

Titokzatos heg

Mysterious scar

ALMÁDI TAMÁS DR.¹, KÓMŰVES ZSUZSANNA¹, VERES IMRE DR.¹,
REME NYIK ÉVA DR.¹, IRINYI BEATRIX DR.¹

Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Bőrgyógyászati Klinika,
Debrecen, Magyarország

ÖSSZEFOGLALÁS

A heg a szervezet gyógyulási folyamata közben keletkező fibrotikus kötőszövet, ugyanis a szervezet a keletkezett szövethiányt nem képes teljes értékű szövettel pótolni. Leggyakrabban korábban elszenvedett traumás sérülések, műtéti beavatkozások nyomaiként találkozunk velük, de ritkán önsebzés következtében is kialakulhatnak. A szerzők egy 45 éves nőbeteg esetének bemutatásán keresztül szeretnék rávilágítani az arteficialis dermatitis diagnosztikai és terápiás nehézségeire.

Kulcsszavak:
hegek - kóros hegképződés -
hegkezelés

SUMMARY

Scar is fibrous connective tissue formed during the healing of wound due to dermal regeneration is not complete after injury. Scars can frequently be developed by injuries caused by trauma and surgery or rarely self-harming. This case of 45-year-old female patient shows diagnostically and therapeutically difficulties of artificial dermatitis.

Key words:
scars - pathological scar formations -
treatment of scar

A szerzők egy 45 éves beteg kórtörténetén keresztül ismertetik a kóros sebgyógyulás egy érdekes esetét, mely kapcsán felvetődik a kérdés, hogy nemcsak egy csúnya heg okozhat pszichés betegséget, de a lelki problémák is hozzájárulhatnak a torzító hegképződéshez.

Esetismertetés

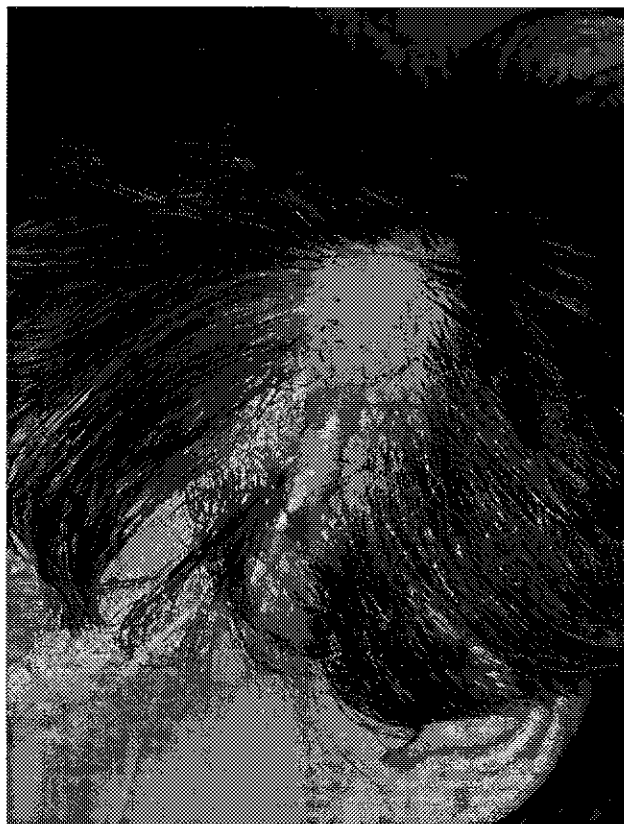
A 45 éves nőbeteg foglalkozási anamnéziséből a Hollóházi Porcelángyárban eltöltött évek emelhetők ki, ahol hosszabb ideig acetonnal dolgozott. A beteg korábban több veseműtéten esett át ptosis miatt, illetve az 1992 óta folyamatosan fennálló neutropenia és vashiányos anaemia miatt a DEOEC II. Belklinika gondozta. Depresszió miatt clonazepam (3x0,5 mg) kezelésben részesült. A beteg 2005-ben jelentkezett a DEOEC Bőrklinika Ambulanciáján az arc bal oldalán közel két éve meglévő, két, egymást metsző 10-15cm hosszú, vonal alakú, rózsaszín, éles, szabályos, vékony, csaknem pp. gyógyult, heg miatt. A keletkezés körülményeiről pontos információval nem szolgált, sőt többszöri rákérdezésre a beteg mindössze annyit mondott el, hirtelen keletkezett, egyik napról a másikra a heggel ébredt. A heg középmagasságban egy cseresznyéni hyperaemiás, centrumában ulcerálódott nodus volt látható, amelyből nyomásra váladék ürült. A hegek folyamatosan növekedtek, ill. a sipolyjáratnak megfelelő nyílásból a váladékozás is folyamatos volt. Később azt mondta, hogy arcán egy pattanást nyomott ki, amelynek helyén keletkeztek a hegek. A klinikai kép alapján ekkor a pyoderma

diagnózisa mellett döntöttünk, bár a homályos és több ponton ellentmondásos anamnézis miatt már akkor is felmerült az artefakt lehetőség. A kontrollok alkalmával a folyamatra minden tekintetben a progresszió volt jellemző: a célzott, váltott antibiotikumok ellenére mind a hegek, mind a subcutan csomó mérete nőtt, és belőle változó intenzitással, de folyamatos váladékozás volt tapasztalható. Az elváltozás egy egyenes mentén előbb a halántéktájra, a fül előtti területre (1. ábra), majd a későbbiekben a temporális régióba, a hajas fejbőrre terjedt tovább (2. ábra). A többször elvégzett sebváladék tenyésztés mindig pozitív eredményt adott (Staphylococcus epidermidis és aureus, á-haemolizáló Streptococcus). Az elvégzett laboratóriumi vizsgálatok mérsékeltén gyorsult süllyedést és enyhe anaemiát igazoltak. A terápiarezisztensnek tűnő klinikai tünetek és a progresszió alapján felmerült mély gombás fertőzés, esetleg lineáris morphea, ill. tumor lehetősége is, emiatt az antibiotikus (3x625 mg amoxicillin-clavulánsav, 2x500 mg cefuroxim, 2x500 mg metronidazol) kezelés mellé antimikotikus terápiát (heti 150 mg fluconazol) indítottunk. A lineáris morpheát azonban sem az elvégzett immunszerezológiai, sem a szövettani eredmény nem támasztotta alá. Több alkalommal az elváltozás különböző részeiből végeztünk biopsziás mintavételt, és a szövettan krónikus gyulladást követő kiterjedt hegképződést, sorvadt pilosebaceus egységet írt le. A szövettani vizsgálat kizárta a malignitást és a ritka fertőzés (actinomycosis, mély gomba, parazita) lehetőségét is (3. ábra). A különleges fertőzések (Aktinomyces, Tularemia, Brucella, Leptospira) irányába elindított szerológiai vizsgálat szintén negatív eredménnyel zárult. A lágyrész UH-on centrális meszesedés volt látható, illetve felvetette krónikus abszcessus lehetőségét is. Mivel a krónikus gyulladás hátterét az elvégzett



1. ábra

A váladékozó nodus a bal fül előtt helyezkedik el az egymást keresztező rózsaszín hegek találkozásánál (2006 május)



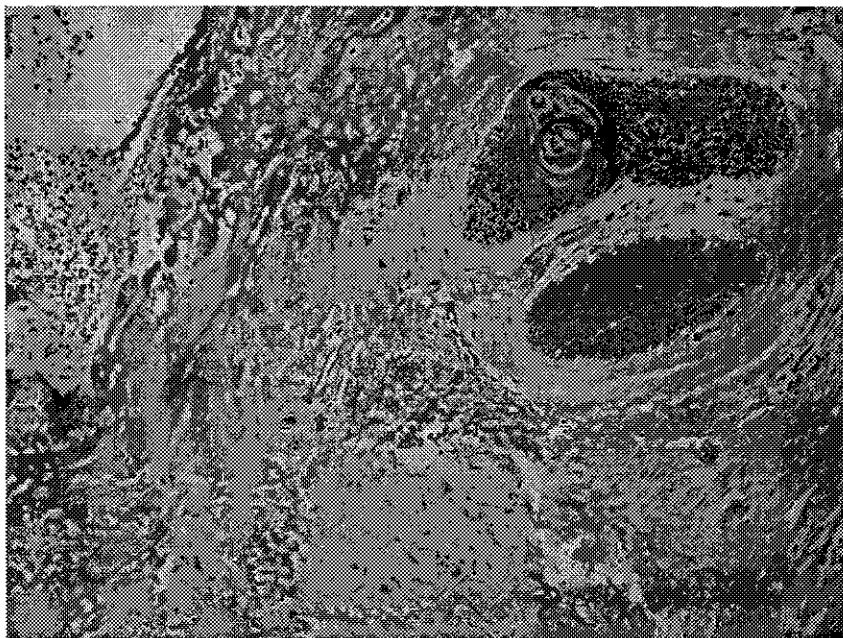
2. ábra

Az elváltozás immár a hajás fejbőrön, a temporalis régióban található. Az arcon a folyamat reakciómentessé vált (2008 június)

bakteriológiai, szövettani és szerológiai vizsgálat nem tudta egyértelműen tisztázni, valamint az UH-on leírt meszesedés miatt is szóba jött a TBC fertőzés lehetősége is. A CT vizsgálat, a Mantoux próba és az elvégzett köpettenyésztés kizárta az aktív TBC-t, ennek ellenére tüdőgyógyász javaslatára gátlószeres kezelés indult (INH, ethambutol, rifampicin).

A klinikai kép, az anamnézisben szereplő depresszió, valamint a beteg vizitek alkalmazásával észlelt emocionális labilitása megerősítették a korábban felmerült artefakt lehetőséget. Klinikánk szakpszichológusával történt többszöri találkozás fényt derített a háttérben álló okokra, melyek részben magánéleti, részben munkahelyi eredetűek voltak. Ezeket a problémákat a beteg a rendelkezésére álló ambivalens megküzdési lehetőségekkel nem volt képes elaborálni. Primitív énvédő mechanizmusok aktiválódtak, mint az elfojtás, és az eltolás. Az elfojtott indulatok pedig önagressziót váltottak ki. Az, hogy a beteg többszöri rákérdezésre is negálta, hogy bármiféle módon megsértette volna magát, a bőr, mint szerv elidegenítését jelentette ebben az esetben. A tartós antibiotikum kúra, illetve a magánéleti és munkahelyi problémák megoldásának hatására 2009. január óta a hegvonalon észlelt krónikus gyulladás megszűnt és újabb heg sem jelentkezett (4. ábra). A pszichoterápia során alkalmazott aktív pszichés vezetés, a relaxációs, és szimbólumterápiák alkalmazása a bőrt újra közvetlen élménytartalommal ruházta fel. A kezelése során a klinikai javulás mellett a beteg konfliktuskezelési repertoárja is kibővült.

Bár a beteg a mai napig is tagadja a saját magán szándékosan ejtett sebek keletkezésének lehetőségét, de az éveken át tartó folyamatos progresszió, illetve a pszichoterápiával párhuzamosan észlelt rapid gyógyulás mindenképp az artefakt diagnózis mellett szól.



3. ábra

A szövettani vizsgálat a malignitást kizárta, chronicus gyulladásra jellemző képet írt le, idegentestet nem identifikált (HE 200X)



4. ábra

A váladékozás megszűnt, a nodus eltűnt, klinikailag jelentős regressziót észleltünk. A pszichológus véleménye szerint magánéleti és munkahelyi problémái nagyrészt megoldódtak (2009. február)

Megbeszélés:

Az artefakt definíciója szerint a beteg tudatosan önmaga által különböző bőrelváltozásokat okoz, melyek erős non-verbális üzenetként, felhívásként, segélykiáltásként értékelendők. A betegek gyakran tagadják az önsértés tényét. A neurotikus exkoriációtól, a Münchhausen szindrómától, hallucinációktól a tudatosság megléte különbözteti meg. A beteg cselekedetének következményivel tisztában van (1). A különböző pszichiátriai kórképek, mint a depresszió, a szorongás, a különböző személyiségzavarok, a disszociatív kórképek és a percepció zavarainak mintegy 25-33%-ában előfordulhat dermatitis artefacta (2, 3, 4, 5). A kórkép bármilyen életkorban előfordulhat azonban serdülőkorban és fiatal felnőttkorban a leggyakoribb, és erős női dominancia jellemzi (6). A betegség pathofiziológiájának nem minden részlete tisztázott, annyi azonban bizonyos, hogy kialakulásában több tényező játszik szerepet. A genetikai háttér és a pszichoszociális faktorok egyaránt fontosak. Gyakran szerepel a beteg kórtörténetében gyermekkorban elkövetett bántalmazás, szexuális zaklatás, egyéb lelki megrázkódtatás, vagy poszttraumás stressz szindróma, illetve a családi anamnézisben fordulhat elő pszichiátriai betegség (7). Általában a betegek maguk vagy valamilyen hozzátartozójuk révén kapcsolódnak az

egészségügyhöz, így többé-kevésbé járatosak az orvosi terminológiában is. A betegek általában jellemző a rigiditás, valamint az éretlen énvédő mechanizmusok túlsúlya (8, 9, 10), melyet ebben az esetben a Rorschach teszt, projektív próba, illetve 2 profilos Szondi teszt is megerősített. Az akut dermatitis artefacta leggyakrabban olyan hirtelen fellépő pszichoszociális stresszfaktor hatására lép fel, amelyet a beteg nem képes feldolgozni. A krónikus dermatitis általában a hosszan tartó szorongás, depresszió, érzelmi nélkülözöttség, instabil testkép, különböző személyiségzavarok fizikai megnyilvánulásai lehetnek. A beteg gyakran szenvedhet egyéb krónikus bőrgyógyászati betegségekben is (acne, alopecia, atópiás dermatitis, krónikus idiopathiás urticaria, psoriasis, rosacea, vagy vitiligo), melyek viselése már súlyos lelki terhet jelent. A saját magán ejtett sebek, újabb érdekes, és megmagyarázhatatlan betegség gyanúját kelthetik, így újra fókuszba kerül valamennyi betegsége, melyekre megoldást, gyógyulást remél. Kiemelt szerephez jut a betegség kialakulásában a környezet is. Gyakori a családi diszfunkció, a szegényes szociális támogatás (11). A diagnózis felállítása nehéz feladat, általában a többi dermatosis kizárásával juthatunk el hozzá. Gyanút kelthet, ha a klinikai kép és a szövettani feldolgozás egymással ellentmondó. Klinikumát tekintve a nagyfokú változékonyság jellemzi, esetenként bizarr, geometrikus, vagy éppen szabályos, lineáris formák képeiben ölthet testet a betegség. Leírtak már pyoderma gangrenosumot, T-sejtes lymphomát, szerzett haemophiliát utánzó klinikai megjelenési formát is (12, 13, 14, 15). A látott klinikai képet legtöbbször meghatározza a károkozás mechanizmusa, többségében felületes eróziókkal (50%), hyperpigmentált maculákkal (30-42%), akár mély elhalásokkal, fekélyekkel (17%), irritáló ágensek okozta dermatitissel (17%), papulákkal (17%), pörkökkel (8%), szokatlan hegekkel (8%) találkozhat a vizsgáló orvos (15). A lokalizációt tekintve a domináns kéz által legkönnyebben elérhető helyek állnak az első helyeken. Tipikus területek az arc (45%), a felső végtag (azaz, a kéz és az alkar, 24%), alsó végtag (31%), törzs (24%), ritkábban érintett a felkar (7%), és a fej bőre (7%) (16). A jelen esettörténetben bemutatott beteg hordozza a típusos artefakt diagnózisához szükséges összes ismertetőjegyet. Az anamnézisben szereplő depresszió, a szabályos, bizarr klinikai tünetek, melyek kialakulásáról ellentmondásos információkat kapunk, az önmagának okozott károkozás tényének tagadása mind-mind gyanút keltő jelek, melyekre a gyakorló orvosnak fel kell figyelnie. A végső diagnózis felállítása jelen esetben nehéz feladat volt, mivel számos egyéb kórkép felmerült a klinikai tünetek háttérében, ezek kizárásával jutottunk el a korrekt kórisméhez.

A betegség sikeres kezeléséhez általában egy bőrgyógyász és egy pszichiáter/pszichológus összehangolt munkájára van szükség. Fontos a stabil orvos-beteg kapcsolat kialakítása, hiszen csak a beteg bizalmát elnyerve lehet alkalmunk a háttérben álló okokra fényt deríteni. Lényeges, hogy kerüljük a szembesítést és közvetlenül az okokra irányuló kérdéseket az első betegvizsgálatok alkalmával. A gyógyuláshoz nélkülözhetetlen az empátiás és támogató

környezet. A gyógyszeres kezelés általában lokális tüneti kezelésekből (debridement, emolliensek, antiszeptikus és antimikrobiális externák), illetve antidepresszánsok, anxiolitikumok, antipszichotikumok beállításából áll (17, 18). Ez az eset jól demonstrálja, hogy a pusztán tüneti terápia elégtelen, hisz a háttérben álló okot nem szüntettük meg. Pszichológus bevonásával, aktív életvezetési tanácsadással, pszichoterápiával sikerült a beteget a gyógyulás útjára irányítani.

A betegség prognózisa jó azon akut esetekben, amikor a stressz egyértelműen azonosítható és a későbbiekben elkerülhető. A krónikus esetek többsége, ahol a provokáló tényező nem identifikálható egyértelműen általában nehezen, vagy egyáltalán nem gyógyítható (19).

A bemutatott esetben a beteg az önsértés tényét végig negálta, azonban a szabályos lineáris elrendeződés, és terjedés, valamint a többször ismételt szövettani, képkeltő, tenyésztéses, és szerológai vizsgálatok eredménytelensége egyre nyilvánvalóbbá tette az artefakt diagnózisát, melyhez végül is az összes szóba került egyéb dermatosis kizárásával jutottunk el.

A szerzők ezen esetismertetés kapcsán szeretnének rávilágítani a polimorf klinikai kép okozta differenciáldiagnosztikai lehetőségek sokaságára, a körkép terápiás nehézségeire, valamint hangsúlyozni a társszakmákkal történő minél szorosabb együttműködés jelentőségét.

IRODALOM

1. *Shah K. N., Fried R. G.*: Factitial dermatoses in children. *Curr Opin Pediatr.* (2006) 18(4), 403-409.
2. *Gupta M. A., Gupta A. K., Ellis C. N., mtsai.* Psychiatric evaluation of the dermatology patient. *Dermatol Clin.* (2005) 23(4), 591-599.
3. *Saez-de-Ocariz M., Orozco-Covarrubias L., Mora-Magana I., mtsai.* Dermatitis artefacta in pediatric patients: experience at the national institute of pediatrics. *Pediatr Dermatol.* (2004) 21(3), 205-211.
4. *Ozmen M., Erdogan A., Aydemir E. H., mtsai.* Dissociative identity disorder presenting as dermatitis artefacta. *Int J Dermatol.* (2006) 45(6), 770-771.
5. *Urpe M., Pallanti S., Lotti T.*: Psychosomatic factors in dermatology. *Dermatol Clin.* (2005) 23(4), 601-608.
6. *Ehsani A. H., Toosi S., Shahshahani M. M., mtsai.* Psychocutaneous disorders: an epidemiologic study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* (2009) 23(8), 945-947.
7. *Gupta M. A., Lanius R. A., Van der Kolk B. A.*: Psychologic trauma, posttraumatic stress disorder, and dermatology. *Dermatol Clin.* (2005) 23(4), 649-656.
8. *Császár Gy., Juhász E.*: A pszichoszomatikus és neurotikus betegségekre vonatkozó komplex, utánkövetéses vizsgálata. Akadémia Kiadó Bp. (1992).
9. *Pennebaker J. W.*: Rejtett érzelmeink, valódi önmaguk. Budapest, Háttér Kiadó (2005).
10. *Grossbart T. A., Sherman C.*: Skin deep: a mind/body program for healthy skin. (1992)
11. *Cohen A. D., Vardy D. A.*: Dermatitis artefacta in soldiers. *Mil Med.* (2006) 171(6), 497-499.
12. *Ilter N., Adisen E., Gurer M. A., mtsai.* Dermatitis artefacta masquerading as pyoderma gangrenosum. *Int J Dermatol.* (2008) 47(9), 975-977.
13. *Harries M. J., McMullen E., Griffiths C. E.*: Pyoderma gangrenosum masquerading as dermatitis artefacta. *Arch Dermatol.* (2006) 142(11), 1509-1510.
14. *Brod C. S., Garbe C., Schleicher J., mtsai.* Acquired haemophilia mimicking dermatitis artefacta. *Acta Derm Venereol.* (2009) 89(2), 194-195.
15. *Angus J., Affleck A. G., Croft J. C., mtsai.* Dermatitis artefacta in a 12-year-old girl mimicking cutaneous T-cell lymphoma. *Pediatr Dermatol.* (2007) 24(3), 327-329.
16. E-medicine: Dermatitis artefacta
17. *Gupta M. A., Gupta A. K.*: The use of antidepressant drugs in dermatology. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* (2001) 15(6), 512-518.
18. *Garnis-Jones S., Collins S., Rosenthal D.*: Treatment of self-mutilation with olanzapine. *J Cutan Med Surg.* (2000) 4(3), 161-163.
19. *Koblentz C. S.*: Dermatitis artefacta. Clinical features and approaches to treatment. *Am J Clin Dermatol.* (2000) 1(1), 47-55.

Érkezett: 2012. 09. 19.

Közlésre elfogadva: 2013. 01. 20.