

ARTEFAKTINIS DERMATITAS: DIFERENCINĖ DIAGNOSTIKA IR GYDYMAS

Paulina Tursaitė¹, Kamilė Kalendraitė¹, Vidmantas Grigas²

¹Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos fakultetas,

²Lietuvos sveikatos mokslų universiteto liginė Kauno klinikos, Psichiatrijos klinika

Raktažodžiai: artefaktinis dermatitas.

Santrauka

Artefaktinis dermatitas – tai psichodermatologinis sutrikimas, kai asmuo savavališkai žaloja savo odą, siekdamas patenkinti nesąmoningą norą įsikūnyti į liginio vaidmenį. Dažniausiai šis sutrikimas nustatomas paauglėms ir jaunoms moterims, sergančioms psichikos liga. Šios ligos diagnostika ir gydymas yra sudėtingi, nes pacientai linkę neigti savo kaltę. Pagrindiniai sutrikimai, nuo kurių gydytojas psichiatras turėtų diferencijuoti šį sutrikimą, yra Miunhauzeno sindromas, neurotinė ekskoriacija, deliuzinė parazitozė bei simptomų simuliavimas. Siekiant efektyvių ir ilgalaikių artefaktinio dermatito gydymo rezultatų, gydyme turi dalyvauti daugiadalykė komanda, kurią sudarytų gydytojas dermatovenerologas, gydytojas psichiatras bei šeimos gydytojas.

Įvadas

Artefaktinis dermatitas – tai psichodermatologinis sutrikimas, kliniškai pasireiškiantis nesąmoningu poreikiu žaloti savo odą. Tokio neįprasto poreikio išsivystymas dažniausiai siejamas su patirtomis emocinėmis ir psichologinėmis problemomis, pavyzdžiui, trauminiiais įvykiais vaikystėje. Artefaktinis dermatitas laikomas pirmine psichiatrine patologija, o odos pažeidimai - nediagnozuotos psichiatrinės būklės pasekmė. Nustatyta, kad net 46,2 proc. pacientų, sergančių artefaktiniu dermatitu, serga ir psichikos liga, iš kurių dažniausios yra depresija, somatoforminiai bei nerimo sutrikimai, psichotropinių medžiagų vartojimas ir protinis atsilikimas [1]. Klinikinis ligai būdingas pažeistos odos vaizdas gali būti labai polimorfiškas ir imituoti daugelį dermatologinių būklių, dėl to yra sunkiai diagnozuojamas [2]. Net ir pavykus sėkmingai nustatyti artefaktinio dermatito diagnozę, didžiausiu iššūkiu išlieka ligos valdymas, kadangi pacientai dažnai yra nekritiškai savo būklės atžvilgiu ir linkę ją neigti [3].

Tyrimo tikslas – apžvelgti pastarųjų metų mokslinę literatūrą ir pristatyti šaltinių duomenis apie artefaktinį dermatitą bei jo diagnostiką, diferencinę diagnostiką ir gydymą.

Tyrimo medžiaga ir metodai

Literatūros paieška atlikta naudojant PubMed, ScienceDirect ir kitas duomenų bazes. Paieškos metu naudoti raktažodžiai: artefaktinis dermatitas (angl. dermatitis artefacta, artificial dermatitis, factitial dermatitis, factitious dermatitis). Analizei atrinkti ne senesni nei penkerių metų straipsniai ir klinikinių atvejų publikacijos. Rezultatai aprėpia artefaktinio dermatito epidemiologijos, etiologijos, klinikinio pasireiškimo, diagnostikos, diferencinės diagnostikos ir gydymo dalis.

Tyrimo rezultatai

Epidemiologija. Artefaktinis dermatitas populiacijoje yra paplitęs plačiau nei yra registruojamas dėl jo nepakanamo atpažinimo ir diagnostikos sunkumų. Vieno tyrimo duomenimis, šis sutrikimas sudaro maždaug trečdalį psichiatrijos pacientų, kurie kasmet apsilanko dermatologijos klinikoje [3]. Nors šis sutrikimas gali pasireikšti įvairaus amžiaus pacientams, dažniausiai jis nustatomas paaugliams ir jauniems suaugusiesiems. Labiau paplitęs tarp moterų. Sergančių moterų ir vyrų santykis svyruoja nuo 4:1 iki 20:1 [4].

Etiologija. Artefaktinio dermatito etiologija yra daugiaveiksni [3]. Kaip ir daugelio psichodermatologinių būklių, artefaktinio dermatito kilmė gali būti siejama su patirtais traumuojančiais įvykiais vaikystėje, pavyzdžiui, sunkiais emociniais išgyvenimais išsiskyrus tėvams, seksualiniu ar fiziniu smurtu. Dėl šių priežasčių pacientas yra nepajėgus suformuoti sveiko požiūrio į save ir savo aplinką, vėluoja jo emocinė branda. Šis sutrikimas dar siejamas su potrauminio stresinio sutrikimu (PTSD) ir ribiniu asmenybės sutrikimu. Pacientai, sergantys artefaktiniu dermatitu, linkę į vienišumą, o savęs žalojimu užpildo vidinę tuštumą, kurios nesuvokia turintys. Žinomas veiksnys, galintis daryti įtaką artefaktinio dermatito išsivystymui, yra stresas, ta-

čiau tikslus ligos mechanizmas dar nėra išaiškintas [3,4].

Klinikinis pasireiškimas. *Dermatitis artefacta* klinikinis pasireiškimas gali būti labai įvairialypis, nes pažeidimų morfologija priklauso nuo susižalojimo būdo. Kaip susižeidimo priemonė gali būti panaudoti nagai, cigaretė, aštrūs ar buki daiktai, cheminės medžiagos, ledinis arba verdantis vanduo ir kiti [3]. Matomi odos pažeidimai gali atrodyti neįprastai arba sukelti apgalvotai, siekiant imituoti dermatologinę ligą [5]. Dažniausiai apžiūros metu nustatomos paviršinės erozijos, po jų seka hiperpigmentuotos dėmės, pūslės, ekskoriacijos, nekrozės, opos, papulės, urtikariniai bėrimai, įbrėžimai, nudegimai ir kitos formos [6]. Nors kai kurių pacientų dauginiai pažeidimai gali būti skirtingose gijimo stadijose, daugumos pacientų matomi pažeidimai būna akivaizdžiai negyjantys. Įprastai matomų pažeidimų būna aiškios ribos, o tarp jų esanti oda - visiškai sveika [3]. Pažeidžiamos gali būti bet kurios kūno dalys, kurios yra pasiekiamos paciento dominuojančia ranka, tačiau dažniausiai tai būna veidas, po jo – apatinės galūnės ir nedominuojančios galūnės dilbis [4].

Diagnostika. Artefaktinio dermatito diagnozavimas yra sunkiai įveikiama gydytojo dermatovenerologo užduotis, reikalaujanti kruopštumo ir atsidaivimo. Taip yra todėl, jog pacientas dažniausiai niekada neprisipažįsta, kad matomi odos pažeidimai yra sukelti jo paties, tad diagnozė gali būti patvirtinama tik atmetus visas kitas įtariamas dermatologines ligas. Dermatovenerologas privalo surinkti nuodugnią gyvenimo ir ligos anamnezę, atlikti išsamią apžiūrą bei diagnostinius tyrimus, pavyzdžiui, dermatoskopiją ir odos biopsiją [3]. Dermatoskopija, odos biopsija ir histopatologinis tyrimas nėra specifiški tyrimai, todėl jų nepakanka patvirtinti artefaktinio dermatito diagnozės, o tik atmesti kitas ligas. Remiantis vieno tyrimo duomenimis, galima daryti prielaidą, kad iš odos pūslių paėmus biopsiją ir histologiškai radus lengvą uždegiminį infiltratą, plyšusių kolageno skaidulų, daugiabranduolių keratinocitų arba pailgų ir vertikalčiai išsidėsčiusių keratinocitų branduolių, galima įtarti artefaktinį dermatitą [7,8]. Apatiško, tačiau bendradarbiaujančio paciento neįprastos formos ir vaizdo odos pažeidimai turėtų kelti abejonių ir skatinti svarstyti artefaktinio dermatito diagnozę. Kita užuomina, padedanti įtarti šį sutrikimą, yra ryškus paciento odos plotų būklės pagerėjimas panaudojus okliuzinius tvarsčius, ribojančius paciento galimybes toliau žaloti savo odą. Svarbu skirti daugiau laiko paciento gyvenimo anamnezei, siekiant atrasti didelį stresą sukėlusį gyvenimo įvykį, kuris galimai turėjo įtakos asmenybės sutrikimo susiformavimui. Ligos diagnozės atskleidimas pacientui turi būti labai atsargus, vengiant tiesioginės konfrontacijos, nes dauguma nenori pripažinti sergantys psichiatrine liga ir atsako psichiatrų konsultacijų [1]. Per anksti ir netaktiškai pasiūlyta gydytojo psichiatro konsultacija gali

sutrikdyti pacientą ir sumažinti pasitikėjimą gydytoju [3].

Diferencinė diagnostika. Artefaktinis dermatitas neturi specifinės klinikinės išraiškos, o kiekvieno paciento odos pažeidimo plotai gali būti labai individualūs. Kai kuriais atvejais jie gali imituoti tam tikras dermatologines ligas, pavyzdžiui, vaskulitą, piogeninę granulomą, pūslinį pemfigoidą ar odos T-ląstelių limfomą. Kartais ligos diagnostikai taikoma histopatologinė analizė ar imama pažeisto odos ploto biopsija, siekiant diferencijuoti dermatologines ligas. Nustačius paties paciento sukeltos dermatozės diagnozę, pagrindine užduotimi tampa simptomų simuliacijos, Miunhauzeno sindromo, deliuzijų ar neurotinės ekskoriacijos diferenciacija [3].

Neurotinė ekskoriacija. Pacientai, sergantys neurotine ekskoriacija, turi nevaldomą norą kasytis odą. Dažnas šios ligos komorbidiškumas su depresija ar nerimo sutrikimu. Diferencinei diagnostikai nuo artefaktinio dermatito svarbu tai, jog pacientai pripažįsta, kad patys sukėlė odos pažeidimus, priešingai nei artefaktinio dermatito metu [3, 9].

Deliuzinė parazitozė. Pacientai būna įsitikinę, kad po jų oda vaikšto ir veisiasi vabzdžiai, todėl nuolat krapšto ir žaloja savo odą, bandydami jų atsikratyti. Tokie pacientai dažnai dermatologui atneša nuplėštos odos gabaliuką prašydami iširti, ar joje nėra parazitų. Tai tvirtas šios ligos diagnostikos argumentas.

Simptomų simuliacijos. Pacientai, simuliuojantys savo simptomus, neigia bet kokią prielaidą, kad patys galėjo sukelti savo odos pažeidimus, todėl dažnai patikima, kad tokie pacientai serga artefaktiniu dermatitu. Surinkus detalią paciento gyvenimo anamnezę, dažnai tampa akivaizdu, kad pacientas tikslingai susižalojo, siekdamas gauti finansinės naudos ar išvengti atsakomybės dėl tariamos psichikos ligos [3]. Pacientai, simuliuojantys simptomus, tai atlieka sąmoningai, priešingai nei esant artefaktiniam dermatitui, kurio metu panyra į disociacijos fazę, po kurios dažniausiai ištinke amnezija [9].

Miunhauzeno sindromas. Pacientai, kurie serga šiuo sindromu, žalojasi siekdami ne finansinės ar kitokios naudos, o norėdami atkreipti į save dėmesį, imituoja, jog serga sunkiai diagnozuojama liga. Jie labai raiškiai, net perdėtai, apibūdina savo simptomus, patologiškai meluoja, dažnai lankosi pas įvairius gydytojus ir turi psichopatinei asmenybei būdingų bruožų [3]. Nuo artefaktinio dermatito skiriasi tuo, jog šio sindromo metu pacientai dažnai išsako turintys sveikatos problemų daugiau, nei vienoje organizmo sistemoje. Šie pacientai beveik visada sutinka atlikti sudėtingas diagnostines invazines procedūras [5]. Artefaktinis dermatitas išsiskiria tuo, kad odos pažeidimo plotai gali būti nepaprastai stipriai pažeisti, tačiau pacientai yra neįprastai ramūs ir emociškai nepaveikti, skirtingai nei Miunhauzeno sindromo atveju [3].

Gydymas. *Dermatitis artefacta* yra lėtinė liga, todėl pacientai turi būti reguliariai stebimi tiek dermatologo, tiek psichiatro, siekiant išvengti ligos atkryčių [4]. Gydant nesunkius odos pažeidimus, daugeliu atvejų pakanka įprastinės žaizdų priežiūros (antiseptiniai tirpalai, okliuziniai tvarščiai), kartais pridėdama vietinių antibiotikų, o esant sunkesnių sužeidimų gali prireikti ir sisteminių antibiotikų. Svarbiausia – nuolatinė paciento stebėseną, kad odos pažeidimai visiškai sugytų [3]. Atidi stebėseną ir tinkama simptominė odos pažeidimų priežiūra leidžia užmegzti terapinius santykius, į kuriuos laipsniškai būtų įtraukiamas ir psichiatras, kuris atliktų specializuotą psichikos būklės įvertinimą ir sudarytų gydymo planą [4]. Daugeliu atvejų gydymas antidepresantais, vaistais nuo nerimo ar antipsichotikais yra neišvengiamas. Jei pacientui nustatoma depresija, pirmaeiliai vaistai būtų SSRI antidepresantai, pvz., paroksetinas, sertralinas ir fluoksetinas. Kartais reikia apsvastyti ir trumpalaikį tipinių (pvz., pimozido) ar atipinių antipsichotikų (pvz., risperidono, olanzapino, kvetiapino) skyrimą, ypač, jei odos pažeidimai susiję su psichozės epizodais. Siekiant ilgalaikių teigiamų rezultatų, psichofarmakoterapija turi būti derinama kartu su psichoterapija (pvz., kognityvine elgesio terapija) [3].

Išvados

1. Artefaktinio dermatito diagnozė turi būti apsvastyta esant kitoms dermatologinėms ligoms nebūdingų odos pažeidimų, ypač kai jie aptinkami lengvai paciento dominuojančia ranka prieinamose kūno vietose, o pacientas yra abejingas savo būklei, nepaisant odos pažeidimo sunkumo.

2. Pagrindiniai sutrikimai, nuo kurių gydytojas turėtų diferencijuoti šį sutrikimą, yra Miunhauzeno sindromas, neurotinė ekskoriacija, deliuzinė parazitozė bei simptomų simuliacijos.

3. Sėkmingam artefaktinio dermatito gydymui nepaprastai svarbus daugiadalykis šeimos gydytojų, gydytojų dermatologų ir gydytojų psichiatrų bendradarbiavimas.

4. Ligos diagnozė pacientui turi būti atskleidžiama labai subtiliai, vengiant konfrontacijos, išsaugant pasitikėjimą gydytoju.

Literatūra

- Rajkumar RP. Psychiatric comorbidities in dermatitis artefacta: A systematic review and meta-analysis. *CosmoDerma* 2021;1:49. https://doi.org/10.25259/CSDM_44_2021
- Cerejeira A, Gomes N, Cruz M, Mota A, Azevedo F. Dermatitis artefacta. *Dermatol Online J* 2021; 27(3):22. <https://doi.org/10.5070/D3273052787>
- Shivakumar S, Jafferany M, Kumar SV, Sood S. A Brief Review of Dermatitis Artefacta and Management Strategies for Physicians. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2021;23(4):20nr02858. <https://doi.org/10.4088/PCC.20nr02858>
- Chandran V, Kurien G. Dermatitis Artefacta. *StatPearls Publishing* 2022.
- Gupta MA, Gupta AK. Self-induced dermatoses: A great imitator. *Clinics in Dermatology.* 2019;37(3):268-277. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2019.01.006>
- Primary Care Dermatology Society. Dermatitis artefacta (a type of self-harm). Primary Care Dermatology Society. <https://www.pcds.org.uk/clinical-guidance/self-harm-non-accidental-injury-and-domestic-violence-cutaneous-features#findings>
- Lavery MJ, Stull C, McCaw I, Anolik RB. Dermatitis artefacta. *Clin Dermatol* 2018;36(6):719-722. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2018.08.003>
- Tittelbach J, Peckruhn M, Elsner P. Histopathological patterns in dermatitis artefacta. *J Dtsch Dermatol Ges* 2018;16(5):559-564. <https://doi.org/10.1111/ddg.13504>
- Oliveira C, Caldas F, Gonçalves M. Dermatitis artefacta and psychiatric illness: Brief review and case report. *European Psychiatry* 2021;64(S1):S612-S612. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.1628>

ARTIFICIAL DERMATITIS: DIFFERENTIAL DIAGNOSIS AND TREATMENT P. Tursaitė, K. Kalendraitė, V. Grigas

Keywords: dermatitis artefacta, artificial dermatitis, factitial dermatitis, factitious dermatitis.

Summary

Artificial dermatitis is a psycho-dermatological disorder in which the patient self-inflicts skin lesions to satisfy an unconscious desire to impersonate the role of the patient. It is most often found in adolescents and young women with a psychiatric diagnosis. Diagnosis and treatment become complicated because patients routinely deny their guilt and are indifferent to their condition, regardless of the severity of the skin damage. The main conditions with which the physician should differentiate this disorder are Munchausen syndrome, neurotic excoriation, delirious parasitosis and simulation of symptoms. In order to achieve effective and long-lasting results in the treatment of artificial dermatitis, a multidisciplinary team including a dermatovenerologist, a psychiatrist and a general practitioner should be involved in the treatment.

Correspondence to: paulina.tursaite@stud.lsmu.lt

Gauta 2023-01-21