

## Trichotillomania, trichofagia, trichobezoar – opis trzech przypadków. Propozycja modelu kontroli endoskopowej pacjentów z trichotillomanią

### Trichotillomania, trichophagia, trichobezoar – summary of three cases. Endoscopic follow up scheme in trichotillomania

Marek Wolski<sup>1</sup>, Marta Gawłowska-Sawosz<sup>2</sup>, Michał Gogolewski<sup>1</sup>,  
Tomasz Wolańczyk<sup>3</sup>, Piotr Albrecht<sup>4</sup>, Andrzej Kamiński<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej WUM

<sup>2</sup> Oddział Kliniczny Psychiatrii Samodzielnego Publicznego  
Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Warszawie

<sup>3</sup> Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego WUM

<sup>4</sup> Klinika Gastroenterologii i Żywienia Dzieci WUM

#### Summary

**Aim.** Trichotillomania is a lack of control of one's hair pulling. It is estimated that about 1% of population develops trichotillomania. In up to 20% of patients with trichotillomania hair pulling is followed by swallowing – trichophagia. Trichobezoar forms in about 30% of patients with trichophagia.

**Material and methods.** In 2008–2014 three patients patient underwent surgery due to trichobezoar. One patient has had a history of trichotillomania. On admission abdominal X-ray and ultrasonography revealed abdominal mass. Diagnosis was confirmed in abdominal computed tomography.

**Results.** All trichobezoars were removed from the intestinal tract during laparotomy with gastric wall opening. In one case – Rapunzel syndrome – hair mass was also removed from the small bowel. After the surgical treatment all patients were referred to psychiatrist.

**Conclusions.** In patients after a surgery due to trichobezoar as well as other patients with trichotillomania, control of hair accumulation in the gastrointestinal tract remains a problem. The authors propose endoscopic follow up scheme in 6, 12, and 24 months after the surgery as well as for other patients with trichotillomania.

**Słowa kluczowe:** trichotillomania, trichobezoar, kontrola endoskopowa

**Key words:** trichotillomania, trichobezoar, endoscopic follow up

## Wstęp

Trichotillomania jest to niekontrolowany przymus wyrywania własnych włosów. Ubytki w owłosieniu mogą być widoczne we wszystkich okolicach ciała, choć najczęściej występują w obrębie głowy i twarzoczaszki [1]. Z wyrywaniem włosów mogą być związane inne zachowania, jak np. ich połykanie, żucie, gryzienie [1].

Trichotillomania często występuje jako jeden z elementów bardziej złożonego obrazu klinicznego. Wspólchorobowość obejmuje zaburzenia depresyjne, zaburzenia lękowe, uzależnienia czy zaburzenia odżywiania się [1]. Szczegółowy opis kliniczny trichotillomanii znajduje się w artykule „Trichotillomania i trichofagia – rozpoznawanie, leczenie, zapobieganie. Próba ustanowienia standardów leczenia w Polsce” [2].

Etiologia trichotillomanii pozostaje nieznana. Wskazuje się zarówno na czynniki genetyczne, jak i środowiskowe mogące stanowić jej podłoże [3]. W klasyfikacji DSM-5 i ICD-10 umieszcza się ją w kategorii zaburzeń kontroli impulsów.

Częstość występowania zjawiska jest trudna do oceny, głównie ze względu na wstydlivy charakter zaburzenia i niechęć do ujawniania objawów. Szacuje się, że dotknięty tym zaburzeniem jest ok. 1% populacji pediatrycznej. W przedziale wiekowym do 18 r.ż. zjawisko to jest znacznie częstsze niż w populacji osób dorosłych [4]. Zaburzenie to częściej także dotyczy kobiet [5, 6, 7].

Nawet u 20% pacjentów z trichotillomanią wyrywaniu włosów towarzyszy ich połykanie – trichofagia [1, 8, 9]. W skrajnych postaciach pacjenci połykają również znalezione w otoczeniu włosy innych ludzi lub zwierząt.

W ok. 30% przypadków trichofagii dochodzi do formowania się trichobezoaru [9]. Mała podatność na ruchy perystaltyczne prowadzi do gromadzenia włosów w przewodzie pokarmowym i wytworzenia guza, który w miarę wzrostu stanowi przeszkodę dla pasażu treści pokarmowej, odpływu żółci i soku trzustkowego. Ucisk na ścianę przewodu pokarmowego może prowadzić do zaburzeń ukrwienia, nadżerek i perforacji. Innymi powikłaniami są wgłobienie, żółtaczka mechaniczna, zaburzenia wchłaniania, zapalenie trzustki [10, 11].

Trichobezoar należy brać pod uwagę w diagnostyce różnicowej przyczyn objawów u pacjentów niezgłaszających trichotillomanii, ale z zaburzeniami wchłaniania, niedokrwistością, ubytkiem masy ciała, przewlekłymi bólami brzucha, szczególnie w populacji nastolatków.

USG jamy brzusznej i RTG przeglądowy potwierdzają obecność guza w jamie brzusznej z ewentualnymi objawami niedrożności. Większą czułość wykazują MRI lub CT jamy brzusznej. Rozpoznanie można potwierdzić dopiero w czasie zabiegu endoskopowego lub chirurgicznego [12].

W większości przypadków metodą leczenia z wyboru jest klasyczna metoda operacji z nacięciem żołądka, a czasami także – w przypadku zespołu Roszpunka (Rapunzelsyndrom) – jelita cienkiego, oraz usunięcie zalegających włosów. W piśmiennictwie podaje się próby leczenia endoskopowego oraz laparoskopowego trichobezoaru, a także fragmentacji enzymatycznej [13, 14, 15, 16].

## Cel

Celem pracy jest prezentacja trzech przypadków trichobezoarów u młodzieży.

## Materiał i metody

W latach 2008–2014 operowano trzy pacjentki w wieku od 13 do 16 lat z powodu trichobezoar. Retrospektywnie przeanalizowano ich dokumentację medyczną (tab. 1).

**Tabela 1. Pacjenci operowani z powodu trichobezoar**

Pacjent	1	2	3
Płeć	K	K	K
Wiek	15	16	13
Rozpoznanie psychiatryczne w wywiadzie		Trichotillomania	
Objawy			
przerzedzenie włosów	tak	nie	tak
ból brzucha	tak od 2 tyg.	tak	tak od 6 miesięcy
guz brzucha	nie	tak	tak
utrata masy ciała	4 kg	nie	6 kg w ciągu 6 miesięcy
Badania laboratoryjne			
Hb g%	8,9	12,1	10,6
Badania obrazowe (rozpoznanie)			
USG	masa w żołądku	masa w żołądku	masa w żołądku
RTG	guz brzucha ze zwapnieniami	guz brzucha	guz brzucha ze zwapnieniami
CT		bezoar, zespół Roszpunka	bezoar ze zwapnieniami
Endoskopia	olbrzymi trichobezoar wypełniający cały żołądek		
Czas hospitalizacji w o. chirurgii (dni)	16	23	15

## Analiza materiału

Tylko u jednej z pacjentek rozpoznano wcześniej trichotillomanię, pozostałe dwie nie były wcześniej diagnozowane pod kątem zaburzeń psychicznych. Pacjentka ta, z dziesięcioletnim wywiadem trichotillomanii, zgłosiła się z powodu bólu brzucha i guza wyczuwalnego przez powłoki. Kolejna pacjentka była wcześniej leczona z powodu niedokrwistości. Trzecia pacjentka została przyjęta z trichobezoare

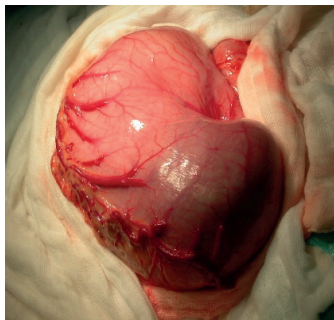
poznany podczas badania endoskopowego. Podczas badania uwidoczniono wrzód żołądka i liczne nadżerki jego błony śluzowej. Odstąpiono od usuwania trichobezoaru ze względu na jego rozmiar, ryzyko perforacji oraz niedrożności jelita.

W dwóch przypadkach wyczuwalny był guz brzucha. Ubytki w owłosieniu miały dwie pacjentki. U jednej chorej stwierdzono błądliwość powłok skórnych, rumień i tachykardię. U dwóch pacjentek rozpoznano niedokrwistość – poziom hemoglobiny, odpowiednio, 8,9% i 10,6%.

Badanie USG i RTG jamy brzusznej wykazało obecność guza w żołądku. W TK jamy brzusznej, wykonanej u dwóch pacjentek, rozpoznano trichobezoar (ryc.1). Wszystkie bezoary były usunięte z żołądka podczas laparotomii z szerokim nacięciem żołądka (ryc. 2). W jednym przypadku – zespole Roszpunki – konieczne było wydobycie masy guza z dwunastnicy i pętli jelita cienkiego (ryc. 3). U wszystkich pacjentek okres pooperacyjny był niepowikłany. Czas hospitalizacji wyniósł około dwóch tygodni. Żywnienie doustne włączono w 10. dobie po zabiegu. Pacjentki po zakończeniu leczenia chirurgicznego przekazano pod opiekę psychiatry.



Rycina 1. Obraz CT żołądka wypełnionego treścią trichobezoar



Rycina 2. Obraz śródoperacyjny



Rycina 3. Zespół Roszpunki (Rapunzelsyndrome) – masa trichobezoar sięgająca pętli jelita cienkiego

## Dyskusja

Rzadkość występowania trichobezoar wydłuża czas do jego rozpoznania. Dwie pacjentki były leczone z rozpoznaniem niedokrwistości, u jednej rozpoznano guz brzucha. Tylko u pacjentki lezonej wcześniej z powodu trichotillomanii podejrzewano istnienie trichobezoar.

Czułość USG i przeglądowego RTG jamy brzusznej w rozpoznawaniu trichobezoar wynosi odpowiednio 25% i 18%, podczas gdy TK jamy brzusznej nawet do 97% [12]. W przedstawionym materiale rozpoznanie ustalono na podstawie TK jamy brzusznej.

Długotrwałość procesu akumulacji włosów prowadzi do zaburzeń wchłaniania, pasaży i ucisku na ściany przewodu pokarmowego. Wśród „ostrych” powikłań tri-

chobezoaru wymienia się perforację przewodu pokarmowego i zapalenie trzustki [10, 11]. W omawianym materiale pacjentka z objawami częściowej niedrożności była operowana w trybie pilnym, pozostałe w trybie planowym.

Leczenie chirurgiczne w trichotillomanii polega na leczeniu powikłań trichofagii. Wśród dostępnych metod leczenia laparotomia pozostaje metodą z wyboru, szczególnie w odniesieniu do dużych bezoarów. Stosuje się również endoskopię, laparoskopię, leczenie enzymatyczne, a także metody eksperymentalne, jak np. laserowe rozbijanie zawartości żołądka [13-16].

Endoskopowe usunięcie bezoaru polega na jego mechanicznym wydobyciu z przewodu pokarmowego w czasie endoskopii górnego odcinka przewodu pokarmowego. Podstawowym ograniczeniem metody jest wielkość bezoaru, pozwalająca na usunięcie go drogą naturalną. Fragmentacja większych bezoarów niesie ze sobą ryzyko powikłań w postaci perforacji przewodu pokarmowego [14].

Metoda laparoskopowa również pozwala na usunięcie trichobezoaru z żołądka. Wypełniony bezoarem żołądek uwidacznia się za pomocą kamery laparoskopowej, ściany żołądka nacina się i usuwa pofragmentowany bezoar. Zaletą tej metody jest mniejszy uraz powłok, wadami – dłuższy czas operacji oraz możliwość skażenia jamy otrzewnej fragmentami bezoaru. W przypadku dużych bezoarów konieczne jest poszerzenie cięcia skórniego w celu usunięcia ich fragmentów z jamy brzusznej [14-16].

W większości przypadków wykonuje się operacje metodą klasyczną z nacięciem żołądka, czasem – jak w zespole Roszpunkki – jelita cienkiego, podczas których usuwa się zalegające włosy. Metoda ta pozwala na usunięcie dowolnie dużych bezoarów z żołądka, inspekcję dalszych części jelita oraz minimalizuje ona ryzyko skażenia jamy brzusznej. Próby fragmentacji bezoaru przy użyciu enzymów trawiennych (chymopapina, celulaza, acetylocysteina) wykazały ich niewielką skuteczność [13]. W omawianym materiale metodą z wyboru była laparotomia, w tym u jednej pacjentki po nieudanej próbie interwencji endoskopowej.

Podstawą leczenia trichotillomanii jest psychoterapia z farmakoterapią [17]. Wszystkie pacjentki operowane w naszym ośrodku zostały przekazane pod opiekę oddziału psychiatrycznego i obecnie pozostają w obserwacji i leczeniu ambulatoryjnym.

Nie istnieją dokładne dane oceniające nawrotowość i skuteczność leczenia trichofagii. Efektywność poszczególnych metod w uzyskaniu odpowiedzi na leczenie i jej długotrwałą utrzymaniu oceniana jest na 50–80% [1, 8, 5, 18].

### Podsumowanie

1. Rozpoznanie trichofagii dopiero w momencie wystąpienia powikłań trichobezoaru wynika z rzadkości choroby.
2. Chirurgiczne usunięcie trichobezoaru jest wyłącznie leczeniem powikłań trichofagii.
3. Dotychczas brak jest schematu monitorowania pacjentów z trichotillomanią.

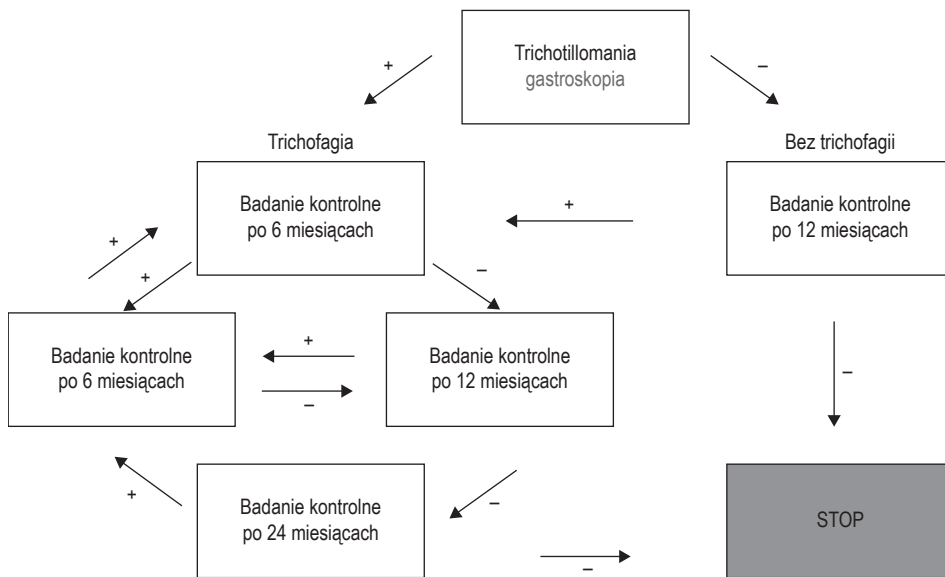
Leczenie w krótkim czasie aż trzech pacjentek z trichobezoarem stało się inspiracją do opracowania schematu monitorowania pacjentów z trichotillomanią.

#### Schemat kontroli endoskopowej (ryc. 4)

U każdego pacjenta z rozpoznaną trichotillomanią należy wykonać badanie endoskopowe górnego odcinka przewodu pokarmowego. Jeśli nie uwidoczniło włosów w przewodzie pokarmowym, kolejne badanie wykonuje się po upływie 12 miesięcy. W przypadku braku odchylenia od normy w tym badaniu wykonywanie kolejnych badań endoskopowych nie jest konieczne.

Jeśli w pierwszym badaniu endoskopowym zostaną uwidocznione włosy w przewodzie pokarmowym, po ich usunięciu kolejne badanie należy wykonać po sześciu miesiącach. Jeśli w tym badaniu nie uwidoczni się zalegających włosów w przewodzie pokarmowym, kolejne należy wykonać za 12 miesięcy, a następne po 24 miesiącach od poprzedniego badania. W przypadku wykrycia włosów w którymkolwiek badaniu kontrolnym termin kolejnego należy ustalić za sześć miesięcy i powtarzać schemat kontroli (kolejno po 12 i 24 miesiącach od poprzednich badań).

U pacjentów operowanych z powodu trichobezoarów kontrolne badanie endoskopowe należy wyznaczyć po sześciu miesiącach, kolejne po 12 i 24 miesiącach od poprzednich badań. Jeśli w którymkolwiek badaniu endoskopowym znalezione zostaną zalegające w przewodzie pokarmowym włosy, termin kolejnego badania należy wyznaczyć za sześć miesięcy.



Rycina 4. Schemat kontroli endoskopowej pacjentów z trichotillomanią

W każdym momencie obserwacji i leczenia pacjenta z trichotillomanią niepokój lekarza prowadzącego powinny wzbudzić takie objawy jak niedokrwistość, ubytek

masy ciała i zaburzenia wchłaniania, guz w jamie brzusznej. Objawy te mogą wskazywać na gromadzenie się włosów w przewodzie pokarmowym. W takim przypadku konieczne jest wykonanie doraźnego badania endoskopowego.

### Piśmiennictwo

1. Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE. *Characteristics of 60 adult chronic hair pullers*. Am. J. Psychiatry 1991; 148: 365–370.
2. Gawłowska-Sawosz M, Wolski M, Kamiński A, Albrecht P, Wolańczyk T. *Trichotillomania i trichofagia – rozpoznawanie, leczenie, zapobieganie. Próba ustanowienia standardów leczenia w Polsce*. Psychiatr. Pol. 2016; 50 (1): 127–143.
3. Flessner CA, Knopik VS, McGeary J. *Hair pulling disorder (trichotillomania): genes, neurobiology, and a model for understanding impulsivity and compulsivity*. Psychiatry Res. 2012; 199: 151–158.
4. Keren M, Ron-Miara A, Feldman R, Tyano S. *Some reflections on infancy-onset trichotillomania*. Psychoanal. Study Child 2006; 61: 254–272.
5. Duke DC, Bodzin DK, Tavares P, Geffken GR, Storch EA. *The phenomenology of hair pulling in a community sample*. J. Anxiety Disord. 2009; 23(8): 1118–1125.
6. Cohen LJ, Stein DJ, Simeon D, Spadaccini E, Rosen J, Aronowitz B. i wsp. *Clinical profile, comorbidity, and treatment history in 123 hair pullers: a survey study*. J. Clin. Psychiatry 1995; 56: 319–326.
7. Grant JE, Odlaug BL. *Clinical characteristics of trichotillomania with trichophagia*. Compr. Psychiatry 2008; 49: 579–584.
8. Bouwer C, Stein DJ. *Trichobezoars in trichotillomania: case report and literature overview*. Psychosom. Med. 1998; 60: 658–660.
9. Kuroki Y, Otagiri S, Sakamoto T, Tsukada K, Tanaka M. *Case report of trichobezoar causing gastric perforation*. Dig. Endosc. 2000; 12: 181–185.
10. Kohler JE, Millie M, Neuger E. *Trichobezoar causing pancreatitis: first reported case of Rapunzel syndrome in a boy in North America*. J. Pediatr. Surg. 2012; 47(3): e17–e18.
11. Ripollés T, García-Aguayo J, Martínez MJ, Gil P. *Gastrointestinal bezoars: sonographic and CT characteristic*. AJR Am. J. Radiol. 2001; 177: 65–69.
12. Phillips RM, Zaheer S, Drugas GT. *Gastric trichobezoar: case report and literature review*. Mayo Clin. Proc. 1998; 73(7): 653–656.
13. Filipi CJ, Perdakis G, Hinder RA, De Meester TR, Fitzgibbons RJ Jr, Peters J. *An intraluminal surgical approach to the management of gastric bezoar*. Surg. Endosc. 1995; 9(7): 831–833.
14. Christenson GA, Pyle RL, Mitchell JE. *Estimated lifetime prevalence of trichotillomania in college students*. J. Clin. Psychiatry 1991; 52: 415–417.
15. Son T, Inaba K, Woo Y, Pak KH, Hyung WJ, Noh SH. *New surgical approach for gastric bezoar: “hybrid access surgery” combined intragastric and single port surgery*. J. Gastr. Cancer 2011; 11(4): 230–233.
16. Tudor ECG, Clark MC. *Laparoscopic – assisted removal of gastric trichobezoar; a novel technique to reduce operative complications and time*. J. Pediatr. Surg. 2013; 48: E13–E15.

17. Tolin DF, Franklin ME, Diefenbach GJ, Anderson E, Meunier SA. *Pediatric trichotillomania: descriptive psychopathology and an open trial of cognitive behavioral therapy*. Cogn. Behav. Ther. 2007; 36: 129–144
18. O’Sullivan MJ, McGreal G, Walsh JG, Redmond HP. *Trichobezoar*. J. R. Soc. Med. 2001; 94(2): 68–70.

Adres: Marek Wolski  
Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej  
Warszawski Uniwersytet Medyczny  
02-091 Warszawa, ul. Żwirki i Wigury 63A

Otrzymano: 17.04.2015  
Zrecenzowano: 8.05.2015  
Otrzymano po poprawie: 10.05.2015  
Przyjęto do druku: 10.05.2015