

Rubrica iconografica

Una ragazza di 15 anni si rivolge all'ambulatorio pediatrico, lamentando una intensa sintomatologia pruriginosa iniziata qualche giorno prima, principalmente agli arti e poi rapidamente diffusasi a tutto l'ambito cutaneo. All'anamnesi non si rileva nulla di significativo; viene riferito atteggiamento sociale e scolastico adeguato. La ragazza sembra sopportare male la visita medica mentre la madre appare molto preoccupata. L'esame obiettivo generale è negativo; la cute presenta varie lesioni da grattamento, specie agli arti. Considerata l'intensità dei sintomi (il prurito disturbava il riposo notturno), sono stati effettuati esami ematochimici che non evidenziano alcunché sia in senso allergologico che immuno-ematologico. Si prescrive un antistaminico che non modifica la situazione. La ragazza infatti viene riportata dalla madre in ambulatorio dopo tre giorni: il prurito è descritto come "insopportabile" e le conseguenti lesioni da grattamento sono ora più profonde e con gemizio siero-ematico. Per il persistere della sintomatologia viene richiesta una consulenza dermatologica.

Valutazione dermatologica

All'esame obiettivo la ragazza presentava diverse chiazze di color rosa-rosso, di forma ovalare, con dimensioni di alcuni centimetri, in alcuni punti ricoperte da crostosità siero-ematiche, nettamente separate dalla cute sana. Le lesioni, disposte linearmente, erano simmetriche e bilaterali agli arti superiori (Figura 1 e 2). Ai polpastrelli si notavano delle depressioni puntiformi disposte linearmente, circondate da alone eritematoso (Figura 3). La ragazza si presentava in buone condizioni di salute e ripeteva che le manifestazioni erano comparse improvvisamente e simultaneamente alcuni mesi prima, senza lesioni precoci, ed erano accompagnate da intenso prurito.

Null'altro di particolare si rilevava all'anamnesi: non riferiva storia di malattie cutanee, non aveva mai applicato sostanze e non aveva eseguito lavori che la potessero esporre al contatto con particolari agenti irritanti. Durante la visita la paziente non si è mai grattata. In base all'anamnesi, all'insorgenza,

UN PRURITO INSOPPORTABILE...

TIZIANO BASSO, FRANCESCA FAVOT*, GIUSEPPE STINCO*

Pediatria, Ospedale di Tolmezzo

**Clinica Dermatologica - DPMSC, Università di Udine*

alla non responsività ai precedenti trattamenti, all'aspetto clinico delle lesioni (simmetria, sedi facilmente raggiungibili, caratteri atipici per altre dermatosi) è stata posta diagnosi di dermatite artefatta. È stato ipotizzato che le lesioni degli arti, per la loro disposizione e morfologia, potessero essere state auto-determinate con le unghie, mentre quelle ai polpastrelli da morsi da parte della paziente. È stato spiegato alla madre l'inutilità di eventuali trattamenti farmacologici mirati alla risoluzione delle manifestazioni cutanee, mentre è stata sottolineata l'importanza di capire la motivazione delle sue azioni autolesive.

Follow-up

La ragazza è stata indirizzata al Servizio di Psicologia dell'Età Evolutiva, che l'ha seguita per circa sei mesi.

L'autolesionismo è andato scomparendo in maniera non lineare (ricadute a poussées compulsive). Attualmente la

ragazza conduce normale vita familiare e sociale. Questo grazie anche alla migliore relazione con la madre, la cui ansia e apprensione, giudicate come la causa principale dell'atteggiamento della ragazza, sono state oggetto delle cure del Servizio.



Figura 1



Figura 2



Figura 3

Rubrica iconografica

LA DERMATITE ARTEFATTA

La dermatite artefatta (DA) è una tipica malattia psicocutanea; le lesioni sono autoprodotte, consciamente o inconsciamente, ma senza un fine esplicitabile (a differenza da quanto si verifica per la dermatite da simulazione in cui le lesioni vengono autoindotte col chiaro proposito di ottenerne un beneficio sociale o finanziario)¹.

Riguarda prevalentemente l'età adolescenziale o giovanile, più spesso le ragazze (rapporto F/M=3)².

Le lesioni hanno sede sulle parti raggiungibili dalle mani (volto, arti, petto, non di rado i genitali maschili). Di solito sono utilizzate le **unghie**, o i pizzicotti, o i traumi con lesioni a volte lineari, a volte ecchimotiche, a volte ulcerate, a volte edematose. Lo **strappo** sistematico dei capelli (tricotillomania), con immagini che simulano l'alopecia areata, ma meno nette, e con presenza di peli troppo corti per venire strappati, può essere considerato una manifestazione autoleisiva minore di DA. Le manifestazioni meno recenti, soggette a ripetuti sfregamenti o a modificazioni ripetute e differenti, spesso assumono un aspetto torpido, calloso, sclerocicatriziale; complicanze osteitiche o condritiche possono sorprendere e disorientare.

Spesso vengono utilizzati **strumenti**, e ne derivano lesioni rivelatrici (strie lineari sottili e profonde, se è un oggetto acuminato, strie o segni di gocciolamento se vengono usati caustici liquidi, lesioni circolari multiple uniformi, da bruciatura di sigarette). Non è eccezionale la contaminazione volontaria con urine o feci, e la conseguente cellulite o panniculite fittizia, con febbre anche elevata (e riscontro). La creatività di questi pazienti è sorprendente e così la varietà delle lesioni³.

Diversi elementi caratterizzano il quadro generale: la comparsa improvvisa, a volte a ondate successive; la incongruenza, la varietà delle lesioni e in genere la difficoltà a caratterizzarle; l'aspetto sovente figurato, con segmenti rettilinei, contorni triangolari o stellati; la loro frequente separatezza reciproca, con ampi tratti di cute sana. Elemento comune è l'indifferenza verso le conseguenze disestetiche delle lesioni.

La diagnosi

La diagnosi di DA è in genere semplice: basta pensarci! L'estrema variabilità delle lesioni fa sì che non ci siano quasi dermatosi che non possano rientrare nella diagnosi differenziale: dalla poliartrite nodosa, all'ipoderma gangrenoso, alle punture di insetto, alla granulomatosi di Wegener, alle vasculiti granulomatoze, alle collagenopatie in generale, "le grandi imitatrici"⁴. Nelle lesioni da grattamento dei genitali delle bambine bisogna prendere in esame l'ipotesi del lichen sclero-atrofico vulvare. Nel dubbio, l'occlusione temporanea delle aree più colpite (e la loro rapida guarigione) può aiutare l'ipotesi diagnostica⁴, così come può essere conveniente osservare per qualche giorno il paziente in regime di degenza.

Il paziente e la famiglia

I pazienti che si rivolgono al medico hanno un bisogno inconscio di nascondere e negare la propria psicopatologia. Alcuni di loro sono affetti da disturbo d'ansia; più spesso hanno un disturbo di personalità (borderline). Spesso hanno subito traumi emozionali o deprivazioni sociali nei primi anni di vita. I loro rapporti personali sono caratterizzati da rabbia e ostilità specie verso le figure dominanti della propria infanzia, da un insufficiente controllo, da dipendenza, e da instabilità. Il loro umore è spesso depresso e caratterizzato da un senso di vuoto. I segni visibili sulla cute sono una forma di comunicazione non verbale: una richiesta di aiuto⁵⁻⁸.

Esplicitare al paziente che è lui stesso la causa e il responsabile delle proprie lesioni è un po' come chiudere la porta a questa richiesta di aiuto, ed è importante invece cercare di fornirgli, possibilmente attraverso una ricerca indiretta del fattore precipitante del suo acting out. Può essere opportuno programmare delle visite/incontro ravvicinate, anche di breve durata, una o due alla settimana, per monitorare gli effetti di terapie topiche e per offrire l'occasione di conversazioni aperte.

Decidere se, come e quando parlare esplicitamente al paziente è difficile. Si

può essere franchi solo se si è sicuri che il paziente è emotivamente abbastanza forte^{5,8,9}.

I familiari non facilitano tutto questo; sono spesso apprensivi e ostili nei confronti del curante, che tendono a ritenere incompetente, vista anche la persistenza delle lesioni, e rifiutano anch'essi, per natura e per atteggiamento, una spiegazione psicopatologica.

La terapia

Se necessario, la terapia tenderà ad essere locale, protettiva delle lesioni, sintomatica.

In realtà, questi pazienti devono essere indirizzati a uno specialista neuropsichiatria, cosa che tendenzialmente rifiutano. Un trattamento cognitivo-comportamentale, che incoraggi il paziente a riconoscere e a superare gli eventi stressanti e a individuare le proprie capacità di affrontarli, eventualmente associato a una terapia antidepressiva o con anti-psicotici atipici, sarà opportuno nella maggior parte dei casi^{5,7-9}.

Indirizzo per corrispondenza:

Tiziano Basso

e-mail: bassotiziano@aliceposta.it

Bibliografia

1. Kloblenzer CS. Dermatitis artefacta. Clinical features and approaches to treatment. *Am J Clin Dermatol* 2000;1:47-55.
2. Rogers M, Fairley M, Santhanam R. Artefactual skin disease in children and adolescents. *Australas J Dermatol* 2001;42:264.
3. Harman M, Akdeniz S, Bayram Y. Dermatitis artefacta. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2001;15:368-70.
4. Joe K, Li VW, Magro CM, et al. Diagnostic clues of dermatitis artefacta. *Cutis* 1999;63:209-14.
5. Kloblenzer CS. Cutaneous manifestation of psychiatric disease that commonly presented to the dermatologist-diagnosis and treatment. *Int J Psychiatry Med* 1992;22:47-63.
6. Moffaert MV. Localization of self-inflicted dermatological lesion: what do they tell the dermatologist? *Acta Dermatol Venereol* 1991;156:23-7.
7. Hafeez U, Goodyear HM. Self-mutilation, do not overlook the obvious. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2003;17:369.
8. Limosin F, Loze JY, Rouillon F. Clinique et psychopathologie des troubles factices. *Ann Med Interne* 2002;153:499-502.
9. Gieler U. Factitious disease in the field of dermatology. *Psychother Psychosom* 1994;62:48-55.