

Vroege herkenning van dermatitis artefacta: Hoeveel bedrog en machteloosheid kan de dermatoloog aan?

K-J Nauta

*Psychiater, Psychiatrische Consultatieve Dienst,
afdeling ziekenhuispsychiatrie, VUmc, Amsterdam*

Correspondentieadres:

K-J Nauta

VUmc

Psychiatrisch Consultatieve Dienst

Afdeling ziekenhuispsychiatrie

Postbus 7057

1007 MB Amsterdam

E-mail: k.nauta@vumc.nl

Dermatitis artefacta is een psychodermatologische aandoening, waarbij patiënten opzettelijk dermatologische symptomen voorwenden of bij zichzelf veroorzaken, met als doel de identiteit van patiënt te krijgen. Bij het niet tijdig herkennen en adequaat interveniëren door de dermatoloog kunnen er ernstige, vooral iatrogene complicaties optreden als amputatie, plastische chirurgie, invaliditeit en zelfs overlijden. Vroege herkenning is daarom van groot belang. Helaas worden in de praktijk veel gevallen niet of pas zeer laat ontdekt. In deze nascholing



willen wij aan de hand van een illustratieve casus uit een ander vakgebied en een overzicht van de literatuur adviezen geven voor vroege herkenning en adequate interventie van dermatitis artefacta in de praktijk.

CASUS (GEFINGEERD)

Arjen is chirurg. Hij is een zeer bekwaam en toegewijd arts, met een intrinsieke gedrevenheid om voor iedere patiënt de best mogelijke zorg te realiseren. Op een dag raakt hij betrokken bij een zeer complexe casus. Het gaat om een vrouw van 44 jaar die na een borstverkleiningsoperatie een abces in het operatiegebied heeft ontwikkeld. Vanwege onvoldoende effect van een behandeling met IV-antibiotica werd besloten tot een nieuwe operatie. Hierbij werd veel avitaal weefsel en osteomyelitis van het sternum aangetroffen. De borst werd geamputeerd, een deel van het sternum verwijderd en er werd uitgebreid debridement en een split-skin graft verricht

Patiënte blijft echter na de operatie onbegrepen koorts, pijn en infecties houden. Uitgebreide diagnostiek naar een onderliggende immuunstoornis of andere oorzaak levert niets op. De casus plaatst alle betrokken specialisten voor een raadsel. Waar steeds meer collega's moedeloos worden, raakt Arjen juist steeds meer betrokken en gemotiveerd. Hij bezoekt haar dagelijks in het ziekenhuis en bestudeert langdurig alle details van haar medisch dossier. Verder ontwikkelt hij opvallend positieve gevoelens voor deze door het lot zo zwaar getroffen patiënte, die desondanks nooit klaagt en een rotsvast vertrouwen in de behandeling blijft houden. Als patiënte een aantal dagen niet eet, consulteert Arjen de mdl-arts en de kno-arts om diagnostiek te doen. Ondanks dat zij geen aanwijzing voor een medische oorzaak vinden, besluit Arjen een sonde te plaatsen om haar bij te voeden, en te voorkomen dat zij nog verder achteruitgaat in haar conditie. Als zij niet plast consulteert hij de uroloog en de gynaecoloog. Hoewel ook zij niets vinden laat Arjen een verblijfskatheter plaatsen, om te voorkomen dat zij een overloopblaas met nog meer risico op infectie zal ontwikkelen. Ondertussen blijft patiënte in het operatiegebied nieuwe infecties ontwikkelen. De kweken tonen raadselachtige uitslagen. Ten eerste worden bacteriën gekweekt die gevoelig zijn voor de gegeven antibiotica. Ten tweede worden bacteriën gekweekt die zeer zeldzaam voorkomen in bloed, zoals urine- en fecesbacteriën. Ten derde worden zeer veel verschillende bacteriën gekweekt. Als ook niet-humane micro-organismen worden gekweekt, begint de verdenking te groeien dat zij zelf een rol speelt in de recidiverende onbegrepen infecties. Toch besluit Arjen haar opnieuw te opereren. Tijdens de operatie wordt behalve nog meer osteomyelitis en dood botweefsel- opnieuw wordt een rib verwijderd- ook een fistel aangetroffen. De fistel bevindt zich niet in het operatielitteken zoals gebruikelijk is, maar midden in de wond. De conclusie kan alleen zijn dat deze verwonding zelf geïnduceerd is. Arjen blijft echter

zijn ogen sluiten voor alle signalen van participatie van patiënte. Hij blijft volharden in de behandeling, daarin gesteund door het onaantastbare vertrouwen van patiënte.

Uiteindelijk wordt deze patiënte veertien keer geopereerd. Haar sternum en eerste zes ribben worden partieel verwijderd. Dan wordt de PCD (Psychiatrisch Consultatieve Dienst) in consult gevraagd. In overleg wordt besloten patiënte te confronteren met haar nagebootste gedrag. In aanwezigheid van de hoofdbehandelaar en de psychiater wordt patiënte geïnformeerd over de diagnose, inclusief de prognose en de risico's. Patiënte ontkent het gedrag, maar het stopt wel. Twee jaar na de confrontatie is zij niet meer opgenomen vanwege infecties.

ZIEKTEBEELD EN EPIDEMIOLOGIE

Dermatitis artefacta is de dermatologische variant van een stoornis die in de psychiatrie wordt geclassificeerd als de nagebootste stoornis, en waar deze casus een beschrijving van geeft. De criteria volgens DSM V voor deze aandoening staan vermeld in tabel 1.

Methoden die bij de nagebootste stoornis worden gebruikt zijn: simuleren (20%), vervalsen van medische gegevens (22%), en het zelf veroorzaken van ziekteverschijnselen door zelfverwonding, zelfbemetting, zelfmedicatie of zelfvergiftiging (58%). Het is een aandoening die door alle specialisten wordt gezien, waarbij er aanwijzingen zijn dat zij het meest frequent voorkomen in dermatologie, endocrinologie en cardiologie.

De laesies die door de dermatoloog gezien worden zijn veelvormig; excoriaties, bullae, purpura, ulcera, erytheem, oedeem, fistels en noduli. Ook kunnen veel verschillende methoden worden gebruikt als wrijven, krabben, steken, snijden, zuigen, bijten, plaatsen zuigcups, stranguleren van weefsel, toebrengen van hitte, kleur of bijtende stoffen op de huid, en het injecteren van bijtende stoffen, infectieus materiaal, bloed, feces of andere stoffen in de huid. Het beloop kan ernstig zijn met het ontstaan van hevige verwondingen, infecties en littekens. Het grootste risico voor de gezondheid van patiënten behelst echter iatrogene schade, zoals toediening van immunosuppressiva en andere medicatie met schadelijke bijwerkingen, plastische chirurgie of zelfs amputaties.

De exacte prevalentie van de nagebootste stoornis is

Tabel 1. Criteria voor nagebootste stoornis (naar de DSM 5). Nagebootste stoornis opgelegd aan zichzelf.

A. Het voorwenden van lichamelijke of psychische klachten of verschijnselen, of het doelbewust opwekken van verwonding of ziekte, waarbij sprake is van misleiding.
B. De betrokkenen presenteert zich tegenover anderen als ziek, gehandicapt of gewond.
C. Het misleidende gedrag is evident, ook als duidelijke externe beloningen ontbreken.

nog onduidelijk. Zeker is dat vrijwel iedere arts de aandoening in zijn carrière zal tegenkomen. Voor de dermatologie is een prevalentie van 0,3% gemeld. Dit is mogelijk een onderschatting, aangezien in de algemene ziekenhuispopulatie een prevalentie van tussen de 0,5-2,0% wordt gemeld. Mogelijk is echter ook dit nog een onderschatting. In een onderzoek bleek 10% van de patiënten met onbegrepen koorts de symptomen na te bootsten, terwijl een ander onderzoek toonde dat 40% van de niet goed instelbare diabetes bleek te berusten op het heimelijk saboteren van de behandeling.

Verschillende psychiatrische en psychosociale problemen zijn geassocieerd met de nagebootste stoornis: verwaarlozing en misbruik in de vroege jeugd, relatieproblemen, problemen in de opvoeding van het eigen kind, middelenmisbruik, depressie en persoonlijkheidsstoornissen, met name borderline.

DIAGNOSTIEK

De herkenning van de aandoening is in de praktijk vaak zeer moeilijk. Dit heeft vooral te maken met het feit dat patiënten zich normaal presenteren. Belangrijk is om te vermelden dat de aandoening door middel van psychiatrisch onderzoek niet vast te stellen is, omdat er geen objectieve tekenen van psychopathologie aantoonbaar zijn. Dermatologen herkennen de diagnose regelmatig aan de atypische morfologie van de symptomen en de lokalisatie in gebieden die toegankelijk zijn. Echter, in zeker 30% van de gevallen ontbreken deze aanwijzingen. Veel artsen overwegen de diagnose niet vanwege onbekendheid met de aandoening en het taboe in de geneeskunde om een patiënt van bedrog te verdenken. Ook afwezige of ineffectieve medische overdrachten van afdeling naar afdeling of van ziekenhuis naar ziekenhuis dragen bij aan de lage herkenning van de nagebootste stoornis. Tot slot is een belangrijke factor in de moeilijke herkenning de geloofwaardige presentatie van de patiënten en hun neiging om, ook bij confrontatie, het gedrag te blijven ontkennen. Demografische aanwijzingen zijn er wel, deze zijn echter weinig specifiek; de meeste patiënten zijn vrouw, adolescent of jong volwassen en vaak werkzaam in de gezondheidszorgsector. In de dermatologie worden ook oudere, zelfs geriatrie patiënten met nagebootste stoornissen gemeld.

Signalen van een pathologische arts-patiëntinteractie

In zekere zin zijn de nagebootste stoornis en vooral de iatrogene gevolgen het resultaat van een pathologische interactie tussen arts en patiënt. Artsen ontvangen vaak al zeer vroeg in de behandeling signalen hiervan. Het probleem is echter dat veel artsen vanuit deels bewuste en deels onbewuste motieven deze signalen onvoldoende opmerken. Dit heeft te maken met een aantal factoren. Ten eerste zijn er vaak al vroeg in de behandeling signalen dat er bedrog in het spel is. Artsen nemen deze signalen vaak wel waar, maar sluiten er de ogen voor vanuit een taboe om patiënten van bedrog te verdenken. Belangrijk is ook dat veel artsen ervaren

over onvoldoende vaardigheden te beschikken om een dergelijk vermoeden op een professionele wijze met een patiënt te bespreken. Dit maakt dat ze meer geneigd zijn om dit te vermijden. Een ander nuttig signaal dat artsen onderdrukken is machteloosheid. De arts vervult zijn plicht in de arts-patiëntrelatie door al het mogelijke te doen om de patiënt te genezen. Vanwege het heimelijk saboterende gedrag van de patiënt levert dit echter geen enkel resultaat op, wat de arts frustreert in zijn behoefte om competent te zijn. Hierbij kunnen hevige gevoelens van machteloosheid en falen als arts ontstaan. Als een dokter zich hiervan onvoldoende bewust is, kan dit een zichzelf versterkende dynamiek in gang zetten waarbij het saboterend gedrag van een patiënt de arts verlokkt om steeds meer grensoverschrijdende diagnostische en therapeutische procedures in te zetten, met ernstige gevolgen voor de patiënt. Een bijkomende factor in dit proces kunnen de positieve gevoelens zijn die deze patiënten oproepen bij artsen. De patiënten klagen nooit, komen altijd hun afspraken na, en hebben een onverwoestbaar vertrouwen in de kundigheid van de dokter. Het respect en medeleven die deze patiënten opwekken, kunnen bij hiervoor gevoelige artsen vergaande redderfantasieën opwekken en de fanatieke gedrevenheid om een patiënt te willen genezen. Een laatste afwijkend signaal in de interactie is het uitblijven van normale reacties van patiënten op een tegenvallend behandelresultaat als teleurstelling, machteloosheid en woede. De typische patiënt met een nagebootste stoornis zal op alle mislukkingen juist laconiek en onbezorgd reageren.

De beschreven pathologische arts-patiëntinteracties en het onvoldoende herkennen hiervan door de arts staan aan de basis van de ernstige iatrogene complicaties die bij deze aandoening kunnen optreden. Vroege herkenning van deze signalen kan deze complicaties voorkomen en is geassocieerd met een gunstig beloop van de aandoening.

Tabel 2. Alarmsignalen voor nagebootste stoornis op gebied van behandelproces en medisch inhoudelijke feiten.

- | |
|--|
| • Een voorgeschiedenis van onduidelijke of zeldzame complexe aandoeningen, waarbij invasieve procedures hebben plaatsgevonden zonder dat hier onomstotelijke medisch inhoudelijke argumenten voor waren. |
| • Incomplete of inconsistente informatieverstrekking van de patiënt over zijn ziekte. |
| • Een atypische presentatie van het ziektebeeld. |
| • Incongruente uitslagen van diagnostische test, zoals bacteriën die gevoelig zijn voor de gegeven antibiotica. |
| • Concrete bewijzen van zelfveroorzaking van medische symptomen en/of het heimelijk vervalsen van tests. |
| • De afwezigheid van enig behandelresultaat ondanks de inzet van meerdere geïndiceerde en adequaat uitgevoerde behandelingen. |

Andere alarmsignalen

Behalve op het gebied van de arts-patiëntrelatie zijn er andere alarmsignalen die kunnen helpen bij een vroege herkenning van een nagebootste stoornis. Tabel 2 geeft een overzicht hiervan.

INTERVENTIE EN BEHANDELING

Het voornaamste doel van de behandeling is het voorkomen van (verdere) iatrogene schade. Een eerste stap hierin vormt het opnemen van de aandoening in de differentiële diagnose door de arts op het moment dat er signalen zijn dat nabootsing een rol kan spelen. De volgende stap is deze overweging op een professionele wijze te bespreken met de patiënt. De arts kan dit doen door de patiënt hierover op een neutrale wijze te informeren. Om ongemak te verminderen kan hij dit doen door deze informatie als een algemeen feit te presenteren, bijvoorbeeld via de mededeling dat in de literatuur ook wordt beschreven dat de geconstateerde afwijkingen een gevolg van nabootsing kunnen zijn. Hoewel de patiënt dit zeker zal ontkennen helpt het wel om dit bespreekbaar te maken, en de reactie van de patiënt te peilen. Ook kan het een ingang vormen voor het inschakelen van een expert. Het advies is dat de somatische specialist bij iedere verdenking op een nagebootste stoornis een expert consulteert, bijvoorbeeld een consultatief psychiater. Wanneer dit in overleg met de patiënt gebeurt, is het te verwachten rendement hiervan het grootst. De psychiater kan fungeren als neutrale derde, en vanuit zijn expertise adviezen geven over verdere diagnostische en therapeutische interventies. Uiteindelijk kan het beste een zogenoemde confrontatie plaatsvinden. Dit bestaat uit één of meerdere voorlichtingsgesprekken met de patiënt waarbij naast de hoofdbehandelaar bij voorkeur ook de psychiater aanwezig is. Het doel van dit gesprek is de patiënt op een neutrale en duidelijke manier te informeren over de diagnose nagebootste stoornis en de feitelijke argumenten voor deze diagnose (dat wil zeggen de concreet en feitelijk waargenomen aanwijzingen hiervoor). Daarnaast wordt uitleg gegeven over de aard van de stoornis, de risico's en de prognose. Het helpt om in de uitleg de patiënt in zijn status van patiënt te erkennen door te benadrukken dat het om een ernstige psychiatrische aandoening gaat. Daarnaast kan gezichtsparende informatie, zoals de vermelding dat veel patiënten het gedrag weliswaar vertonen, maar zich hier niet volledig van bewust zijn, helpen in het verminderen van de weerstand van patiënten. Belangrijk is dat het gesprek op een neutrale en niet beschuldigende wijze wordt gevoerd door de hoofdbehandelaar, die daarbij zijn eigen gevoelens van teleurstelling en woede over het bedrog moet beheersen. Bewustzijn en erkenning van deze gevoelens voorafgaande aan het gesprek zijn daarbij onmisbaar. De psychiater kan hierin ondersteuning bieden. Daarnaast kan de psychiater de behandelaar tijdens het gesprek bijsturen als die de boodschap te eufemistisch brengt of verزندt in een discussie met patiënt. Tot slot kan de psychiater de patiënt

gedetailleerd informeren over de stoornis. Na een geslaagde confrontatie is de prognose van de aandoening redelijk gunstig. Hoewel het daadwerkelijk erkennen van het nagebootste gedrag vrij zeldzaam is, stopt in een aanzienlijk aantal van de gevallen het nagebootste gedrag.

CONCLUSIE

Dermatitis artefacta is de dermatologische variant van een aandoening die in de psychiatrie wordt geclassificeerd als de nagebootste stoornis. Het is een aandoening waarbij de patiënt opzettelijk ziektesymptomen voorwendt of veroorzaakt, met het doel de identiteit van patiënt op zich te kunnen nemen. Het risico van de aandoening is vooral het ontstaan van ernstige iatrogene complicaties. Voor een gunstige prognose is vroege herkenning door de behandelaar van groot belang. Dit is in de praktijk lastig omdat patiënten zich normaal presenteren, en objectieve aanwijzingen vaak ontbreken. Het herkennen van signalen van een pathologische interactie tussen arts en patiënt, zoals machteloosheid, wantrouwen of overdreven positieve gevoelens, kan daarom zeer nuttig zijn. Daarnaast kan herkenning van andere alarmsymptomen helpen. Het advies is de aandoening direct op te nemen in de differentiële diagnose als er aanwijzingen zijn, en dit ook open met patiënten te bespreken. Daarnaast is het advies een consultatief psychiater in te schakelen. Het doel van een interventie is vooral het stoppen van de pathologische interactie tussen arts en patiënt en de hieruit voortkomende iatrogene schade. Indien patiënt door de hoofdbehandelaar op een professionele wijze geconfronteerd wordt met de psychiater is de prognose ten aanzien hiervan gunstig.

LITERATUUR

1. Aduan RP, Fauci AS, Dale DC, Herzberg JH, Wolff SM. Factitious fever and self-induced infection: a report of 32 cases and review of the literature. *Ann Intern Med.* 1979;90:230-42.
2. Arnold LM. Dermatology. In: Levenson JL. *Textbook of psychosomatic medicine, first edition.* Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc, 2005:638-9.
3. Bass C, Halligan P. Factitious disorders and malingering: challenges for clinical assessment and management. *Lancet* 2014;383:1422-32.
3. Gupta MA, Gupta AK, Haberman HF. The self-inflicted dermatoses; a critical review. *Gen Hosp Psychiatry* 1987;9:45-52.
4. Klijn I. Nagebootste stoornissen. In: Hengeveld MW, Balkom AJLM, Heeringen C, Sabbe BCG. *Leerboek Psychiatrie, derde geheel herziene druk.* Utrecht: de Tijdstroom, 2016:443-8.
5. Yates PY, Feldman MD. Factitious disorder; a review of 455 cases in the professional literature. *Gen Hospital Psychiatry* 2016;41:20-8.



SAMENVATTING

Dermatitis artefacta is de dermatologische variant van een aandoening die in de psychiatrie wordt geclassificeerd als de nagebootste stoornis. Het is een aandoening waarbij de patiënt opzettelijk ziektesymptomen voorwendt of veroorzaakt, met het doel de identiteit van patiënt op zich te kunnen nemen. Het risico van de aandoening is vooral het ontstaan van ernstige iatrogene complicaties. Voor een gunstige prognose is vroege herkenning door de behandelaar van groot belang. Dit is in de praktijk lastig omdat patiënten zich normaal presenteren, en objectieve aanwijzingen vaak ontbreken. Het herkennen van signalen van een pathologische interactie tussen arts en patiënt, zoals machteloosheid, wantrouwen of overdreven positieve gevoelens, kan daarom zeer nuttig zijn. Daarnaast kan herkenning van andere alarmsymptomen helpen. Het advies is de aandoening direct op te nemen in de differentiële diagnose als er aanwijzingen zijn, en dit ook open met patiënten te bespreken. Daarnaast is het advies een consultatief psychiater in te schakelen. Doel van een interventie is vooral het stoppen van de pathologische interactie tussen arts en patiënt en de hieruit voortkomende iatrogene schade. Indien patiënt op een professionele wijze geconfronteerd wordt door de hoofdbehandelaar samen met de psychiater is de prognose ten aanzien hiervan gunstig.

TREFWOORDEN

dermatitis artefacta – nagebootste stoornis – vroege herkenning – arts-patiëntinteractie – alarmsignalen – confrontatie

SUMMARY

Dermatitis artefacta is the dermatological variant of a disorder that is classified in psychiatry as a factitious disorder. Patients with a factitious disorder intentionally feign or self-induce medical symptoms with the aim of being recognized and treated as a patient. There is a substantial risk for severe iatrogenic complications. A good prognosis depends on early recognition of the disorder. In practice this is difficult because the patients present without any objective signs. Awareness of the signals of a pathological interaction between doctor and patient, such as feelings of frustration, distrust or abnormal positive feelings, can therefore be very useful. Also recognition of other alarm symptoms can be helpful. Doctors are advised to consider a factitious disorder in the differential diagnosis as early as possible and to discuss this openly with their patients. Furthermore consulting a psychiatrist is important. Goal of an intervention is primarily the ending of the pathological patient doctor interaction and the resulting iatrogenic complications. The prognosis can be positively influenced when the treating physician together with a psychiatrist confront the patient in a professional manner.

KEYWORDS

dermatitis Artefacta – factitious disorder – early recognition – patient doctor interaction – alarm symptoms – confrontation

GEMELDE (FINANCIËLE) BELANGENVERSTRENGELING

Geen