

NOG MEER BLAARZIEKTEN!

De kunst van het artefact

W.A. Christoffers¹, M.F. Jonkman²

¹ Dermatoloog in opleiding, afdeling Dermatologie, Universitair Medisch Centrum Groningen

² Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Universitair Medisch Centrum Groningen

Correspondentieadres:

Wianda Christoffers, MD PhD

Universitair Medisch Centrum Groningen

Afdeling Dermatologie

Postbus 30.001

9700 RB Groningen

Telefoon: 050-3612520

E-mail: w.a.christoffers@umcg.nl

ZIEKTEGESCHIEDENIS

Een 10-jarig meisje en haar moeder meldden zich op eigen initiatief in het Centrum voor Blaarziekten UMCG in verband met onbegrepen pijnlijke erosies in het gelaat. Hiervoor hadden ze twee perifere en één academische dermatoloog bezocht, maar volgens moeder wist niemand wat haar dochter had. De klachten bestonden sinds 11 maanden in episodes. Een episode werd voorafgegaan door een brandend gevoel in de huid waarna een erosie ontstond. De slijmvliezen waren niet aangedaan, behoudens een enkele orale aft. Er waren geen uitlokkende factoren bekend.

Eerdere banale kweken lieten huidflora zien. Oriënterend onderzoek toonde geen afwijkingen en histologisch onderzoek was niet verricht. Behandeling met lanettecrème, fucidinezalf en

augmentinkuren had geen effect. De laatste dermatoloog dacht aan een dermatitis artefacta, maar toen patiënte werd gevraagd of zij de klachten zelf veroorzaakte, ontkende zij dit en werd de behandelrelatie verbroken.

Dermatologisch onderzoek

Bij dermatologisch onderzoek zagen wij een verlegen, maar coöperatieve jongedame met in het gelaat een drietal lineaire erosies met hemorrhagische crustae en erytheem rondom. Dergelijke afwijkingen konden op wisselende locaties in het gelaat op foto's worden gedemonstreerd (figuur 1). Tijdens het dermatologisch onderzoek werd terloops opgemerkt dat de huidafwijkingen wel wat op brandwonden leken.

Aanvullend onderzoek

Ter uitsluiting van een auto-immuun bulleuze dermatose werd een immunofluorescentiebiopt van de gezonde huid van de binnenzijde bovenarm afgenomen en serum. Directe immunofluorescentie en immuno-assays leverden geen aanknopingspunten op.

Diagnose

Erosieve dermatitis artefacta.

Beloop

Bij het tweede consult werd patiënte verzocht om even thee te drinken met de verpleegkundige buiten de spreekkamer. De moeder werd empathisch geconfronteerd met de diagnose. Moeder achtte een dermatitis artefacta zeer onwaarschijnlijk, maar stond open voor exploratie. Patiënte werd verzocht een dagboekje bij te houden over wat er goed ging, wat minder plezierig was en hoe de huid ging. De dag na het consult schreef moeder ons een e-mail dat indien wij een incorrecte diagnose hadden gesteld, dit ernstige gevolgen voor haar dochter zou kunnen hebben. Zij vroeg ons of we echt zeker waren van de diagnose. De volgende dag mailde moeder opnieuw: 's avonds voor het slapen gaan had patiënte bekend dat ze vaak in haar gezicht wreef, vooral wanneer ze nerveus was. Haar ouders hadden veel onderlinge spanning, die zij onbewust oppikte. Daarnaast vond zij op school rekenen erg lastig en dan wreef ze intensief in haar gezicht. Daarop stelde moeder voor om iedere dag een andere pop mee naar school te nemen. Wanneer patiënte iets dan spannend vond, kon ze de pop aaien. Bovendien stimuleerde de moeder haar dochter om haar emoties in het dagboekje te blijven opschrijven.



Figuur 1. Scherpbegrensde erosies in het gelaat met enkele hemorrhagische crustae, waarbij de wrijfbeweging bijna zichtbaar is.

Inmiddels zijn we enkele jaren na dit consult. Ouders van patiënte zijn gescheiden. Wanneer patiënte ergens mee zit, schrijft zij deze emoties van zich af, middels het eerder genoemde dagboek. De erosies zijn voorgoed verdwenen.

BESPREKING

Dermatitis artefacta is een gedragsstoornis waarbij patiënten zelf de huid beschadigen en dat ontkenen. Intentie hiervan is om de ziekterol aan te nemen. Dit kan op verschillende manieren zoals wrijven, zuigen, verhitten, bevriezen, etsen of logen. Vervolgens kunnen bullae, ulcera, crustae of erosies ontstaan, meestal in het gelaat of op de bovenste extremiteiten.¹ Bij kinderen betreft het veelal tienermeisjes, maar dermatitis artefacta kan op iedere leeftijd voorkomen.

Dermatitis artefacta is vaak een spotdiagnose met een typische presentatie zoals een lineair of regelmatig patroon. Daarnaast ontstaan laesies nogal eens vlak voor het consult. De patiënt toont zonder blikken of blozen de pijnlijkste huidlaesies (*la belle indifference*).²

Alhoewel dermatitis artefacta vaak een spotdiagnose is, heeft het opperen van de diagnose in het eerste consult een averechts effect. Patiënten zullen zich dan hevig verzetten of juist onttrekken uit zorg en een andere hulpverlener zoeken (medisch shoppen). Serieus onderzoek is geïndiceerd, mede gezien het feit dat een patiënt soms toch een auto-immuunblaarziekte zoals lineaire IgA-dermatose kan hebben.³ Echter, het aantal onderzoeken dient afgerond te worden binnen een beperkt aantal contacten om medicalisering en dwaling te voorkomen. Wanneer u denkt aan een dermatitis artefacta, adviseren wij daarom het volgende driestappenplan:

Consult 1

Neem de patiënt serieus en geef hem of haar voldoende verbale en non-verbale aandacht. Verricht een grondige anamnese en besteed hierbij extra aandacht aan de sociale anamnese. Hierdoor wordt een cruciale vertrouwensband opgebouwd. Inventariseer alvast de mogelijkheid van een *narrow escape*, oftewel ontsnappingsmogelijkheid. Bij een *narrow escape* laat de behandelaar subtiel doorschemeren dat hij de oorzaak weet, maar hij onmaskert de patiënt niet. De arts en patiënt zoeken gezamenlijk naar een plausibele verklaring voor de klachten (ontsnappingsmogelijkheid). Een voorbeeld hiervan is het opperen dat de patiënt de laesies wellicht onbewust aanbrengt in zijn slaap of misschien kan de inname van extra voedingssupplementen zorgen dat de huidklachten verdwijnen? Patiënten kunnen creatief bijdragen aan hun eigen ontspanningsmogelijkheid, exploreer dit dus alvast tijdens het eerste consult. Laat tijdens het dermatologisch onderzoek wel subtiel doorschemeren dat u denkt aan een oorzaak 'van buitenaf'. Zet vervolgens de benodigde aanvullende diagnostiek in. Wanneer de patiënt zich presenteert met blaren of ontvellingen dienen auto-immuunblaarziekten te worden uitgesloten middels

huidbiopt voor immunofluorescentiediagnostiek. Tevens dienen (pseudo)porfyrie en bulleuze varianten van lupus te worden overwogen bij atypische presentaties. Eventueel kan occlusie met zinklijmverband als diagnosticum worden ingezet, alhoewel het patiënten soms toch lukt onder zinklijm letsel te veroorzaken. Verzoek patiënt ten slotte om een dagboek bij te houden waarbij dagelijks wordt aangegeven wat goed of niet-goed ging gedurende de dag en hoe de toestand van de huid was. Het dagboek is een extra manier om aandacht te geven.

Consult 2

De setting hiervan is erg belangrijk. Bedenk tevoren of u het gesprek in aanwezigheid van eventuele ouders of partners wilt voeren, of met patiënt alleen. In dit consult wordt besproken dat een interne oorzaak is uitgesloten. Afhankelijk van de reactie van de patiënt, kan vervolgens worden overgegaan tot een *narrow escape*, een zachte confrontatie of een combinatie van beiden.^{2,4} De *narrow escape* heeft in principe de voorkeur omdat patiënt zo zonder gezichtsverlies het beschadigende gedrag kan staken. Wanneer patiënt zichzelf (en de dokter) geen *narrow escape* biedt, resteert de confrontatie. Hiervoor is de aanwezigheid van een psychiater gewenst. Deze kan voor het derde consult worden geïntroduceerd als 'dokter voor onbegrepen klachten' of als hulpverlening om te leren om te gaan met de gevolgen van de huidklachten. Benadruk bij welke techniek u ook gebruikt, dat het uw intentie is om de patiënt te helpen.⁴ In de eerder beschreven casus werd moeder geconfronteerd en het kind kreeg een *narrow escape* aangeboden.

Consult 3

Indien tijdens het tweede consult voor een *narrow escape* gekozen is, kan het derde consult ongeveer zes weken later plaatsvinden ter follow-up. Hopelijk zijn de huidklachten in remissie en kunt u hierna het contact afsluiten. Eventueel kan psychologische nazorg worden geboden.

Indien er geen *narrow escape* heeft plaatsgevonden, adviseren wij het derde consult samen met een psycholoog of psychiater te doen met ervaring in dermatitis artefacta. Hierbij kan benadrukt worden dat het hebben van de huidaandoening op zich al veel stress veroorzaakt en de geestelijke hulpverlener hier praktische handvatten voor kan bieden. Door een gezamenlijke benadering kan patiënt zich blijven legitimeren als een somatische patiënt, en kan vanuit een holistische benadering gezocht worden naar een oplossing van het probleem van de patiënt.² Indien het tot een daadwerkelijke confrontatie komt, is het essentieel de patiënt tactvol te benaderen, hulp en nazorg te bieden en vooral niet de patiënt te beschuldigen. Hoe verleidelijk het ook is, ga niet op zoek naar de methode hoe de patiënt het artefact veroorzaakt en probeer geen bekentenis te ontlokken.^{2,5} Geef aan dat de huidaandoeningen mogelijk onbewust worden veroorzaakt (dissociatie), bijvoorbeeld tijdens het slapen of in trance en dat u graag helpt zoeken naar een oplossing. Basis is dat

u hulp aanbiedt ondanks dat patiënt niet aan zijn eigen genezing meewerkt. Omgaan met patiënten met dermatitis artefacta kan voor de behandelaar frustrerend zijn, maar wees bewust van het feit dat de patiënt zulke gevoelens kan oproepen (tegenoverdracht).⁵ Eventueel kan een psychologisch vervolgtraject worden geboden, maar blijf als dermatoloog klaar staan voor symptoombehandeling.

CONCLUSIE

Dermatitis artefacta is weliswaar een spotdiagnose die zich laat raden door een typische presentatie, maar de aanpak is een uitdaging. Iedere patiënt verdient een beperkt, maar volwaardig aanvullend onderzoek. We beschrijven een stappenplan voor de benadering van een patiënt met dermatitis artefacta waarbij het opbouwen van een vertrouwensband essentieel is. Dit voorkomt dat de patiënt wegloupt, maar biedt bovenal de mogelijkheid om samen met

de patiënt en eventueel met de psychiater naar een passende oplossing toe te werken.

LITERATUUR

1. Saez-de-Ocariz M, et al, *Dermatitis artefacta in pediatric patients: experience at the national institute of pediatrics. Pediatr Dermatol* 2004;2:205-11.
2. Jonkman MF. *Autoimmune Bullous Diseases, chapter 23, 201-2017, Dermatitis artefacta, Springer 2016, ISBN 978-3-319-23753-4.*
3. Molders N, Jonkman MF. *Lineaire IgA-dermatose lijkend op bulleuze dermatitis artefacta. Ned Tijdschr Dermatol Venerol* 2009;10:18:343-5.
4. van Rijssen A, Molier L, Vrijlandt AJ, Jonkman MF. *Bulleuze dermatitis artefacta. Ned Tijdschr Geneesk* 2000;144:1465-9.
5. Consoli SG, Consoli SM. *Countertransference in Dermatology. Acta Derm Venerol* 2016;23:96:18-21.

SAMENVATTING

Een 10-jarig meisje en haar moeder meldden zich bij de vierde dermatoloog in enkele maanden tijd met het evidente beeld van een erosieve dermatitis artefacta in het gelaat. Bij eerdere confrontaties werd dit echter ontkend. Na het opbouwen van een vertrouwensband, aanvullend onderzoek en een empathische confrontatie met moeder, wist moeder zelf haar dochter een *narrow escape* (ontsnappingsmogelijkheid) te bieden, waarop de klachten in remissie gingen.

Dermatitis artefacta is vaak een spotdiagnose, maar de behandeling ervan is een uitdaging voor zowel de arts als de patiënt. Het opbouwen van een vertrouwensband is essentieel en het geven van verbale en non-verbale aandacht is een belangrijk onderdeel hiervan. Dit kan onder andere door het bijhouden van een dagboek. Daarnaast verdient iedere patiënt een volwaardig, maar compact aanvullend onderzoek. Indien interne oorzaken zijn uitgesloten, kan worden overgegaan tot een narrow escape of een confrontatie. In dit artikel worden praktische tips geboden om samen met de patiënt tot een oplossing te komen.

TREFWOORDEN

dermatitis artefacta – nagebootste stoornis – psychodermatologie

SUMMARY

A 10-year old girl and her mother visited four dermatologists in several months because of erosions in her face, suspected for dermatitis artefacta. However, when previously confronted the patient denied this diagnosis. Immunofluorescence investigations were negative. After building a trusted physician-patient relationship and empathically confronting the mother, the mother herself was able to provide her daughter a narrow escape, which resulted in complete remission of her condition.

Dermatitis artefacta is a spot diagnosis, however the treatment is challenging for both the physician and the patient. A trusting physician-patient relation is crucial and providing verbal and non-verbal support is essential. One way of doing this is asking the patient to keep a diary.

In addition every patient deserves a thorough but compact investigation. Once internal causes have been excluded and a trustful relationship has been established one can precede to a narrow escape or confrontation. In this article we provide practical tricks on how to approach a patient with dermatitis artefacta.

KEYWORDS

dermatitis artefacta – factitious disorders – psychodermatology

GEMELDE (FINANCIËLE) BELANGENVERSTRENGELING

Geen