



Dermatoza wywołana — opis przypadku

Factitious disorder — a case report

Gabriela Żuk¹ , Karolina Pięta², Izabela Rudy², Adam Reich¹ 

¹Zakład i Klinika Dermatologii, Instytut Nauk Medycznych, Kolegium Nauk Medycznych, Uniwersytet Rzeszowski

²Studenckie Koło Naukowe Dermatologii Eksperymentalnej przy Zakładzie Dermatologii, Instytut Nauk Medycznych, Kolegium Nauk Medycznych, Uniwersytet Rzeszowski

STRESZCZENIE

Dermatoza wywołana (*factitious disorder*) to jednostka chorobowa o zróżnicowanym obrazie klinicznym, przez co często stanowi wyzwanie w diagnozowaniu oraz leczeniu. Schorzenie to jest klasyfikowane jako pierwotne zaburzenie psychiatryczne, lecz pacjenci często nie zdają sobie sprawy ze swojej choroby, negują jej istnienie i odmawiają leczenia. To choroba przewlekła, wymagająca częstych wizyt u dermatologa oraz psychiatry, ponieważ cechuje ją duża częstość nawrotów, może prowadzić do samookaleceń oraz szpecących blizn. W pracy opisano przypadek dermatozy wywołanej, manifestującej się pod postacią owrzodzenia w okolicy pleców. W porozumieniu z psychiatrą wdrożono leczenie, uzyskując poprawę kliniczną. Podsumowując, należy podkreślić, że obszar wzajemnego przenikania się dermatologii i psychiatrii jest rozległy i nie do końca poznany. Choć schorzenia dermatologiczne zwykle nie zagrażają w bezpośredni sposób życiu pacjentów, to skutkują obniżeniem jakości życia, dysfunkcją w pełnieniu ról społecznych, a nawet mogą prowadzić do prób samobójczych.

Forum Derm. 2022; 8, 3: 139–142

Słowa kluczowe: dermatoza wywołana, psychodermatologia, zaburzenia somatyczne

ABSTRACT

Factitious disorder is a disease with a varied clinical picture, which is why it is often a challenge in diagnosis and treatment. The condition is classified as a primary psychiatric disorder, but patients are often unaware of their condition, deny its existence and refuse treatment. It is a chronic disease that requires frequent visits to a dermatologist and a psychiatrist, because it has a high recurrence rate, can lead to self-injury and disfiguring scars. The paper describes a case of induced dermatosis manifested as ulceration in the area of the back. In agreement with a psychiatrist, the treatment was initiated with clinical improvement. In conclusion, the area of mutual interpenetration of dermatology and psychiatry is extensive and not fully understood. Although dermatological diseases usually do not directly threaten the life of patients, they result in a reduction in the quality of life, dysfunction in fulfilling social roles, and may even lead to suicide attempts.

Forum Derm. 2022; 8, 3: 139–142

Key words: factitious disorder, psychodermatology, somatic disorders

WPROWADZENIE

Dermatoza wywołana to psychodermatologiczne zaburzenie, w spektrum którego pacjenci świadomie tworzą zmiany na skórze, paznokciach lub (rzadko) na błonach śluzowych. Działanie to służy zaspokojeniu psychologicznej potrzeby przyciągnięcia uwagi lub uniknięcia odpowiedzialności — pacjenci mogą przyjąć rolę chorego, co pozwala na uniknięcie obowiązków osoby dorosłej [1]. Szacuje się, że schorzenia z tego kręgu stanowią przyczynę nawet około 2% wizyt w poradni dermatologicznej [2]. Zaburzenie to częściej występuje u kobiet, z największą częstością w późnym okresie dojrzewania do wczesnej dorosłości [1]. Wśród czynników etiologicznych choroby wymienia się: różne konflikty psychospołeczne, niedojrzałość emocjonalną, nieświadome

motywacje oraz zakłócone relacje międzyludzkie. Schorzeniu często towarzyszą nerwica, zaburzenia osobowości czy też depresja, a ponadto nienawiść do samego siebie i poczucie winy [1]. Obraz kliniczny zmian w przebiegu choroby jest bardzo zróżnicowany, co wynika z odmiennych czynników lub przedmiotów stosowanych przez pacjentów do uszkodzenia skóry. Charakterystyczną cechą jest obecność wykwitów jedynie w miejscach dostępnych dla pacjenta, między innymi na twarzy, kończynach dolnych, dłoniach, tułowi, skórze głowy czy też szyi [1, 3]. Diagnoza oraz postawienie rozpoznania bywają kłopotliwe dla lekarza, jednak jeszcze większe wyzwanie stanowi leczenie pacjenta, ponieważ chorzy często zaprzeczają swojemu schorzeniu i odmawiają skorzystania z opieki psychiatrycznej [3, 4].

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. med. Adam Reich, Zakład Dermatologii, Uniwersytet Rzeszowski, ul. Szopena 2, 35–055 Rzeszów, tel: +48 605 076 722, e-mail: adi_medicalis@go2.pl

OPIS PRZYPADKU

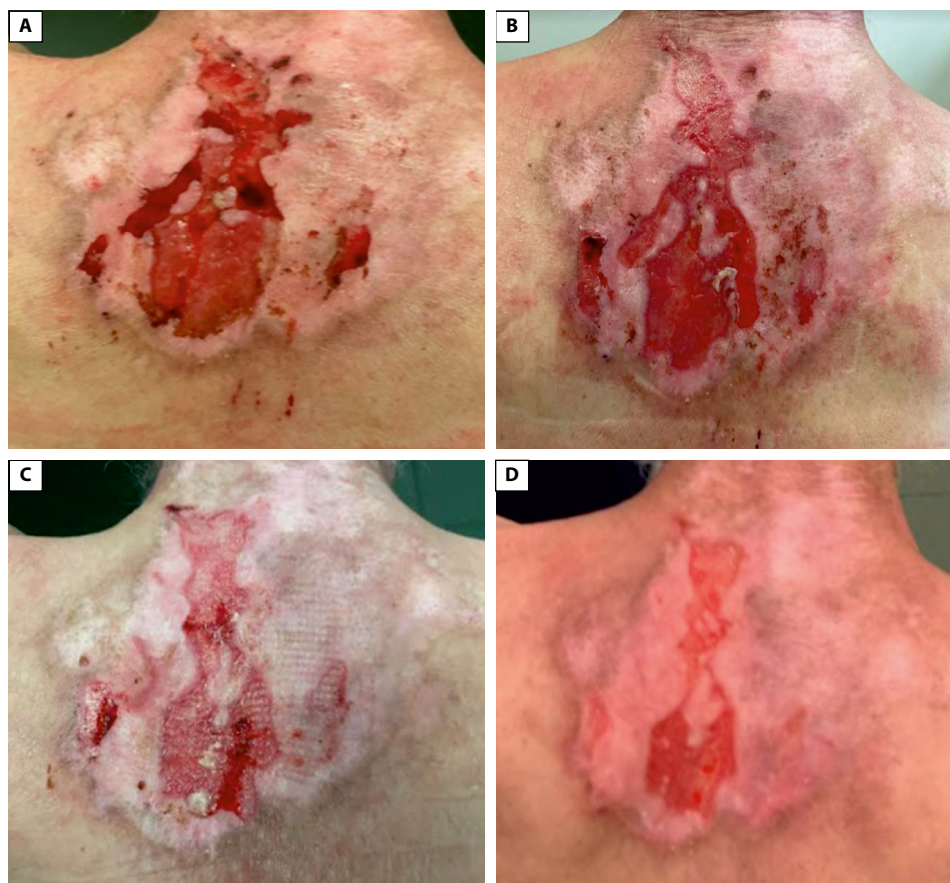
Mężczyzna 62-letni został przyjęty w trybie planowym do kliniki dermatologii celem leczenia owrzodzenia znajdującego się w obrębie skóry pleców. W trakcie wywiadu pacjent wskazywał, że zmiana trwa od roku, stopniowo powiększa się oraz towarzyszą jej silne dolegliwości bólowe. W dotychczasowym leczeniu stosowano preparaty miejscowe oraz antybiotykoterapię systemową; około dwa tygodnie przed hospitalizacją pacjent zakończył przyjmowanie trimetoprymu z sulfametoksazolem, które zażywał przez dwa miesiące. Ustalono także, że pacjent był już uprzednio hospitalizowany w klinice (około trzy lata wcześniej), kiedy to rozpoznano u niego dermatozę wywołaną oraz zaburzenia pod postacią somatyzacji. Podczas pierwszej hospitalizacji pacjent zgłosił się z owrzodzeniem na bocznej powierzchni tułowia po stronie lewej, które według relacji chorego powstało w wyniku oparzenia gorącą zupą. Pacjent stwierdzał przeczulicę w miejscu zmiany, która z tego powodu była poddawana przez chorego manipulacji, przez co niemożliwe było całkowite wygojenie owrzodzenia. W miejscu zmiany chory zgłaszał silny świąd, oceniając go na osiem punktów w dziesięciostopniowej numerycznej skali szacunkowej (NRS). Zalecono wówczas konsultację psychiatryczną i włączono do leczenia sertralinę w dawce 50 mg/d oraz kwetiapinę w dawce 25 mg/d. Po kilku miesiącach pacjent ponownie zgłosił się do kliniki, zgłaszając powiększenie się owrzodzenia na tułowiu, któremu towarzyszyło silne pieczenie, a także drobne, niegojące się nadżerki na lewym ramieniu. Pacjent przyznał, że sam odstawił leki, które zalecono podczas konsultacji psychiatrycznej w trakcie poprzedniej hospitalizacji. W leczeniu zastosowano obojętne opatrunki miejscowe oraz włączono gabapentynę w dawce 900 mg/dobę, dodatkowo dwukrotnie ostrzyknięto owrzodzenie osoczem bogatopłytkowym, uzyskując w ten sposób niemal całkowite wygojenie wykwitów. Ponowna hospitalizacja miała miejsce dwa lata później z powodu owrzodzenia położonego w górnej części pleców. Pacjent wskazywał na stopniowe powiększanie się owrzodzenia, pieczenie i kłucie w miejscu zmiany, a także przyznawał się do manipulacji w jej obrębie. Pacjent stosował liczne opatrunki oraz antybiotyki ogólne — bez poprawy. Wówczas, w momencie przyjęcia do kliniki, u pacjenta stwierdzono płytkie owrzodzenie wielkości 9 × 11 cm w okolicy górnej części pleców oraz bliznę po wygojonym owrzodzeniu w okolicy bocznej tułowia po stronie lewej. Po konsultacji psychiatrycznej u pacjenta rozpoczęto leczenie klomipraminą w dawce 75 mg/dobę. Na owrzodzenie zastosowano miejscowo opatrunek obojętny. Zastosowane leczenie i ograniczenie możliwości manipulacji spowodowało uzyskanie stopniowego gojenia się owrzodzenia w krótkim czasie. Pacjenta wypisano w 15 dobie hospitalizacji, zalecając kontynuowanie stosowania leczenia opatrunkowego, kontrolę

w poradni zdrowia psychicznego, a także poinstruowano o zakazie manipulacji w obrębie zmian skórnych i spożycia alkoholu. Czterokrotne konsultacje psychiatryczne podczas wszystkich hospitalizacji wykazały zaburzenia występujące pod maską somatyzacji, przy czym chory nie był nigdy hospitalizowany na oddziale psychiatrycznym. Pacjent w wywiadzie negował stany obniżonego nastroju, nerwowość, występowanie omamów lub urojeń. Jedynym odchyleniem zgłaszanym przez chorego były problemy ze snem, polegające na wielokrotnych wybudzeniach w nocy, w związku z czym przyjmował sporadycznie estazolam, zalecony przez lekarza rodzinnego. Pacjent nie wykazywał cech agresji ani autoagresji, a występowaniu myśli samobójczych zdecydowanie zaprzeczał.

W trakcie obecnego przyjęcia do kliniki stwierdzono dość płytkie, ziarninujące owrzodzenie w górnej części pleców (ryc. 1A); liczne pozaciągane blizny w zakresie pleców, lewego ramienia i bocznej powierzchni tułowia. Pacjent przyznał, iż drapie zmiany. Ponadto skarżył się na brak apetytu, utratę masy ciała oraz okresowe dolegliwości bólowe w lewym dole biodrowym. W badaniach laboratoryjnych, poza zwiększoną aktywnością gamma-glutamylotransferazy (GGT 73 U/l; norma 12–58 U/l) oraz zwiększoną objętością krwinek czerwonych (MCV 103,9 fl; norma 80–94 fl), nie odnotowano istotnych nieprawidłowości. Zastosowano leczenie opatrunkowe i przeciwbólowe, uzyskując poprawę kliniczną (ryc. 1B–1D). Zalecono także ponowną konsultację psychiatryczną.

DYSKUSJA

Szacuje się, że zaburzenia psychiczne występują u około 30% pacjentów dermatologicznych leczonych ambulatoryjnie i nawet u 60% pacjentów hospitalizowanych. Duży odsetek pacjentów zgłaszających się do lekarzy dermatologów to osoby mogące cierpieć na różnorodne schorzenia natury psychicznej, dlatego tak ważne jest aby u takich pacjentów wcześniej rozpoznać chorobę i otoczyć ich opieką psychologa lub psychiatry [5, 6]. Główną trudnością w postawieniu rozpoznania psychodermatozy jest fakt, że należy wykluczyć wszystkie potencjalne jednostki chorobowe, które objawiają się wykwitami skórnymi podobnymi do występujących u pacjenta. Często decydujący bywa wynik badania histopatologicznego, który pozwala rozstrzygnąć, czy zmiany mają charakter uszkodzenia na tle choroby organicznej. Dermatozę wywołaną (*factitious disorder*) można podejrzewać, gdy pacjent spełnia przynajmniej jedno z następujących kryteriów: obraz kliniczny zmian chorobowych nie odpowiada żadnej jednostce dermatologicznej, zebrany wywiad nie uzasadnia zmian na skórze, a także gdy pacjent pragnie osiągnąć korzyści płynące z choroby. Zmiany skórne w przebiegu dermatozy wywołanej mogą manifestować się w postaci powierzchownych nadżerek, aż po głębokie rany



Rycina 1. A. Zmiany skórne w pierwszym dniu hospitalizacji; Zmiany skórne w 9. (B) i 12. (C) dobie hospitalizacji oraz w dniu wypisania ze szpitala (D)

i owrzodzenia, a cechą charakterystyczną jest polimorfizm wykwitów. Pacjenci, którzy symulują chorobę, zwykle mają na celu osiągnięcie określonej korzyści; najczęściej pragną oni udowodnić, że przyczyną występujących u nich zmian skórnych jest wykonywana przez nich praca. W ten sposób chorzy próbują uzyskać świadczenia emerytalne lub rentowe [7]. Często zdarza się, że pacjenci nie czują się emocjonalnie zaangażowani w rozmowę z lekarzem, co zaobserwowano również w naszym przypadku. U opisanego pacjenta w czasie konsultacji psychiatrycznych, odbytych podczas hospitalizacji, rozpoznano zaburzenia przebiegające pod maską somatyczną. Jest to grupa zaburzeń psychicznych, zaliczanych do nerwic, którą charakteryzuje przekonanie chorego o dysfunkcji narządu, który w rzeczywistości fizjologicznie ani morfologicznie nie odbiega od normy. Zaburzenie to często jest manifestacją występujących u pacjenta zaburzeń lękowych, a także nieprzyjemnych emocji, które leżą u jego podłoża. Dla zaburzenia somatyzacyjnego charakterystyczna jest zmienność objawów, na jakie skarży się pacjent; najczęściej dotyczą one układu pokarmowego, układu krążenia, układu moczowo-płciowego, skóry, mięśni oraz stawów. Chory

odczuwa prawdziwe cierpienie, nie symuluje on choroby, a objawy jakie zgłasza są prawdziwe, choć nieuzasadnione stanem klinicznym narządów [8, 9].

Po wdrożeniu leczenia psychiatrycznego, opatrunkowego i przeciwbólowego w klinice, uzyskano u pacjenta znaczną poprawę w zakresie zmian skórnych. Do pełnego sukcesu konieczna byłaby jednak lepsza współpraca ze strony chorego w postaci stosowania zaleceń lekarskich oraz kontynuacja leczenia psychiatrycznego. W przeciwnym razie nie można wykluczyć nawrotów zmian w tej samej lub innej lokalizacji w przyszłości.

Właściwe podejście do pacjentów cierpiących z powodu psychodermatozy różni się od podejścia do innych pacjentów dermatologicznych — szczególnie ważna jest właściwa komunikacja na linii pacjent–lekarz. Często to właśnie rozmowa z pacjentem ma istotny wpływ na przebieg leczenia, gdyż może zmienić rozumienie przez pacjenta swojej sytuacji oraz jego nastawienie do leczenia i przyczynić się do zminimalizowania ryzyka kolejnych incydentów.

Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

PIŚMIENICTWO

1. Chandran V, Kurien G. Dermatitis artefacta. [w:] StatPearls Publishing Treasure Island (FL), 2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430936/> (2.05.2022).
2. Gupta MA, Gupta AK. Self-induced dermatoses: A great imitator. *Clin Dermatol.* 2019; 37(3): 268–277, doi: [10.1016/j.clindermatol.2019.01.006](https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2019.01.006), indexed in Pubmed: [31178108](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31178108/).
3. Shivakumar S, Jafferany M, Kumar SV, et al. A Brief Review of Dermatitis Artefacta and Management Strategies for Physicians. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2021; 23(4), doi: [10.4088/PCC.20nr02858](https://doi.org/10.4088/PCC.20nr02858), indexed in Pubmed: [34228404](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34228404/).
4. Makowska I, Gmitrowicz A. Psychodermatologia – pogranicze dermatologii, psychiatrii i psychologii. *Psychiatr Psychol Klin.* 2014; 14(2): 100–105, doi: [10.15557/pipk.2014.0013](https://doi.org/10.15557/pipk.2014.0013).
5. Korabel H, Dudek D, Jaworek A, et al. Psychodermatologia: psychologiczne i psychiatryczne aspekty w dermatologii. *Przegl Lek.* 2008; 65: 244–248.
6. Dimitrov D, Reszke R, Szepietowski J. Self-inflicted skin lesions: the importance of a proper diagnostic and therapeutic approach. *Dermatology Review.* 2016; 6: 475–478, doi: [10.5114/dr.2016.63837](https://doi.org/10.5114/dr.2016.63837).
7. Rosińska A, Walkowiak H, Żaba R. Dermatitis artefacta – opis przypadku. *Post Dermatol Alergol.* 2007; XXIV(6): 290–296.
8. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10: opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne / [red. przekł. Stanisław Pużyński, Jacek Wciórka; zespół tł. Celina Brykczyńska et al.]. Vesalius, Kraków 2000.
9. Nitsch K, Jabłoński M, Samochowiec J, et al. Zaburzenia pod postacią somatyczną: problematyczne zjawisko — problematyczna diagnoza. *Psychiatria.* 2015; 12: 77–84.