

Epilepsie a porucha narušování kůže

MUDr. Jan Hubeňák, Ph.D.^{1,2}

¹Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové

²Psychiatrická klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové

Porucha narušování kůže je novou diagnostickou jednotkou v DSM-5 a perspektivně bude zařazena i v MKN-11. Nemoc je spojována s dysfunkcí v kortexu frontálních laloků a pravděpodobně je zde narušena i glutamatergní transmise. Kazuistika nemocné s komorbiditou poruchy narušování kůže, epilepsie a poruchy přizpůsobení s protrahovanou depresivní reaktivitou ukazuje na dosud omezené léčebné znalosti ve vztahu k této nemoci.

Klíčová slova: epilepsie, dermatilománie, onipování, exkoriace.

Epilepsy and excoriation (Skin-Picking) disorder

Excoriation (Skin-Picking) disorder is a new diagnostic category presented in DSM-5 and is expected to occur in ICD-11. It is supposed to be linked to a dysfunction in frontal lobe cortex. Glutamatergic transmission may be impaired as well. Case of herein presented patient suffering from comorbidity of excoriation disorder, epilepsy and adjustment disorder with prolonged depressive reaction demonstrates still limited therapeutic knowledge.

Key words: epilepsy, dermatillomania, skin picking, excoriation disorder.

Úvod

Páté vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních nemocí (DSM-5) (1) uvádí v kapitole obsedantně kompulzivních a souvisejících poruch (OCDR) novou diagnostickou jednotku. Tou je Excoriation (Skin-Picking) Disorder, která je známa také jako dermatilománie, acné excoriée, umělá dermatitida či neurotická exkoriace. V české verzi DSM-5 (2), která vyšla pod záštitou Psychiatrické společnosti ČLS JEP, je onemocnění pojmenováno jako Exkoriace (Porucha narušování kůže) a text je doplněn českým překladem diagnostických kritérií (tabulka 1).

Hlavním příznakem je zde opakované onipování, škrábání, kousání, trhání, bodání nebo mačkání kůže, mající za následek kožní léze. Léze jsou často doprovázeny infekcí a zjizvením. K narušování kůže nemocní používají krom nehtů a zubů také pinzety, špendlíky či jiné předměty. Nejčastějšími lokalizacemi exkoriací bývá obličej, krk, dekolt, paže a ruce. Exkoriace bývají

Tab. 1. Diagnostická kritéria DSM-5 pro Exkoriace (Poruchu narušování kůže)

| Diagnostická kritéria | |
|-----------------------|---|
| A. | Opakované narušování kůže ústící v kožní léze. |
| B. | Opakované pokusy o omezení či zastavení narušování kůže. |
| C. | Narušování kůže způsobuje klinicky významnou nepohodu nebo funkční narušení v sociální, pracovní nebo v jiných důležitých oblastech. |
| D. | Narušování kůže nemůže být připsáno fyziologickým účinkům látek (např. kokainu) nebo jinému somatickému onemocnění (např. svrabu). |
| E. | Narušování kůže není možné lépe vysvětlit příznaky jiné duševní poruchy (např. bludů, hmatových halucinací v psychotické poruše, pokusů o vylepšení domnělých nedostatků nebo vad ve vzhledu u dysmorfofobie, stereotypním u poruchy se stereotypními pohyby nebo úmyslu zranit se v rámci nesebevražedného sebepoškození). |

prováděny jak na zdravé kůži, tak na kůži postižené exantémem kožního onemocnění (např. akné) nebo krustami po předchozím narušování. Takové projevy chování byly v DSM-IV (3) zmínovány ve spojitosti s dysmorfofobií a později v DSM-IV-TR (4) uváděny s jinými impulzivními poruchami. Výše popsané symptomy se v menší míře mohou v lidském chování běžně vyskytnout a v tom případě byly a jsou považovány spíše za zlozvyk. U některých nemocných je však

jejich intenzita a četnost následných kožních lézí natolik závažná, že vede k pocitům studu, zahanbení a sociální izolaci. To bylo důvodem pro vznik samostatné diagnózy. Exkoriace jsou v DSM-5 společně s trichotilománií vyčleněny z impulzivních poruch do podskupiny poruch souvisejících s obsedantně-kompulzivními také proto, že stojí na jejich pomezí. Část pacientů s exkoriacemi prožívá před zahájením onipování subjektivně příjemné emoční vzrušení. Po

provedení exkoriace někteří pociťují uspokojení, požitky a uvolnění (5). Jsou to rysy typicky spojované s impulzivními poruchami. Naproti tomu jiná část nemocných pociťuje před exkoriací subjektivně nepříjemnou úzkost či napětí a pokouší se onipování omezit, což je spojováno spíše s obsedantně-kompulzivními poruchami. V desáté revizi mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) (6) dermatilománie uvedena není, ale pro podobnost některých rysů s trichotilománií mohla být v případě potřeby uvedena pod diagnózou jiných návykových a impulzivních poruch. Recentně byl publikován návrh pracovní skupiny pro klasifikaci obsedantně-kompulzivních a souvisejících poruch (7) v rámci jedenácté revize mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11) připravované k vydání na rok 2018. I pro MKN-11 bylo doporučeno zařazení nové diagnózy – Excoriation (skin-picking) disorder a uveden byl i návrh diagnostických kritérií. Jejich volný český překlad podává tabulka (tabulka 2).

Prevalence poruchy se v dosud publikovaných studiích pohybuje od 1,4% (5) do 5,4% (8, 9) a je zřejmě častější u žen (8). Často je doprovázena dalším onemocněním ze skupiny OCDR, a to trichotilománií, dysmorfofobií, shromažďovací poruchou i samotnou obsedantně-kompulzivní poruchou (9). Studie s použitím zobrazení tenzorů difuze (10) zjistila abnormality v předním cingulárním kortexu bilaterálně a v bílé hmotě v blízkosti levé temporoparietální junkce. Předpokládá se, že interakce mezi předním cingulárním kortexem a orbitofrontálním kortexem je zapojena do rozhodování o změně chování. Pokud je interakce u pacientů s poruchou narušování kůže dysfunkční, je hypoteticky možné, že budou v onipování pokračovat, ačkoli si uvědomují, že si tak způsobují léze. Tento neurobiologický podklad může být jednou z příčin rezistence na léčbu, kdy významné zlepšení symptomů po léčbě farmaky nebo psychoterapií pociťuje méně než pětina nemocných (11). Recentní studie užívající magnetickou rezonanci prokázala snížení tloušťky kortexu frontálního laloku pravé hemisféry (12).

Tab. 2. Diagnostická kritéria ICD-11 pro Excoriation (skin-picking) disorder – volně přeloženo

| Diagnostická kritéria | |
|-----------------------|---|
| A. | Opakované a přetrvávající narušování kůže. |
| B. | Pokusy o zastavení nebo omezení narušování kůže. |
| C. | Přítomnost kožních lézí vzniklých narušováním kůže. |
| D. | Narušování kůže vede k významné nepohodě nebo postižení v osobní, rodinné, sociální, školní či pracovní oblasti nebo v jiných důležitých oblastech. |

Kazuistika

Anamnéza

Devatenáctiletá pacientka byla přijata k plánovanému vyšetření a léčbě za hospitalizace pro depresivní syndrom a neurotické exkoriace. Půl roku před nástupem hospitalizace se nemocná rozešla s partnerem a reagovala na to poklesem nálady, omezením sociálních kontaktů, uzavíráním se doma a poklesem volní aktivity. Zaznamenávala úbytek fyzické síly a postupně trávila většinu dne na lůžku. Ztrácela schopnost udržet pozornost na čtení nebo sledování televize. Zanedbávala osobní hygienu. Nebyla již schopná docházet do zaměstnání a nastoupila dočasnou pracovní neschopnost. Místy se zaobírala myšlenkami na to, že by raději nežila, ale suicidium neplánovala. Následně si začala nehty rukou způsobovat exkoriace na čele a obličeji, kde již měla projevy akné a onipovala se dále na krku, v dekoltu a na pažích. S pomocí rodiny kontaktovala ambulantního psychiatra a pro depresivní syndrom jí byl předepsán mirtazapin v dávce 30 mg denně. Po dvou měsících léčby došlo k částečnému zlepšení nálady a odeznění suicidálních myšlenek. Přetrvávala ale stažená emoční reaktivita, hypobolie, pomalé tempo myšlení, hypoprosexie i nízký zájem o sociální kontakt. Onipování nabývalo na intenzitě a nemocná měla většinu obličeje i dekoltu pokrytu lézemi. Sama nebyla schopna exkoriace omezit a díky jejich markantnímu umístění pociťovala obavu ze zjizvení a trvalé stigmatizace. Dosud nikdy neužívala drogy a nebylo u ní pozorováno kožní onemocnění ve smyslu svrabu či exantému jiných než akné. Obavami z insuficientního vzhledu, krom toho ve vztahu k exkoriacím,

netrpěla. Pacientka měla v dětství epileptické záchvaty s absencemi mezi sedmým a čtrnáctým rokem věku a byla léčena valproátem, který byl posléze vysazen pro dlouhodobou kompenzaci stavu. V dětství také trpěla přechodnou tikovou poruchou s pomrkáváním víčky obou očí. Z důvodu anamnézy epilepsie recentně absolvovala kontrolu v neurologické ambulanci a podstoupila nativní CT mozku. Epileptické projevy u ní však nebyly zaznamenány a nález na CT mozku byl v normě. Léčba jí byla změněna na venlafaxin 75 mg denně a byla odeslána k hospitalizaci.

Vyšetření a léčba

Při nástupu hospitalizace byla její nálada subdepresivní se zvýrazněnými ranními pessimismy, mimika chudá, na otázky odpovídala s latencí a pozornost měla narušenou. V obličeji, na čele, pažích a v dekoltu byly mnohočetné kruhovitě léze do průměru 1 cm. Některé byly kryté krustami, jiné krvácející a patrné byly i jizvy po již zhojených lézích. Onipování popisovala místy jako bezděčné, místy jako únik z pocitu nudy a někdy jako způsob úlevy od pocitů úzkosti a intrapsychického napětí. Nově zmiňovala pocity děja vu, objevivší se v posledních dnech před hospitalizací. Tento symptom je spojován s úzkostnými poruchami, psychózami, ale i epilepsií temporálního laloku. Skalповé EEG poukazovalo na abnormní záznam nad levou hemisférou. Dvaceti čtyřhodinová video-EEG monitorace nezachytila žádnou paroxysmální aktivitu, ale popisovala abnormní EEG s převahou frontálně vpravo. MR mozku neshledalo patologické změny. Psychologické vyšetření popisovalo průměrný intelekt a vizuálně-kognitivní zpracování odpovědí zcela odpovídalo realitě. Delší



reakční časy a větší stereotypie myšlení mohly poukazovat jak na organické postižení centrální nervové soustavy, tak na depresi. Pacientce byl navýšen venlafaxin postupně na 225 mg denně a po domluvě s neurologickým konziliářem a se souhlasem pacientky nově ordinován valproát pro suspektní epilepsii. Poté došlo k rychlému odeznění deje vu a redukci onipování na zhruba třetinu původní intenzity. Během dalších dvou týdnů se normalizovala nálada i volní aktivita. Do normy se upravil její zájem o sociální kontakt a odezněla zvýšená fyzická únavnost. Kontrolní skalpové EEG popsalo zlepšený, avšak nadále přetrvávající abnormní záznam. Pacientka byla posléze propuštěna do ambulantní psychiatrické a neurologické péče.

Diskuze

Zde prezentovaný případ ukazuje souběh tří diagnostických jednotek. Těmi jsou porucha přizpůsobení s protrahovanou depresivní reaktivitou, suspektní epilepsie a porucha narušování kůže. Porucha přizpůsobení nemocné velmi dobře reagovala na léčbu venlafaxinem. Velmi suspektní přítomnost epilepsie byla v tomto případě odvozována z anamnézy, abnormního, avšak ne specifického EEG záznamu, z přítomnosti deje vu a také z dobré odpovědi na léčbu valproátem v podobě odeznění deje vu a zlepšení abnormit na EEG. Video-EEG monitorace ani

observace pacientky další klinické či specifické příznaky epilepsie neshledala, a tak prozatím nebylo možné diagnostiku epilepsie spolehlivě uzavřít. Není vyloučeno, že abnormity zaznamenané na EEG jsou odrazem neurobiologické dysfunkce, jak popisují výše uvedené literární zdroje, a nemají spojitost s epilepsií. Pak by rychlá odpověď na léčbu valproátem byla spíše léčbou úzkosti a popisované deje vu bylo jejím doprovodným příznakem. Studie z roku 1980 (13) popisuje významně větší výskyt abnormit na EEG u osob s neurotickými exkoriacemi ve srovnání s kontrolními subjekty.

V tomto případě uplatněná farmakoterapie pomohla nemocné jen k částečné úlevě od onipování. To může být důkazem farmakorezistence poruchy narušování kůže, ale i nedostatečného vyčerpání léčebných možností. Nicméně, doporučené postupy v léčbě této poruchy dosud neexistují, a jsou proto zkoušeny různé přístupy, které jsou posléze kazuisticky prezentovány. Z farmak byl v publikovaných případech účinný fluoxetin (14), venlafaxin v kombinaci s aripiprazolem (15), agomelatin (16). K dispozici je jedna otevřená studie s 15 subjekty, která favorizuje užití fluoxetinu (17). Placebem kontrolovaná a dvojitě zaslepená studie s lamotriginem u 32 probandů neprokázala významně lepší efekt tohoto antikonvulziva (18). Je možné, že podobně jako u obsedantně-kompulzivní poruchy, i v případě poruchy narušování

kůže hraje glutamatergní dysfunkce významnou roli. Poukazovaly by na ni vícere kazuistiky léčebného efektu N-acetylcysteinu v dávkách až 1200 miligramů denně (19, 20).

Účinnou metodou volby, podobně jako u ostatních poruch ve skupině OCDR, zůstává psychoterapie a zejména kognitivně-behaviorální terapie (21). Ta prokázala přetrvávající pozitivní efekt i po dvou měsících za použití jen čtyř terapeutických sezení (22). Za hospitalizace nemocné nebylo k psychoterapii přikročeno z důvodu omezeného času k její léčbě na akutním uzavřeném oddělení. A tak tato metoda zůstává otevřenou možností pro pacientku do budoucna.

Závěr

Popsaný případ nemocné s poruchou narušování kůže demonstruje zatím omezené terapeutické znalosti v zacházení s touto nemocí. Léčba poskytnutá za hospitalizace na akutním lůžkovém psychiatrickém oddělení jí poskytla částečnou úlevu od obtíží. Zůstávají otevřené možnosti v léčbě její poruchy do budoucna, jak farmakologické, tak psychoterapeutické. Zařazení poruchy narušování kůže coby nové diagnostické jednotky v DSM-5 a perspektivně v MKN-11 může znamenat lepší možnost systematického výzkumu této nemoci a posléze zlepšení jejich léčebných východisek.

LITERATURA

1. American Psychiatric Association, DSM Task Force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, D.C., American Psychiatric Association, 2013.
2. Raboch J, Hrdlička M, Mohr P, Pavlovský P, Ptáček R, American Psychiatric Association. DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch. První české vydání. Praha, Hogrefe – Testcentrum, 2015.
3. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association Task Force on DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV. Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1994.
4. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association Task Force on DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV-TR. Washington, D.C., American Psychiatric Association, 2000.
5. Keuthen NJ, Koran LM, Aboujaoude E, Large MD, Serpe RT. The prevalence of pathological skin picking in US adults. *Compr Psychiatry* 2010; 51(2): 183–186.
6. Smolík P. Duševní a behaviorální poruchy : průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika, 1. vyd. Praha, Maxdorf Jessenius, 2002.
7. Stein DJ, Kogan CS, Atmaca M, Fineberg NA, Fontenelle LF, Grant JE, Matsunaga H, Reddy YC, Simpson HB, Thomsen PH, van den Heuvel OA, Veale D, Woods DW, Reed GM. The classification of Obsessive-Compulsive and Related Disorders in the ICD-11. *J Affect Disord* 2016; 190: 663–674.
8. Hayes SL, Storch EA, Berlanga L. Skin picking behaviors: An

- examination of the prevalence and severity in a community sample. *J Anxiety Disord* 2009; 23(3): 314–319.
9. Leibovici V, Koran LM, Murad S, Siam I, Odlaug BL, Mandelkorn U, Feldman-Weisz V, Keuthen NJ. Excoriation (skin-picking) disorder in adults: a cross-cultural survey of Israeli Jewish and Arab samples. *Compr Psychiatry* 2015; 58: 102–107.
10. Grant JE, Odlaug BL, Hampshire A, Schreiber LR, Chamberlain SR. White matter abnormalities in skin picking disorder: a diffusion tensor imaging study. *Neuropsychopharmacology* 2013; 38(5): 763–769.
11. Tucker BTP, Woods DW, Flessner CA, Franklin SA, Franklin ME. The Skin Picking Impact Project: Phenomenology, interference, and treatment utilization of pathological skin picking in a population-based sample. *Journal of Anxiety Disorders* 2011; 25(1): 88–95.
12. Roos A, Grant JE, Fouché J-P, Stein DJ, Lochner C. A comparison of brain volume and cortical thickness in excoriation (skin picking) disorder and trichotillomania (hair pulling disorder) in women. *Behavioural Brain Research* 2015; 279: 255–258.
13. Fruensgaard K, Nielsen H, Hjortshøj A. Controlled electroencephalographic investigation of patients with neurotic excoriations. *Psychotherapy and psychosomatics* 1980; 34(4): 273–281.
14. Kim DJ, Garrison RC, Thompson G. A near fatal case of pathological skin picking. *The American Journal of Case Reports* 2013; 14: 284–287.
15. Turner GA, Sutton S, Sharma A. Augmentation of Venlafaxine with Aripiprazole in a Case of Treatment-resistant

- Excoriation Disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience* 2014; 11(1–2): 29–31.
16. Antoniadis D, Floros GD, Nikolaidis N, Garyfallos G. Response to agomelatine: treatment of an obsessive skin picking episode. *Ann Clin Psychiatry* 2013; 25(3): 228–229.
17. Bloch MR, Elliott M, Thompson H, Koran LM. Fluoxetine in Pathologic Skin-Picking: Open-Label and Double-Blind Results. *Psychosomatics* 2001; 42(4): 314–319.
18. Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR, Kim SW. A Double-Blind, Placebo-Controlled Trial of Lamotrigine for Pathologic Skin Picking: Treatment Efficacy and Neurocognitive Predictors of Response. *Journal of clinical psychopharmacology* 2010; 30(4): 396–403.
19. Silva-Netto R, Jesus G, Nogueira M, Tavares H. N-acetylcysteine in the treatment of skin-picking disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2014; 36: 101–101.
20. Percinell I, Yazici KU. Glutamatergic dysfunction in skin-picking disorder: treatment of a pediatric patient with N-acetylcysteine. *Journal of clinical psychopharmacology* 2014; 34(6): 772–774.
21. Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR, Keuthen NJ, Lochner C, Stein DJ. Skin picking disorder. *Am J Psychiatry* 2012; 169(11): 1143–1149.
22. Schuck K, Keijsers GJ, Rinck M. The effects of brief cognitive-behaviour therapy for pathological skin picking: A randomized comparison to wait-list control. *Behaviour Research and Therapy* 2011; 49(1): 11–17.