

# Dermatitis Artefakta

Dr.Oktay TAŞKAPAN, Prof.Dr.Nejat OZÂNGÜÇ

GÂTÂ Ailerji BD, ANKARA

Ârtefakt dermatitis tanımı, psikojenik deri hastalıktan (1) ya da psikokütan hastalıklar (2) başlığı altında incelenen bir dizi patolojik olayın içinde özgün bir klinik antiteyi tanımlamak için kullanılmaktadır.

Bazı kaynaklarda dermatitis artefakta; trikotillomanî, kutanöz hipokondriazıs, dismorfofobi, parazitoz delüzyonları, vulvodinya ve psikojenik purpura ile birlikte "primer emosyonel orjinli antiteler" olarak tanımlanmıştır (1). Diğer bazı araştırmacılar ise psikojenik kökenli bu patolojileri, "kutanöz neurozlar" olarak tek başlık altında inceleme eğilimindedirler (3).

Son yıllarda ortaya konulan ve bize oldukça tutarlı görünen bir başka sınıflamada ise, "özellikle deh bulguları ile kendini gösteren psikolojik kökenlik hastalıklar" dört ayrı klinik antiteyi içermektedir. Bunlar sırasıyla; factitial sendromlar, obsesyonel olaylar, kompülsif huylar ve delüzyon/halusinasyonlardır (parazitos delüzyonları, dismorfik delüzyon ve halusinasyonlar).

Factitial sendromlar başlığı altında şu klinik antiteler vardır:

- A. Dermatitis artefakta
- B. Kutanöz kompülsiyonlar: Bilinçli yapılan ve yineleyen lezyonlarla karakterize olan neurotik ekskoryasyonlar, trikotillomanî gibi hastalıklar bu gruptadır.
- C. "Malingering" Hekimi ve çevresindekileri aldatarak sekonder kazanç sağlamaya çalışan (sigortadan para almak, işe gitmemek gibi nedenlerle) kişilerdeki hastalık ve lezyonları tanımlayan bir terim olup, bir tür kişilik bozukluğu olarak bilinmektedir (2).

Görüldüğü gibi sınıflama ve terminoloji konusunda doyurucu bir bütünlük sağlanabilmiş değildir. Bu bilgi ve anımsatmalardan sonra konu ile ilgili irdelemelerimize geçebiliriz

Geliş Tarihi: 1.10 1993

Kabul Tarihi: 27.1.1994

Yazışma Adresi: Dr.Oktay TAŞKAPAN  
GATA Deri, Zührevi ve Ailerjik Hastalıklar,  
Ailerji BD, ANKARA

Dermatitis artefakta, hasta tarafından bilinçli ya da bilinçsiz olarak yapılan ve aniden ortaya çıkan lezyonlarla kendini gösteren bir klinik antitedir (1,2,3,5). Hipokrat zamanından beri bilinen bu hastalıkta lezyonlar tek ya da çok sayıda, keskin sınırlı, geometrik, llinear ve çoğu kez garip, doğal olmayan görünümündedir. Genellikle bilinen dermatolojik lezyonlara benzemez, spontan patolojik süreçlere uymazlar (1,3,4,6). Çoğu kez hastanın elleriyle ulaşabileceği vücut bölgelerinde ve örneğin hasta sağ eline kullanıyorsa lezyonlar solda sol elini kullanıyorsa sıklıkla sağ tarafta ortaya çıkarlar (4).

Hastalık kadınlarda erkeklere oranla üç ya da sekiz kat daha sık görülmektedir (2). En çok genç histerik kadınlarda ortaya çıkar. Lezyonların görünümü ve biçimi kullanılan yöntemle bağlıdır. Tırnaklarla veya keskin bir aletle oluşturulmuş derin ekskoryasyonlar; bıçak, cam parçası ya da jilet gibi maddelerle yapılan geniş sikatrisler; fenol, gümüş nitrat, nitrik asid, asetik asid ve alkali solüsyonlar gibi kostik kimyasal maddelerin neden olduğu ülser ve nekrozlar; süt, feçes, tükürük, idrar gibi çeşitli sıvıların injeksiyonuna bağlı nodüller, sinüs formasyonları ve gangrenöz/nekrotik lezyonlar (Şekil 1), hatta göz kapaklarına hava injekte edilmesi sonucu gelişen ödem ve krepitasyon; kantaridin, sigara ya da ısıtılmış bir cisim gibi araçlarla oluşturulan bülle örnek olarak gösterilebilir (Şekil 2). Kimyasal maddelerle oluşan lezyonlarda uygulanan maddenin sızması, akması ya da damlaması sonucu, eritemli çizgisel ve noktasal lezyonlar ortaya çıkar. Bunlar ana lezyon ya da lezyonlardan çevreye (sıklıkla yerçeki mine bağlı olarak aşağıya) doğru uzanırlar (1,2,6).

Dermatitis artefacta'lı hastalar genellikle nevrotik veya histerik kişiliğe ait bulgular gösterirler (gelip geçici paraliziler, eldiven çorap tipi geçici duyu kayıpları, sağırılık, körlük, konuşarnama, açıklanamayan karın ağrıları gibi) (5). Çift kişiliğe ilişkin bazı savlar gündeme getirilmiş ve bazı olgularda lezyonların hastanın ikinci kişiliği tarafından yapıldığı öne sürülmüştür (7). Psikoza hastalarda da delüzyon ya da halusinasyonlarla birlikte dermatitis artefacta görülebilmektedir. Ama hastaların çoğu psikotik değildir ve yine çoğunda tutarlı ilişkiler oluşturamamış, içe dönük, emosyonel olarak instabil, immatür



Şekil 1. Subkütan tiner injeksiyonuna bağlı olarak gelişen karbunkül benzeri lezyonlar.



Şekil 2. Sol kol ve sol bacakta sıcak bir metal ya r benzeri bir aletle yapıldığı düşünülen büllöz lezyonlar.

ve bencil bir kişilik yapısının belirtileri vardır. Bu altyapı çeşitli güncel olaylar, sorunlar ve streslerle birleştiğinde artefakt lezyonların gelişimi presipite edilmektedir (1,4). Benzer biçimde adolesan dönemde anne ve babayla olan geçimsizlik, aile içi sorunlar, kıskançlık gibi olaylar kendisini dermatitis artefakta klinik tablosu ile ortaya koyabilmektedir. Özellikle bu dönemde bazı sorunlu çocuklar dikkat çekmek ve iletişim kurabilmek amacıyla bu yolu seçmektedirler (1,4,6). Hastaların hemen hepsi lezyonların kendileri tarafından oluşturulduğunu kesinlikle reddederler. Anamnezde genellikle hiçbir şey yoktur. Lezyonların birdenbire hekimin gördüğü andaki biçimiyle ortaya çıktığını iddia eden hastalar, olayın natürünü ya gizlerler ya da gerçekten nasıl oluştuğundan habersizdirler. Hastalıklarına gereksinimleri vardır ve iyileşmek istemezler (1,2).

Görüldüğü gibi dermatitis artefakta'lı hasta grupları hafif bir travmatik ruhsal olay geçirenlerden, bunu bir yaşam biçimi haline getirmiş immatür kişilikli, psikozlu veya çift kişilikli bireylere dek uzanmaktadır (1,6).

## TANI

Tanıda daha önce anlattığımız doğal olmayan garip görünümü, keskin sınırlı, geometrik biçimli linear lezyonların hastanın kolay ulaşabileceği vücut bölgelerinde bulunması, hastanın lezyonların nasıl oluştuğuna ilişkin bir açıklama getirememesi önemlidir. Ayrıca hastanın sosyal durumu, psikolojik yapısı stresli, histerik ya da immatür kişilik özellikleri de dikkate alınmalıdır. Oklüziv pansumanların yapılması ve iyi bir gözlemlerle lezyonların iyileştiğinin saptanması (bazen oklüziv pansuman yapılan yerlerin dışında yeni lezyonların gelişmesi) ile tanı kesinleşir (1,2,5).

Septik inokülasyon olguları dışında kan sayımı, serolojik ve kültürler negatiftir. Laboratuvar analizlerinin değeri yoktur (2).

## Ayırıcı Tanı

Dermatitis artefakta'da olduğu gibi değişik görünümü lezyonlarla kendilerini gösteren ve ayırıcı tanıda

düşünülmeye gereken bazı hastalıklar vardır. Poliarteritis nodozadaki deri nekrozları, porfirya kutanea tarda'nın el ve kollarda oluşturduğu büll, sikatris ve pigmentasyon değişiklikleri; pyoderma gangrenozum, pernio, kumarin grubu ilaç kullanımına bağlı lezyonlar, çeşitli deri infeksiyonları, artropod ısırıkları, koagülopatiler ve konnektif doku hastalıklarının deri bulguları bunların en başta gelenleridir. Kısacası dermatitis artefakta çözülmemeyen tüm dermatolojik lezyonların ayırıcı tanısında tıpkı ilaç erüpsiyonları ve AIDS gibi düşünülmeye, araştırılması gereken bir klinik antitedir (2,5,6).

Ayırıcı tanı yönünden önemli olan psikokütan dermatozlar ise, neurotik ekskoryasyonlar, parazitoz delüzyonları ve Munchausen sendromudur. Neurotik ekskoryasyon olgularında hastalar derilerinin travmatize ettiklerini kabul ederler. Örneğin akne ekskoriye olgularında hasta lezyonlarla sürekli oynar ve tedavi etmeye çalıştığını ileri sürer. Kolay ulaşılabilen bölgelerdeki linear ekskoryasyonlar, grup yapmış ya da linear sikatrisler tanısaldır (5,8). Bazı hastalarda kaşıntı çok şiddetlidir. Bu gibi olgularda jeneralize pruritus yapan diğer nedenler aranmalı ve ekarte edilmelidir (9).

Parazitoz delüzyonlarında hasta infekte olduğuna inanmıştır. Hekimler kendisine inanmadığı için kızgındır. Deride parazit bulup çıkarmak için oluşturulmuş fokal erozyon ve skarlar vardır. Bir monoseptomatik hipokondriyal psikoz olan bu tablo en sık 50 yaşını geçmiş kadınlarda ortaya çıkmaktadır (5,8).

Munchausen sendromu da genellikle bayanlarda görülür. Hasta pekçok sağlık kuruluşuna başvurur, bazı hastalıkların tipik öykülerini verir. Hekimler hastalara çeşitli ilaçlar önerir, ileri tetkik yapar ya da bazen olayın farkında olamayarak cerrahi tedavi uygularlar. Hasta genellikle daha önceki başvurularını gizler. Multiple kesi izleri ve skarlar vardır. Hastaların bir bölümü ağrılara karşı kayıtsızlaşmıştır. Hatta acılardan mazoşistیک bir zevk alırlar (5).

## HASTA YAKLAŞIMI VE TEDAVİ

**Dermatit**is artefakta'da tedavi hastanın durumuna, **altta** yatan **patolojinin niteliğine göre değişim** gösterir. Anlayışlı ve suçlayıcı olmayan bir **yaklaşım** tedavide ilk kuraldır. Hastalar hemen **her zaman lezyonları kendileri oluşturduklarını kabul etmezler**. Bu nedenle **hekim doğrudan hastaya lezyonları kendisinin yaptığını söyleyerek tartışmaya girmemelidir** (1,3,4,5). Özellikle **çocuklarda lezyonların oluşumuna yol açan emosyonel koşullar hastanın anne ve babası ile olan ilişkilerinden, aile içi sorunlardan kaynaklanıyor olabilir**. Bu gibi durumlarda hastanın rahat **konusabilmesi için yalnız görüşme yapılmalı** hasta ile sıkı bir **iletişim kurulmaya çalışılmalıdır** (5). **Düzenli randevular yararlıdır**. **Trankilizan ve antidepresan kullanımının pek yarar getirmedığı söylenmektedir**. Bir **Ca kanal blokörü olan ve potansiyel yan etkileri nedeniyle ancak psikiyatristlerin gözetimi altında kullanılması gerektiği** ileri sürülen **pimozid** ile iyi sonuçlar alındığı **bildirilmiştir** (2,3,5). Özellikle **ağır olgularda ideal tedavi psikoterapidir**. **Ama hastalar genelde bunu reddeder ve pekçok hekime gidip gelirler**.

## PROGNOZ

**Varolan lezyonlara gerekli dermatolojik tedavi uygulandıktan sonra iyi bir hasta-hekim ilişkisi ile kısa sürede düzelen hastaların yanısıra, mutlaka psikiyatri uzmanlarınca izlenmesi gereken olgular da vardır**. **Anksiyete ve nevrozdan depresyona, kişilik bozukluklarına, histeriye ve majör psikozlara dek uzanan tablolar zeminde olabileceği için tedavinin yönlendirilmesinde ve prognozda psikopatolojik alt yapı en önemli faktördür** (1,2,4). **En zor olgular zeminde psikoz olan ya da çözülmemiş bilinç altı çatışmaları nedeniyle hastalığını bir yaşam biçimi haline getirenlerdir**. **Bu tip hastalar psikoterapi gerektirir ve dermatolojinin alanı dışına çıkarlar** (5).

**Yazımızı artefakt dermatitli olgularda empatik, yapıcı bir hasta-hekim ilişkisinin önemine dikkat çekerek ve çözülemeyen dermatolojik lezyonların ayırıcı tanısında bu klinik antitenin de düşünülmesi gerektiğini bir kez daha vurgulayarak bitiriyoruz**.

## KAYNAKLAR

1. Rook A, Savin JA, Wilkinson DS. Psychocutaneous disorders. In: Rook A, Wilkinson DS, Ebling F JG, Champion RH, Burton JL, eds. Textbook of dermatology, 4<sup>th</sup> ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1986: 2258-64.
2. Koblenzer CS. Psychologic aspects of skin diseases. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF, eds. Dermatology in general medicine, 4<sup>th</sup> ed New York: Mc Graw Hill Book Company, 1993: 17-20.
3. Arnold HL, Odom RB, James WD. Andrew's diseases of the skin, clinical dermatology, 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1990: 63-4.
4. Koblenzer CS. Psychosomatic concepts in dermatology. Arch Dermatol 1983; 119:501-12.
5. Lyell A. Psychogenic-neurogen skin disorders. In: Orkin M, Maibach HI, Dahl MV, eds. Dermatology, 1<sup>st</sup> ed. Prentice-Hall International Inc. Connecticut, 1991: 74-5.
6. Shelley WB. Consultations in dermatology. Philadelphia: WB Saunders Company, 1972: 128-31.
7. Shelley WB. Dermatitis artefacta induced in a patient by one of her multiple personalities. Br J Dermatol 1981; 105: 587.
8. Habif TP. Clinical dermatology. The CV Mosby Company St Louis 1990; 46-9.
9. Aras N, Taskapan O, Kose O, Gür AR. Generalize pruritus-taetyoloji. T Klin Dermatoloji 1992; 2:15-8.