

DOKU KAYBINA NEDEN OLAN DÜRTÜ KONTROL BOZUKLUĞU

AN IMPULSE CONTROL DISORDER THAT MAY CAUSE TISSUE DEFECTS

*Osman Akdağ, **Mustafa Sütçü, ***Mehtap Karamişe, ****Furkan Karabekmez, ***Zekeriya Tosun

*Özel Medicana Konya Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, KONYA

**İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, İSTANBUL

***Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, KONYA

****Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, BOLU

ÖZET

Birçok doku defekti etkeniyle karşılaşılabilen plastik cerrahide, bir dürtü kontrol bozukluğu olan trikotilomani ve deri yolma nadir görülen nedenlerdir. Trikotilomani sıklıkla genç yaşlarda görülen saç, kaş, kirpik ve değişik bölgelerdeki kılları yolma ile karakterize zorlantısal ve önüne geçilmez dürtü kontrol bozukluğudur. Doku defektine neden olması ise son derece nadirdir. Bu çalışmada, plastik cerrahideki alışılmış cilt defekti etkenleri içinde görülmeyen bu psikiyatrik bozukluğa sahip iki vaka takdim edilmiştir.

Anahtar kelimeler: trikotilomani, cilt defekti, dürtü kontrol bozukluğu

ABSTRACT

Many factors experience with tissue defects in plastic surgery, which is an impulse control disorder, trichotillomania and skin picking are rare causes. Trichotillomania is a chronic impulse control disorder characterized by people to pull out the hair from their scalp, eyelashes, eyebrows, or other parts of the body. This conscious or subconscious habit is most commonly performed by young children, adolescents and women. To cause tissue defects is extremely rare. Factors that plastic surgery is a rare skin defects, two cases have been presented in this psychiatric disorder.

Keywords: trichotillomania, skin defect, impulse control disorder

GİRİŞ

Plastik cerrahide karşılaşılan doku defektlerinin birçok nedeni vardır. Bunlar travma ve yanıklar olabileceği gibi kronik yaralar, enfeksiyon ya da iyatrojenik etkenler de olabilir. Psikiyatrik nedenlerle oluşan yaralanmalar ise nispeten daha az görülür. Trikotilomani ve cilt yolma bozukluğu sıklıkla genç yaşlarda görülen saç, kaş, kirpik ve değişik bölgelerdeki kılları ve derileri yolma ile karakterizedir.¹ Ancak cerrahi onarım gerektirecek kadar bir yaralanmaya neden olması ise son derece nadirdir. Bu çalışmada, plastik cerrahideki alışılmış cilt defekti etkenleri içinde görülmeyen bu psikiyatrik bozukluklara sahip iki vaka takdim edilmiştir.

Olgu 1

Yüzünün sağ tarafında iyileşmeyen yara ile yakınları tarafından kliniğimize getirilen 37 yaşında erkek hastanın muayenesinde yüzün sağ tarafında taze yaralar ve skar dokusu ile kombine yaklaşık 10 x 5 cm'lik cilt defekti mevcuttu.(Şekil 1) Ayrıntılı anamnez ile hastanın psikiyatrik probleminin aile tarafından bilindiği ancak herhangi bir tedavi almadığı öğrenildi. Hastanın yüzündeki yaraların, sakallarını ve cildini koparma sonucunda oluştuğu anlaşıldı. Yaklaşık 2 yıldır devam eden bu davranış ile oluşan yaraların bir kısmının kendi kendine

iyileştiği ancak son zamanda oluşan yaranın iyileşmediği öğrenildi. Hasta psikiyatri konsültasyonu doğrultusunda trikotilomani ve deri yolma bozukluğu tanıları ile medikal tedavi programına alındı. Mevcut yaralar ise tam kalınlıkta deri grefti ile onarıldı. Hastanın postoperatif erken dönem takiplerinde yara yerinde bir sorunla karşılaşılmadı (Şekil 2).

Olgu 2

Vertekste yerleşik 3 aydır devam eden progresif büyüyen yaklaşık 15x15x2 cm ebadında ülser, krater şekilli yarası olan 70 yaşında erkek hasta kliniğimize başvurdu. (Şekil 3) Hastanın daha önce anksiyete bozukluğu olduğu bununla ilgili medikal tedavi aldığı öğrenildi. Hastanın ayrıntılı anamnez ve muayenesinde mevcut lezyonun kendi kendine zarar verme sonucu meydana geldiği ve bu durumun yaklaşık 1 yıldır devam ettiği öğrenildi. Hasta psikiyatri kliniği ile konsülte edildi. Hastaya majör depresyon, trikotilomani ve deri yolma bozukluğu tanıları konularak uygun medikal tedavi eşliğinde hasta opere edildi. Mevcut lezyon tam kalınlıkta cilt grefti ile onarıldı. (Şekil 4) Hastanın erken postoperatif takiplerinde problem yaşanmadı.



Şekil 1. Olgu 1'in preoperatif görünümü



Şekil 3. Olgu 2'nin preoperatif görünümü



Şekil 2. Olgu 1'in postoperatif görünümü



Şekil 4. Olgu 2'nin postoperatif görünümü

TARTIŞMA

Cerrahi onarım gerektiren birçok yara ile karşılaşmaktayız ve bunların çok sayıda nedeni vardır. Travma, kanser cerrahisi sonrası oluşan yaralar, kronik hastalıklara sekonder gelişen yaralar ve enfeksiyon sonucu oluşan yaralar plastik cerrahinin uğraştığı başlıca yara tipleridir. Bu anlamda psikiyatrik nedenlerle oluşan yaralar ön sıralarda yer almaz. Dürtü kontrol bozukluğu ana başlığında toplanan psikodermal patolojilerden en sık görülenleri trikotilomani ve deri yolmadır.¹⁻³

Trikotilomani kısaca kişinin kendi vücudundaki kılları yolmasıyla ortaya çıkan bir dürtü kontrol bozukluğudur. Patolojik deri yolma da aynı grup hastalık içinde değerlendirilir.⁴ Dürtü kontrol bozukluğu olan bu tür hastalar genellikle cerrahi gerektirmeyen küçük sıyrıklar ya da küçük alopesi alanları ile dermatoloji ve psi-

kiyatri kliniklerine başvururlar. Sıklıkla saçlar etkilense de sakal kaş kirpik ve vücudun diğer bölgelerindeki kıl ve derilerin yolunması da bildirilmiştir.⁵⁻⁸ Bu durumlar kadınlarda, çocuklarda ve genç erişkinlerde daha sık görülmektedir.¹ Tedavi altta yatan psikiyatrik nedene göre yapılmalıdır. Tedavide psikoterapiler, grup tedavileri hipnoz ve medikal tedaviler ya da bunların kombinasyonları kullanılabilir.⁹

Trikotilomani; ikinci olgumuzda olduğu gibi en sık skalpte saç yolma şeklinde karşımıza çıksa da birinci olgumuzda görülen sakal bölgesi de sıkça etkilenen bölgelerdendir. Vakaların her ikisinde de yalnızca kıllar değil aynı zamanda deri defekti oluşturacak kadar deri koparma durumu da mevcuttu. Aslında trikotilomani vakalarında saç ve cilt kayıpları sınırlı derecededir. Cerrahi onarım gerektiren yaralara dönüşmesi son derece

nadirdir. Her iki olgunun da cilt lezyonlarının ciddiyeti sebebiyle plastik cerrahi kliniğine yönlendirildiği aşıkardır. Vakaların cerrahi onarım gerektirecek kadar ilerlemiş cilt lezyonlarına dönüşmesini hastaların trikotilomani ya da deri yolma patolojisinin başka psikiyatrik ve mental durum zemininde çıkmış olmasına bağlamaktayız. Aynı zamanda yalnızca kıl yolma ile başlayan klinik durumun uzun süre tedavi edilememesi sonucunda her iki olguda da deri yolma şeklinde devam ettiğini düşünmekteyiz.

Yaraların miktarı ve derecesi ne olursa olsun primer tedavi dürtü kontrol bozukluğunun düzeltilmesidir. Mevcut psikiyatrik patolojinin kontrol altına alınmadan yara tedavisinin başarı şansı düşüktür. Bunun nedeni ise deri yolma eyleminin devam etmesi sonucu tedavide kullanılacak deri grefti gibi rekonstrüktif unsurların hasta tarafından yolunarak yara zemininden uzaklaştırılmasıdır. Küçük yaralar ve kıl köklerinin zarar görmediği olgularda konservatif yaklaşım izlenmelidir. İleri ve komplike vakalarda yara bakımı ve cerrahi onarım tekniklerinin kullanımı gerekebilir. Bizim olgularımızda da psikiyatri kliniği takip ve tedavisi altında tam kalınlıkta cilt grefti ile onarım yapılmıştır. Kıl köklerinin geri dönüşümsüz olarak zarar gördüğü alanlarda ise diğer saç ekim teknikleri ve konvansiyonel saç restorasyon teknikleri kullanılabilir.¹⁰

Bu tür olgularda hastanın ilk olarak plastik cerrahi kliniğine başvurması pek olası değildir. Ancak bu tür ilerlemiş olgularda trikotilomani ve deri yolmanın da alopesi areata ve cilt defekti için ayrıca tanıda aklımızda bulunması gerekmektedir.¹¹

SONUÇ

Bir dürtü kontrol bozukluğu olan trikotilomani ve deri yolma nadir görülen bir doku defekti nedendir. Bundan dolayı şüpheli olgularda tanı konulurken ayrıntılı anamnez ve fizik muayene kritik öneme sahiptir. Trikotilomani ve deri yolmanın tedavisi zordur. İhmal edilmiş komplike vakalarda disiplinler arası ortak çalışma tedavi başarısı için son derece önemlidir.

Dr. Osman AKDAĞ

Özel Medicana Konya Hastanesi,
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Konya
E-posta: oakdag@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. Keser V, Tükel R, Karalı N et al. Trikotilomani klinik özellikler. Turk Psikiyatri Derg. 1999;1:26-33.
2. Dell'Osso B, Altamura AC, Allen A, Marazziti D et al. Epidemiologic and clinical updates on impulse control disorders: a critical review. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2006 ;256(8):464-75.
3. Grant JE, Menard W, Phillips KA. Pathological skin picking in individuals with body dysmorphic disorder. Gen Hosp Psychiatry. 2006;28(6):487-93.
4. Bohne A, Keuthen N, Wilhelm S. Pathologic hairpulling, skin picking, and nail biting. Ann Clin Psychiatry. 2005;17(4):227-32.
5. Jordan DR. Eyelash loss. Semin Plast Surg. 2007 ;21(1):32-6.
6. Patil BB, Dowd TC. Trichotillomania. Br J Ophthalmol. 2001;85(11):1386.
7. Varyani N, Garg S, Gupta G et al. Trichotillomania and dermatitis artefacta: a rare coexistence. Case Rep Psychiatry. 2012;2012:674136.
8. Mazuecos J, Rodriguez-Pichardo A, Camacho F. Pubic trichotillomania in an adult man. Br J Dermatol. 2001;145(6):1034-5.
9. Franklin ME, Zgrabbe K, Benavides KL. Trichotillomania and its treatment: a review and recommendations. Expert Rev Neurother. 2011;11(8):1165-74.
10. Radmanesh M, Shafei S, Naderi AH. Int J Dermatol. 2006 May;45(5):557-60.
11. Abraham LS, Torres FN, Azulay-Abulafia L. Dermoscopic clues to distinguish trichotillomania from patchy alopecia areata. An Bras Dermatol. 2010;85(5):723-6.