

Tricobezoar gastric gigant la o adolescentă cu tricotilomanie

Oana-Maria Roșu¹, Flavia Luca², Ana-Maria Scurtu³, Anamaria Ciubară⁴,
Smaranda Diaconescu⁵, Marin Burlea⁶

¹Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Sf. Maria”, Iași, România

²Clinica de Radiologie, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Sf. Maria”, Iași, România

³Clinica de Chirurgie pediatrică, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Sf. Maria”, Iași, România

⁴Universitatea „Dunărea de Jos”, Spitalul de psihiatrie „Elena Doamna”, Galați, România

⁵Universitatea Titu Maiorescu, Facultatea de Medicină, Clinica de Gastroenterologie pediatrică – Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Sf. Maria”, Iași, România

⁶Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa” Clinica de Gastroenterologie pediatrică – Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Sf. Maria”, Iași, România

REZUMAT

Introducere. Bezoarul este un conglomerat alcătuit din material parțial digerabil sau nedigerabil impactat la nivelul stomacului. Tricobezoarul (aglomerările de păr) apare cel mai frecvent la pacienții cu tulburări psihice (tricotilomanie) și reprezintă o patologie rară care poate determina dificultăți diagnostice și terapeutice.

Material și metodă. Prezentăm un caz de tricobezoar gastric la o pacientă în vârsta de 12 ani, fără antecedente personale patologice, internată pentru epigastralgie și vărsături alimentare. Examenul clinic relevă la palparea abdomenului o formațiune epigastrică de aprox. 5/3cm, dură, imobilă, aderentă de planul profund la care examenele de laborator relevă doar o ușoară anemie hipocromă microcitară. Endoscopia digestivă superioară vizualizează tricobezoar gigant de aprox 17 cm, vizibil din zona subcardială până în regiunea antrală, fixat cu un fir de păr de o zonă cu aspect inflamator pseudopolipoid, situată prepiloric. Pacienta a fost dirijată către serviciul de chirurgie pediatrică, întrucât dimensiunea tricobezoarului nu a permis extragerea pe cale endoscopică. S-a tentat inițial extragere prin abord laparoscopic, care nu a reușit și a impus laparotomie minimă subcostală stângă, gastrotomie cu evacuarea tricobezoarului gastric. Postoperator evoluție favorabilă.

Discuții. Cu toate că prevalența la om este scăzută, mortalitatea poate atinge în anumite cazuri 30%, datorită sângerărilor, obstrucției, peritonitei sau eventualei perforații gastrointestinale ce pot apărea. Diverse metode endoscopice au fost raportate pentru extragerea bezoarului, precum litotripsie cu unde șoc, îndepărtare prin aspirare folosind endoscop cu canal larg de lucru, extracție cu ansă de polipectomie și forceps de biopsie.

Concluzie. Raritatea acestei patologii în populația pediatrică impune un diagnostic diferențial atent. Dificultățile terapeutice se datorează dimensiunilor tricobezoarului, iar prognosticul depinde de patologia psihiatrică subiacentă.

Cuvinte cheie: tricobezoar, tricotilomanie, endoscopie

INTRODUCERE

Bezoarii sunt conglomerate de material nedigerabil, precum părul, care sunt de obicei localizați în stomac. Bezoarii sunt cunoscuți în literatură încă din secolul al XII-lea, fiind descriși inițial în India. Datorită rarității lor și a patogenezi neclare, în acea vreme s-au dat bezoarilor proprietăți speciale. Numele Bezoar, provine din cuvântul arab „Bedzehr”,

persan „Padzahr” sau ebraic „Beluzaar”, toate având sens de antidot. Pe baza compoziției lor, bezoarii au fost clasificați în patru tipuri: fitobezoar (din fibre vegetale), tricobezoar (din păr), lactobezoar (lactate), precum și diverse (medicamente, nisip, hârtie absorbantă) (1,2). Cea mai frecventă formă de bezoar este fitobezoarul, care este format din celuloză. A doua formă comună o reprezintă tricobezoarul, cel mai adesea cauzat de tricofagie (in-

Corresponding author:

Prof. Dr. Smaranda Diaconescu

E-mail: turti23@yahoo.com

Article History:

Received: 7 June 2018

Accepted: 19 June 2018

gestia de păr), combinată cu o boală psihică (tricotilomanie). Tricotilomania, dorința irezistibilă de a extrage propriul păr, a fost descrisă pentru prima dată de către Hallopeau în anul 1889, iar primul caz de trichobezoar a fost raportat cu un secol mai devreme, în anul 1792 de către Baudamant (3,4). Această stare patologică afectează în special fetele tinere, cu sau fără tulburări psihiatrice cunoscute.

PREZENTARE DE CAZ

Pacientă de 12 ani, fără antecedente personale patologice semnificative, este admisă în secția clinică de Gastroenterologie pediatrică, fiind dirijată dintr-un spital din teritoriu, cu suspiciunea de tumoră gastrică. La internare, pacienta prezenta epigastralgie și vărsături alimentare. Anchetă familială nu relevă conflicte intrafamiliale generatoare de stres psihologic. Palparea epigastrului evidențiază o formațiune dură, imobilă, aderentă de planul profund, de aprox 5/3cm. Paraclinic se decelează anemie hipocromă microcitară, fără alte modificări patologice. Ecografia abdominală vizualizează o zonă cu aspect hiperecogen, cu con de umbră posterior, care ocupă epigastrul și mezogastrul (Fig.1).



FIGURA 1. Ecografie abdominală – zonă cu aspect hiperecogen, cu con de umbră posterior

Endoscopia vizualizează o masă de aprox 17 cm, vizibilă din zona subcardială până în regiunea antrală, fixată cu un fir de păr de o zonă cu aspect inflamator pseudopolipoid, situată prepiloric (Fig. 2).

S-a efectuat consult neuropsihiatric ce pune diagnosticul de tricotilomanie, recomandându-se consiliere psihologică și risperidona 0,5mg /zi, timp de 30 zile. Examenul CT abdominal descrie o masă de țesut moale, neomogenă, cu incluziuni aerice, vizibilă intraluminal gastric, cu denșități de tip solid,



FIGURA 2. Imagine endoscopică a tricobezoarului

fără priză de contrast, bine delimitată, cu dimensiuni de aprox. 109/39 mm ce ocupa regiunea corporeo-antrală, până la nivelul canalului piloric, stomac dilatată, cu pereți discret îngroșați circumferențial, regiunea antrală gastrică cu diametru anteroposterior de 60 mm și pilorul cu pereți îngroșați circumferențial de aprox. 6,4 mm (Fig. 3).



FIGURA 3. CT abdominal – masă de țesut moale, neomogenă, cu incluziuni aerice

Din cauza dimensiunilor tricobezoarului nu a fost posibilă extragerea endoscopică, motiv pentru care pacienta a fost transferată în serviciul de chirurgie pediatrică, inițial optându-se pentru extragerea prin laparoscopie convertită însă în chirurgie clasică (minimă laparotomie subcostală stângă, gastrotomie cu evacuarea tricobezoarului gastric) (Fig. 4).

Evoluția postoperatorie a fost favorabilă; adolescenta se externează după 10 zile de la intervenția chirurgicală, rămânând în atenția echipei multidisciplinare gastroenterolog, chirurg și neuropsihiatru pentru monitorizare în dinamică.



FIGURA 4. Tricobezoar gastric-piesa operatorie

DISCUȚII

Tricobezoarul este cea mai frecventă formă de bezoar întâlnită la populația tânără. În revizuirea clasică realizată de DeBakey și Ochsner, 80% dintre cazuri au fost întâlnite la pacienții sub 30 ani. Prin ingerarea părului, a fibrelor din covoare sau îmbrăcăminte se formează o masă care ulterior se blochează între pliurile mucoasei gastrice, deoarece suprafața alunecoasă împiedică propulsia realizată de undele peristaltice (5). Tricobezoarul este unic și ia în general forma stomacului (6-8). Mucusul care îl acoperă îi conferă acestuia o suprafață lucioasă, strălucitoare, iar prin descompunerea și fermentarea grăsimilor rezultă mirosul fetid caracteristic. Prin digestia peptică a proteinelor firului de păr, tricobezoarul capătă în cele mai multe cazuri o culoare neagră, indiferent de culoarea originală a părului ingerat (9,10)

Studiile din literatură relevă că tricobezoarul este frecvent întâlnit la populația sub 30 ani, dar prevalența este mai ridicată la pacienții de sex feminin cu vârsta sub 20 ani. Acuzele comune includ dureri abdominale, grețuri și vărsături, balonare, sațietate precoce, scădere ponderală, diaree sau constipație. Nu există însă semne caracteristice sau simptome patognomonice pentru bezoari. În concordanță cu aceste constatări, în cazul nostru pacienta a prezentat simptomatologie nespecifică. Tricobezoarii cu evoluție îndelungată pot provoca complicații, care includ apariția anemiei, hematemezei, ulcerului gastric, obstrucției intestinale, perforației, peritonitei, pancreatitei, icterului obstructiv, sindromului de malabsorbție, invaginațiilor și apendicitei (11). Standardul de aur în diagnostic este endoscopia digestivă superioară care asigură vizualizarea directă a bezoarului și permite gestul terapeutic. Terapia endoscopică poate fi eficientă pentru bezoarii compuși din material vegetal (fitobezoari) și din lapte (lactobezoari), deoarece acestea sunt de dimensiuni reduse, dar este mai puțin

probabil să fie eficace pentru tricobezoari, în special cei de dimensiuni mari (> 20 cm). Diverse alte metode, cum ar fi litotriția extracorporală cu administrarea intragastrică de enzime (lipaza pancreatică, celulază) și medicamente (metoclopramid, acetilcisteină) demonstrează eficiența diferită (12)

Tricotilomania este o afecțiune curentă, definită ca o afectare a controlului impulsului, caracterizată prin tragerea repetată de păr. Prevalența tricotilomaniei pe parcursul vieții este estimată la între 0,6% și 4,0% din populația globală (13). Tricotilomania este diagnosticată la toate grupele de vârstă; debutul este mai frecvent în timpul preadolescenței și al adulților tineri, cu o vârstă medie de debut cuprinsă între 9 și 13 ani și un vârf notabil la 12-13 ani. La copiii de vârstă preșcolară, tricotilomania este considerată benignă, începe adesea în momentele de stres psihosocial din familie și aproape niciodată nu continuă odată cu creșterea în vârstă. În rândul copiilor preșcolari, repartitia pe sexe este aproximativ egală; se pare că există o predominanță feminină printre preadolescenți (70-93%) iar în rândul adulților proporția este de 3 la 1 în favoarea femeilor (14,15).

Conform D.S.M.-IV-2003 sunt stabilite următoarele criterii de diagnostic pentru această tulburare: a. incapacitatea recurentă de a rezista impulsurilor de smulgere a părului propriu, ducând la o pierdere notabilă a acestuia; b. creșterea senzației de tensiune imediat înaintea smulgerii părului; c. senzația de plăcere, gratificare sau ușurare în momentul smulgerii părului; d. comportamentul cauzează suferință sau deteriorare semnificativă în domeniile importante sociale; e. nu există nicio asociere cu o inflamație preexistentă a tegumentelor și nu apare ca răspuns la idei delirante sau halucinații (16,17). Pacienții încearcă să ascundă acest comportament sau să camufleze aria afectată de la nivelul scalpului, pierderea părului fiind caracterizată prin șuvițe scurte, rupte, care apar împreună cu firele de păr normal. Diagnosticul de tricotilomanie se suspicionează atunci când comportamentul compulsiv de smulgere a părului nu este justificat de o condiție medicală generală (de exemplu o afecțiune dermatologică) sau de o altă tulburare psihiatrică (precum comportament delirant sau ca rezultat al unor halucinații) și este confirmat prin endoscopie digestivă superioară. Deoarece stresul emoțional de bază este de multe ori un factor declanșator pentru tricofagia sau tricotilomania observată la pacienții afectați, evaluarea psihiatrică sau psihologică este esențială.

Gestionarea și tratamentul unui bezoar trebuie să cuprindă îndepărtarea masei și prevenirea recu-

rențelor, prin abordarea cauzei fizice sau emoționale, care stau la baza apariției acestei patologii. În funcție de consistența, mărimea și localizarea sa, îndepărtarea bezoarului se poate efectua prin endoscopie sau intervenție chirurgicală – eliminare prin gastrotomie prin laparotomie mediană superioară. Deși nu este aprobat în mod specific un tratament medicamentos pentru tricotilomanie, unele medicamente pot ajuta la controlarea anumitor simptome, precum antidepresivele cum ar fi clomipramina. Alte medicamente despre care cercetările sugerează că pot avea unele beneficii conțin N-acetilcisteina, un aminoacid care influențează neurotransmițătorii legați de starea de spirit și olanzapina, un antipsihotic ușor (18-20). Strategii comportamentale eficiente în tratamentul tricotilomaniei pot include: auto-monitorizare, terapie cognitiv-comportamentală, cursuri de relaxare, psihoterapie, hipnoză. Prognosticul poate varia în funcție de patologia psihică asociată, astfel că unele persoane pot prezenta simptomatologie continuă timp de zeci de ani, altele cursul bolii fiind marcat de remisiuni și recurențe.

În cazul nostru diagnosticul a fost confirmat prin endoscopie digestivă superioară. Extracția tri-

cobezoarului a fost realizată prin gastrotomie, printr-o laparotomie minimă subcostală stângă. Deoarece stresul emoțional este de cele mai multe ori factorul declanșator pentru tricofagie sau tricotilomanie evaluarea psihiatrică sau psihologică este esențială, inclusiv din punct de vedere prognostic. Pacienta noastră a fost direcționată către un serviciu de psihiatrie pentru evaluare și tratament de specialitate.

CONCLUZII

Tricobezoarul trebuie luat în considerare ca posibilitate de diagnostic la pacienții pediatrici cu istoric sugestiv de tricofagie și masă epigastrică palpabilă. Diagnosticul se realizează prin endoscopie digestivă superioară, care permite uneori și sancțiune terapeutică. Managementul acestei patologii impune frecvent gestul chirurgical. Abordarea multidisciplinară este esențială întrucât majoritatea acestor pacienți prezintă o tulburare psihiatrică subiacentă.

Conflict of interest: none declared
Financial support: none declared