

Tytuł: Trichobezoar u 12-letniej dziewczynki – opis przypadku. / Trichobezoar in a 12-year-old girl – case report.

Słowa kluczowe:

Keywords:

Autorzy:

Marek Woynarowski - <p>Grupa ds. badań klinicznych w populacji pediatrycznej Stowarzyszenie na Rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych w Polsce (www.gcppl.org.pl)</p>

Patryk Lipiński

Streszczenie:

Trichobezoar, czyli guz włosiasty, stanowi rzadko występującą formę ciała obcego w przewodzie pokarmowym. Objawy wynikające z jego obecności są niespecyficzne. Główną rolę w diagnostyce odgrywa badanie endoskopowe przewodu pokarmowego. W pracy przedstawiono opis przypadku 12-letniej dziewczynki z trichobezoarem.

Abstract:

Trichobezoar, called also as a hair tumor, is a rare form of a foreign body in the gastrointestinal tract. Symptoms due to its presence are non-specific. The main role to play in the diagnosis has an endoscopic examination of the gastrointestinal tract. The paper presents a case report of 12-year-old girl with trichobezoar.

Treść:

Wstęp

Bezoar stanowi rzadko występującą formę ciała obcego w przewodzie pokarmowym. Etiologia słowa bezoar wywodzi się z arabskiego „bazahr” lub perskiego „padzahr” i oznacza substancję, którą średniowieczni alchemicy uważali za swego rodzaju antidotum na trucizny¹. Kamienie jaskółcze, jeżowe czy ropusze to tylko niektóre przykłady owego panaceum¹. Kres wiary w lecznicze możliwości bezoarów sięga XVIII wieku¹. Wtedy też po raz pierwszy, Budamet w 1779 r., opisał podczas sekcji obecność trichobezoarów w żołądku człowieka².

Podział bezoarów uwzględnia rodzaj materiału, z jakiego powstają. W populacji pediatrycznej najczęściej występują trichobezoary, czyli tak zwane guzy włosiaste, powstające na bazie połkniętych włosów ludzkich, czy też chociażby włosów lalek. Fitobezoary są bardziej charakterystyczne dla populacji dorosłej, w ich skład wchodzi głównie włókna roślinne.

Występują w rejonach, gdzie w dużych ilościach spożywa się daktylę, orzechy kokosowe, selerę, dynię, rodzyńki i śliwki. Do ostatniej grupy złożeń zalicza się farmakobezoary, które w swoim składzie zawierają głównie leki oraz laktobezoary, złożone z mleka i komponenty śluzowej,

spotykane zwłaszcza u przedwcześnie urodzonych noworodków²⁻⁴.

Pierwotną lokalizacją bezoarów jest żołądek, jednakże mogą one rozciągać się przez dwunastnicę, aż po jelito czcze, kręte czy nawet okrężnicę. W 1968 r. Venghna i wsp. pierwszy raz opisali trichobezoar sięgający od żołądka, aż po zastawkę krętniczo-kątniczą⁴. Taka postać przyjęła w literaturze nazwę zespołu Roszpunki, od imienia głównej bohaterki jednej z baśni braci Grimm⁵. Bohaterka została uratowana przez księcia, który dostał się do wieży, wspinając po jej długich warkoczach.

Opis przypadku

12-letnia dziewczynka (GP) u której od kilku miesięcy występowały bóle w nadbrzuszu i pogorszenie apetytu. Dolegliwości miały tendencje do nasilania się i dodatkowo dołączyły się wymioty treścią pokarmową po każdym obfitym posiłku. Nie obserwowano zaburzeń rytmu wypróżniania ani domieszek patologicznych w stolcu. Wywiad rodzinny w kierunku chorób przewodu pokarmowego oraz nowotworowych był ujemny.

Z powodu powyższych dolegliwości dziewczynka była hospitalizowana w szpitalu rejonowym, gdzie w badaniu palpacyjnym jamy brzusznej stwierdzono twardy, nieprzesuwalny guz, średnicy 8–10 cm zlokalizowany w nad- i śródbrzuszu. Zmiana była niebolesna i wyraźnie modelowała powłoki ciała. Guz uwidoczniono w badaniu USG jako litą zmianę o wymiarach 112x79x76 mm w lewym śródbrzuszu. U dziewczynki stwierdzono dodatkowo niskorosłość i niedobór masy ciała oraz mnogie wyrośla kostno-chrzęstne (choroba Olliera). W badaniach laboratoryjnych nie obserwowano odchyleń od normy.

Dziewczynkę z rozpoznaniem guza w jamie brzusznej skierowano do Kliniki Onkologii IP-CZD, gdzie wykonano tomografię komputerową jamy brzusznej, która wykazała obecność kulistych tworów o średnicy 53 mm i 43 mm w poszerzonym żołądku i dwunastnicy. Na podstawie tego badania wysunięto podejrzenie bezoaru i wykonano gastroskopię, podczas której w żołądku stwierdzono duży (średnicy przynajmniej 3–4 cm) podłużny trichobezoar sięgający daleko do dwunastnicy (**Rycina 1**). 

Próby rozkawałkowania i wyciągnięcia bezoaru okazały się nieskuteczne i dziecko zakwalifikowano do zabiegu chirurgicznego. W Klinice Chirurgii IP-CZD pacjentka miała wykonaną laparotomię, w trakcie której usunięty został bezoar. Przebieg pooperacyjny powikłany został ropnym zapaleniem otrzewnej. Zdecydowano o rewizji operacyjnej, podczas której ewakuowano ropną treść oraz usunięto wyrostek robaczkowy. W stanie ogólnym dobrym pacjentka została wypisana do domu.

Omówienie

Trichobezoary w większości przypadków występują u młodych dziewcząt. Specyficzną przyczyną ich powstawania jest zaburzenie kompulsywne o charakterze trichotillomanii, objawiające się nawykowym wyrwaniem włosów oraz towarzysząca mu trichofagia³⁻⁴. U opisywanej pacjentki

nie stwierdzono zaburzeń psychiatrycznych, dziewczynka nieświadomie zjadała końcówki włosów, które brała do ust. Do powstania bezoarów mogą predysponować także zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego, głównie w obrębie żołądka, stany po operacjach żołądka i dwunastnicy oraz zaburzenia wydzielania soku żołądkowego³⁻⁴. Zalegające materiały, nieulegające trawieniu, są następnie zlepiane przez wydzielany w nadmiarze śluz, tworząc twory, które mogą powodować zaburzenia funkcji żołądka lub powikłania miejscowe.

Objawy wynikające z obecności bezoarów w świetle przewodu pokarmowego są niespecyficzne, dlatego też ich ocena wymaga czujności diagnostycznej. Bezoary małej wielkości są zwykle bezobjawowe. Większe guzy mogą powodować bóle brzucha, nudności, wymioty, utratę łaknienia, uczucie sytości oraz ubytek masy ciała³⁻⁴. Opóźnienie rozpoznania może być przyczyną groźnych powikłań. W zakresie błony śluzowej żołądka bezoary wywołują przewlekły stan zapalny, a następnie nadżerki i owrzodzenia, które mogą prowadzić do perforacji lub krwawienia z przewodu pokarmowego³⁻⁴.

Bezoary o znacznych rozmiarach są zwykle wykrywane w badaniu przedmiotowym jako wyczuwalne guzy, mogące sugerować proces nowotworowy³⁻⁴. Z takim właśnie podejrzeniem była kierowana pacjentka do ośrodka referencyjnego, jednakże właściwy dobór badań obrazowych pozwolił zweryfikować diagnozę.

Tomografia komputerowa pozwala zidentyfikować bezoar, nie tylko w obrębie żołądka, ale także w obrębie dalszych odcinków przewodu pokarmowego. Jednakże największą rolę w detekcji tego typu zmian odgrywa badanie endoskopowe przewodu pokarmowego². Dodatkową jego zaletą jest fakt, iż umożliwia odróżnienie bezoaru od nowotworu oraz stwarza szanse rozkawałkowania bezoaru i usunięcia go, zwłaszcza w przypadku jego małych rozmiarów³⁻⁴. Z kolei duże, twarde bezoary, nie dające się defragmentować endoskopowo wymagają leczenia operacyjnego³⁻⁴. Opisany przypadek stanowi przykład takiego postępowania.