

Artefakt Dermatiti nedir? Bir gözden geçirme

What is Artifact Dermatitis? A review

Ahmet Kerim Demirbaş¹, Çiçek Hocaoğlu²

¹ Arş. Gör. Dr., Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Rize/Türkiye, ahmet_199819@hotmail.com, 0009-0008-3031-6766

² Prof. Dr., Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Rize/Türkiye, cicekh@gmail.com. 0000-0001-6613-4317

ÖZ

Artefakt dermatiti, bilinçli veya bilinçdışı olarak herhangi bir tatmin sağlamak için kişinin kendi cilt bütünlüğüne zarar vermesi olarak tanımlanabilir. Genel olarak artefakt dermatitinde kadın üstünlüğü vardır. Dermatoloji hastaları arasındaki prevalansı da yaklaşık %0.3'tür. Hastalık genellikle geç ergenlik ve erken erişkinlikte başlar. Etiyolojik faktörler arasında bozuk kişiler arası ilişkiler, duygusal olgunlaşmamışlık gibi psikososyal sorunlar ve depresyon, anksiyete, kişilik bozuklukları, somatoform bozukluklar gibi psikiyatrik durumlar suçlanmıştır. Artefakt dermatiti lezyonlarının sınırları genellikle belirgindir ve geometrik şekiller oluşturur. Ancak hiçbir dermatoza uymayan atipik şekiller de görülebilir. Lezyonların türü sıklıkla ekskoriyasyon, ülser, bül ve pannikülit şeklindedir. Artefakt dermatiti tanısının koyulması oldukça zordur ve tanı koyulması için öncelikle bu durumdan şüphelenilmesi gerekir. Deri biyopsileri de spesifik değildir ancak çok çekirdekli keratinositler, epidermal nekroz, supepidermal bül gibi bulgular biyopside tespit edilebilir. Artefakt dermatitinin ayırıcı tanısında bir çok psikiyatrik ve dermatolojik hastalık bulunur. Deri yolma bozukluğu, trikotillomani, Munchausen sendromu gibi hastalıklar karışabilecek psikokutanöz hastalıklardandır. Dermatolojik hastalıklar arasında da özellikle ülser lezyonları olanlarda piyoderma gangrenozum önemli bir ayırıcı tanıdır. Artefakt dermatiti tedavisinde cilt lezyonları ve psikiyatrik durum ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Psikoterapi yöntemleri tedavide oldukça fayda sağlayabilir. Tedavi sırasında da hastaya suçlayıcı tavırda olmamak oldukça önemlidir. Psikiyatrik ilaç olarak da antidepresanlar, antipsikotikler veya sedatifler kullanılabilir. Hastada depresyon bulguları varsa SSRI'lar ilk tercih edilen ilaçlar olmalıdır. Kaşıntı ve uykusuzluk çeken hastalar için trisiklik antidepresanlar da faydalıdır. Antipsikotikler ise psikotik özellikleri olan hastalarda faydalı olabilir ancak bunlar güçlü yan etkileri nedeniyle uzun süre kullanılmamalıdır. Deri lezyonlarının tedavisinde de ihtiyaç duyulursa antibiyotik ilaçlar ve yara iyileştirici kremler kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler:
Artefakt Dermatiti, Psikokutanöz Hastalıklar, Tanı, Tedavi

Key Words:
Dermatitis Artefacta,
Psychocutaneous Disorders,
Diagnosis, Treatment

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:
Arş. Gör. Dr., Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Rize/Türkiye, ahmet_199819@hotmail.com, 0009-0008-3031-6766

DOI:
10.52880/sagakaderg.1363787

Gönderme Tarihi/Received Date:
20.09.2023

Kabul Tarihi/Accepted Date:
10.07.2024

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
30.09.2024

ABSTRACT

Dermatitis artefacta can be defined as the deliberate or unconscious act of damaging one's own skin integrity for the purpose of obtaining any form of satisfaction. Generally, artifact dermatitis is more prevalent among women. Its prevalence among dermatology patients is also approximately 0.3%. The condition typically begins in late adolescence and early adulthood. Among the etiological factors, issues such as impaired interpersonal relationships, emotional immaturity, and psychiatric conditions like depression, anxiety, personality disorders, and somatoform disorders have been implicated. The boundaries of dermatitis artefacta lesions are usually distinct and form geometric shapes. However, atypical shapes that do not correspond to any dermatosis can also be observed. The types of lesions often include excoriation, ulcer, bulla, and panniculitis. Diagnosing artifact dermatitis is quite challenging and requires suspicion of this condition as a first step. Skin biopsies are not specific, but findings such as multinucleated keratinocytes, epidermal necrosis, and subepidermal bullae can be detected in biopsies. The differential diagnosis of dermatitis artefacta includes numerous psychiatric and dermatological diseases. Conditions such as dermatillomania, trichotillomania, and Munchausen syndrome are examples of psychocutaneous disorders that can be confused. Among dermatological diseases, pyoderma gangrenosum, particularly in cases with ulcerative lesions, is an important differential diagnosis. In the treatment of dermatitis artefacta, skin lesions and psychiatric conditions should be evaluated separately. Psychotherapeutic methods can be highly beneficial in treatment. It is essential not to adopt an accusatory attitude towards the patient during treatment. Psychiatric medications such as antidepressants, antipsychotics, or sedatives can also be used. If signs of depression are present, SSRIs should be the first-line choice. Tricyclic antidepressants can also be useful for patients experiencing itching and insomnia. Antipsychotics may be helpful for patients with psychotic features, but due to their significant side effects, they should not be used for extended periods. If necessary, antibiotic drugs and wound healing creams can be used for treating skin lesions.

GİRİŞ

Artefakt dermatiti, hasta rolünü üstlenmeye yönelik bilinçli veya bilinçsiz bir arzuyu tatmin etmek için kendi kendine cilt hasarının oluşturulduğu bir durumdur (Huffman JC, Stern TA., 2003). Hastalar genellikle davranışlarının sorumluluğunu doktorlarından gizlemektedirler. Artefakt dermatiti her kronik, ilginç ve tekrarlayan dermatozun ayırıcı tanısında yer almalıdır (Pradhan S, Sirka CS, Dash G, Mohapatra D., 2019; Lavery MJ, Stull C, McCaw I, Anolik RB, 2018).

Kişinin kendi kendine oluşturduğu deri belirtileri için birçok farklı tanım kullanılmıştır. Avrupa Dermatoloji ve Psikiyatri Derneği daha sonra içinde artefakt dermatitini de içeren faktisiyel hastalıklar terimini önermiştir (Gieler U, Consoli SG, Tomas-Aragones L, et al., 2013).

Artefakt dermatiti, ikincil kazanç amacıyla cilt hasarının uygulanabileceği temaruzdan ayırt edilmelidir. Munchausen sendromu da artefakt dermatitine benzer ancak Munchausen sendromunda, hasta genellikle abartılı, oldukça dramatize edilmiş bir öykü sergiler ve tekrarlayan hastane başvuruları öyküsü ile birlikte diğer organ tutulumlarına sahiptir. (Rodriguez Pichardo A, Garcia Bravo B., 2013, Ring HC, Smith MN, Jemec GB., 2014).

Artefakt dermatiti ile ilgili ilk vaka serilerinden biri 1909'da Azúa tarafından yayınlandı. "Histerik kangren" teşhisi konan 4 kadının vakalarını inceledikten sonra, bir vakanın histerik kökenli olduğunu doğrularken kalan diğer 3 vakayı yapay bir dermatoz olarak tanımlamıştır (F. Heras-Mendoza., 2009).

Bu makalenin amacı, artefakt dermatitini tanımlamak, özelliklerini ortaya koymak, tanı ve tedavi yaklaşımlarını diğer yayınlanan makaleler ışığında yorumlamaktır.

Epidemiyoloji

Kadın-erkek oranları için rakamlar büyük farklılıklar gösterebilmektedir. Bunun nedeni, bazı serilerde Munchausen sendromlu hastalar, trikotilomani, nevrotik ekskoriasyonlar ve malingering tabloları artefakt dermatiti başlığı altında yer almaktadır (Sheppard M.P, O'Laughlin S., Malone J.P., 1986; Koblenzer C.S., 1999).

Dermatoloji hastaları arasında prevalans yaklaşık %0.3 olarak belirtilmiştir. (Murray AT, Goble R, Sutton GA., 1998). Dermatoloji kliniklerinde görülme oranı da %0.05 ile %0.5 arasında değişmektedir (Aksaray G, Kaptanoğlu M, 1999). Dermatologlara öncelikle psikiyatrik olan hastalıkla başvuran hastalarla ilgili bir çalışmada, yaklaşık 35 hastada (neredeyse üçte biri) artefakt dermatiti var olduğu belirtilmiştir. (Koblenzer, C. S., 2000).

Genel olarak, artefakt dermatitinde kadın üstünlüğü vardır. Kadın erkek oranının ortalama 20:1 ile 4:1 arasında değiştiği bildirilmiştir (Wong JW, Nguyen TV, Koo JY., 2013). Hastalık daha çok geç ergenlik ve erken erişkinlikte başlama eğiliminde olsa da her yaşta başlayabilir. Literatürde en erken sekiz yaşındaki bir çocukta başladığı da belgelenmiştir. (Chandran V, Kurien G., 2023).

Artefakt dermatitinin, tıp bilgisi olan kişilerde daha yaygın görüldüğü düşünülmektedir. Ancak bu önyargının, medyaya ve internete daha fazla erişimi olan modern ve bilgili bir toplumda daha az belirgin olabileceği belirtilmiştir. (Chandran V, Kurien G., 2023). Ayrıca ailesinde sağlık çalışanı olan kişilerde de artefakt dermatitinin daha sık görülebileceği düşünülmektedir. Bunun nedeninin, bu kişilerde hipokondriyak bir eğilim olabilmesi veya aileyle iletişim kurmak için var olan gerçek hastalığı yanıltıcı bir şekilde ortaya koymaya eğilimlerinin olmasının olabileceği belirtilmiştir. (Wong JW, Nguyen TV, Koo JY., 2013).

Yapılan bir çalışmada bekar yaşayan kadınlarda hastalığın daha sık rastlandığı görülmüştür (Pichardo AR, Bravo BG., 2013). Bu bilgi literatürdeki diğer çalışmalarla paraleldir. Yapılan başka bir çalışmada da artefakt dermatiti tanısı konmuş hastaların %40'ı ilköğretim mezunuydu ve %80'i hiç çalışmıyordu (Koblenzer CS, Gupta R., 2013). Bu durum eğitim düzeyi daha düşük olan kişilerde hastalığın daha sık görülebileceğini düşündürmektedir.

Etiyoloji

Temaruzdan farklı olarak artefakt dermatitinde genelde bilinçli olarak aranan doğrudan bir fayda yoktur. Hasta, genellikle fark edilme veya bakım alma gibi içsel bir psikolojik ihtiyacı karşılamak için lezyonlara neden olur. Etiyolojik faktörler olarak çeşitli psikososyal çatışmalar, duygusal olgunlaşmamışlık, bilinçsiz motivasyonlar ve bozuk kişilerarası ilişkiler suçlanmıştır (Mohandas P, Ravenscroft JC, Bewley A., 2018).

Hastaların çoğunda depresyon ve anksiyete dahil olmak üzere bir tür psikiyatrik komorbidite vardır. Depresyon ve anksiyete eşlik eden hastalarda ölüm gibi olumsuz deneyimler daha sık yaşanmıştır. Kişilik bozuklukları daha az olmakla birlikte bazı çalışmalarda bildirilmiştir (Økland C, Petersen NE, Bygum A., 2016). Kişilik bozukluklarından borderline kişilik bozukluğu en sık görülenlerden biridir. Ayrıca bağımlı olma, manipülatif davranışlar sergileme de artefakt dermatitli hastalarda sık görülür (Lavery MJ, Stull C, McCaw I, Anolik RB, 2018). Artefakt dermatiti, kendinden nefret ve suçluluk ile de ilgili olabilir (Aksaray G, Kaptanoğlu M, 1999).

Son zamanlarda yapılan meta analizlerden birinde artefakt dermatiti olan hastalarda var olan psikiyatrik hastalıklar ve stresör faktörler belirlenmiştir. Psikiyatrik hastalıklar sırası ile depresyon, madde kullanımı, somatoform bozukluklar, anksiyete, kişilik bozukları, demans ve post travmatik stres bozukluğudur. Stresör faktörler ise aile ilişkilerinde bozukluk, duygusal ilişki yaşanan kişi ile anlaşamama, yakını kaybetme, akademik stresler, işsizlik ve zorbalığa uğramak olarak belirlenmiştir (Rajkumar RP., 2021). Covid-19 döneminde de pandemi ile ilişkili artefakt dermatiti vakaları bildirilmiştir (Adebanjo GAR, Parisella FR, Cittadini A, Luzi F, Tammara A., 2019).

Çocuklar, kaygı veya sorunlarla olgunlaşmamış baş etme tarzları çeşitli psikososyal streslerle ilişkilendirebilir. Artefakt dermatiti çocuklarda okul fobisi gibi nedenlerden dolayı öfkeyi ve otoriteyle çatışmayı sembolize edebilir (Aksaray G, Kaptanoğlu M, 1999).

Klinik görünüm

Artefakt dermatitinde klinik çok farklı biçimlerde ortaya çıkabilir ve birçok hastalıkla karışabilir. Lezyonlar genelde monomorfiktir ve şekilleri zarar verme yöntemine göre değişir. Genellikle sınırları iyi çizilmiştir, keskin kenarlara sahiptir ve geometrik şekiller oluşturur. Bunun yanında hiçbir dermatoza uymayan atipik şekillerin de görülebileceği belirtilmiştir (Kuhn H, Mennella C, Magid M, Stamu-O'Brien C, Kroumpouzou G., 2017).

Klinik lezyonlar, ekzoriyasyon, ülser, bül, pannikülit, lokalize kabuklanma, egzamatöz lezyonlar, ödem, purpura ve ekimoz, alopesi, eritematöz papül, tırnak deformitesi, postinflamatuar hiperpigmentasyon şeklinde olabilir. A. Rodríguez Pichardo ve B. García Bravo'nun 2013 yılında yayınlanan bir çalışmasında, 201 artefakt dermatitli hastada ekzoriyasyon ve ülser %25.8 ile ilk sırada, bül %10.3 ile ikinci sırada, pannikülit %3.4 ile üçüncü sıradadır (Rodríguez Pichardo A, Garcia Bravo B., 2013). En sık etkilenen bölgeler yüz (%34,5), alt ekstremitte (%25), üst ekstremitte (%16,6) ve ellerdir (%15,5) (Kuhn H, Mennella C, Magid M, Stamu-O'Brien C, Kroumpouzou G., 2017).

Ekzoriyasyonlar genellikle doğrusaldırlar ve çeşitli keskin nesnelere de kullanılabilmesine rağmen çoğunlukla tırnaklarla oluşturulur. Ülserler diğer bir sık görülen lezyondur ve artefakt dermatitinin piyoderma gangrenozum ile sıkça karışmasına neden olabileceği belirtilmiştir (Elghazouani F, Barrimi M, Hlal H., 2017). Ülserler geç aşamada skar olarak da görülebilir ve genelde anormal şekillidir. Büller genelde uzunlamasına, köşeli, poligonal, çok büyük ve bazen birkaç loblu olabilirler. Çoğu zaman, büllerin, ülserasyonlar,

kabuklanmalar ve eritem gibi diğer lezyonlarla birlikte bulunduğu belirtilmiştir (Rodríguez Pichardo A, Garcia Bravo B., 2013).

Lezyonlar genelde daha önceden normal olan ciltte ortaya çıkar ancak var olan bir lezyon üstüne de faktisiyel olarak oluşturulabilir. Lezyonlar daha çok baskın elin ulaşabildiği yerlerde ortaya çıktığı için asimetriktir (Gieler U, Consoli SG, Tomas-Aragones L, et al., 2013).

Hastalar genellikle kaygılı, ketum ve içine kapanıktır. Verdikleri cevaplar çekingen özelliktedir. Klasik olarak hikâyelerinde bir boşluk vardır ve sorulara müphem yanıtlar verirler. Önceki gidilen doktorlardan yana bir hayal kırıklığı ifade ettikleri açıklanmıştır (Millard J, Millard L., 2014).

Muayenede hastanın üzerinde durduğu nokta, komplikasyonlar ve tedavinin yeterli olmadığıdır. Hastalarda "la belle indifference" adı verilen güzel bir aldırma vardır. Hastada hastalığa konsantre olamama görülürken hasta yakınları genelde sinirli ve telaşlı olarak tanımlanmıştır (Tittelbach J, Peckruhn M, Elsner P., 2018; Persad L, Salim S, Motaparathi K., 2017, Gupta MA, Pur DR, Vujcic B, Gupta AK., 2017; Lee HG, Stull C, Yosipovitch G., 2017).

TANI

Artefakt dermatiti tanısı oldukça zordur ve ciddi bir klinik şüphe gerektirir. Birçok dermatolojik hastalık artefakt dermatiti ile karışabilir. Bunun yanında belirli bir organik hastalığın da artefakt dermatiti olarak maskelenebileceğini unutmamak gerekir. Artefakt dermatiti aslında bir dışlama tanısı olarak kabul edilmektedir.

Lezyonların kapatılması, organik patoloji ile artefakt dermatiti arasında ayırım yapmaya yardımcı olabilir. Daha önce hiçbir tedaviye yanıt vermeyen lezyonların kapatıldığında iyileşmesi oldukça tipiktir (Navin Mukundu Nagesh, Richard Barlow, Padma Mohandas, Maria-Angeliki Gkini, Anthony Bewley., 2023).

Artefakt dermatiti şüpheli olgularda tanı bireye, lezyona özel uygulanabilir ve altta yatan enflamatuar, otoimmün veya aşırı duyarlılık gibi organik patolojiyi ekarte etmek için biyokimyasal, mikrobiyolojik ve/veya radyolojik araştırmalar gerekebilir. Lezyonların baskın elin ulaşabildiği yerlerde oluşması, tedaviye yanıt vermemesi, atipik dermatolojik prezantasyonda olması şüpheli bulgulardır.

Deri biyopsileri spesifik değildir. Ancak artefakt dermatitinde hafif enflamasyon, çok çekirdekli keratinositler, yırtılmış kollajen lifleri ve spesifik olmayan ülserasyon görülebilir (Tittelbach J, Peckruhn M, Elsner P., 2018).

Son zamanlarda 5 ve daha fazla çekirdekli keratinositler artefakt dermatiti için önemli bir histopatolojik bulgu sayılmıştır. Özellikle epidermal nekroz, subepidermal bül ve uygun klinik görünümle birleştiğinde değeri daha da artmaktadır. Bunun yanında çok çekirdekli keratinositler az sayıda olsa da başka hastalıklarda da görülebildiği için spesifik değildir (Gutierrez D, Schowalter MK, Piliang MP, 2016).

Ayırıcı Tanı

Artefakt dermatiti birçok farklı dermatolojik ve psikiyatrik hastalığı taklit edebileceği için ayırıcı tanıda birçok organik durum bulunmaktadır. Deri yolma bozukluğu, temaruz, Munchausen sendromu, delüzyonel parazitoz ve kasıtlı kendine zarar verme, trigeminal trofik bozukluk gibi artefakt dermatiti ile karışabilecek psikokutanöz hastalıklar bulunur (Raizada A., Panda M., Dixit N., Hassanandani T., 2020, Koblenzer CS, Gupta R., 2013).

Deri yolma bozukluğu, kasıtlı kendine zarar verme, delüzyonel parazitoz gibi hastalıklarda artefakt dermatitinde farklı olarak kişiler kendine zarar verme konusunda isteklidir. Munchausen sendromlu hastalar, klinisyenlerin dikkatini çekmek için olayları benzersiz ve canlı bir şekilde hatırlarlar ve hasta numarası yaparlar. Temaruzda da hastalar şikayetlerini genelde net bir dille aktarırlar (Boyd AS, Ritchie C, Likhari S., 2014).

Artefakt dermatiti ayrıca şizofreni, otizm, öğrenme bozukluğu gibi kompleks psikiyatrik hastalıklarla ilişkili olabilir (Isiyel E, Ersoy Evans S, Akar HT, et al., 2021).

Çocuklarda ve ergenlerde cinsel istismar da primer ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır (Ring HC, Miller IM, Benfeldt E et al., 2015).

Artefakt dermatitinin sık görülen klinik formlarından biri de ülserdir. Diğer bir ülser şeklinde klinik veren hastalık olan piyoderma gangrenozum (PG) ile bu nedenle sıklıkla karışabilmektedir (15). Bir nötrofilik dermatoz olarak kabul edilen PG, başlangıçta eritematöz bir papül olarak ortaya çıkar, hızla eritematöz-mor altı oyulmuş bir sınır ile derin, ağrılı bir ülserle ilerler.

Kontakt dermatit, bakteriyel, fungal veya viral cilt enfeksiyonları, ilaç reaksiyonları, vaskülit, pannikülit, skuamoz hücreli karsinom gibi cilt kanserleri, immünobüllöz hastalıklar, porphyria cutanea tarda, epidermolizis büllöza, amiloidoz, kutanöz lenfoma diğer ayırıcı tanıda yer alması gereken diğer dermatolojik hastalıklardır (Lavery MJ, Stull C, McCaw I, Anolik RB., 2018; Singh S, Chikhalkar S, Kabbannavar YR., 2023; Basfar L, Almadfaa A, Nazer BA, Al Hawsawi K, Khayyat ST., 2023). Özellikle çocuklarda purpura elementer lezyonu olan artefakt dermatiti, Henoch-

Schönlein purpura, idiyopatik trombositopenik purpura (ITP) ve trombotik trombositopenik purpura (TTP) ile sıkça karışabilmektedir (Chen Y, Li L, Lu J., 2022). Artefakt dermatiti sanılıp daha sonra sekonder sifiliz tanısı konan bir vaka da yayınlanmıştır (Kłosowicz A, Pizun A, Pastuszczak M, Obtulowicz A, Bronikowska A, Spałkowska M, Dyduch G, Wojas-Pelc A, 2022).

TEDAVİ

Artefakt dermatitinde deri lezyonlarının ve psikiyatrik durumun tedavisi ayrı değerlendirilmelidir. Deri lezyonları artefakt dermatitinde genelde enfekte olma eğilimli olduğundan topikal antibiyotiklerin ve ciddi bir enfeksiyon bulgusu varsa oral antibiyotiklerin kullanılması gerekebilir. Altta yatan ruh sağlığı bozukluğu da ele alınmalı ve tedavi edilmelidir. Hekimin artefakt dermatiti hastasının lezyonlarını kendi kendini oluşturduğunu ancak bunu kabul etmesinin zor olacağını bilmesi gerekir, suçlayıcı ve kaba sözler kullanmaktan kaçınmalıdır. Empatik yaklaşım iyi bir terapötik iletişimin kurulmasına yardımcı olabilir (Gordon-Elliott JS, Muskin PR., 2013).

Psikoterapi, bir kişinin düşüncelerinin, duygularının ve davranışlarının yaşam işlevlerini iyileştirmek için değiştirildiği bir tedavi süreci türüdür. Artefakt dermatitinde kullanılan farklı psikoterapi kategorileri, psikodinamik psikoterapi, bilişsel-davranışçı terapi ve aile terapisi. Psikoterapi, artefakt dermatiti ve altta yatan kişilik bozuklukları olan hastalar için birinci basamak tedavi olarak düşünülebilir (Shivakumar S, Jafferany M, Kumar SV, Sood S., 2021).

Farklı psikoterapi türleri arasında psikodinamik psikoterapinin en yararlı olduğu bulunmuştur. Bunun nedeninin hastalığı tetikleyebilecek altta yatan bilinçdışı çatışmaları ortaya çıkarmaya yardımcı olması düşünülmektedir. Psikodinamik psikoterapi hastaları özgürce konuşmaya teşvik eder ve sorunlarına neden olan çeşitli faktörleri anlamalarına yardımcı olur (Tomas-Aragones L, Consoli SM, Consoli SG, et al., 2017).

Genelde psikiyatrik olarak kullanılan ilaçlar antipsikotikler, antidepresanlar ve sedatiflerdir. Ağrı hissedilen durumlarda NSAID'ler reçete edilebilir ancak bağımlılık riski olan opioid ilaçlardan uzak durulmalıdır (Chatterjee SS, Mitra S., 2016; Gupta MA, Jarosz P, Gupta AK., 2017; Sarin A, Ummer SA, Ambooken B, Gawai SR., 2016; Patra S, Sirka CS., 2016).

Hastada psikiyatrist tarafında belirlenen depresyon varsa çalışmalarda SSRI'ların ilk tercih edilmesi gereken ilaç olduğu belirtilmektedir. Trisiklikler de kaşıntı ve uykusuzluk çeken hastalar için yararlıdır. Trisiklikler ayrıca ağrı ve depresyonu hafifletmeye yardımcı olur.

Uzun süreli antipsikotik kullanımından kaçınılmalıdır çünkü bunların da güçlü yan etkileri vardır. Ancak sanrılı ve psikotik özellikleri olan hastalarda antipsikotikler faydalı olabilir (Aksaray G, Kaptanoğlu M, 1999). Atipik antipsikotik olan olanzapinin büyük bir potansiyeli var gibi görünmektedir (Nayak S, Acharjya B, Debi B, Swain SP, 2013). Risperidon ve aripiprazol gibi antipsikotik ilaçlar, ek antidepresan özellikleri nedeniyle tercih edilebilen tedavidir. Ekstrapiramidal etkileri nedeniyle pimozid artık birinci basamak tedavi olarak kabul edilmemektedir (Ferri JVV, de Araujo DB., 2019).

Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalardaki gibi yüksek doz SSRI'ların artefakt dermatitinin tedavisinde etkili olduğu bulunmuştur. Bir çalışma yüksek doz sertralin (200 mg/gün) ile tedavi edilen artefakt dermatiti olan hastalarda pozitif yanıt bulmuştur. SSRI'lara yanıt vermeyen hastalarda düşük doz atipik antipsikotikler eklenebilir (Koparde V, Patil S, Patil S., 2018).

SONUÇ

Artefakt dermatiti hem psikiyatri hem de dermatoloji kliniklerinde tanının zor koyulduğu ve tedavi başarısının çok yüksek olmadığı psikokutanöz bir hastalıktır. Diğer çoğu psikokutanöz hastalıktan farklı olarak hastanın cildine zarar vermesi altındaki motivasyonun bilinçsiz olması hastalığın zorluğunu desteklemektedir. Ayırıcı tanıda diğer dermatolojik hastalıklardan ayırt edilmesi için psikiyatrik muayene de oldukça önem kazanmaktadır. Hastanın ilk veya tekrarlayan ziyaretlerinde verdiği hikayedeki tutarsızlık, var olan klinik ile tezat bir tavır, tedaviye uyumsuzluk veya tedaviyi yarıda bırakma artefakt dermatitinde tipiktir. Ayrıca lezyonlar genelde tam olarak bir dermatolojik hastalık tanımına uymaz ve çeşitlidir. Artefakt dermatiti tedavisinin multidisipliner yönetilmesi oldukça önemlidir. Psikiyatri ve dermatolog iş birliği tedavi şansına oldukça arttırır. Psikiyatrik açıdan özellikle psikodinamik psikoterapi ve ilaç tedavileri öne çıkar. Psikoterapiler ile altta yatan bilinçdışı motivasyonlar ortaya çıkarılmaya çalışılır. Antidepresanlar ve antipsikotikler de sıkça kullanılır. Hastalık hakkında daha fazla çalışma yapılması tedavi seçeneklerini genişleterek iyileşme şansını arttırabilir. Ancak artefakt dermatitinde etioloji ve klinik kişiye özel oldukça çeşitli olacağı için tedavi başarısının kısıtlılığının yadsınamaz bir gerçek olduğu kanaatindeyiz.

KAYNAKÇA

Adebanjo, G. A. R., Parisella, F. R., Cittadini, A., Luzi, F., & Tammara, A. (2020). A case of dermatitis artefacta during a pandemic. *Dermatology Therapy*, 33(6), e14235.

Aksaray, G., & Kaptanoğlu, M. (1999). Dermatitisi Artefacta'nın Psikiyatrik Yönleri. *T Klin J Dermatol*, 9, 193-196.

Basfar, L., Almadfaa, A., Nazer, B. A., Al Hawsawi, K., & Khayyat, S. T. (2023). Dermatitisi Artefacta: A Challenging Case Report. *Cureus*, 15(1), e34244.

Boyd, A. S., Ritchie, C., & Likhari, S. (2014). Munchausen syndrome and Munchausen syndrome by proxy in dermatology. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 71, 376-381.

Chandran, V., & Kurien, G. (2023). Dermatitisi Artefacta. [Updated 2022 Jul 12]. Publishing.

Chatterjee, S. S., & Mitra, S. (2016). Dermatitisi Artefacta Mimicking Borderline Personality Disorder: Sometimes, Skin Could Be Misleading. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 14(3), 311-313.

Chen, Y., Li, L., & Lu, J. (2022). Purpura with regular shape in an adolescent: Beware of dermatitisi artefacta. *Frontiers in Pediatrics*, 10, 959064.

El Kissi, Y., Chhoumi, M., Nakhli, J., et al. (2014). Life events and quality of life in female patients with dermatitisi artefacta: a comparative study with siblings and controls. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 1614-1619.

Elghazouani, F., Barrimi, M., & Hlal, H. (2017). L'image du mois. Dermatopathomimie [Image of the month. Dermatitisi Artefacta.]. *Rev Med Liege*, 72(12), 521.

Heras-Mendoza, F. (2009). Dermatitisi artefacta cien años atrás, por Juan de Azúa. *Actas Dermosifiliogr*, 100, 657-660.

Ferri, J. V. V., & de Araujo, D. B. (2019). Dermatitisi artefacta mimicking cutaneous vasculitis: Case report and literature overview. *Reumatologia*, 57(2), 106-108.

Gieler, U., Consoli, S. G., Tomas-Aragones, L., et al. (2013). Self-inflicted lesions in dermatology: Terminology and classification—a position paper from the European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP). *Acta Dermatovenereologica*, 93, 4-12.

Gordon-Elliott, J. S., & Muskin, P. R. (2013). Managing the patient with psychiatric issues in dermatologic practice. *Clinical Dermatology*, 31, 3-10.

Gupta, M. A., Jarosz, P., & Gupta, A. K. (2017). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and the dermatology patient. *Clinical Dermatology*, 35(3), 260-266. doi: 10.1016/j.clinidermatol.2017.01.005. Epub 2017 Jan 22.

Gupta, M. A., Pur, D. R., Vujcic, B., & Gupta, A. K. (2017). Suicidal behaviors in the dermatology patient. *Clinical Dermatology*, 35(3), 302-311.

Gutierrez, D., Schowalter, M. K., Piliang, M. P., et al. (2016). Epidermal multinucleated keratinocytes: A histopathologic clue to dermatitisi artefacta. *Journal of Cutaneous Pathology*, 43, 880-883.

Huffman, J. C., & Stern, T. A. (2003). The diagnosis and treatment of Munchausen's syndrome. *General Hospital Psychiatry*, 25, 358-363.

Isiyel, E., Ersoy Evans, S., Akar, H. T., et al. (2021). Challenging diagnosis and rare disease in children: Dermatitisi artefacta. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 57, 1710-1712.

Kłosowicz A, Pizun A, Pastuszczyk M, Obtułowicz A, Bronikowska A, Spałkowska M, Dyduch G, Wojas-Pelc A. Large syphilitic gumma on the face mimicking dermatitisi artefacta. *Postepy Dermatol Alergol*. 2022 Oct;39(5):996-997.

Koblentz, C. S., & Gupta, R. (2013). Neurotic excoriations and dermatitisi artefacta. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*, 32, 95-100.

Koblentz, C. S. (2000). Dermatitisi Artefacta. *American Journal of Clinical Dermatology*, 1(1), 47-55.

Koparde, V., Patil, S., & Patil, S. (2018). Dermatitisi artefacta (factitious dermatitisi) responding to high-dose sertraline. *Journal of Mental Health and Human Behavior*, 23(1), 67-68.

Krooks, J. A., Weatherall, A. G., & Holland, P. J. (2018). Review of epidemiology, clinical presentation, diagnosis, and treatment of common primary psychiatric causes of cutaneous disease. *Journal of Dermatological Treatment*, 29(4), 418-427.

Kuhn, H., Mennella, C., Magid, M., Stamu-O'Brien, C., & Kroumpouzos, G. (2017). Psychocutaneous disease: Clinical perspectives. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 76(5), 779-791.

- Lavery, M. J., Stull, C., McCaw, I., & Anolik, R. B. (2018). Dermatitis artefacta. *Clinical Dermatology*, 36(6), 719-722.
- Lee, H. G., Stull, C., & Yosipovitch, G. (2017). Psychiatric disorders and pruritus. *Clinical Dermatology*, 35(3), 273-280.
- Millard, J., & Millard, L. (2014). Factitious skin disorder (dermatitis artefacta). In: Bewley A, Taylor RE, Reichenberg RS, Magid M, eds. *Practical Psychodermatology*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell, pp. 142-149.
- Mohandas, P, Ravenscroft, J. C., & Bewley, A. (2018). Dermatitis artefacta in childhood and adolescence: a spectrum of disease. *Giornale Italiano di Dermatologia e Venereologia*, 153(4), 525-534.
- Murray, A. T., Goble, R., & Sutton, G. A. (1998). Dermatitis artefacta presenting as a basal cell carcinoma--An important clinical sign missed. *British Journal of Ophthalmology*, 82, 97.
- Navin Mukundu Nagesh, Richard Barlow, Padma Mohandas, Maria-Angeliki Gkini, Anthony Bewley. (2023). Dermatitis artefacta. *Clinics in Dermatology*, 41(1), 10-15.
- Nayak, S., Acharjya, B., Debi, B., & Swain, S. P. (2013). Dermatitis artefacta. *Indian Journal of Psychiatry*, 55(2), 189-191.
- Økland, C., Petersen, N. E., & Bygum, A. (2016). Dermatitis artefacta [Dermatitis artefacta]. *Ugeskrift for Laeger*, 178(6), V10150786. (Danish)
- Patra, S., & Sirka, C. S. (2016). Attention deficit hyperactivity disorder presenting as dermatitis artefacta. *Journal of Pediatric Neuroscience*, 11(1), 80-82.
- Persad, L., Salim, S., & Motaparthy, K. (2017). Factitious Dermatitis Due to Thermal Burn With Histologic Features Simulating Fixed Drug Eruption. *American Journal of Dermatopathology*, 39(8), 622-624.
- Pichardo, A. R., & Bravo, B. G. (2013). Dermatitis artefacta: A review. *Actas Dermosifiliográficas*, 104, 854-866.
- Pradhan, S., Sirka, C. S., Dash, G., & Mohapatra, D. (2019). Dermatitis Artefacta in a Child: An Interesting Morphological Presentation. *Indian Dermatology Online Journal*, 10(1), 72.
- Raizada, A., Panda, M., Dixit, N., & Hassanandani, T. (2020). Dermatitis Artefacta Presenting as Dermatomyositis: A Diagnostic Conundrum. *Indian Dermatology Online Journal*, 11(4), 629-631.
- Rajkumar, R. P. (2021). Psychiatric comorbidities in dermatitis artefacta: A systematic review and meta-analysis. *CosmoDerma*, 1, 49.
- Ring, H. C., Miller, I. M., Benfeldt, E., et al. (2015). Artefactual skin lesions in children and adolescents: Review of the literature and two cases of factitious purpura. *International Journal of Dermatology*, 54, e27-e32.
- Ring, H. C., Smith, M. N., & Jemec, G. B. (2014). Self-inflicted skin lesions: A review of the terminology. *Acta Dermatovenerologica Croatica*, 22, 85-90.
- Rodriguez Pichardo, A., & Garcia Bravo, B. (2013). Dermatitis artefacta: A review. *Actas Dermosifiliográficas*, 104, 854-866.
- Sarin, A., Ummar, S. A., Ambooken, B., & Gawai, S. R. (2016). Dermatitis Artefacta Presenting with Localized Alopecia of Right Eyebrow and Scalp. *International Journal of Trichology*, 8(1), 26-28.
- Sheppard, M. P., O'Laughlin, S., & Malone, J. P. (1986). Psychogenic skin disease: A review of 35 cases. *British Journal of Psychiatry*, 149, 636-643.
- Shivakumar, S., Jafferany, M., Kumar, S. V., & Sood, S. (2021). A Brief Review of Dermatitis Artefacta and Management Strategies for Physicians. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 23(4), 20nr02858.
- Singh, S., Chikhalkar, S., & Kabbannavar, Y. R. (2023). Dermatitis artefacta: A diagnostic dilemma. *Indian Journal of Psychiatry*, 65(6), 703-705.
- Tittelbach, J., Peckruhn, M., & Elsner, P. (2018). Histopathological patterns in dermatitis artefacta. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 16(5), 559-564.
- Tomas-Aragones, L., Consoli, S. M., Consoli, S. G., et al. (2017). Self-inflicted lesions in dermatology: A management and therapeutic approach - A position paper from the European Society for Dermatology and Psychiatry. *Acta Dermatovenerologica*, 97(2), 159-172.
- Wong, J. W., Nguyen, T. V., & Koo, J. Y. (2013). Primary psychiatric conditions: Dermatitis artefacta, trichotillomania, and neurotic excoriations. *Indian Journal of Dermatology*, 58(1), 44-48.