Jundishapur
Scientific Medical Journal
Vol 24, No 5, 2025

Case Report

Hairball Cyst in the Stomach of a 7-Year-Old Child with a One-Year History of Hair Eating

Mitra Ahmadi[1], Mehran Peyvasteh[2], Hoda Ilkhanipak[3], Negar Dinarvand[4*]

1. Assistant Professor of Pediatrics, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.
2. Associate Professor of Pediatrics, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.
3. Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.
4.Hyperlipidemia Research Center, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

Use your device to scan and read the article online

Citation Ahmadi M, Peyvasteh M, Ilkhanipak H, Dinarvand N. [Hairball Cyst in the Stomach of a 7-Year-Old Child with a One-Year History of Hair Eating (Persian)]. Jundishapur Scientific Medical Journal. 2025; 24(5):485-492.

https://doi.org/10.22118/jsmj.2025.497266.3782

ABSTRACT

Background and Objectives Gastrointestinal (GI) bezoars are undigested masses primarily found in the stomach, but they may also be observed in other parts of the digestive tract. Trichobezoars, a rare type of bezoar, are predominantly seen in young girls and consist of a tightly compacted mass of ingested hair.

Case Presentation This article presents a 7-year-old child who developed a hairball cyst in the stomach with clinical symptoms of gas expulsion, bloating, occasional nausea, and vomiting, along with a one-year history of hair-eating (trichophagia). The patient underwent surgery, and the trichobezoar was successfully removed. The patient was referred to a psychiatrist for evaluation and treatment of the underlying psychiatric disorder.

Conclusion Trichobezoar is a rare differential diagnosis that clinicians should consider in young female patients presenting with a palpable mass in the upper abdomen and nonspecific, vague clinical features. Optimal patient management requires not only the resection of the trichobezoar but also a comprehensive approach to the underlying psychosocial disorder. This involves mandatory long-term counseling and rigorous psychological assessment during follow-up to prevent recurrence.

Keywords Bezoar, Trichobezoar, Trichophagia.

Received: 1 January 2025
Revised: 6 September 2025
Accepted: 28 September 2025

**** Corresponding Author:***
Negar Dinarvand
Address: Hyperlipidemia Research Center, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.
Tel: +989163409615
E-Mail: kdinarvand92@gmail.com

Jundishapur
Scientific Medical Journal
Vol 24, No 5, 2025

Extended Abstract

Introduction

The term "bezoar" is derived from the Persian word "pād-zahr," meaning antidote or counterpoison. Bezoars are masses of undigested material that accumulate in the gastrointestinal (GI) tract. Although most commonly found in the stomach, bezoars can form at any point in the digestive system. The prevalence of bezoars in the general population is estimated to be around 1%, but symptomatic bezoars are considered rare. Bezoars are classified into four main types: phytobezoars (from plant matter), trichobezoars (from hair), lactobezoars (from milk curds), and pharmacobezoars (from medications). Among these, trichobezoars, which account for approximately 6% of all bezoars, are most frequently seen in individuals with compulsive hair-related behaviors, such as trichotillomania (the compulsive pulling of one's own hair) and trichophagia (the compulsive eating of hair). These conditions typically develop during childhood or adolescence, especially between the ages of 9 and 13, and show a higher prevalence in girls. Trichophagia, in particular, is associated with various psychiatric disorders, including obsessive-compulsive disorder (OCD), borderline personality disorder, schizophrenia, intellectual disabilities, and depression. Children with trichobezoars often have additional cognitive problems, pica, or other psychiatric issues, which complicate their clinical presentation.

While the development of trichobezoars is rare, it should be considered in the differential diagnosis of young girls who present with chronic, nonspecific abdominal pain, along with a history of hair-eating. This article discusses a case of a 7-year-old girl who developed a gastric trichobezoar after a year-long history of trichophagia, representing an uncommon manifestation of this condition.

Case Presentation

A 7-year-old girl was brought to Abu Zar Hospital of Ahvaz with complaints of abdominal pain, vomiting, and a loss of appetite. Her mother reported that the child had been engaging in trichophagia (eating hair) for the past year. On physical examination, the patient's vital signs were stable, and there were no significant findings on the examination of the head, neck, chest, or cardiovascular systems. Routine laboratory tests including complete blood count (CBC), metabolic panel, and electrocardiogram (ECG), yielded normal results.

During the abdominal examination, a palpable mass was detected in the upper abdomen. An initial abdominal ultrasound did not reveal any significant findings. Given the patient's history of hair-eating and other clinical symptoms, a diagnosis of trichobezoar was suspected. Consequently, the patient was scheduled for endoscopy, which confirmed the presence of a large trichobezoar in the stomach.

Due to the significant density of the bezoar, endoscopic removal was not feasible, and the patient was subsequently referred for surgical intervention. The trichobezoar, which measured approximately 5 x 6 cm, was successfully removed through surgery. The postoperative recovery was uneventful, and the patient was referred for psychological counseling at a child psychology center to address the underlying behavioral issue of trichophagia.

Discussion

Clinically significant despite their rarity, bezoars are masses formed by the sustained accumulation of undigested matter within the gastrointestinal tract. Their formation typically occurs in the stomach, though the small intestine is also a recognized site. They result from the incomplete digestion or passage of ingested substances through the digestive system. Although many bezoars remain asymptomatic, they can cause a wide range of clinical symptoms depending on their size, location, and impact on gastric function.

Trichobezoars, in particular, are composed of hair, either from the individual or others, and typically form in the stomach. They are strongly associated with psychiatric conditions, such as trichotillomania (compulsive hair-pulling) and trichophagia (compulsive hair-eating). These conditions are more commonly seen in young girls and often develop in childhood or early adolescence. While trichophagia is not inherently dangerous, it can lead to the formation of trichobezoars, which can cause various GI complications, including nausea, vomiting, abdominal pain, and even more serious issues such as gastric perforation or obstruction.

In the case presented, the patient had a history of trichophagia for one year and presented with non-specific abdominal symptoms, including pain, vomiting, and a loss of appetite. The presence of a palpable mass in the upper abdomen prompted further investigation, leading to the diagnosis of a trichobezoar through endoscopy. The successful removal of the bezoar through surgery was followed by psychological counseling to address the underlying compulsive hair-eating behavior.

Trichobezoars are often difficult to diagnose because their symptoms are non-specific and can be mistaken for other more common conditions, such as gastrointestinal infections, food intolerances, or psychological disorders. The clinical presentation can range from mild symptoms like nausea and early satiety to more severe manifestations such as dyspepsia, weakness, weight loss, and abdominal pain. Larger bezoars can lead to gastric obstruction, gastrointestinal bleeding, and even gastric perforation in rare cases.

Allowing direct visualization of the mass and its composition, endoscopy remains the gold standard for diagnosing trichobezoars, as it enables the clinician to observe the hair strands that make up the bezoar and rule out other possible causes of the symptoms. In some cases, imaging techniques such as abdominal X-rays, CT scans, or barium studies may help identify bezoars, although these methods are less sensitive than endoscopy.

The treatment of trichobezoars generally requires surgical intervention, particularly if the bezoar is large or cannot be removed through endoscopy. While endoscopic removal is often attempted, it is not always successful, particularly in the case of dense or large bezoars. In some cases, the bezoar

Jundishapur
Scientific Medical Journal

may be fragmented or dissolved using enzymatic treatments such as papain or laser therapy. However, these methods have limited efficacy for hair bezoars, and surgery remains the primary treatment option.

In addition to surgical management, addressing the underlying psychiatric condition is crucial in preventing recurrence. Trichophagia is often a manifestation of an underlying psychiatric disorder, and treating this disorder is essential for long-term success. Cognitive-behavioral therapy (CBT) is an effective treatment for trichotillomania and trichophagia, as it helps patients manage compulsive behaviors and develop healthier coping strategies. In some cases, pharmacological treatments may be used to address underlying psychiatric conditions such as OCD or depression.

Psychiatric evaluation and ongoing therapy are crucial for preventing the recurrence of trichobezoars, as patients with trichophagia often have a high risk of re-engaging in hair-eating behaviors if left untreated. Regular follow-up with a mental health professional is recommended to ensure that the patient receives appropriate care and support in managing their condition.

Conclusion

This case highlights the importance of early recognition and intervention in children with a history of trichophagia to prevent the formation of trichobezoars and the need for surgical treatment. A multidisciplinary approach, including both surgical and psychological management, is necessary for long-term recovery and to prevent recurrence. In cases where psychiatric disorders are involved, psychological counseling and behavioral therapy play a central role in addressing the compulsive behaviors and ensuring the patient's long-term well-being.

The case of the 7-year-old girl discussed here is notable because it underscores the need for awareness of trichobezoars in young children who exhibit abnormal eating behaviors. The rarity of trichobezoar in this young age group highlights the necessity of considering underlying psychiatric pathology in the differential diagnosis of seemingly isolated gastrointestinal symptoms. Furthermore, this case reinforces the value of a multidisciplinary approach that combines medical and psychological care to provide a comprehensive treatment plan for patients with trichobezoars. Long-term follow-up care, including periodic psychological evaluations, is essential for preventing the recurrence of trichobezoars and managing the underlying psychiatric condition. By addressing both the physical and psychological aspects of the disorder, healthcare providers can help ensure that patients make a full recovery and lead healthier, more fulfilling lives.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

Informed consent was acquired to participate in this research, which was approved by the Ethics Committee of Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences under Code of Ethics.

Funding

This study received no financial support.

Author's contributions

Mitra Ahmadi supervised this study. Negar Dinarvand wrote the preliminary draft. Mehran Peyvasteh and Hoda Ilkhanipak read and edited the final manuscript.

Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgements

The authors would like to thank the internal medicine department of Abuzar Ahvaz Children's Hospital for their support.

گزارش موردی

گزارش یک مورد تریکوبزوار معده در کودک ۷ساله با سابقهٔ یک‌سالهٔ تریکوفاژی (موخواری)

میترا احمدی[۱]، مهران پیوسته[۲]، هدی ایلخانی پاک[۳]، نگار دیناروند[٤*]

۱. استادیار گروه اطفال، دانشکدهٔ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۲. دانشیار گروه اطفال، دانشکدهٔ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۳. گروه اطفال، دانشکدهٔ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
٤. استادیار گروه بیوشیمی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

Use your device to scan and read the article online

Citation Ahmadi M, Peyvasteh M, Ilkhanipak H, Dinarvand N. [Hairball Cyst in the Stomach of a 7-Year-Old Child with a One-Year History of Hair Eating (Persian)]. Jundishapur Scientific Medical Journal. 2025; 24(5):485-492.

https://doi.org/10.22118/jsmj.2025.497266.3782

چکیده

زمینه و هدف: بزوارهای دستگاه گوارش (GI) ترکیباتی هضم‌نشده هستند که عمدتاً در معده یافت می‌شوند، اما ممکن است در سایر قسمت‌های دستگاه گوارش نیز مشاهده شوند. تریکوبزوار، یک نوع نادر از بزوار است که بیشتر در دختران جوان مشاهده می‌شود و از یک تودهٔ فشرده از موهای بلعیده‌شده تشکیل شده است.

ارائهٔ موارد: در این مقاله، یک کودک ۷ساله بررسی خواهد شد که با علائم بالینی دفع گاز، نفخ، تهوع، و استفراغ گاه‌گاه و سابقهٔ یک‌سالهٔ موخوردن (تریکوفاژی) دچار کیست مویی در معده شده بود. بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت و تریکوبزوار با موفقیت برداشته شد و برای ارزیابی و درمان اختلال روانی به روان‌پزشک ارجاع داده شد.

نتیجه‌گیری: تریکوبزوار یک موجودیت نادر است که باید به‌عنوان یک تشخیص افتراقی در بیماران دختر جوان با علائم بالینی مبهم و غیراختصاصی و تودهٔ قابل‌لمس در ناحیهٔ فوقانی شکم در نظر گرفته شود. همراه با برداشتن تریکوبزوار، درمان اختلال روانی-اجتماعی موجود اهمیت زیادی دارد و نیاز به مشاورهٔ بلندمدت با ارزیابی روانی دوره‌ای در کلینیک‌های پیگیری برای جلوگیری از عود دارد.

کلیدواژه‌ها: بزوار، تریکوبزوار، تریکوفاژی.

تاریخ دریافت: ۱۲ دی ۱٤۰۳
دریافت اصلاحات: ۱۵ شهریور ۱٤۰٤
تاریخ پذیرش: ٦ مهر ۱٤۰٤

* نویسندهٔ مسئول:
نگار دیناروند
نشانی: استادیار گروه بیوشیمی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
تلفن: ۰۹۱۶۳۴۰۹۶۱۵
رایانامه: kdinarvand92@gmail.com

مقدمه

اصطلاح bezoar از واژهٔ فارسی «پادزهر» گرفته شده که به‌معنای ضدسم یا پادزهر است (۱). بزوارها توده‌هایی ماندگار از الیاف انسانی یا گیاهی هستند که در دستگاه گوارش جمع می‌شوند. اگرچه بزوارها بیشتر در معده یافت می‌شوند، اما می‌توانند در هر نقطه‌ای از دستگاه گوارش مشاهده شوند (۲). اگرچه وجود بزوارهای علامت‌دار در دستگاه گوارش نادر است، اما برآورد شده است که شیوع تشکیل بزوار در جمعیت عمومی حدود ۱ درصد است (۳). بزوارها به چهار نوع تقسیم می‌شوند: فیتوبزوارها (ناشی از سبزیجات)، تریکوبزوارها (ناشی از مو)، لاکتوبزوارها (ناشی از لخته‌های شیر)، و فارماکوبزوارها (ناشی از دارو).

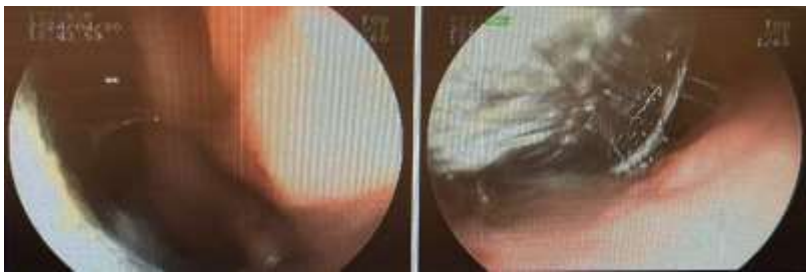
تریکوبزوار یا توپ مویی ۶ درصد از بزوارها را تشکیل می‌دهد. تریکوبزوارها در افرادی بروز می‌کنند که مبتلا به تریکوتیلومانیا (TTM)، کشیدن اجباری مو، تریکوفاژی یا خوردن اجباری مو (نه‌فقط موی خود بلکه موهای دیگران مانند اعضای خانواده یا عروسک‌ها) هستند. تریکوتیلومانیا معمولاً بین سنین نُه تا سیزده‌سالگی شروع می‌شود و شیوع بیشتری در میان دختران دارد، و حدود ۰/۵ تا ۲ درصد از جمعیت را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. این اختلال در دو زیرگروه بروز می‌کند: نوع متمرکز، که در آنْ کشیدن مو عمدی است و با تنشِ پیش از آن همراه است و نوع خودکار، که در آنْ کشیدن مو بدون آگاهی کامل انجام می‌شود. تریکوتیلومانیا ممکن است به‌عنوان نشانه‌ای از اختلالات روانی مختلف ازجمله اختلالات وسواسی–اجباری (OCD)، اختلال شخصیت مرزی، اسکیزوفرنی، ناتوانی ذهنی، و افسردگی بروز کند. کودکان مبتلا به تریکوبزوار اغلب مشکلات شناختی همراه، پیکا، یا سایر مشکلات روانی دارند که تصویر بالینی را پیچیده می‌کند (۴).

تریکوبزوار یک وضعیت نادر است و باید زمانی به آن مشکوک شد که دختران جوانی با مشکلات روانی به‌طور مزمن از دردهای گوارشی غیراختصاصی شکایت دارند (۵, ۶). تریکوبزوارها در معده ایجاد می‌شوند، زیرا حرکات پریستالسیس معده باعث می‌شود که موی گرفتارشده به‌صورت یک توپ درآید که نمی‌تواند از پیلور عبور کند (۴).

علائم بالینی این بیماری متنوع است و شامل درد شکم غیراختصاصی، تهوع، استفراغ، و تودهٔ شکمی است. گاهی بزوار با خونریزی گوارشی یا انسدادْ خود را نشان می‌دهد (۵). انسداد دستگاه گوارش در کودکان بیشتر به‌دلیل ناهنجاری‌های مادرزادی دستگاه گوارش ایجاد می‌شود. بزوارها عامل نادر انسداد در میان کودکان و نوجوانان هستند (۲)، اگرچه تریکوبزوار تا ۹۰ درصد از موارد در دختران گروه سنی ۱۳ تا ۲۰ سال گزارش شده است (۶). در این گزارش، یک کودک ۷ساله که به‌دلیل تریکوبزوار دچار انسداد معده شده بود، یک ارائهٔ نادر از این وضعیت، گزارش می‌شود.

شرح کیس

دختری ۷ساله با شکایت از درد شکم، استفراغ، و کاهش اشتها به بیمارستان ابوذر مراجعه کرد. مادر بیمار گزارش داد که دخترش به مدت یک سال است که مو می‌خورد (تریکوفاژی). در معاینهٔ فیزیکی، علائم حیاتی بیمار پایدار بودند و معاینهٔ سر، گردن، قفسهٔ سینه، و سیستم قلبی–عروقی بدون یافتهٔ خاصی بود. آزمایش‌های شمارش کامل خون (CBC)، پنل متابولیک، و نوار قلب (ECG) بیمار طبیعی بودند. در معاینهٔ شکم، یک تودهٔ قابل‌لمس در ناحیهٔ فوقانی شکم مشاهده شد. در بررسی سونوگرافی، نکتهٔ خاصی مشاهده نشد. با توجه به اینکه در شرح‌حال دقیق‌تر، مادر بیمار گزارش داده بود که دخترش یک سال پیش مو می‌خورده است (تریکوفاژی) و با توجه به سایر علائم بالینی و احتمال تریکوبزوار، بیمار آندوسکوپی شد. آندوسکوپی وجود تریکوبزوار بزرگ در معده را تأیید کرد (شکل ۱). با توجه به تراکم زیاد بزوار، اقدام درمانی آندوسکوپیک صورت نگرفت و بیمار به جراح ارجاع شد. بیمار تحت جراحی برای برداشتن تریکوبزوار قرار گرفت که اندازهٔ آن حدود ۵ × ۶ سانتی‌متر بود (شکل ۲). بهبودی پس از عمل بدون عارضه بود و پس از آن، بیمار را برای مشاورهٔ روان‌شناختی به مرکز مشاورهٔ کودکان ارجاع دادیم.



شکل ۱: آندوسکوپی وجود تریکوبزوار بزرگ در معده را تأیید کرد.

شکل ۲. تصویر تریکوبزوار معده هنگام جراحی

بحث

بزوار به‌عنوان یک وضعیت نادر تعریف می‌شود که به‌دلیل تجمع غیرمعمول مواد مختلف در داخل لولهٔ گوارش، معمولاً در معده و گاهی در رودهٔ کوچک، توده‌ها یا رسوبات جامدی تشکیل می‌شود (۵). مطالعات پزشکی دربارهٔ بزوارها بسیار جالب و متنوع هستند. باوجود صدها گزارش در منابع علمی، درک ما از اپیدمیولوژی و علل ایجاد بزوارها همچنان ناقص است و درمان آن‌ها بیشتر براساس تجربیات بالینی است. بسیاری از بزوارها بدون علامت هستند، بنابراین موارد گزارش‌شده احتمالاً شیوع واقعی آن‌ها در جمعیت را به‌طور قابل‌توجهی کمتر از واقع نشان می‌دهند (۱).

بزوارهایی که از مو، پشم، یا فیبرهای مشابه مو ساخته شده‌اند، تریکوبزوار نامیده می‌شوند. این بیماری تقریباً به‌طور انحصاری در دختران جوان (۹۰ درصد) زیر ۳۰ سال مشاهده می‌شود (۵) و با اختلالات وسواسی–اجباری مانند تریکوتیلوپمانیا (کشیدن موی سر) و تریکوفاژیا (خوردن مو) مرتبط است، اما شواهدی از بیماری‌های روانی دیگر همچون اختلالات عاطفی و همچنین بی‌توجهی شدید یا سوءاستفاده (جنسی) نیز گزارش شده است. براساس تخمین‌ها، تنها ۱ درصد از بیماران مبتلا به تریکوفاژیا دچار تریکوبزوار می‌شوند (۷). تریکوبزوار ممکن است در بیمارانی که سوابق گوارشی دارند، مانند پیلوآنتروکتومی یا ائوزوفاگوپلاستی، نیز رخ دهد (۵). تریکوبزوار زمانی تشکیل می‌شود که مو در معده به‌دلیل سطح لغزنده‌اش از نیروی حرکت پریستالیک معده فرار کند و در چین‌های مخاطی معده جمع شود. در موارد نادر، مقدار زیادی از مو تجمع می‌یابد و درنهایت نیروی پریستالسی معده باعث شکل‌گیری یک توپ از آن می‌شود و معمولاً این تجمع به شکل یک تودهٔ جامد کامل در معده باقی می‌ماند. مخاط معده، تریکوبزوار را پوشش می‌دهد و به آن ظاهری براق می‌بخشد؛ اسید معده نیز پروتئین‌های مو را تغییر ماهیت می‌دهد و باعث می‌شود که بزوار رنگ تیره‌ای به خود بگیرد. به‌دلیل تجزیه و تخمیر موها ممکن است بیماران دچار بوی بد دهان شوند و گاهی با هالیتوز (بوی بد دهان) مراجعه کنند (۷).

تریکوبزوارها ممکن است مدت زمانی طول بکشد تا تشکیل شوند. گاهی تا چندین سال و علائم ناشی از بزوارهای معده مبهم و غیراختصاصی هستند. در ابتدا ممکن است با علائم ظریف‌تری مانند تهوع یا سیری زودرس بروز کنند، اما با رشد اندازهٔ تریکوبزوارها ممکن است با سوءهاضمه (دیس‌پپسی)، بی‌حالی، ضعف، کاهش وزن، سردرد، تهوع و استفراغ، بوی بد دهان، درد اپی‌گاستریک، انسداد دهانهٔ معده، زخم، خونریزی گوارشی، و گاهی سوراخ‌شدن معده همراه شوند. این علائم تا حد زیادی به اندازه، محل قرارگیری، و میزان اختلال در عملکرد فیزیولوژیک معده بستگی دارند و ممکن است در بیماران مختلف شدت و تنوع متفاوتی داشته باشند (۱, ۲).

در ۸۵ درصد از بیماران، معاینهٔ بالینی توده‌ای شکمی را نشان می‌دهد که به‌طور مشخص در ناحیهٔ اپی‌گاستریک صاف، محکم و متحرک است. آندوسکوپی همچنان به‌عنوان روش انتخابی و حساس‌ترین ابزار برای تشخیص تریکوبزوار داخل معده محسوب می‌شود، زیرا امکان مشاهدهٔ مستقیم رشته‌های مو را فراهم می‌کند (۵). در کیس مورد نظر، پس از

معاینهٔ فیزیکی و تشخیص تودهٔ قابل لمس در ناحیهٔ اپی‌گاستر، انجام آندوسکوپی تشخیص قطعی تریکوبزوار را تأیید کرد.

علاوه‌بر تشخیص بزوار، آندوسکوپی می‌تواند جنبهٔ درمانی نیز داشته باشد. تصاویر ساده رادیوگرافی شکم ممکن است حضور یک بزوار معده را نشان دهند. در مطالعات با باریوم، این ماده اغلب به داخل بزوار نفوذ کرده و یک تراکم خال‌خال مشخص ایجاد می‌کند. سی‌تی‌اسکن شکم می‌تواند بزوار را حتی در بیماران بدون علائم تشخیص دهد. با افزایش استفاده از سی‌تی‌اسکن، این روش به یک ابزار مهم در تشخیص بزوارها تبدیل شده است (۱).

بزوارهای رودهٔ کوچک با جراحی درمان می‌شوند. بررسی کامل دستگاه گوارش برای جلوگیری از بزوار هم‌زمان و بازگشت انسداد روده به‌دلیل باقی‌ماندهٔ بزوار الزامی است. روش‌های درمانی مختلفی برای درمان تریکوبزوار و سندرم راپونزل پیشنهاد شده‌اند. گزینه‌های درمانی با ظهور لاپاروسکوپی تغییر کرده‌اند. استخراج توده از طریق آندوسکوپی اغلب ناکام است و ممکن است منجر به عوارض شدید مانند پنومومدیستینوم به‌دلیل شکاف مری شود. حل‌کردن تریکوبزوار با شربت پاپائین بی‌اثر است و فقط برای فیتوبزوارها پیشنهاد می‌شود. خردکردن تودهٔ غیرقابل‌حذف با لیزر YAG، که در سال ۱۹۸۶ توصیف شد، یک چشم‌انداز آینده است. مراقبت روان‌شناختی از تریکوتیلومانیا و تریکوفاگیا دشوار است. بیمار معمولاً انکار می‌کند و همین می‌تواند تشخیص و مدیریت را پیچیده کند. در مواردِ مشکلات روان‌پزشکیِ همراه مانند وسواس، سندرم‌های هیپراکتیو، و افسردگی نیاز به درمان رفتاری ضروری است (۵).

اگرچه گزینه‌های درمانی متنوعی برای بزوارها وجود دارد و استفادهٔ فزاینده از آندوسکوپی برای اهداف تشخیصی و درمانی با نرخ موفقیتی بین ۵۰ تا ۱۰۰ درصد گزارش شده است، جراحی همچنان به‌عنوان گزینهٔ درمانی استاندارد برای بزوارهای دستگاه گوارش در نظر گرفته می‌شود. برداشتن جراحی باید در بیمارانی که درمان‌های پزشکی در آن‌ها مؤثر نبوده یا دچار عوارضی مانند خونریزی قابل‌توجه، انسداد، و/یا سوراخ‌شدگی شده‌اند مد نظر قرار گیرد (۲).

عود بزوار پس از برداشت اولیه گزارش شده است. بنابراین، پیگیری روان‌پزشکی طولانی‌مدت توصیه می‌شود. بااین‌حال، انگیزهٔ بیمار برای مشارکت در درمان‌های روان‌پزشکی یا روان‌شناختی (مانند درمان شناختی–رفتاری برای کاهش رفتارهای وسواسی–اجباری) یک پیش‌شرط اساسی و عاملی مهم در پیشگیری از عود تریکوبزوار است. در چنین شرایطی، پیش‌آگهی طولانی‌مدت در این موارد مطلوب خواهد بود (۷).

مطالعهٔ دوتا (Dutta) و همکاران در هند، طیف متنوعی از موارد بزوار را شامل نوجوانان و کودکان گزارش کرده است (۲). مشابه کیس ما، برخی از بیماران دچار علائم گوارشی مانند تهوع و درد شکمی مکرر بودند. یکی از موارد گزارش‌شده، دختر ۱۶ساله‌ای با تریکوتیلومانیا و تریکوفاژیا بود که تریکوبزوار او به‌طور کامل معده و بخشی از رودهٔ باریک را اشغال کرده بود و نیاز به جراحی و درمان روان‌پزشکی داشت. این شباهت، اهمیت شناسایی و مدیریت عوامل روانیِ زمینه‌ای مانند تریکوتیلومانیا و تریکوفاژیا در بیماران جوان را برجسته می‌کند.

بااین‌حال، کیس کودک ۷سالهٔ ما از برخی جهات منحصربه‌فرد است. برخلاف دختر نوجوان در مطالعهٔ دوتا و همکاران بیمار ما در سن پایین‌تر و بدون سابقهٔ واضح روانیِ قبلی تظاهر کرد. این تفاوت ممکن است نشان‌دهندهٔ نقش عوامل دیگری مانند سبک زندگی، عوامل محیطی، یا حتی تأثیرات ژنتیکی در تشکیل تریکوبزوار باشد.

علاوه‌براین، در گزارش دوتا و همکارانش مدیریتِ برخی از موارد با درمان‌های محافظه‌کارانه مانند انمای گلیسرین انجام شد، درحالی‌که در کیس ما، جراحی به‌دلیل اندازه و محل بزوار اجتناب‌ناپذیر بود.

نتیجه‌گیری

این کیس اهمیت تشخیص زودهنگام تریکوفاژی در کودکان را برای پیشگیری از تشکیل تریکوبزوار و نیاز به مداخلهٔ جراحی را نشان می‌دهد. درمان چندتخصصی، شامل مدیریت جراحی و روان‌شناختی، برای بهبودی بلندمدت و جلوگیری از عود بیماری ضروری است.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

رضایت آگاهانه برای شرکت در این تحقیق اخذ شد که توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز انجام شد.

حامی مالی

این پژوهش فاقد حمایت مالی بوده است.

مشارکت نویسندگان

میترا احمدی سرپرستی این مطالعه را بر عهده داشت. نگار دیناروند پیش‌نویس اولیه را نوشت. مهران پیوسته و هدی ایلخانی پاک نسخه نهایی را مطالعه و ویرایش کردند.

تعارض منافع

نویسندگان هیچگونه تضاد منافعی را اعلام نمی‌کنند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مایلند از بخش داخلی بیمارستان کودکان ابوذر اهواز به خاطر حمایتشان تشکر کنند.

References

1.Dwivedi AJ, Chahin F, Agrawal S, Patel J. Gastric phytobezoar: treatment using meat tenderizer. Digestive diseases and sciences. 2001 May 1;46(5):1013.[10.1023/a:1010701809950][PMID]
2.Dutta HK, Baruah M, Borbora D. Bezoars: An unusual cause of intestinal obstruction in children. Arch Clin Gastroenterol. 2021;7(2):049-52.
3.Mudassir Ahmad Khan ZH, Amir Chowhan, Yasir Mahmood, Mansoor Ul Haq, Vikas Kumar, Barinder Kumar, Mushtaq Ahmed Chowdhary, Gopal Sharma, . Amlookobezoar': A Case Series on Diospyrobezoars Causing acute Small bowel Obstruction. Iran J Colorectal Res. 2022;10(4):174-9.
4.Kumar VS, Shenoy AM, DCunha AR, Kumar S, Shenoy RD. Trichobezoars in children–A psychological perspective. Asian Journal of Psychiatry. 2024 Nov1;101:104217. [10.1016/j.ajp.2024.104217][PMID]
5.Soufi M, Benamr S, Belhassan M, Massrouri R, Ouazzani H, Chad B. Giant trichobezoar of duodenojejunal flexure: a rare entity. Saudi Journal of Gastroenterology. 2010 Jul 1;16(3):215-7. [10.4103/1319-3767.65198][PMID]
6.Jalil S, Azhar M, ElKadi TT, AlFaifi K, Hamidi SA, Saiady MA, Ali AE, Wahid FN. Paediatric gastrointestinal trichobezoar—an uncommon entity: a case series with recent literature review. Annals of Pediatric Surgery. 2023 Aug 1;19(1):27.
7.Schuler L, Hodel M, Stieger C. The Rapunzel syndrome: a hairy tale. Surgical Case Reports. 2023 Mar 28;9(1):49. [10.1186/s40792-023-01631-w][PMID]

Authors retain the copyright and full publishing rights. Published by Ahvaz Jundishapur University of Medical Science. This article is an open access article licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).