

Trikobezoar som årsag til ileus med flere tyndtarmsperforationer hos en 15-årig pige

Sophie Ovesen¹, Michala Herskind Sej² & Peter Andersen¹

KASUISTIK

1) Kirurgisk Afdeling, Regionshospitalet Herning
2) Børn og Unge, Regionshospitalet Herning

Ugeskr Læger
2018;180:V09170706

Trikotillomani er en psykiatrisk lidelse, hvor manglende impuls kontrol og en midlertidig følelse af tilfredshed får patienten til at trække sit eget hår ud af hovedbunden. Lidelsens prævalens anslås til at være 1-3,5% [1] blandt børn og unge voksne, og ca. 30% af patienterne med trikotillomani praktiserer yderligere trikofagi, hvor det udtrukne hår spises. Hårets glatte overflade besværliggør passage ved normal peristaltik, og håret kan derfor ophobes i ventriklen med dannelse af trikobezoarer [2]. Sjældent kan bezoaren have udtrækning til tyndtarmen og kaldes da Rapunzels syndrom [1]. Patientgruppen er typisk børn og unge kvinder, der ofte har samtidig angst eller depression. Komplikationer i forbindelse med trikobezoar er anæmi, malabsorption, diarré samt tarmulceration og perforation [3, 4].

SYGEHISTORIE

En 15-årig pige blev indlagt på en børn og unge-afdeling, efter at hun igennem fire dage havde haft ondt i maven, let feber, opkastninger og tynde afføringer. Hun beskrev mavesmerterne som turvise og lokaliseret centralt i abdomen med udstråling til ryggen. Hun havde i øvrigt astma, mikrocytær anæmi og sociale problemer med forældrenes skilsmisse samt tidligere vold og alkoholmisbrug i hjemmet. Under indlæggelsen kom det frem, at hun igennem flere år havde praktiseret trikofagi, hvorfor familien havde valgt at klippe hendes hår kort.

Initialt havde man mistanke om gastroenteritis og urinvejsinfektion, og der blev bestilt de sædvanlige screeningsblodprøver, urinprøve samt afføringsprøver for tarmpatogene vira og bakterier. Pigen blev også undersøgt for børneorm, cøliaki og laktosepersistens. Ingen prøvesvar gav en oplagt forklaring på hendes symptomer. En ultralydundersøgelse af abdomen viste meteoristiske tarme.

Efter fire dages udredning, uændret klinisk tilstand og stigende C-reaktivt protein (CRP)-niveau fra 20 til 111 mg/l og leukocytniveau til 20 mia./l blev der udført en CT af abdomen, hvor man fandt ventrikelretention, tyndtarmssubileus med tarmvægfortykkelse og flere forstørrede glandler i tarmkrøset (Figur 1A).

Ved gastrokopi i generel anæstesi fandt man ventriklen udtamponeret af hår og en øvre midtlinjelaparotomi med gastrotomi måtte foretages for at fjerne trikobezoaren (Figur 1B). Herefter blev tyndtarmene gennemgået med yderligere fund af en passeret trikobezoar 1 meter fra Treitz' ligament. Oralt for denne fandt man tre tyndtarmsperforationer og flere transmural ulcerationer, der nødvendiggjorde resektion af 30 cm tyndtarm med høj anastomose ved Treitz' ligament. Postoperativt rettede patientens tilstand sig ikke som forventet, og CRP-niveauet steg til 375 mg/l. En mistanke om anastomoselækage blev afkræftet ved relaparotomi. Årsagen var i stedet sårinfektion, som blev behandlet med *vacuum assisted closure* og antibiotika.

Børne- og ungdomspsykiatrien blev involveret i patientens behandlingsplan, og der blev sendt underretning til socialforvaltningen. Opfølgende samtaler og kontrol på en socialpædiatrisk klinik blev planlagt inden udskrivelsen.

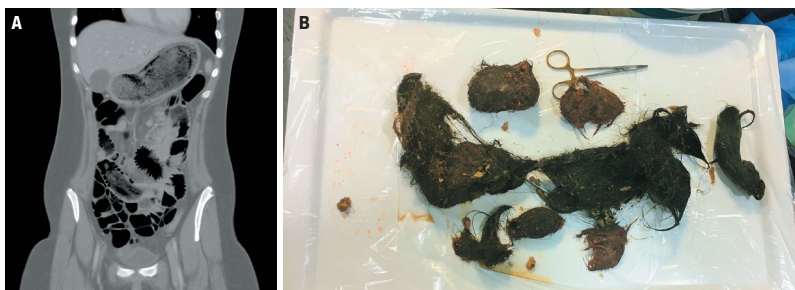
Pigen kom sig fuldt efter operationen og kunne udskrives efter tre ugers indlæggelse.

DISKUSSION

Patienten i sygehistorien blev indlagt med mavesmerter, diarré og opkastninger pga. trikobezoarer med ileus kompliceret af tarmperforation. Behandlingen krævede laparotomi med fjernelse af trikobezoarerne og tyndtarmsresektion med høj anastomose. Pigens trikofagi havde stået på gennem flere år, men i løbet af knap en uge udviklede situationen til en akut kirurgisk tilstand med tarmperforation.

FIGUR 1

A. CT-billede med en trikobezoar i ventrikel samt en trikobezoar, der er passeret til tyndtarmen.
B. Den samlede mængde af fjernet hår.



Tarmperforation er beskrevet i lignende sygehistorier med det til fælles, at trikobezoaren enten er passeret til eller har udstrækning til tyndtarmen [5]. Der foreligger ingen umiddelbar forklaring på, hvad der medfører disse perforationer, men mulige bud er direkte vægtension ved udtamponering eller resultatet af obstruktion og dermed dilatation af den proksimale del af tarmen.

I en situation, hvor en patient bliver indlagt med uspecifikke symptomer, som hos patienten i sygehistorien bestod af mavesmerter, opkastning og diarré, bør den ordinære udredning udføres først, da trikobezoarer er sjældne. Ved usikker diagnose vil man ved en CT ofte kunne identificere bezoarer, og ved gastroskopi vil man kunne stille den endelige diagnose [2]. I denne sygehistorie var patientens trikofagi forbundet med benægtelse, men de pårørende bidrog med vigtige oplysninger til diagnosticering.

Der er beskrevet laparoskopisk fjernelse af trikobezoarer i ventriklen, men det er teknisk vanskeligt. Laparotomi og laparoskopiassteteret laparotomi er den hyppigst anvendte kirurgiske behandling [4].

Efter den kirurgiske intervention bør der ske opfølgning i børnepsykiatrisk eller socialpædiatrisk regi, og evt. kommunalt, med det formål at bedre patientens trivsel samt forebygge og behandle trikofagien og de deraf følgende ricisi.

SUMMARY

Sophie Ovesen, Michala Herskind Sejr & Peter Andersen:

Trychobezoar as cause of ileus with several perforations of the small intestine in a 15-year-old girl

Ugeskr Læger 2018;180:V09170706

A 15-year-old girl was admitted to the paediatric ward due to abdominal pain, vomiting and diarrhoea. Her symptoms could not be explained by the clinical examinations, blood samples or ultrasound, but she had a history of trichophagia. A CT-scan showed gastric retention, and an endoscopy revealed a trichobezoar, which was removed by a laparotomy. Furthermore, a smaller bezoar and three perforations were found in the proximal part of the small intestine. The treatment of trychobezoars should include surgery as well as multidisciplinary involvement to prevent future trichophagia.

KORRESPONDANCE: Peter Andersen. E-mail: peterand82@hotmail.com

ANTAGET: 17. januar 2018

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 12. marts 2018

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Franklin ME, Zgrabbe K, Benavides KL. Trichotillomania and its treatment: a review and recommendations. *Expert Rev Neurother* 2011;11:1165-74.
2. Tiago S, Nuno M, João A et al. Trichophagia and trichobezoar: case report. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2012;8:43-5.
3. Akshay D, Baheti MD, Jeffrey P et al. A hairy situation: trichobezoar presenting with intussusception, and intestinal and biliary perforation in a child. *J Rad Case Rep* 2017;12:42-4.
4. Frey AS, McKee M, King RA et al. Hair apparent: Rapunzel syndrome. *Am J Psychiatry* 2005;162:242-8.
5. Rojas PG, Paredes EB, Reto CP. Rapunzel syndrome as a cause of obstruction and intestinal perforation. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2016;46:114-7.