

## Artefakt dermatiti

İlkin ZİDANCI (\*), Şükran SARIGÜL (\*\*), Emek KOCATÜRK (\*\*), Mukaddes KAVALA (\*\*\*)

### SUMMARY

#### Dermatitis artefacta

*Dermatitis artefacta is an artefactual condition in which skin lesions with variable morphological features are solely produced or inflicted by the patient's own actions. This usually occurs as a result or manifestation of a psychological problem. It is more common in women than in men. Patients deny having done lesions because they aim sensory gains such as attention and affection. Early and accurate diagnosis by dermatologic and psychiatric approaches is important and thus unnecessary studies and treatment processes can be prevented.*

*Here we report a case presented with a pyoderma gangrenosum like necrotic ulcer but it was noticed that the lesion was formed by the patient and eventually diagnosed as dermatitis artefacta.*

**Key words:** Dermatitis artefacta, factitious skin disease, psychocutaneous dermatoses

**Anahtar kelimeler;** Artefakt dermatiti, faktitisyel dermatit, psikokutan dermatozlar

Artefakt dermatiti tanımı, psikokutan dermatozlar başlığı altında incelenen, özgün bir antiteyi tanımlamak için kullanılmaktadır. Hasta tarafından bilinçli ya da bilinçsiz olarak oluşturulur. Çeşitli morfolojik özelliklere sahip, nadir görülen yapay bir bozukluktur. Taklit edebildiği çoğu dermatoz ve diğer psikokutan hastalıklar ayırıcı tanısına girdiğinden, dermatolojik ve psikiyatrik yaklaşım önem taşımaktadır (1-3).

Bu yazıda piyoderma gangrenosum benzeri bir ülseri taklit eden bir artefakt dermatiti olgusu sunulmaktadır.

### OLGU

S.K. 36 yaşında kadın hasta, sol ayak sırtında yara, ağrı, şişlik ve karıncalanma şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. 2.5 ay önce ayağına komodin düşmesini takiben ufak bir yara açıldığını, bu yaranın büyüdüğünü ve çevresinde yeni yaralar oluş-

tuğunu, ardından bir takım koroziv maddelerin yaraya temas ettiğini belirten hastanın sorgulamasında, birbirini tutmayan çelişkili ifadeler dikkati çekti. Özgeçmiş, soygeçmiş ve fizik muayenesinde özellik bulunmayan hastanın dermatolojik muayenesinde; sol ayak dorsumunda 1x7 ve 3.5x1 cm boyutlarında etrafı mor inflamatuvar halo ile çevrili, geometrik şekilli ve keskin sınırlı, zemininde siyah nekrotik eskar dokusunun gözlemlendiği, yer yer sulantılı ve hemorajik 2 adet ülser dışında patolojik bulguya rastlanmadı (Resim 1).

Fizik muayenesi normal olarak değerlendirilen hastanın, yapılan laboratuvar incelemelerinde; BK 15.800/mikrolitre (4000-11.000) olması dışında kan sayımı ve rutin biyokimya değerleri normal sınırlarda bulundu. FANA, ANCA, ENA antikolları, kriyoglobulin değerleri negatif bulunan hastanın kriyofibrinojeni (+) idi. Protein C, protein S, antitrombin III normal sınırlarda olup, immünelektroforezinde patolojik band görülmedi. Tümör belirteçleri ve batin US normal olarak değerlendirildi. Lezyonun histopatolojik incelemesinde polimorfonükleer abse odakları, yüzeysel dermiste damar endotelinde şişme, damar çevrelerinde lenfositler ve az miktarda nükleer kırıntı izlendi. Fibrinoid nekroza rastlanmadı. Yapılan direkt immunfloresan (DİF) incelemesi özgül olmayan olarak değerlendirildi.

Lezyonun lokal ve sistemik semptomatik tedaviye yanıt vermemesi ve yeni lezyonların oluşması üzerine travmanın indüklediği bir piyoderma gangrenosum olabileceği düşünülerek tedaviye metilprednizolon (60 mg/gün) ve azotiyopürin (150 mg/gün) eklendi. Takip edildiği sürece yaraya ait ağrı şikayeti



Resim 1. Sol ayak dorsumunda keskin sınırlı nekrotik ülser.



Resim 2. Psikoterapi ve yara bakımı sonrası iyileşmekte olan ülser.

gerilemeyen ve ülser çevresinde yeni lezyonların geliştiği gözlenen hastada aktivasyon ve nekrozların, özellikle hafta sonu izinli olarak çıktığı sırada oluştuğu fark edildi. Yapılan psikiyatri konsültasyonunda nörotik reaksiyon tanısı kondu ve sitalopram 1x1 ve ketiapin 1x1 önerildi. Kişilik yapısının psikokutan dermatoz oluşturmaya uygun olduğunun saptanması, klinik seyir ve tedaviye yanıt göz önüne alınarak hastaya artefakt dermatiti tanısı konuldu. İmmünsupresif tedavi kesildi, lokal tedavi ise hastanın lezyona ulaşamayacağı şekilde yara örtüleri ile bandajlanarak yapıldı. Hafta sonu izinleri de kısıtlanan hastanın lezyonlarında aktivasyon gelişmedi ve düzelme gözlemlendi (Resim 2).

## TARTIŞMA

Psikojenik kökenli olup özellikle deri bulguları ile seyreden psikokutan dermatozlar; delüzyon ve hallüsinasyonlar, faktitisyel sendromlar, obsesyonel tablolar ve kompulsif alışkanlıklar olmak üzere 4 ayrı klinik antiteyi içerir. Faktitisyel sendromlar başlığı altında ise artefakt dermatiti, kutanöz kompulsiyonlar ve malingering tablosu incelenir (2).

Artefakt dermatiti ruhsal sorunların neden olduğu, has-

taların kendi kendine oluşturduğu, çeşitli morfolojik varyasyonlarla ortaya çıkabilen yapay bir dermatozdur (1-3). Bilinçli ya da bilinçsiz olarak oluşturulan, aniden ortaya çıkan, tek veya multipl, çoğu kez asimetrik, keskin sınırlı, geometrik, lineer, garip şekilli doğal olmayan lezyonlar şeklinde görülür. Bilinen dermatolojik lezyonlara benzemezler. Lezyonlar genellikle dominant elin ulaşabileceği alanlardadır (4-5). Hastalık, kadınlarda erkeklere göre 3-8 kat daha sık görülür. Başlangıç yaşı değişmekle birlikte olguların büyük kısmı 30 yaş altı kadınlardır (1). Dermatoloji kliniklerinde görülme oranı % 0.05-0.5 arasında değişmektedir (4).

Hastalar lezyonların kendileri tarafından oluşturulduğunu reddeder ve iyileşmek istemezler. Hastaların hastalıklarına ihtiyaçları vardır ve ikincil duygusal kazanımlar elde etmeyi hedeflerler (4). Tanıda anamnez pek yol gösterici olmaz. Lezyonların aniden ve görüldüğü andaki şekliyle ortaya çıktığını iddia eden hastaların çoğu, ya olayın gelişim şeklini ve seyrini gizler ya da çok az bir kısmı gerçekten lezyonun nasıl oluştuğunun bilinçinde olmayan mental retarde hastalardır (1,2).

Lezyonlar eritematöz, veziküler, büllöz, gangrenöz ve nodüler görünümde olabilir. En sık kullanılan ajanlar arasında tırnaklar, sivri uçlu aletler, sıcak metaller gibi fiziksel etkenler, nitrik asit, asetik asit, kostik soda, turpentin, sofraya tuzu gibi kimyasal maddeler, süt, feçes, tükrük, idrar gibi sıvılar ile vücutta alerjik reaksiyonlar oluşturan bitkiler ve sigara gibi yakıcı maddeler sayılabilir (2,3,6-8). Kimyasal maddelerle oluşturulan lezyonlarda uygulanan maddenin sızması, akması ya da damlaması sonucu eritemli, çizgisel ve noktasal geometrik lezyonlar ortaya çıkar (9).

Histopatolojik incelemeler lezyonun kliniğine göre değişiklik gösterir ve özgül değildir. Laboratuvar bulguları yol gösterici değildir (1-3,5,7).

Artefakt dermatitleri pek çok dermatozu taklit edebilir ve dermatolojik hastalıklardan poliarteritis nodosa, porfiria kutanea tarda, piyoderma gangrenosum, büllöz dermatozlar, kumarin grubu ilaçların kullanımına bağlı lezyonlar, deri infeksiyonları, artropod ısırıkları, koagülopatiler ile bağ doku hastalıkları ayırıcı tanıda düşünülebilir (2,6,9). Ayrıca, diğer psikokutan hastalıklar da ayırıcı tanıda göz önüne alınmalıdır. Nörotik ekskoriasyonlarda kaşıntı çok şiddetlidir ve hasta lezyonları kendinin oluşturduğunu kabul eder. Parazitöz delüzyonlarında;

hasta enfekte olduğuna inandığından etkeni elde etmek amacıyla vücudunda çeşitli erozyonlar ve skarlar oluşturur. Munchausen sendromunda yapay dermatoza abdominal ağrı, hemoraji ve nörolojik şikayetler eşlik eder. Malingering tablolarında ise belirtilerin ortaya çıkarılışı tamamen bilinçlidir ve askere gitmeme, sigortadan para alma gibi ikincil bir kazanç amaçlanmaktadır. Artefakt dermatiti görülen hastalar ise ilgi ve şefkat görme gibi bir takım duygusal kazanımlar elde etmek istemekle birlikte psikiyatrik açıdan tamamen hastadırlar (1,4,6).

Olgumuzun yaşı, cinsiyeti, aniden ortaya çıkan lezyonların izinli olduğu günlerde artması, keskin sınırlı ve tipik görünümü olup tek ekstremitede lokalize olması, ayrıca hiçbir tedaviye yanıt vermemesi artefakt dermatitini düşündürdü. Sorgulamasında aile içi sorunlar yaşadığının öğrenilmesi, koroziv madde satışı ile ilgili bir sektörde çalışması ve psikiyatri konsültasyonunda nörotik reaksiyon düşünülmesi tanıyı destekler nitelikteydi.

Shelley ve ark. (9), yapay dermatitlerin ruhsal labilite, zayıf şahsiyet bozuklukları gösteren hastalar tarafından meydana getirildiğini vurgulayarak, öncelikle psikoterapi, daha sonra semptomatik tedavi yapılması gerektiğini bildirmişlerdir. Bu nedenle, bu hastaların takipleri sırasında tekrar oluşmalarını önlemek amacıyla lezyonlar kapatılmalı, hastalar dikkatli bir gözlem altına alınmalı, artefakt şüphesi hastaya sezdirilmemeli, hastalar suçlanmadan psikoterapi ve semptomatik tedavi uygulanmalıdır (1,2,7,9). Bununla birlikte, çoğu hasta tedaviyi

reddeder ve medikal tedaviye uymaz. Bu hastalarda tedavi başarılı değildir (10). Bizim hastamız da lezyonlarını kendisinin oluşturduğunu reddetmişti.

Olgumuz, özellikle erişkin kadın hastalarda klinik tabloların çoğu antiteye uymadığı durumlarda ve çözülemeyen dermatolojik problemlerde artefakt dermatitinin ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Erken ve doğru tanı, gereksiz tetkik ve tedavileri önleyecektir. Bu nedenle, hastaların takip ve tedavileri başta dermatoloji ve psikiyatri uzmanları olmak üzere diğer branşların da işbirliği ile yapılmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Rook A, Savin JA, Wilkinson DS: Psychocutaneous disorders
2. Koblenzer CS: Psychologic Aspects of Skin Disease. *Dermatology in General Medicine*. Ed. Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF. 4.baskı. New York: McGraw-Hill, 1993, 14-26.
3. Odom RB, James WD, Berger T: *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology Philadelphia: WB Saunders Company, 2000, 61-62.*
4. Aksaray G, Kaptanoğlu M: Dermatitis Artefactanın Psikiyatrik Yönleri. *T Klin J Dermatol* 9:193-196, 1999.
5. Azurdia RM, Guerin DM, Sharpe GR: Recurrent Bullous Dermatitis Artefacta mimicking immunobullous disease. *Br J Dermatol* 143:229-230, 2000.
6. Taşkapan O, Ozangüç N: Dermatitis artefacta. *T Klin Dermatoloji* 4:54-55, 1994.
7. Özbek İ, Doğruöz K, Uçmaklı E ve ark: Sigara ile oluşturulmuş bir artefakt dermatiti. *Deri HAst Frengi Arş* 25(1):43-46, 1991.
8. Kaplan B, Schewach-Millet M, Yarav S: Factitial Dermatitis Induced by Application of Garlic. *Int J Dermatol* 29:75-76, 1990.
9. Shelley WB: Dermatitis Artefacta Induced in a patient by one her multiple Personalities. *Br J Dermatol* 105:587-89, 1982.
10. Suresh AJ: Dermatitis Artefacta Revited. *Cutis* 55(6):362-4, 1995.