

BALIKESİR MEDICAL JOURNAL

**Az Bilinen Bir Konu 'Rapunzel Sendromu': Bir Olgu Sunumu
A Rare Known Topic 'Rapunzel Syndrome': A Case Report****Beyza Mahmudođlu¹, Nursel Dilek², Çiçek Hocaođlu³**

1-Bilgi Üniversitesi, Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul

2-Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı, Rize

3-Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Rize

Öz

Trikobezoarlar, saç çekme (trikotillomani) ve saç yeme (trikofaji) alışkanlığı sonucu midede oluşan saç yumaklarıdır. Rapunzel sendromu gastrik trikobezoarın nadir bir formu olup, bezoarın kıvrık şeklinde uzantısının duodenuma geçmesi ile oluşmaktadır. Trikotillomaninin görülme sıklığı % 0.6-1.6 arasındadır. Hastaların %30'unda trikofaji gözlenir ve bunların sadece %1'inde cerrahi gerektirecek trikobezoarlar ortaya çıkar. Trikobezoarlar sıklıkla psikiyatrik bozukluklar eşlik eder ve genellikle kız ergenlerde görülür. Trikotillomani ve trikofajinin altında yatan neden tam olarak bilinmemekle birlikte, yatkınlık yaratan psikopatolojik nedenler arasında stres, huzursuz aile ortamı, anne ve/veya baba kaybı, okul değişikliği gibi emosyonel etmenler sayılabilir. Tedavi genellikle psikiyatri ve dermatologların ortak katılımı ile olur. Bu çalışmada saç kaybı yakınması ile dermatolojiye başvurduktan sonra psikiyatri polikliniğine yönlendirilen 18 yaşındaki kadın olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Rapunzel sendromu, trikobezoar, trikofaji**Abstract**

Trichobezoars are concretions of hair casts in the stomach associated with trichotillomania and trichophagia. The Rapunzel syndrome is a rare form of gastric trichobezoar with a tail like extension into the intestine. The incidence of trichotillomania is between 0.6-1.6%. Trichophagia is observed in 30% of these patients, and only 1% of them have trichobezoars that require surgery. Trichobezoars are often accompanied by psychiatric disorders and are usually observed in adolescent girls. Although the underlying cause of trichotillomania and trichophagia, is not completely known, predisposing psychopathologic factors include emotional factors such as stress, restless family environment, loss of mother and /or father, and school change. The treatment of trichotillomania usually involves participation of both psychiatrists and dermatologists. In this study, we presented a case of 18 years old woman who was referred to the psychiatry outpatient clinic after admission of dermatology with complaint of hair loss.

Keywords: Rapunzel syndrome, trichobezoar, trichophagia**Gönderilme Tarihi:** 25-2-2018**Kabul Tarihi:** 3-5-2018**Sorumlu Yazar:** Prof.Dr. Çiçek Hocaoğlu
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri
Anabilim Dalı
Rize-0464 217 42 74
E-mail: cicekh@gmail.com

Giriş

Besin olmayan maddelerin yutulması sonucu mide ve ince bağırsaklarda oluşan kitleler bezoar olarak isimlendirilir (1,2). Bezoarların çok nadir görülen bir formu olan ‘*Rapunzel Sendromu*’, midedeki trikobezoarında duodenum ve jejunuma uzanması ile karında kitle ve gastrointestinal belirtilerin eşlik ettiği bir durum olarak adlandırılır (3,4). Bu sendromun ismi, Grimm kardeşlerin masalındaki 12 yaşındaki uzun saçlı Rapunzel adlı kız kahramandan kaynaklanmakta olup, ilk kez 1968’de Vaughan adlı yazar tarafından tanımlanmıştır (4). Rapunzel sendromu, sıklıkla kız çocuklarında görülür ve belirtilerin başlangıç yaşı ikinci dekattır (5). Trikobezoarlar genellikle olgunun kendi saçlarından oluşmaktadır. Hastaların pek çoğunda saç yolma ile birlikte saçı özel bir hareketle veya simetrik koparma, belli özellikleri olanı seçme, kopardıktan sonra saçı/kılı ağza götürme gibi törensel bazı davranışlar bulunur (6). Olguların önemli bir kısmında ciddi komplikasyonlara neden olabilecek saç yutma (trikofaji) vardır (7). Yutulan bu saçlar trikobezoarların oluşmasına, kusma, kilo kaybı, ileus gibi ciddi sorunlara neden olabilirler. Trikobezoarlar genellikle midede olsalar da, bir parçaları duodenum, ileum, jejunum, kolona ulaşabilir. Trikobezoarların nadir olmasına rağmen, saç yutma oranının yüksekliği (%5-%18) dikkate alındığında, trikofajinin sorgulanması ve olası ciddi sorunların değerlendirilmesi için gereklidir (8). Dürtüsel saç yolma anlamına gelen trikotillomani ve trikofajinin altında yatan neden tam olarak bilinmemekle birlikte, yatkınlık yaratan psikopatolojik faktörler arasında, stres, huzursuz aile ortamı, anne ve/veya baba kaybı, okul değişikliği gibi emosyonel faktörler sayılabilir (9). Trikotillomaninin görülme sıklığı % 0.6-1.6 arasındadır (10). Trikotillomani tanılı hastaların %30’unda trikofaji olduğu bildirilmiştir (10). Ancak, olguların sadece %1’inde cerrahi tedavi gerektiren trikobezoarlar izlenir (10,11). Trikobezoar nedeni ile tedavi edilen hastaların hemogramlarında sık tespit edilen demir eksikliği anemisinin hastada pikaya neden olarak etiolojide rol alabileceği yazında bildirilmesine karşın, daha çok midedeki bası ülserleri

nedeni ile geliştiği kabul edilmektedir (1,12-15). Bu hastaların nonspesifikgastrointestinal sistem yakınmaları (bulantı, kusma, karın ağrısı, ağız kokusu) ile birlikte kısmi kellik, epigastrik kitle, tanıda en yardımcı bulgulardır (3,16). Radyolojik değerlendirmede ayakta düz batın grafisi tanıda yetersiz olup, ultrasonografi ile olguların % 88’inde akustik gölge veren geniş kitle gözlenir. *Bilgisayarlı tomografi (BT)*’de vakaların %97’sinde midede kitle içinde serbest hava görülürken mide mukozası ile kitle arasında kontrast hattı dikkat çekicidir (15,17,18). Bugüne kadar çoğunlukla genel cerrahi klinikleri tarafından rapor edilen Rapunzel sendromu ile ilgili çalışmaların önemli bir kısmı olgu sunumudur (2,3 19-22).

Bu çalışmada, DSM-5 tanı kategorilerine göre trikotillomani ve tanı sınıflandırmalarında yer almayan Rapunzel sendromu olarak değerlendirilen 18 yaşındaki kadın olgu, mevcut psikiyatrik tablonun öyküsü, özgeçmiş bilgileri ve güncel literatür bilgileri ışığında sunulmuştur.

Olgu sunumu

Bayan B., 18 yaşında, bekar, lise mezunu, Rize’de doğmuş. Ailesiyle birlikte İstanbul’da yaşıyor. Hasta saç kaybı yakınması ile başvurduğu dermatoloji polikliniğinden, psikiyatri polikliniğimize yönlendirilmiş.

Hastanın kendisine göre yakınması: ‘Yaklaşık beş yıl önce özellikle stresli olduğum zamanlarda farkında olmadan saçlarımı koparıyordum. Koparıdıktan sonra farkına varıp pişman oluyordum. Başlarda böyleyken daha sonra kopardığım saçları ağızıma alıp, bir süre çiğneyip daha sonra yutmaya başladım. Özellikle saçın kök kısmını yiyorum. Bazen ise saç telimi ufak ufak kırıp öyle yiyorum. Kaşlarımı ve kirpiklerimi de koparıyordum ancak, aynaya bakınca çirkin olduğumu görüp korktum ve saça yöneldim. Artık sadece stresli zamanlarda değil, televizyon izlerken veya arkadaşlarımla sohbet ederken koparıp, yiyorum. Arkadaşlarım bu durumdan iğreniyorlar ama bunu yaptığımı gizleme gereği duymuyorum.

Babamda elimi saçımdaya gördüğünde elime vuruyor. Saçımı kopardığımda acı hissetmiyorum. Çoğu zaman farkında olmadan yapıyorum. Son aylarda şiddetli karın ağrısı, iştahsızlık ve kabızlık yakınmalarım var' diye belirtti.

B., genel olarak kendisini sakin bir insan olarak ifade ediyor. Küçüklüğünden beri futbol oynuyor ve kick-boks yapıyor. Sosyal bir insan olduğunu ve arkadaşlarıyla iyi anlaştiğini söylüyor. Geleceğe yönelik aldığı kararlar konusunda babasıyla çok çatışsa da ailede en iyi babasıyla anlaştiğini söylüyor. Çocukluğundan beri askeri okul hayali kurmasına rağmen, babası askeri okula gitmesine karşı çıkmış. Bunun üzerine hasta lisanslı sporcu olması nedeniyle beden eğitimi öğretmenliğine yönelmiş ama babası buna da karşı çıkmış. Daha sonra B, dile yatkınlığı sebebiyle tercümanlık okumak istemiş ama babası yine karşı çıkmış ve onun ısrarla eczacılık okumasını istemiş. B., puanı yetmeyince istemediği bir bölüm olsa da havacılık yönetimi bölümünü tercih etmiş ve kazanmış. Babasıyla çatıştığı bir diğer konu ise B.'nin erkek arkadaş tercihi olmuş. B., erkek arkadaşının mezhebinin farklı olması ve alkol kullanmasından dolayı, babasının ilişkilerini onaylamadığını ve ona, sevgilisinden ayrılmasını istediğini belirtmiş. B., erkek arkadaşının kafasındaki sevgili profilinin tam zıttı olduğunu, ama yine de onu çok sevdiğini ve ne olursa olsun erkek arkadaşıyla görüşmeye devam ettiğini söylüyor. Bunun üzerine, babası B.'yi takip ettirmiş ve B.'nin sevgilisinin ailesinden biri ile tartışmış. Daha sonra B.'yi, eğer 'erkek arkadaşından ayrılmazsa' erkek arkadaşını öldüreceğine dair tehdit etmiş. B., babasının aslında sakin birisi olduğunu söylüyor ama onun sevgilisini öldüreceğine inanıp, sevgilisinden ayrılmış. B. bu yaşananlardan dolayı sıkıntılı ve gergin bir dönem geçirdiğini belirtti.

B.'nin yanında bulunan yakınları olarak amcası N.Y. ve yengesi Y.Y. ile görüşme yapıldı. Yengesine göre; hasta gayet sevecen ve sıcakkanlı bir insan. Hastanın saç koparma ve kopardığı saçı yemesine şahit olduklarını ama bunun ciddi bir problem olduğunu düşünmediklerini ifade ettiler.

Öz ve soygeçmiş

Olgumuz üç çocuklu bir ailenin ortanca çocuğu olarak hastanede normal doğumla doğmuş. Büyüme ve gelişmesinde herhangi bir sorun yaşanmamış. Annesi 39 yaşında, lise mezunu, ev hanımı, sinirli yapıya sahip olduğu belirtildi. B. Annesi ile sık sık kavga ettiğini ama kavga etmediği dönemlerde en yakın arkadaşı olduğunu söyledi. Babası 43 yaşında, ortaokul terk, esnaf lokantası sahibi, sakin, yardımsever, herkes tarafından sevilen, dini eğilimleri olan bir kişiliğe sahipmiş. Severe evlenen anne ve babası arasında akrabalık ilişkisi mevcut değilmiş. Olgunun anne-babası ebeveynlik konusunda görüş ayrılıkları yaşamıyormuş. Ayrılma ya da boşanma durumu hiçbir zaman gündeme gelmemiş. B. eğitim hayatında genel olarak başarılı bir öğrenciymiş. B. 23 yaşında bir ağabeye ve 16 yaşında bir erkek kardeşe sahipmiş. B. kardeşleriyle arasının kopuk olduğunu belirtti. Annesi ilk doğumunu 16 yaşında gerçekleştirmiş. Yaşı çok küçük olduğu için B'nin ağabeyini, bakımının sağlanması için Rize'de yaşayan kayınvalidesine bırakmış. B.'nin ağabeyi ilkokula kadar Rize'de ailesinden ayrı yaşamış. Kardeşler bir dönem 'anne' olarak babaanneyi bilmişler, sonradan bu durum düzelmiş. B., annesinin uzun yıllar çocuğundan ayrı kaldığı için pişmanlık duyup ağabeyini kayırdığını, ona daha çok ilgi gösterdiğini düşünüyor. Annesi ise bu durumu ağabeyinin yaşça büyük olmasıyla açıklıyormuş. Babası 3 kez miyokardinfarktüsü geçirmiş ve anjio olmuş. Olgumuz babasının geçirdiği bu hastalıklar sırasında ilkinde ortaokulda, ikincisinde ise lisede öğrenim görmekteymiş. B. ve B.'nin yakınları ailede herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü tanımlamadılar. B. alkol ve sigara kullanımının olmadığını belirtti.

Fizik Muayene ve Laboratuvar Bulguları: Vital bulgular, nörolojik muayene ve diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Hastanın yapılan dermatolojik muayenesinde her iki temporal bölgede birbirinden farklı, yeni çıkmakta olan saçlarla kaplı yaklaşık 7-8 cm çapında plak mevcuttu. Dermatoskopik bakıda; küt uçlar, konik uçlar, yer yer kırık orta shaftlar, düzensiz yeni büyüyen kıllar ile kırık kılların varlığı tespit edildi. Hemogram, kan

biyokimyasında patolojik bulgu saptanmayan hastanın hormon tahlillerinde olağan sonuçlar gözlemlendi.

Ruhsal Durum Muayenesi: Yaşından biraz büyük gösteren, kılık kıyafeti sosyoekonomik düzeyiyle uyumlu kadın olgu, göz teması kuruyor ve öz bakımı iyiydi. Başının özellikle şakak bölgelerinde, saçında belirgin seyrelmelerin olduğu izlendi. Bu seyrelmeyi saklamak adına şapka vb. aksesuar kullanımı mevcut değil. Konuşması açık, akıcı, anlaşılır, amaca yönelik, normal volümdeydi. Duygulanımı hafif anksiyöz, duygudurumu: ötimikti. Algılamada, zeka düzeyinde, bellek, gerçeği değerlendirme yetisinde, yargılamada psikopatolojik bulgu gözlenmedi. Çağrışımları düzenli, düşünce içeriğinde durumu, babası ve eski erkek arkadaşı ile olan ilişkilerine ait düşünceler mevcuttu.

Psikometrik Değerlendirme: Olgumuz Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği'nden 37 puan, BarratDürtüsellik Ölçeği'nden 59 puan almıştır. Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) uygulanmıştır. MMPI'dan elde edilen bulgular ise, bireyin orta düzeyde depresyon, endişe, karamsarlık göstergesi olduğunu; risk alabilen, enerjik, sosyal, maceraperest ve atılgan olan bireyle bağlantılıdır. Ancak, engellendiği durumlarda bu özellikler huzursuzluk, saldırganlık ve sosyal olarak uyumlu olmayan davranış biçimlerine dönüşebilir. Çekingen ve utangaç birey özellikleri ile uyumlu sonuçları elde edilmiştir.

DSM-5'e göre trikotillomani ve Rapunzel sendromu tanıları ile değerlendirilen olguya genel cerrahi konsültasyonu uygulanması sonucunda, epigastriumda yaklaşık 10-15 cm çapında sert ve hareketli kitlenin palpe edildiği, batının serbest görünümde olduğu, duyarlılık ve defansın olmadığı raporlanmıştır. Ayakta direkt batın grafisinde patolojik bulgu elde edilmeyen hastanın karın ultrasonografisinde kitle görünümü saptanarak endoskopi, laparoskopi önerilmiştir. Hasta ve yakınları mevcut durum ile ilgili olarak bilgilendirilmiştir. B., ilgili tetkik ve sonrasında uygulanacak cerrahi tedaviyi ailesinin yaşadığı kentte sürdürmek istediğini belirtmesi üzerine hastanemizdeki tıbbi işlemler sonlandırılmıştır. Hastanemiz hasta

kayıtlarında yer alan telefon numaralarından aranan hasta ve yakınına ulaşamadığı için hastanın tedavi süreci hakkında bilgi edinilememiştir.

Tartışma

Trikobezoarların oluşumunda altta yatan ana neden olarak gösterilen 'trikotillomani', ilk kez Hallopeau tarafından 1889'da tanımlanmıştır (15). Bu hastalarda dikkati çeken bulgu, her zaman olmamakla birlikte, saçlarını yolmaktan kaynaklanan kısmi alopesidir; fakat bu hastalar kaş, kirpik, burun, kol, bacak ve hatta genital bölge kıllarını da yolabilirler (14). Çalışmamızda da benzer şekilde olgumuzun her iki temporal bölgedeki saçların yanı sıra kaş ve kirpiklerini koparma davranışının olması dikkat çekicidir. İlerleyen dönemlerde olgunun kaş ve kirpik koparması ortadan kalkmış fakat, saç koparıp yeme davranışı devam etmiştir. Genellikle hastaların pek çoğunda saç yolma ile birlikte törensel bazı davranışlar bulunur (6). Olgumuzda da saçını koparıp özellikle saçın kök kısmını yeme ve saçı ufak ufak kırıp yeme şeklinde törensel bir davranış bildirilmiştir. Trikotillomani ile ilgili yapılan klinik çalışmalarda, odaklanarak ve otomatik olmak üzere iki tip saç yolma davranışı bildirilmiştir (8,9). "Odaklanmış" tip, saç koparma için özellikle zaman ve dikkatin ayrıldığı trikotillomanidir. Bu tip, saç koparma öncesinde gerginlik, koparıldıktan sonra rahatlama ve negatif etkiyle ilişkilidir. Saç koparmanın daha sık karşılan tipi ise "otomatik" veya "sedanter" tiptir ve kişi saç kopartırken yatakta uzanmak, araba kullanmak veya televizyon izlemek gibi başka aktivitelerde bulunur (23,24). Otomatik yolma davranışı sergileyen hastalar saçlarını kopardıklarının hiçbir şekilde farkında değiller veya sadece ellerinde bir tutam saç gördüklerinde durumu fark ederler (25,26). Televizyon izlerken, arkadaşlarıyla sohbet ederken farkında olmadan saçını koparıp yuttuğunu ifade eden olgumuzda da otomatik tip yolma davranışı olduğu saptanmıştır. Trikobezoarı bulunan hastalar nonspesifikgastrointestinal sistem yakınmaları (bulantı, kusma, karın ağrısı, ağız kokusu) ile tıbbi tedavi için başvururlar ve muayene sonrası epigastrik kitle saptanır (3,16). Olgumuzda

da benzer şekilde son aylarda karın ağrısı, bulantı ve iştahsızlık yakınmaları tanımlanmıştır. Trikotillomani genellikle ergenlik döneminde ortaya çıkmaktadır ve sıklıkla depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, özellikle obsesif kompulsif bozukluk, alkol ve madde bağımlılığı gibi ciddi ve kronik psikiyatrik bozukluklar da klinik tabloya eşlik etmektedir (14). Olgumuzda sigara, alkol ve madde kullanımı mevcut olmamakla beraber olguda orta düzeyde anksiyete belirtileri gözlenmiştir. Bu konuda yapılan bir çalışmada trikotillomanide major depresyon eş tanısı %57 olarak bildirilmiştir (27). Trikotillomani ve trikofajinin oluş nedenleri olarak pek çok emosyonel faktörden söz edilmiştir (9,11,12). Olguda görülen trikotillomani ve trikofaji, olgunun hayatındaki sosyal stres faktörleri göz önünde bulundurularak, çoklu bakış açılarıyla değerlendirilebilir. Bilişsel yaklaşım açısından baktığımızda, olgunun saçını yemesi için karşı çıkılmayan bir dürtüye sahip olduğunu düşünebiliriz. Bu dürtünün altında yatan neden ise olgunun kendi hayatına dair bir kontrol ihtiyacı içerisinde olmasından kaynaklanabilir. Olgu babası tarafından hem okul ve meslek seçimi açısından defalarca engellenmiş, hem de erkek arkadaş tercihinden dolayı engellenmiştir. Olgu, babasının onun askeri liseye gitmesine karşı çıktığını ve saçını kopartmaya başladığı ilk dönemin 8.sınıfta lise sınavlarına hazırlanırken olduğunu belirtmiştir. Psikoanalitik bakış açısına göre ise; saç yolmanın, bilinç dışı çatışmaların sembolik dışa vurumu veya olumsuz nesne ilişkilerinin bir sonucu olabileceği, gücü kaybetme, kastrasyon, çekiciliği veya sevgiyi kaybetme, suçluluk duyguları nedeniyle kendini cezalandırma gibi saldırgan ve cinsel içeriklerinin olabileceği, cinsel kötüye kullanım başta olmak üzere çocukluk çağı travmalarıyla ilişkililabileceği ileri sürülmektedir (8). Psikoanalitik açıdan baktığımızda, olgunun saçlarını koparıp yemesi, onun kaybettiği şeyleri tutmak ve saklamak isteğini yansıtabilir. Kendi hayatına dair ona seçim hakkı sunmayan babasına karşı ambivalans hislere sahip olan olgu, babasına duygularını yeterince dışa vuramayıp kelimenin tam anlamıyla onları yutarak içselleştirmiş olabilir. Aynı zamanda

annesinin ağabeyini ve kardeşini kayırdığına inanan olgu, annesinin sevgisini kaybetmeye yönelik korku duyup bu korkuyu da yutarak onunla baş etmiş olabilir. Davranışsal modeller, trikotillomaninin alışkanlık oluşumuna benzer şekilde bir öğrenme süreciyle meydana geldiğini, strese yanıt olarak bir başa çıkma davranışı olarak gelişebileceğini ve gerilimi azaltarak pekiştirilebileceğini ileri sürmektedirler (28). Hem klasik hem de edimsel koşullanma süreçleriyle davranış, artan sayıda içsel ve dışsal işaretle ilişkilendirilir ve sonunda alışkanlık haline gelir, farkındalık ve kontrol ortadan kalkar (29). Davranışçı yaklaşıma göre olgumuz bir kere saçını koparıp yedikten sonra bunu rahatlatıcı ve yatıştırıcı bulup, bu pozitif etki için saçını koparıp, kopan saçı yeme davranışına devam etmiş olabilir. Masal kahramanı ‘Rapunzel’, çıkmazlarından kurtulma yolunu kendi bedeninde buldu (30). Hayattaki çıkmazlardan kurtulabilmek için insan bedeninden daha güvenilir bir iyileşme kaynağı tıbbi ve psikolojik tedavilerdir. Trikotilomanili hastalarda yürütülen randomize kontrollü tedavi çalışmaları, hem erişkinlerde hem de çocuklarda Alışkanlığı Tersine Çevirme Eğitimi (HRT) gibi bilişsel davranışçı terapinin etkililiğini ve farmakoterapi üzerine görece üstünlüğünü göstermiştir (8,31,32). Davranışçı yaklaşımlar; farkındalık eğitimi, kendini gözlem, gizli duyarlılaştırma ve alışkanlık değiştirmektir. Saç yolma eylemine yönelik farkındalığın artırılması için düzenlenen HRT gibi davranışçı yöntemler otomatik yolmada daha etkili iken, bilişsel veya kabullenme temelli stratejiler odaklanmış yolmalarda etkilidir (33). Trikotillomanide başta antidepressanlar olmak üzere farmakolojik tedavilerin etkinliğini araştıran az sayıda randomize kontrollü klinik çalışma vardır. Antiobsesyon etkinliği de olan klomipraminin plasebodan daha etkili olabileceği ancak, seçici serotonin geri alım engelleyicisi (SSGE) ilaçların plasebodan daha etkili olmadıkları bildirilmiştir (32,33). Çocuklarda ise, eşlik eden anksiyete veya depresyonun tedavisinde SSGE’lerin etkili olabileceği düşünülürken birlikte, trikotillomaninin hedef semptomları için önerilmemektedir (33). Rapunzel sendromlu olgular nadir olarak görülmektedir.

Alopesiareata nedeniyle tedavi gören özellikle kız ergen olgularda trikobezoar açısından dikkatli olunmalıdır. Bu sendrom öldürücü sonlanabilmekle birlikte altta yatan psikiyatrik bozuklukların erken tanı ve tedavi edilmesi ile prognozu genellikle iyi seyretmektedir (34). Rapunzel sendromlu olguların altta yatan psikiyatrik bozuklukları tedavi edilmediği sürece çok sık olmasa da tekrarlayabileceği akıldan çıkarılmamalıdır (35). Rapunzel sendromunun tedavisinde başarılı olan yöntem farmakoterapi ve psikolojik tedavinin bir arada kullanılmasıdır.

Sonuç olarak; trikotillomani tanılı olgularda trikofaji ve buna bağlı gelişen yaşamı tehdit edebilecek trikobezoarlar konusunda dikkatli olunmalıdır. Çalışmamız her ne kadar olgunun tedavisine ilimiz dışında sürdürmesi nedeniyle kesin tanı için cerrahi tedavi bölümünü içermemiş olsa da, mevcut hastalık öyküsü, psikiyatrik, dermatolojik, genel cerrahi muayeneleri ile batin ultrasonografisinde kitle görünümünün olması ile trikobezor oluşumu için güçlü kanıtlar elde edilmiştir. Nadir görülen bir tıbbi durum olan Rapunzel sendromu konusunda ileri tarihlerde yapılacak çalışmalara katkı sunabildiğimiz inancındayız.

Kaynaklar

1. Dalshaug GB, Wainer S, Hollaar GL. The rapunzel syndrome (trichobezoar) causing atypical intussusception in a child: a case report. *JpediatrSurg* 1999;34:479-80.
2. Ateş M. Trikobezoarın nadir bir formu: Rapunzel sendromu olgu sunumu. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2006; 13(4): 283-5.
3. Balık E, Ulman I, Taneli C, Demircan M. The Rapunzel syndrome: a case report and review of the literature. *Eur J PediatrSurg* 1993;3(1):171-3.
4. Vaughan ED Jr, Sawyers JL, Scott HW Jr. The Rapunzel syndrome. An Unusual complication of intestinal bezoar. *Surgery* 1968;63(3):339-43.
5. Wyllie R. Foreign Bodies and Bezoars. In Behrman RE, Kliegman RM, eds. *Nelson Textbook Of Pediatrics*. Philadelphia:WB Saunders; 2004. P.1244-6.
6. Keser V, Tükel R, Karalı N. Trikotilomanide klinik özellikler. *KlinikPsikiyatri* 1999;1:26-33.
7. Christenson GA, Pyle RL, Mitchell JE. Estimated lifetime prevalence of trichotillomania in college students. *J Clin Psychiatry* 1991;52 (2):415-7.
8. Duke DC, Keeley ML, Geffken GR. Trichotillomania: a current review. *ClinPsychol Rev* 2010; 30(3):181-93.

9. Miltenberger RG, Rapp JT, Long ES. Habit reversal treatment manual for trichotillomania. In: Woods D, MiltenbergerRG,eds. Tic Disorders, Trichotillomania, and Other Repetitive Behavior Disorders: Behavioral Approaches to Analysis and Treatment. Boston: Kluwer Academic; 2001.p. 170–195.
10. O’Sullivan RL, Mansueto CS, Lerner EA, Miguel EC. Characterization of trichotillomania: a phenomenological model with clinical relevance to obsessive- compulsive spectrum disorders. *PsychiatrClin North Am* 2000; 23(3): 587-604.
11. Bouwer C, Stein DJ. Trichobezoars in trichotillomania:case report and liertture overview. *Psychosom Med* 1998;60(1):658-60.
12. McGehee FT, Buchanan GR. Trichophagia and trichobezoar: etiologic role of iron deficiency. *J Pediatric* 1980;97(6):946-8.
13. OskiFA.Thenonhemotologic manifestation of iron deficiency, *Am J Dis Child* 1979; 133(3):315-22.
14. Frey AS, McKee M, King RA, Martin A. Hair apparent: Rapunzel syndrome. *Am J Psychiatry* 2005;162(2):242-8.
15. Alsafwah S, AlzeinM.Small bowel obstruction due to trichobezoar: role of upper endoscopy in diagnosis. *GastrointestEndosc* 2000; 52 (6):784–6.
16. Goldstein SS,Lewis JH, Rothstein R. Intestinal obstruction due to bezoars. *Am J Gastroenterol* 1984;79(4):313-8.
17. Malpani A, Ramani SK, Wolverson MK. Role of sonography in trichobezoars. *J Ultrasound Med* 1988; 7(12):661–3.
18. Ripolles T, Garcia-AguayoJ, MartinezMJ, Gil P. Gastrointestinal bezoars: sonographic and characteristics. *ARJ Am J Roentgenol* 2001;177(1):65-7.
19. Tatar C, Karşıdağ T, Özgül H, Tüzün S. *Gastrictrichobezoar: a caseReport* .*TheMedicalBulletin of Haseki* 2013; 51(2): 141-3.
- 20.Yılmaz Ö, Genç A, Taşkın EO, Dilşen Ş, Kasırğa E, Taneli C. Rapunzel sendromu: Olgu sunumu. *Çocuk Cerrahisi Dergisi* 2007; 21(1):42-4.
- 21.Hatipoğlu S, Atlıhan A, Bayramoğlu E. Dev gastriktrikobezoar: bir Rapunzel sendromu olgusu ve literatür derleme. *Adıyaman Univ Sağlık Bilim Derg* 2015; 1(1): 39-43.
- 22.Eryılmaz R, Şahin M, Alümoğlu O, Yıldız K. Gastriktrikobezoar: olgu sunumu. *Ulus Travma Derg* 2004;10(4):260-3.
- 23.Walsh KH, McDougle CJ. Trichotillomania. Presentation, etiology, diagnosis and therapy. *Am J ClinDermatol* 2001; 2(5):323– 33.
24. duToit PL, van Kradenburg J,Niehaus DJ, Stein DJ. Characteristics and phenomenology of hair-pulling: an exploration of subtypes. *Compr Psychiatry* 2001; 42(3):247–56.
- 25.Diefenbach GJ, Reitman D, Williamson DA. Trichotillomania: a challenge to research and practice. *Child Psychol Rev* 2000; 20(3): 289–309.
- 26.Hocaoğlu Ç. Trikotillomani. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2009;2(1):57- 65.
27. Christenson GA. Trichotillomania: from prevalence to comorbidity. *Psychiatric Times* 1995;12(3):44-8.

- 28.Fettahođlu EÇ.Primer psikiyatrik bozukluklarla ilişkili sa kayıpları. *Türkdern* 2014; 48: Özel Sayı 1: 52-5.
- 29.Mansueto CS, Stemberger RM, Thomas AM, Golomb RG. Trichotillomania: a comprehensive behavioral model. *ClinPsychol Rev* 1997;17(5):567-77.
30. Bettelheim B. *The Uses of Enchantment. The Meaning and Importance of Fairy Tales.* New York: Vintage Books;1989. p.17.
31. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Dombrowski P,Kelmendi B, Wegner R, Nudel J, et al. Systematic review: pharmacological and behavioral treatment for trichotillomania. *Biol Psychiatry* 2007;62(8):839-46.
32. Konkan R, şenormancı Ö, Sungur MZ.Trikotillomani: Tanı, farmakoterapi ve kognitif davranışçı terapisi.*KlinikPsikofarmakoloji Bülteni* 2011;21(3):265-74.
33. Woods DW, Wetterneck CT, Flessner CA. A controlled evaluation of acceptance and commitment therapy plus habit reversal for trichotillomania.*Behav Res Ther* 2006;44 (5):639-56.
34. Ventura DE, Herbella FA, Schettini ST,Delmonte C.Rapunzel syndrome with a fatal outcome in a neglected child. *J PediatrSurg* 2005; 40(10):1665-7.
35. Memon SA, Mandhan P, Qureshi JN, Shairani AJ.Recurrent Rapunzel syndrome - a case report. *Med SciMonit* 2003; 9(9): 92-4.