. *Gastroenterol Res Pract.* 2019;2019:5698532. <https://doi.org/10.1155/2019/5698532>
4. Blejc Novak A, Zupancic Z, Plut D, Gvardijancic D, Homan M. Rapunzel syndrome: a rare form of trichobezoar in the stomach with some extension into the small intestine. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat.* 2018;27:155-7. <https://doi.org/10.15570/actaapa.2018.32>
5. Kim JS, Nam CW. A case of Rapunzel syndrome. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr.* 2013; 16:127-30. <https://doi.org/10.5223/pghn.2013.16.2.127>
6. Sanneerappa PB, Hayes HM, Daly E, naMoodley V. Trichobezoar: a diagnosis which is hard to swallow and harder to digest. *BMJ Case Rep.* 2014; 2014 pii:bcr2013201569. <https://doi.org/10.1136/bcr-2013-201569>
7. Lyons D. Large gastric trichobezoar causing failure to thrive and iron deficiency anaemia in an adolescent girl: a case report emphasising the imaging findings and review of the literature. *BJR Case Rep.* 2019;5:20180080. <https://doi.org/10.1259/bjrcr.20180080>
8. Nwankwo E, Daniele E, Woller E, Fitzwater J, McGill T, Brooks SE. Trichobezoar presenting as a gastric outlet obstruction: a case report. *Int J Surg Case Rep.* 2017; 34:123-5. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2017.03.011>
9. Hamidi H, Muhammadi M, Saberi B, Sarwari MA. A rare

- clinic entity: Huge trichobezoar. *Int J Surg Case Rep.* 2016;28:127-30.
<https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2016.09.039>
10. Gupta A, Mittal D, Srinivas M. Gastric trichobezoars in children: surgical overview. *Int J Trichology* 2017;9:50-3.
11. Gorter RR, Kneepkens CM, Mattens EC, Aronson DC, Heij HA. Management of trichobezoar: case report and literature review. *Pediatr Surg Int.* 2010;26:457-63.
<https://doi.org/10.1007/s00383-010-2570-0>