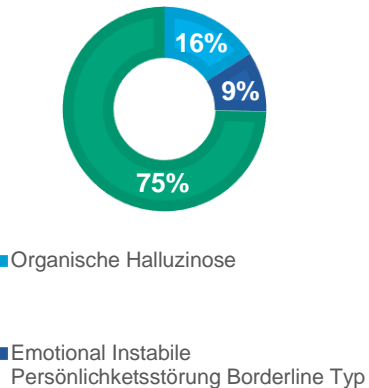
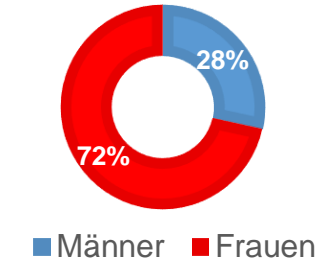


Hintergrund

In der Dermatologie ist man nicht selten mit Hauterscheinungen konfrontiert, die eine artifizielle Komponente haben. Diese reicht von Manipulation an bestehenden Wunden über selbst-zugeführte Verletzungen bis hin zu Zwangsstörungen. Beispiele aus der dermatologischen Praxis beinhalten z.B. Akne exkoriée oder das Skin Picking Syndrom. Aber auch Wunden können von den Patienten selbst zugefügt sein. Man geht davon aus, dass bis zu 5% aller Arztkontakte auf artifizielle Veränderungen zurückgeführt werden könnten, da es sich allerdings meist um Verdachtsfälle handelt und artifizielle Störung oft eine Ausschlussdiagnose sind, sind genaue Zahlen schwer zu erheben. Auch nicht abheilende Wunden gehören zu den Manifestationen einer Dermatitis artefacta und stellen eine differentialdiagnostische Herausforderung dar. Neben Hautveränderungen und Wunden bei organischer Halluzinose (z.B. Dermatozoenwahn) und der Borderline Erkrankungen, können sich Patienten auch im Rahmen einer Wahn- oder Zwangsstörung Wunden zufügen. Am schwierigsten ist die Diagnose zu stellen, wenn das selbstverletzende Verhalten bewusst, aber versteckt durchgeführt wird. Man spricht in diesem Fall von einer Dermatitis artefacta oder factitia. Der Begriff wird verwendet, wenn man sich auf Hautveränderungen bezieht, die mit dem Verdacht der Manipulation auf ungeklärte Weise entstanden sind, der Patient jedoch jegliche Verantwortung dafür abstreitet. Die Motivation hinter der Selbstverletzung ist ein internes emotionales Bedürfnis zu befriedigen, meist das Bedürfnis versorgt zu werden, Aufmerksamkeit oder Unterstützung zu bekommen. Die Behandlung von Patienten mit selbst zugefügten Wunden ist nicht einfach und beinhaltet sowohl psychologische Betreuung als auch die Versorgung der entstandenen Hautveränderungen. Insbesondere bei Wunden ist die Prophylaxe von Komplikationen essentiell. Gleichzeitig sollte über eine tragfähige und vertrauensvolle Beziehung zwischen Patient und Behandler eine psychotherapeutische oder psychiatrische Betreuung angestrebt werden. Bisher existieren wenige Erhebungen zu Dermatitis artefacta, sodass wir die folgende Datenauswertung durchführten, um Patientenkollektiv, die Befunde bei Vorstellung und Charakteristika artifizieller Wunden besser zu verstehen mit dem Ziel die Patientenversorgung zu verbessern.

Methode und Ergebnisse



Zunächst wurden alle Patienten mit einer ICD-10 Codierung für Organische Halluzinose, Borderline und Dermatitis factitia, die sich zwischen 01/2011 und 07/2022 in der Hautklinik vorstellten betrachtet (n=126). Hier zeigte sich ein Frauenanteil von 72% und die linke genannte Diagnoseverteilung. Die Patienten, die sich seit 2016 mit der Diagnose Dermatitis factitia vorstellten (n=35), wurden detaillierter ausgewertet.

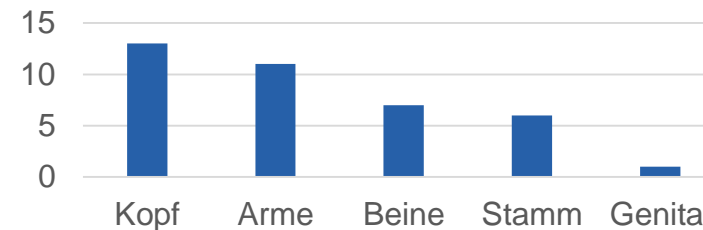
4 Patientinnen waren beruflich in einem Beruf im Gesundheitswesen tätig. 77% waren Frauen. 34% stellten sich mit Wunden vor. Weitere häufige klinische Präsentationen beinhalteten Kratzexkoriationen, erodierte Plaques und Furunkel oder Abszesse.

26 der 35 Patienten hatten bereits andere Vorbehandler, oft verschiedene Ärzte konsultiert. Die Wunden bestanden im Mittel bereit 17 Monate als sich die Patienten vorstellten. Bei 17 Patienten war eine psychische Erkrankung vorbekannt und teilweise bereits medikamentös behandelt. Die Hautveränderungen fanden sich überwiegend an gut erreichbaren Lokalisationen wie Unterarmen, Schultern, Beinen und am häufigsten im Gesicht. Dort hatten 40% der Patienten artifizielle Hautveränderungen.

Therapeutisch wurde häufig eine antiseptische oder antibiotische Lokalthherapie verordnet, oft auch Basispflege und antipruriginöse Pflege zur Therapie. Bei 20 Patienten wurde der Artefaktverdacht im Gespräch thematisiert. 9 Patienten wurden zur weiteren Behandlung stationär aufgenommen, bei 2 weiteren Patienten wurde eine stationäre Aufnahme geplant, aber nicht durchgeführt.

Bei 9 Patienten wurde eine Biopsie entnommen. Hier zeigte sich bei 4 Patienten ein lymphozytäres Infiltrat.

Betroffene Körperareale der Patienten seit 2016 mit Dermatitis factitia (Mehrfachnennungen möglich)



Literatur

Wallach, J. Laboratory diagnosis of factitious disorders. *Arch. Intern. Med.* **154**, 1690–1696 (1994).
Koblentz, C. S. Dermatitis artefacta: Clinical features and approaches to treatment. *Am. J. Clin. Dermatol.* **1**, 47–55 (2000).
Koblentz, C. S. Neurotic excoriations and dermatitis artefacta. *Dermatol. Clin.* **14**, 447–456 (1996).
Fabisch, W. Psychiatric aspects of dermatitis artefacta. *Br. J. Dermatol.* **102**, 29–34 (1980).
Anwar, W., Murphy, N. & Powell, F. C. Learning the cost of dermatitis artefacta. *Clin. Exp. Dermatol.* **29**, 576–578 (2004).

Chandran, V. & Kurien, G. Dermatitis Artefacta. in (2022).
Schumer, M. C., Bartley, C. A. & Bloch, M. H. Systematic Review of Pharmacological and Behavioral Treatments for Skin Picking Disorder. *J. Clin. Psychopharmacol.* **36**, 147–152 (2016).
Keuthen, N. J., Koran, L. M., Aboujaoude, E., Large, M. D. & Serpe, R. T. The prevalence of pathologic skin picking in US adults. *Compr. Psychiatry* **51**, 183–186 (2010).
Rodríguez Pichardo, A. & García Bravo, B. Dermatitis Artefacta: A Review. *Actas Dermo-Sifiliográficas (English Ed.)* **104**, 854–866 (2013).