

Zo maar een wond? Over het hoe en waarom van 'onbegrepen' wonden

J.F. Jakoba, C. Kennedy *

Filomena is een vrouw van 54 jaar die op zichzelf woont in de Haagse binnenstad. Zij heeft geen kinderen, geen relatie en werkt sinds drie jaar als cassière bij een grote winkelketen. In het verleden heeft Filomena ooit een paar jaar als schoonmaakster in een ziekenhuis gewerkt. Op een gegeven moment is zij daar ontslagen omdat zij regelmatig dronken op het werk kwam. Zij zit nu al twee weken thuis nadat zij door de manager van de supermarkt naar huis gestuurd is. Deze vond het niet verantwoord dat zij met bloedende wonden aan de armen achter de kassa zat. Filomena vond het zelf allemaal wel meevallen.

Multidisciplinaire inzet

Via de huisarts wordt nu thuiszorg en een wonddeskundige ingeschakeld omdat een bezorgde buurvrouw recent de huisartsenpost had gebeld om te vertellen 'dat het niet goed gaat' met Filomena.

Tijdens het huisbezoek valt het de wonddeskundige op dat Filomena vage antwoorden geeft over de duur en het ontstaan van de wonden. Het lijkt wel of ze 'een verhaaltje opzegt', maar desondanks geeft haar verhaal geen aanknopingspunten voor een duidelijke ontstaansreden van de wonden of voor een diagnose. Aan de wonddeskundige vertelt Filomena dat zij al jaren 'zomaar opeens' wonden aan haar armen, benen en in het gelaat krijgt. Bij het lichamelijk onderzoek worden in het gelaat (foto 1-3) en op de rechterbovenarm (foto 4) scherp begrensde ulceraties van verschillende grootte gezien.

De wonddeskundige overlegt met de huisarts die vervolgens een sociaal-psychiatrische verpleegkundige (SPV) inschakelt. In overleg met de psychiater en de SPV wordt



Foto 1. Oppervlakkige excoriaties op voorhoofd.



besloten dat de SPV het contact met Filomena verder zal intensiveren om een vertrouwensrelatie met Filomena op te bouwen. Door Filomena meer te betrekken bij de zoektocht naar de oorzaak van haar klachten hoopt het zorgteam (huisarts, wondverpleegkundige, SPV, psychiater en dermatoloog) de relatie met Filomena te verbeteren en kan Filomena mogelijk gemotiveerd worden om aanvullend onderzoek te laten verrichten door de dermatoloog en de psychiater (1-3). Geruime tijd later gaat Filomena akkoord met aanvullend onderzoek en wordt er bloed geprikt, worden er kweken en een biopt afgenomen. De histopathologie is niet specifiek maar toont wel het beeld van enige blaarvorming en een dieper in de huid gelegen ontsteking (4). Op basis van het grillige beloop van de aandoening wordt er vervolgens gedacht aan een dermatitis artefacta (zelfbeschadiging).

Bespreking

Dermatitis artefacta is een vorm van zelfbeschadiging waarbij het voor de patiënt (verhouding vrouw tot man



Foto 2. Vooraanzicht scherpbegrensde ulceraties plus oude verlittekening.

zo : 1) belangrijk is om als ziek gezien te worden. Het ziek zijn en het hebben van een ernstige huidaandoening leveren de patiënten ziekte winst op in de vorm van extra aandacht of zorg vanuit de omgeving. Het beschadigen van de huid wordt vaak opzettelijk gedaan, maar dit wordt meestal heftig ontkend. Het beschadigen kan op verschillende manieren tot stand worden gebracht. Langdurig wrijven, zuigen, krabben, bijten, verhitten, bevriezen, etsen, het inspuiten van materialen in de huid (melk, feces, sambal, olie, talk, motorolie etc.) en het gebruik van corrosieve vloeistoffen kunnen allemaal tot huidafwijkingen leiden. Opvallend is dat de huidafwijkingen vaak abnormale vormen hebben en dat de beschadigingen vaak op goed bereikbare plekken zitten, zoals in het gelaat, op de borst en de extremiteiten. Nieuwe huidafwijkingen ontstaan nogal eens vlak voor het consult en lijkt de patiënt niet erg geïnteresseerd te zijn in het zoeken naar een oplossing. De patiënt lijkt meestal erg onverschillig en heeft vaak een vaag verhaal over het ontstaan van de huidafwijkingen (la belle indifférence). Indien dit beeld niet tijdig herkend en behandeld wordt kunnen er ernstige



Foto 3. Zijaanzicht scherp uitgeponste ulceraties rechterzijde gelaat en oude verlittekening.



Foto 4. Scherpbegrensde ulceraties op de rechter bovenarm, wisselend van grote.

complicaties optreden (5,6). Interventie door een multidisciplinair zorgteam kan ernstige complicaties als amputatie, blijvende invaliditeit en zelfs overlijden voorkomen (1).

Begeleiding en vertrouwen

Centraal in de begeleiding staan de behandeling en het voorkomen van nieuwe wonden. Het beleid is over het algemeen dat de vertrouwensrelatie met de patiënt verder ontwikkeld wordt en dat samen met de patiënt verder nagedacht zal worden over eventuele oorzaken van en oplossingen voor het plotseling ontstaan van de wonden. Hierbij is het van groot belang dat de patiënt niet onder druk gezet wordt en niet geconfronteerd wordt met het destructieve gedrag aangezien vele patiënten dan het contact met de zorgverlening volledig verbreken. Bij het ontbreken van een vertrouwensrelatie met de patiënt leidt confrontatie tot verdere ontkenning (1,5,6). Patiënten zullen zich dan hevig blijven verzetten en zullen zich vaak onttrekken aan de zorg en een andere hulpverlener zoeken (medisch shoppen).

Voor de patiënt is het van belang serieus genomen te worden en om voldoende verbale en non-verbale aandacht

te ontvangen. Het afnemen van een grondige anamnese met hierbij extra aandacht aan de sociale anamnese is van groot belang om een duidelijk beeld van de patiënt te ontwikkelen. Regressie van de huidafwijkingen kan optreden als er adequate wondbehandeling heeft plaatsgevonden, maar gezien de matige compliance blijft de behandeling vaak een uitdaging (1,5,6).

Naarmate de vertrouwensband groeit en veel somatische oorzaken zijn uitgesloten kan een externe factor bespreekbaar worden gemaakt. Het confronteren moet niet veroordelend zijn, en continuering van psychologische ondersteuning dient besproken te worden.

Voor het zorgteam is het belangrijk te beseffen dat er een reden is voor de beschadiging van de huid en dat het bewust of onbewust aannemen van de rol als zieke een belangrijke rol speelt. In het geval van Filomena werd het na maanden van intensieve begeleiding duidelijk hoe de wonden van Filomena ontstaan waren. Filomena gaf uiteindelijk toe dat zij weleens een combinatie van poep, knoflook en sambal in de huid spoot.

Patiënten met dermatitis artefacta dienen te worden onderscheiden van andere patiënten met zelfbeschadigend gedrag.

Dermatitis artefacte als nagebootste stoornis

Dermatitis artefacta wordt volgens het psychiatrisch classificatiesysteem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) ingedeeld bij de nagebootste stoornissen.

DSM is een diagnostisch en statistisch handboek van psychiatrische aandoeningen. V staat voor vijf, de meest recente uitgave (2014).

De criteria volgens DSM-V voor deze aandoening zijn als volgt:

- Het voorwenden van lichamelijke of psychische klachten of verschijnselen, of het doelbewust opwekken van verwonding of ziekte, waarbij sprake is van misleiding.
- Het zich presenteren als ziek, gewond of gehandicapt tegenover anderen.
- Het misleidende gedrag is evident, ook als duidelijke externe beloningen ontbreken (7).

Patiënten met dermatitis artefacta dienen te worden onderscheiden van andere patiënten met zelfbeschadigend gedrag. Het advies is dat de somatisch specialist bij iedere verdenking op een nagebootste stoornis een expert consulteert, bijvoorbeeld een consultatief psychiater. De psychiater heeft hierbij de belangrijke functie om de

specifieke problematiek te herkennen die naar een andere diagnose en een ander ontstaansmechanisme wijst. Qua uiterlijk kunnen de verwondingen van deze stoornissen erg op elkaar lijken, maar is er wel degelijk sprake van een andere vorm van psychopathologie. Aanpassingsstoornissen, depressieve stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen (bijvoorbeeld borderline persoonlijkheidsstoornis) kunnen allen gepaard gaan met zelfbeschadigend gedrag.

Ook patiënten met impulscontrolestoornissen, patiënten met obsessief compulsieve afwijkingen, patiënten met neurotische excooriaties (skin picking disorders), patiënten met een body dysmorphic disorder en patiënten met een parasietenwaan kunnen zich allemaal presenteren als patiënten met een nagebootste huidbeschadiging (8).

Bij de behandeling van dermatitis artefacta kan door de gezamenlijke benadering de 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. De psychiater of de klinisch psycholoog tracht de onderliggende psychische en sociale problemen die leiden tot het zelfbeschadigingsgedrag te inventariseren. Indien de patiënt zijn eigen aandeel in de oorzaak van zijn huidaandoening erkent, kan een psychotherapeutische behandeling starten die erop gericht is het zelfbeschadigend gedrag te minimaliseren.

In een psychotherapeutische behandeling zullen de functies van het zelfbeschadigend gedrag worden verhelderd. Vervolgens is de behandeling erop gericht de patiënt nieuwe oplossingsstrategieën te leren en het zelfbeschadigende gedrag te doen verminderen.

Medicamenteus gezien kan de onderliggende psychiatrische aandoening behandeld worden met een antidepressivum, anxiolyticum of een antipsychoticum indien nodig. Pijnstillers moeten worden vermeden om gewenning en verslaving te voorkomen. Uit onderzoek is gebleken dat in geval van depressies, een selectieve serotonine reuptake inhibitor (SSRI) het middel van eerste keus is. In het geval dat het hebben van jeuk op de voorgrond staat naast de depressieve klachten wordt het tricyclisch antidepressivum doxepine voorgeschreven. In het geval van onderliggende psychotische stoornissen wordt pimozide aangeraden (9).

Conclusie

Denk bij onbegrepen huidafwijkingen die maar niet willen genezen ook aan dermatitis artefacta. Deze huidafwijkingen kunnen zich op meerdere manieren presenteren en doen vaak wat kunstmatig aan. Het klinisch beeld gekoppeld aan een 'vaag' klinisch verhaal zijn belangrijke wegwijzers richting een nagebootste stoornis.

Met dank aan Pieter Leenheer (fotograaf polikliniek Huidziekten, Leids Universitair Medisch Centrum) voor het beschikbaar stellen van de klinische foto's.

Literatuur

1. Duller P, van der Veen JPW, Evers AWM, et al. **Dermatitis artefacta. Aanbevelingen voor de diagnostiek en behandeling.** Nederlands Tijdschrift voor Dermatologie en Venereologie, 2009;19:398-402.
2. Christoffers WA, Jonkman MF. **De kunst van het artefact.** Nederlands Tijdschrift voor Dermatologie en Venereologie, 2017;27(6):327-329.
3. Nauta KJ. **Vroege herkenning van dermatitis artefacta: Hoeveel bedrog en machteloosheid kan de dermatoloog aan?** Nederlands Tijdschrift voor Dermatologie en Venereologie, 2017;27(2):68-72.
4. Tittelbach J, Peckruhn M, Elsner P. **Histopathological patterns in dermatitis artefacta.** J Dtsch Dermatol Ges, 2018;16(5):559-564.
5. Gupta MA, Gupta AK. **Self-induced dermatoses: A great imitator.** Clin Dermatol, 2019;37(3):268-277.
6. Lavery MJ, Stull C, McCaw I. **Dermatitis Artefacta.** Clin Dermatol 2018;36(6):719-722.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5de versie). Arlington: American Psychiatric Association, 2013.
8. Millard J, Miljard L. **Practical Psychodermatology.** Hoofdstuk 17. West Sussex: Wiley Blackwell, 2014:142-45.
9. Rodríguez Pichardo A, García Bravo B. **Dermatitis artefacta: revisión.** Actas Dermosifiliogr. 2013;104:854--866.

* Mw. drs. J.F. Jakoba, ANIOS Psychiatrie, Forensische Psychiatrische Afdeling (FPA). Den Haag

Dr. Cornelis (Kees) Kennedy, dermatoloog, afdeling Huidziekten, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden