

<https://doi.org/10.34883/PI.2023.9.2.015>
УДК 616/5-002-056.3



Катина М.А.¹ ✉, Лесничая О.В.¹, Касперович С.А.²

¹ Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, Витебск, Беларусь

² Витебский областной клинический центр дерматологии и косметологии, Витебск, Беларусь

Артифициальный дерматит у подростка: случай из практики

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: написание текста – Катина М.А., Лесничая О.В.; сбор материала – Катина М.А., Лесничая О.В., Касперович С.А.; редактирование – Катина М.А.; данные патоморфологического исследования – Лесничая О.В.

Подана: 06.04.2023

Принята: 19.06.2023

Контакты: maryia26-77@mail.ru

Резюме

Артифициальный дерматит (АрД) относится к кожному проявлению психосоматических расстройств или психиатрических заболеваний, при котором пациент наносит самому себе повреждения кожи, при этом чаще всего отрицая свою причастность. В большинстве случаев возникновению АрД предшествует психосоциальный стресс. Кожные поражения, свидетельствующие об артифициальном дерматите, могут быть морфологически изменчивыми во времени, иметь причудливые, угловатые и линейные формы или, наоборот, очень четкую форму и контуры, находиться на разных стадиях развития. Подтверждение диагноза АрД возможно после исключения специфической дерматологической патологии, с целью чего назначается патогистологическое исследование. Многоядерные кератиноциты с более чем 5 ядрами в сочетании с поверхностным эпидермальным некрозом являются специфичными для АрД. Случай из практики: на прием к дерматологу мама привела дочку-подростка 12 лет с жалобами на периодически остро возникающие высыпания на коже туловища и конечностей с выраженной болезненностью, особенно при прикосновении. При первичном осмотре на коже туловища и конечностей определялись темно-коричневые с фиолетовым оттенком пятна правильной формы, единичные крупные дряблые пузыри; при повторном осмотре большая часть высыпаний находилась в стадии регресса в виде пятен правильной округлой формы с четкими границами цвета нормальной кожи с легкой атрофией в центре и ободком гиперпигментации по периферии; новые элементы выглядели в виде коричнево-фиолетовых пятен неправильной формы, некоторые с пламяобразными краями. Данные патоморфологического исследования включали отсутствие специфичных для кожной патологии признаков, поверхностный некроз эпидермиса в сочетании со множественными многоядерными кератиноцитами (5–10 ядер) без акантолиза, внутриядерных и внутрицитоплазматических включений, скудную воспалительную инфильтрацию в дерме; при повторной биопсии – пигментированные корки, гиперортокератоз, гипергранулез и слабый вертикальный фиброз (признаки предшествующей травматизации кожи), что соответствует диагнозу «артифициальный дерматит».

Ключевые слова: артифициальный дерматит, самоповреждение, патогистологическое исследование, многоядерные кератиноциты, эпидермальный некроз

Katsina M.¹ ✉, Lesnichaya O.¹, Kasperovich S.²

¹ Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University, Vitebsk, Belarus

² Vitebsk Regional Clinical Center of Dermatology and Cosmetology, Vitebsk, Belarus

Dermatitis Artefacta in a Teenager: Clinical Case

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: writing the text – Katsina M., Lesnichaya O.; collection of material – Katsina M., Lesnichaya O., Kasperovich S.; editing – Katsina M.; data of pathomorphological examination – Lesnichaya O.

Submitted: 06.04.2023

Accepted: 19.06.2023

Contacts: maryia26-77@mail.ru

Abstract

Dermatitis artefacta (DA) refers to the skin manifestation of psychosomatic disorders or psychiatric diseases, when the patient produces self-injured skin lesions, often denies all responsibility for it. In the most cases, the occurrence of DA is preceded by psychosocial stress. Skin lesions of dermatitis artefacta can be morphologically variable over time, have bizarre, angular and linear shapes or, conversely, very clear shape and edges, and at different stages of the development. Confirmation of the diagnosis of DA is possible after the exclusion of a specific dermatological pathology, thus, a pathomorphological examination is performed. Multinucleated keratinocytes with more than 5 nuclei in combination with superficial epidermal necrosis are specific for DA. A clinical case: mother of 12-year-old teenage daughter consulted the dermatologist with complaints of periodically acute rashes on the skin of the trunk and limbs with pronounced soreness, especially when touched. During the initial examination dark brown regular patches of purple color with single large flaccid blisters were determined; upon repeated examination, most of the lesions were in the stage of regression like regular annular patches with clear borders of normal skin color with slight atrophy in the center and a rim of hyperpigmentation along the periphery; new lesions were presented by irregularly brown-purple patches, some with flame-shaped edges. The data of the pathomorphological study included the absence of signs of specific skin pathology, superficial epidermal necrosis in combination with multiple multinucleated keratinocytes (5–10 nuclei) without acantholysis, intracellular and intracytoplasmic inclusions, scanty inflammatory infiltration in the dermis, with repeated biopsy – pigmented crusts, hyperorthokeratosis, hypergranulosis and slight vertical fibrosis (signs of previous skin traumatization), which is consistent with the diagnosis of "dermatitis artefacta".

Keywords: dermatitis artefacta, self-injury, pathomorphological examination, multinucleated keratinocytes, epidermal necrosis

■ ВВЕДЕНИЕ

Понятие «артифициальный дерматит» (АрД) относится к психодерматозу как кожному проявлению психосоматических расстройств или психиатрических заболеваний. Одна из классификаций психодерматозов предложена Gupta M. (см. таблицу) [1].

АрД определяется как состояние, при котором пациент наносит самому себе повреждения кожи, при этом чаще всего отрицая свою причастность. Частота встречаемости артифициального дерматита составляет 5%, однако ввиду сложности постановки данного диагноза в действительности может быть и выше. Артифициальный дерматит может проявиться в любом возрасте, но наиболее высокая заболеваемость наблюдается у подростков и взрослых моложе 30 лет. Ретроспективные исследования в Дании и Франции отметили преобладание женщин в группе пациентов с АрД [1, 2]. В большинстве случаев его возникновению предшествует психосоциальный стресс. АрД имеет разнообразные клинические проявления в зависимости от «творческих» способностей пациента и способа, используемого для самоповреждения. Наиболее распространенными кожными проявлениями являются эксфолиации, язвы, пузыри, ограниченные корки, рубцы, пятна.

Для установления диагноза самоповреждений кожи можно использовать три аспекта: морфологию поражения, личность пациента, анамнез заболевания. Однако диагноз не рекомендуется устанавливать на основании только одного из этих критериев [1].

Кожные поражения, свидетельствующие об артифициальном дерматите, могут быть морфологически изменчивыми во времени, иметь причудливые, угловатые и линейные формы или, наоборот, очень четкую форму и контуры, при этом находясь на разных стадиях развития. Повреждения кожи могут быть вызваны химическими веществами, термическими, электрическими и криоожогами, могут быть результатом травмы (порезы, применение колющих предметов и др.). Кожные артефакты, вызванные инструментом, как правило, имеют правильную геометрическую форму. Химические ожоги также имеют правильную форму, но иногда их границы могут прерываться пальцеобразными выступами, вызванными линейным распространением капель едкой жидкости, использованной для получения повреждения. Субъективные ощущения, такие как боль и жжение, могут быть преувеличены пациентами с АрД [1–3].

Важным критерием диагноза артифициального дерматита является локализация поражений, доступных для механического воздействия и, как правило, более

Классификация психодерматозов Classification of psychodermatosis

Первичный психиатрический синдром с дерматологическими проявлениями	Заболевания, связанные с самоповреждением кожи
Делирий	Артифициальный дерматит
Галлюциноз	Невротические эксфолиации
Телесное дисморфическое расстройство	Эксфолиированные акне
Другие состояния	Трихотилломания
Психогенный зуд	–
Психогенная пурпура	–
Синдром жжения во рту	–

многочисленных в местах, доступных для правой руки у пациентов-правшей и, наоборот, для левой – у левшей. При выборе мест поражения пациенты обычно избегают ладоней, подошв, носа, губ, волосистой части головы, гениталий, верхней части спины. Наличие самоповреждений в области, недоступной для рук, не обязательно исключает диагноз АрД, поскольку до таких мест можно добраться другими способами. Новые поражения продолжают появляться до тех пор, пока у пациента есть возможность уединения и запас необходимых материалов. Большое значение придается внешнему виду и поведению пациента с данной патологией: пациенты могут быть беспокойны или иметь бесстрастный вид. Интерес пациента к своим поражениям, склонность демонстрировать их и выражать гнев – все это признаки, которые должны вызывать подозрение в самоповреждении [1].

Появление изменений на коже в определенные даты и время суток (особенно вечером), появление их мгновенно также являются признаками самоповреждения. Другие факторы, которые могут указывать на АрД: рецидив поражений совпадает с новой работой, переездом, новой школой, смертью члена семьи или любым другим событием, которое может вызвать психологический стресс. В таких случаях повреждение может быть истолковано как попытка невербальной коммуникации. В случае пациентов с истерической личностью мотивом самоповреждений является желание быть больным человеком, чтобы избежать личных обязательств, или для привлечения внимания близких людей – простое желание вызвать сочувствие или попытка рационализировать чувство разочарования или неудачи в жизни; в других случаях такое поведение может быть результатом конфликта в социальном окружении пациента, финансовых проблем, недостатка самоуважения, искупления вины, мести или способа избежать ответственности. Нужно изучать психиатрический анамнез пациента – наличие психических заболеваний в индивидуальном или в семейном анамнезе [1, 2, 4].

Дети с АрД часто страдают тревожным расстройством или незрелым поведением в ответ на напряженные отношения с родителями, учителями, сверстниками. Взрослые могут иметь невротический и истерический тип личности, страдать депрессивным расстройством, параноидальным расстройством личности [2].

Подтверждение диагноза артифициального дерматита возможно после исключения специфической дерматологической патологии, с целью чего назначается, как правило, патогистологическое исследование. Характер патоморфологических изменений в большинстве случаев зависит от способа, используемого для причинения самоповреждения. Наиболее типичными общими патоморфологическими признаками, указывающими на АрД, являются преобладание патологических изменений в поверхностных слоях кожи, чаще ограниченных эпидермисом, и эпидермальный некроз с минимальным воспалением. Инъекции инородного материала могут вызвать образование гранулемы инородного тела в дерме или подкожной клетчатке [1, 3–7]. Субэпидермальные пузыри также часто встречаются при АрД и могут быть вызваны, например, электрическим ожогом. От аутоиммунных буллезных дерматозов их можно отличить патогистологически по наличию поверхностного эпидермального некроза, резкой демаркации и относительно скудного кожного воспалительного инфильтрата [3, 7].

Также описаны клинические случаи АрД с обнаружением при патогистологическом исследовании эпидермальных многоядерных кератиноцитов, содержащих более 5 ядер. Данный признак является важным ключом к диагностике

артифициального дерматита при соответствующих клинических проявлениях. Предполагается, что эти многоядерные кератиноциты возникают в результате травмы кожи, но точный механизм, лежащий в основе их образования, остается неизвестным. Одна из гипотез состоит в том, что многоядерность кератиноцитов обусловлена хроническим раздражением эпидермиса, вызванным воздействием агрессивных веществ или механической травмой, что вызывает слияние клеток, не связанное с нарушением их митотической активности. Многоядерные клетки эпидермиса могут встречаться при вирусных инфекциях – герпетической инфекции, кори; при воспалительных дерматозах, сопровождающихся механическим раздражением кожи в процессе расчесывания, – красном плоском лишае, хроническом простом лишае, узловатом пруриго, некоторых опухолях (болезнь Боуэна) [3–7]. Однако при этих заболеваниях кератиноциты содержат не более 5 ядер, а также обнаруживаются специфические патогистологические признаки, которые противоречат диагнозу артифициального дерматита, такие как явления спонгиоза или интерфейс-дерматита, акантолиз, опухолевая пролиферация и др. При вирусных инфекциях многоядерные кератиноциты характеризуются также краевым расположением хроматина в ядре и внутрицитоплазматическими включениями в виде матового стекла. Многоядерные кератиноциты с более 5 ядрами в сочетании с поверхностным эпидермальным некрозом являются специфичными для артифициального дерматита. В особо сложных случаях применяют дополнительные исследования, такие как прямая иммуофлюоресценция или иммуногистохимическое окрашивание.

■ ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

На прием к дерматологу мама привела дочку-подростка 12 лет с жалобами на периодически остро возникающие высыпания на коже туловища и конечностей с выраженной болезненностью, особенно при прикосновении. Проблема появилась месяц назад без видимых причин: отрицали прием лекарственных средств, травмы кожи, укусы, стресс, инфекционные заболевания. Хронических кожных заболеваний в семейном анамнезе не указывали. Высыпания самостоятельно регрессировали, затем появлялись вновь на других участках кожного покрова. При осмотре на коже туловища и конечностей определялись темно-коричневые с фиолетовым оттенком пятна правильной формы (рис. 1), единичные крупные дряблые пузырьные элементы. Первичными предполагаемыми диагнозами врача-дерматолога были пигментная крапивница и кожный васкулит, пациентке была рекомендована диагностическая биопсия кожи.

При патоморфологическом исследовании были выявлены очаги некробиоза в поверхностных слоях многослойного плоского эпителия (рис. 2, 3), местами – множественные многоядерные клетки в эпидермисе (рис. 4) без явлений акантолиза: ядра крупные, по 5–10 внутри каждой клетки, меланин неравномерно рассеян по эпидермису (рис. 2, 3, 4В). Воспалительная реакция в дерме скудная, в виде очаговой периваскулярной лимфогистиоцитарной инфильтрации.

На основании обнаружения многоядерных клеток можно было предположить герпетическую вирусную инфекцию, однако клинические проявления у пациентки были нетипичны для данной патологии: хаотично разбросанные пятна правильной формы на коже туловища и конечностей, отсутствие сгруппированных везикул, необычный цвет элементов. Клинические проявления дерматоза не соответствовали



A



B

Рис. 1. Свежие высыпания в виде правильной формы пятен
Fig. 1. First regular shaped patches

и воспалительным дерматозам, при которых возможно обнаружить многоядерные кератиноциты. Патоморфологическая картина, представленная многоядерными кератиноцитами (с 5 и более ядрами в одной клетке) в сочетании с эпидермальным некрозом, соответствовала артифициальному поражению.

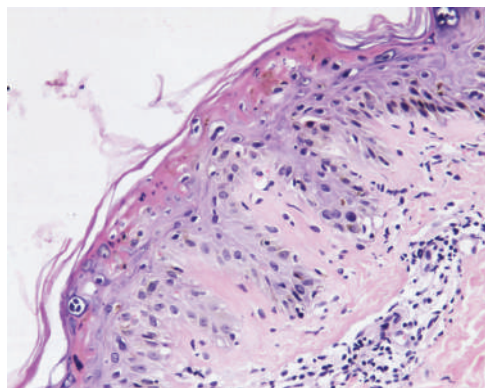


Рис. 2. Окраска гематоксилином и эозином, увеличение $\times 200$. В поверхностных слоях многослойного плоского эпителия отмечается некробиоз, присутствуют многоядерные клетки с перинуклеарными просветлениями. Базальные отделы эпителия сохранены, несмотря на выраженность поражения верхних слоев. В дерме скудная лимфогистиоцитарная периваскулярная инфильтрация
Fig. 2. Hematoxylin and eosin staining, magnification $\times 200$. Necrobiosis is noted in the surface layers of the multilayered squamous epithelium, there are multinucleated cells with perinuclear clearances. The basal parts of the epithelium are preserved, despite the severity of the pathological process in the upper layers. There is a scant lymphohistiocytic perivascular infiltration in dermis

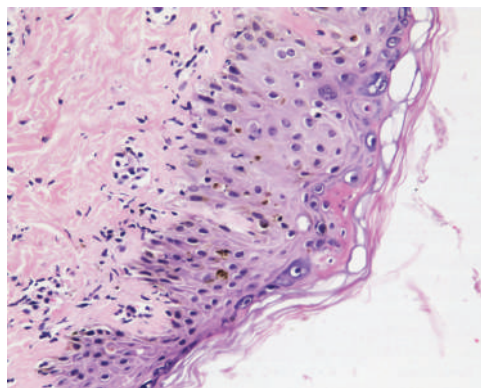


Рис. 3. Окраска гематоксилином и эозином, увеличение $\times 100$. В многослойном плоском эпителии отмечается очаговый некробиоз поверхностных слоев, пигмент (меланин) неравномерно рассеян по эпидермису
Fig. 3. Hematoxylin and eosin staining, magnification $\times 100$. Focal necrobiosis of superficial layers is noted the multilayered squamous epithelium; the pigment (melanin) is irregularly scattered throughout the epidermis

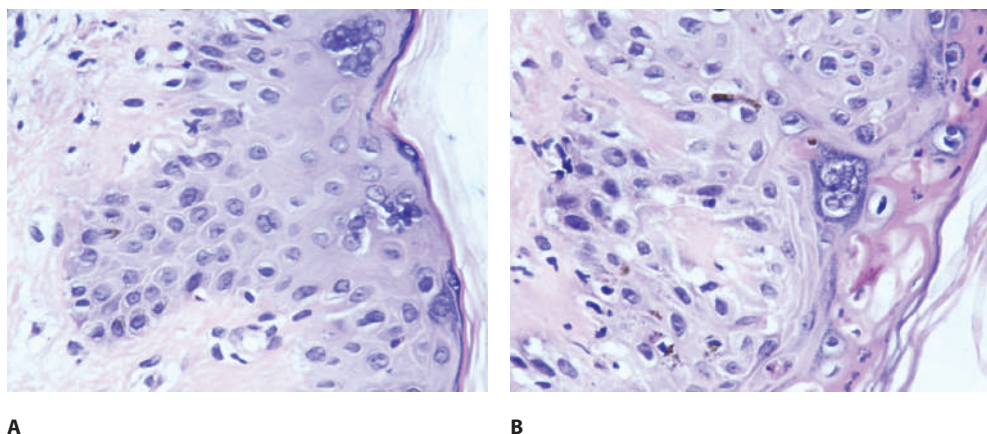


Рис. 4. Окраска гематоксилином и эозином, увеличение $\times 400$. А – в многослойном плоском эпителии присутствуют многоядерные кератиноциты; В – в многослойном плоском эпителии присутствуют многоядерные кератиноциты, отмечается некробиоз поверхностных отделов эпителия с наличием остатков ядер и перинуклеарными просветлениями, глыбки меланина неравномерно разбросаны по эпителию

Fig. 4. Hematoxylin and eosin staining, magnification $\times 400$. А – there are multinucleated keratinocytes in the multilayered squamous epithelium; В – there are multinucleated keratinocytes in multilayered squamous epithelium, there is a necrobiosis of the superficial parts of the epithelium with the presence of rests of nuclei and perinuclear clearances, lumps of melanin are irregularly scattered throughout the epithelium

При повторном осмотре после получения данных патоморфологического исследования большая часть высыпаний находилась в стадии регресса, при этом они имели правильную округлую форму с четкими границами, цвета нормальной кожи с легкой атрофией в центре и ободком гиперпигментации по периферии; некоторые элементы были покрыты тонкой геморрагической коркой, обнажая субатрофичную кожу (рис. 5, 6). Свежие элементы отмечались на коже бедер и спины в виде коричнево-фиолетовых пятен неправильной формы, некоторые с пламяобразными краями (рис. 7). Осмотр проводился в присутствии мамы, пациентка вела себя спокойно, уверенно, реагировала резкой болезненностью при легком касании элементов, находившихся даже в стадии регресса. Обратило на себя внимание отсутствие поражений кожи на лице, в области молочных желез и верхней части спины (рис. 8). После предложения проведения повторной биопсии кожи со свежего элемента было получено незамедлительное согласие как со стороны матери, так и со стороны пациентки, причем последнее было необычным явлением, поскольку большинство детей и подростков боятся инвазивных процедур. Мама показала снятое ею самой видео процесса появления элементов на коже: все начиналось остро с криками девочки и вызова мамы к ней в комнату, на глазах у мамы на прежде здоровой коже появлялись очаги яркой отечной эритемы, которая постепенно темнела, на некоторых очагах образовывались крупные пузыри. Мама отрицала напряженные эмоциональные отношения у девочки в семье, в школе, в спортивной секции.



Рис. 5. Регрессирующие элементы с поверхностной геморрагической корочкой
Fig. 5. Regressed lesions with superficial crust



Рис. 6. Регрессирующие штампованные элементы с четким венчиком гиперпигментации
Fig. 6. Regressed stamped lesions with clear rim of hyperpigmentation

Данные повторного патогистологического исследования (рис. 9): многослойный плоский эпителий с гиперортокератозом, гипергранулезом, на поверхности его присутствуют корки из некротизированного эпителия с большим количеством неравномерно распределенного коричневого пигмента, силуэтами вакуолизированных кератиноцитов; сосочковая дерма несколько огрубевшая, с небольшим вертикальным фиброзом; воспалительная реакция в дерме отсутствует.

В результате анализа поведения девочки: демонстративное привлечение внимания мамы в момент появления элементов с яркой эмоциональной окраской в виде криков, отсутствие страха при проведении биопсии кожи, преувеличенная болезненность в области поверхностных регрессирующих очагов; анализа клинических данных поражения кожи: свободные от повреждений косметически важные участки кожи лица, молочных желез и труднодоступные участки верхней части спины, правильная форма свежих элементов и появление элементов с вычурными

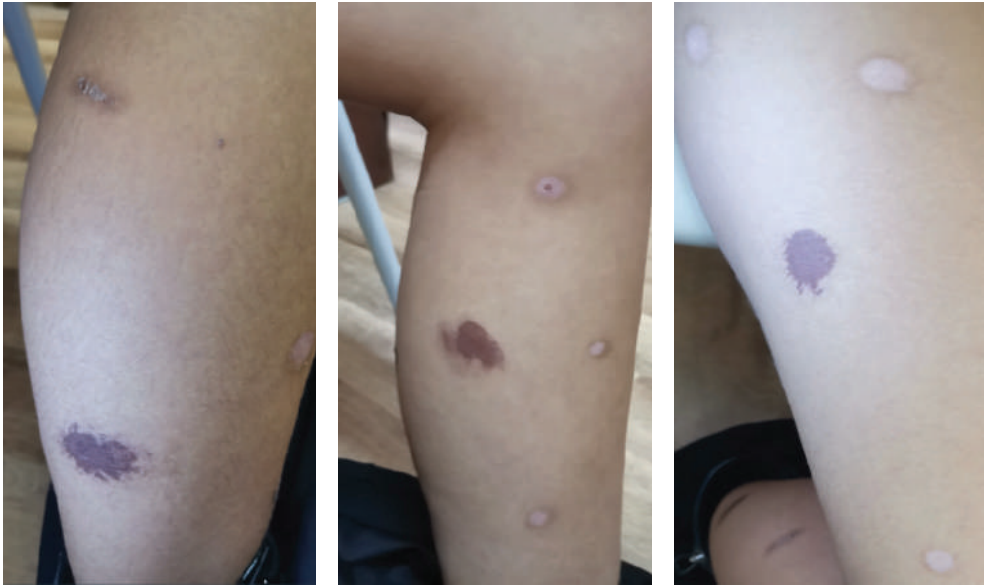


Рис. 7. Свежие неправильной формы пятна при повторном осмотре
Fig. 7. New irregular patches on repeated consultation



Рис. 8. Свободная от поражений зона верхней части спины
Fig. 8. Upper back is spared

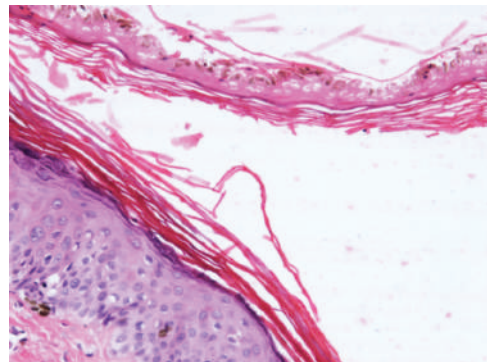


Рис. 9. Окраска гематоксилином и эозином, увеличение $\times 200$. Многослойный плоский эпителий с гиперторкератозом, на поверхности присутствует корка из некротизированного эпителия с большим количеством неравномерно распределенного коричневого пигмента (повторная биопсия)
Fig. 9. Hematoxylin and eosin staining, $\times 200$ magnification. Multilayered squamous epithelium with hyperkeratosis, there is a crust of necrotic epithelium on its surface with a large amount of irregularly scattered brown pigment (repeated biopsy)

пламяобразными краями при повторном осмотре; четко очерченные, штампованные регрессирующие очаги, поверхностный характер поражения кожи (тонкие корочки, пятна), быстрое формирование поражений кожи (на глазах у мамы), ложный полиморфизм элементов; анализа данных патоморфологического исследования: отсутствие специфичных для кожной патологии признаков, поверхностный некроз эпидермиса в сочетании со множественными многоядерными кератиноцитами без акантолиза, внутриядерных и внутрицитоплазматических включений, скудная воспалительная инфильтрация в дерме, при повторной биопсии – пигментированные корки, гиперортокератоз, гипергранулез и слабый вертикальный фиброз (признаки предшествующей травматизации кожи) – был выставлен диагноз «артифициальный дерматит».

При детальном разговоре мама отметила, что в июле дочь ездила в оздоровительный лагерь, где произошел конфликт с вожатым, а в августе начались «высыпания на коже». Судя по характеру поражений, мы предполагаем, что самоповреждения наносились с помощью химических веществ, возможно кислот в разбавленном виде. Разная форма пятен при первичном и повторном обращениях, возможно, связана с изменением техники нанесения причинного вещества. Сама девочка отрицала свою причастность, мама в вещах дочери никаких предметов и растворов не нашла. После бесед врача и мамы с пациенткой о возможности самоповреждения эпизоды поражений кожи больше не повторялись.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данный клинический случай интересен как врачам-дерматологам, поскольку иллюстрирует разнообразный характер проявлений артифициального дерматита под маской кожной патологии, так и патоморфологам, так как указывает на возможность обнаружения многоядерных кератиноцитов в эпидермисе, отличных от таковых при герпетической инфекции, как признака АрД.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Pichardo A.R., Bravo B.G. Dermatitis Artefacta: A Review. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104(10):854–66. doi: 10.1016/j.adengl.2012.10.018
2. Yadav S. Psychodermatology: A comprehensive review. *Indian Journal of Dermatology, Venereology, and Leprology.* 2013;79(2):176–192. doi: 10.4103/0378-6323.107632
3. Winters C. Multinucleated giant cells in factitial dermatitis. *J Cutan Pathol.* 2013;40(2):205–208. doi: 10.1111/cup.12081
4. Gutierrez D. Epidermal multinucleated keratinocytes: a histopathologic clue to dermatitis artefacta. *Journal of Cutaneous Pathology.* 2016;43(10):880–883. doi: 10.1111/cup.12744
5. Azurdia R.M., Guerin D.M., Sharpe G.R. Recurrent bullous dermatitis artefacta mimicking immunobullous disease. *Br J Dermatol.* 2000;143(1):229–30. doi: 10.1046/j.1365-2133.2000.03642.x
6. Sweeney S.A. Grape cells (multinucleated keratinocytes) in noninfectious dermatoses: Case series and review of the literature. *Am J Dermatopathol.* 2015;37(12):e143–6. doi: 10.1097/DAD.0000000000000330
7. Amin S.M. Epidermal necrosis with multinucleated keratinocytes: A possible diagnostic clue for dermatitis artefacta. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016;30(10):e101–e102. doi: 10.1111/jdv.13344