

# Blizny po samookaleczeniach

## Scars after self-harm

Aleksandra Iljin, Julia Kruk-Jeromin

Klinika Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,  
kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Julia Kruk-Jeromin

Post Dermatol Alergol 2010; XXVII, 5: 421–425

### Streszczenie

**Wprowadzenie:** Blizny po samookaleczeniach często znajdują się w widocznych okolicach ciała, a ich powstanie może być wynikiem zaburzeń psychicznych, niektórych zespołów chorobowych oraz uzależnienia od środków odurzających. Leczenie zależy od ich lokalizacji, rozmiaru, przyczyny i czasu powstania; obejmuje metody farmakologiczne, fizykalne, chirurgiczne i psychoterapeutyczne, stosowane w skojarzeniu lub w monoterapii.

**Materiał i metody:** W Klinice Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w latach 1999–2008 leczono chirurgicznie 18 osób (8 kobiet, 10 mężczyzn) z bliznami powstałymi w następstwie samookaleczeń. W pracy przedstawiono przyczyny powstania i patomorfologię tych zmian w aspekcie możliwości ich chirurgicznego leczenia.

**Wyniki i wnioski:** Wczesne i odległe wyniki pooperacyjne u wszystkich pacjentów były dobre. Dzięki skojarzeniu leczenia chirurgicznego, fizykalnego, farmakologicznego i psychiatrycznego uzyskano zadowalający efekt leczniczy. Różnorodność metod korekcji blizn po samookaleczeniach pozwala na satysfakcjonującą poprawę wyglądu, jednak bez możliwości całkowitego ich usunięcia.

**Słowa kluczowe:** blizny, samookaleczenia, leczenie chirurgiczne.

### Abstract

**Introduction:** Self-inflicted scars are often located on exposed body sites and may accompany some syndromes and substance abuse. Treatment of these scars depends on location, size, cause, and time since their formation, including physical, pharmacological and surgical methods and psychotherapy applied as combination or monotherapy.

**Material and methods:** There were 18 patients (8 females, 10 males) who underwent surgical treatment for self-inflicted scars at the Department of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery, Medical University of Lodz in the years 1999-2008. In the publication we review data on causes and pathomorphology of these lesions in the aspect of surgical treatment.

**Results:** Early and late postoperative results in patients of the study group were good.

**Conclusions:** Combining surgical, physical, pharmacological and psychiatric treatment gave optimal therapeutic results in patients with self-inflicted scars. A variety of corrective methods for self-inflicted scars gives them an acceptable appearance but without total elimination.

**Key words:** self-inflicted scars, surgical treatment.

### Wprowadzenie

Blizny powstają u ok. 100 mln osób rocznie, u 80% jako skutek zabiegów operacyjnych, u 16% – urazów mechanicznych, a u 4% w następstwie oparzeń. W 11% przypadków stwierdza się występowanie bliznowców [1]. Szczególnym zagadnieniem są blizny będące konsekwencją świadomych samookaleczeń, które najczęściej

są wyrazem skrajnie negatywnych emocji [2, 3]. Do zachowań tego rodzaju dochodzi w przebiegu: psychoz, zatruciu alkoholem lub środkiem narkotycznym (enukleacja, kastracja), zaburzeń utrwalonych (zespół: Tourette'a, Lescha-Nyhana, Corneli de Lange) oraz samookaleczeń umiarkowanych (rany cięte, kłusane, tłuczone i oparzenia termiczne lub chemiczne) [4].

---

**Adres do korespondencji:** dr n. med. Aleksandra Iljin, Klinika Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ul. Kopcińskiego 22, 90-153 Łódź, tel. +48 42 677 67 42, faks +48 42 677 67 49, e-mail: oiljin@poczta.onet.pl

Samookaleczenia i powstałe w wyniku tego blizny, obecne na nadgarstkach, przedramionach, ramionach lub tułowiu, jako tzw. znaki niepewności lub gesty samobójcze mogą sugerować uzależnienie od narkotyków i alkoholu, ale mogą też być efektem zaburzeń psychicznych na skutek molestowania w dzieciństwie [2, 5–8]. W ok. 50% przypadków stanowią zapowiedź prób samobójczych, a u blisko 20% osób powstają wielokrotnie. Blizny są najczęściej niewielkie i zawierają inicjały lub symbole, jednak aż u 16% osób stwierdza się zmiany rozległe i zniekształcające [5, 2]. Ponadto podkreśla się częste występowanie tzw. stygmatów wśród pacjentów z anoreksją i bulimią [9]. Wielu autorów potwierdza zwiększenie częstości tzw. wypalania, praktykowanego wśród niektórych plemion azjatyckich i afrykańskich, które wywołuje oparzenia III stopnia, i podaje przykłady poważnych skutków tego rodzaju samookaleczeń [10]. Blizny po samookaleczeniach mogą także towarzyszyć: zaburzeniom neurotycznym, zespołom Münhausena, Addisona oraz autosomalnie recesywnie dziedzicznemu niedorozwojowi umysłowemu (z gorączką, brakiem potu i niewrażliwością na ból) [11–15].

Leczenie blizn po samookaleczeniach zależy od ich wielkości, umiejscowienia, przyczyny i czasu powstania. W korekcji zniekształceń czynnościowych i estetycznych wywołanych przez blizny przeroste stosuje się metody fizyczne (terapia uciskowa, opatrunki silikonowe, kriochirurgia, radioterapia, laseroterapia), farmakologiczne

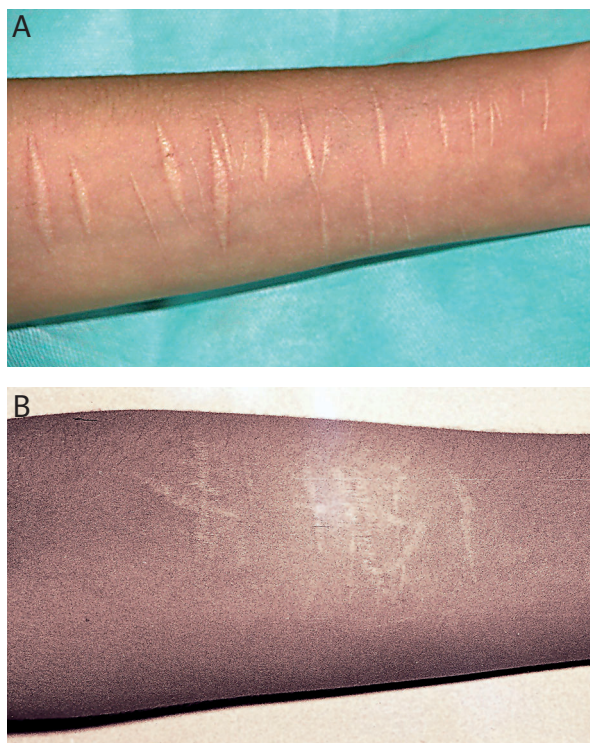
(kortykosteroidy, preparaty zawierające wyciągi z cebuli morskiej, werapamil, 5-fluorouracyl) i/lub chirurgiczne. W leczeniu blizn przyrosłych po ranach ciętych zaleca się stosowanie doogniskowych iniekcji sterydowych, laseroterapii, dermabrazji, a nawet przeszczepów skóry. Rozległe blizny pooparzeniowe wymagają korekcji operacyjnej z zastosowaniem plastyki „Z”, „V-Y” lub „W”, wolnych przeszczepów skóry lub płatów skórnych z okolicy. W leczeniu blizn powstałych w przebiegu przewlekłych chorób neurotycznych zalecana jest natomiast laseroterapia i wspomagające leczenie psychiatryczne [2, 16–20].

## Materiał i metody

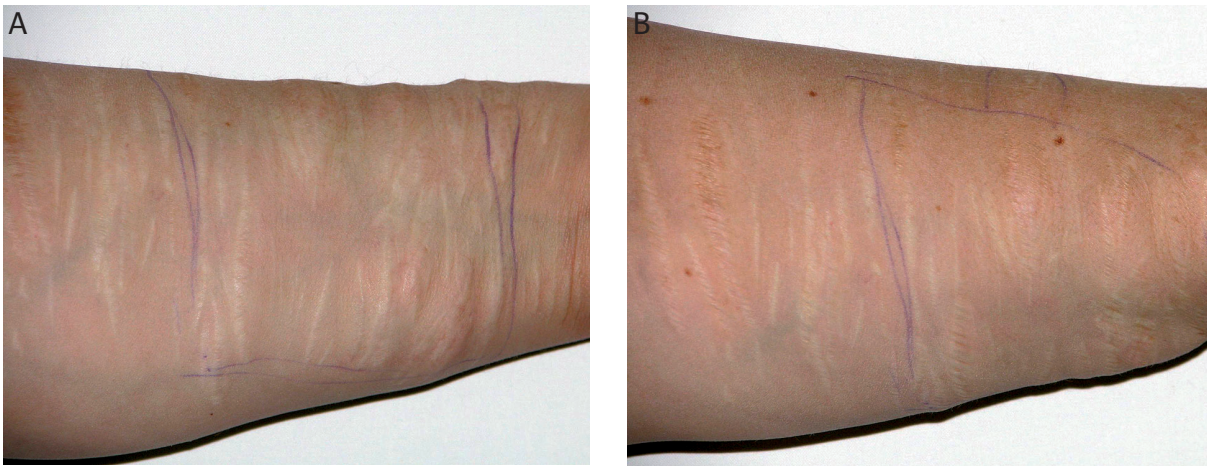
W Klinice Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w latach 1999–2008 leczono chirurgicznie 18 osób (8 kobiet, 10 mężczyzn) w wieku 21–51 lat z bliznami powstałymi w następstwie samookaleczeń – ran ciętych przedramienia lub klatki piersiowej (14), ran amputacyjnych rąca (3) i rany szarpanej rąca (1).

Wszyscy badani potwierdzili wystąpienie czynnika psychicznego odpowiedzialnego za samookaleczenie, uzasadniając je negatywnymi emocjami, afektem czy też silnie obniżonym nastrojem. U dwóch mężczyzn po amputacjach rąca wcześniej rozpoznano schizofrenię, a u jednego z nich – przewlekłą halucynozę. Pacjent z bliznami po ranie szarpanej rąca podczas samookaleczenia przebywał w zakładzie karnym. W wywiadzie osób badanych nie ujawniono uzależnienia od alkoholu lub narkotyków, zaburzeń psychicznych o charakterze anoreksji czy bulimii, a także wcześniej podejmowanych prób samobójczych.

Blizny po ranach ciętych u wszystkich osób zajmowały przyśrodkowe powierzchnie przedramion lub przedniej powierzchni klatki piersiowej. U 13 pacjentów blizny były liczne i równoległe, o długości 7–8 cm. U jednej kobiety blizna miała kształt krzyża. Rana szarpana rąca powstała w wyniku zerwania ozdoby kolczykowej i przebiegała okólnie powyżej nadpiętki (ryc. 1).



**Ryc. 1.** Blizny po samookaleczeniach. **A** – linijne przedramienia, **B** – w kształcie krzyża na przedramieniu, **C** – po ranie szarpanej na rącu



Ryc. 2. Zastosowanie dermabrazji. A – przed leczeniem, B – po leczeniu

U dwóch chorych blizny po amputacji znajdowały się na wysokości nasady przącia. Pobrano tkanki podbrzusza w celu rekonstrukcji całego przącia.

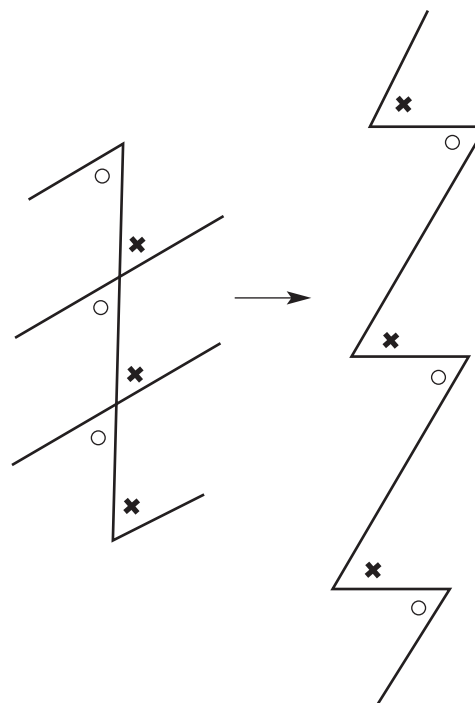
Blizny przedramion leczono chirurgicznie trzema sposobami. U 6 pacjentów wykonano dermabrazję w celu wyrównania powierzchni blizn i otaczającej skóry (ryc. 2). U 4 pacjentów wycięto największe blizny i zastosowano wielokrotną wymianę trójkątów, co zmieniło linijny przebieg blizn na sugerujący zabieg chirurgiczny (ryc. 3). U pozostałych 8 chorych z licznymi, gęsto skupionymi bliznami obejmującymi dużą powierzchnię skóry, po ich płaszczyznowym wycięciu zastosowano dermatomowy przeszczep skóry z pośladka (ryc. 4). Blizn na klatce piersiowej nie operowano.

### Wyniki i wnioski

Leczenie chirurgiczne miało na celu minimalizację wielkości blizn lub zmianę ich wyglądu, ponieważ całkowita ich likwidacja nie była możliwa. Wyniki w ocenie lekarzy były tylko zadowalające, ale pacjenci byli bardzo usatysfakcjonowani.

Blizny po samookaleczeniach mogą powodować poważne zniszczenia tkanek – skóry i tkanki podskórnej. Większość z nich powstaje u ludzi młodych, po ranach ciętych lub oparzeniach. Blizny mają zwykle przebieg równoległy, tworzą wzory, które symbolizują przyczynę ich powstania [21, 22]. Spostrzeżenia te potwierdzają obserwacje autorów niniejszej pracy i są zgodne z danymi z piśmiennictwa dotyczącymi przyczyn samookaleceń podawanych przez chorych.

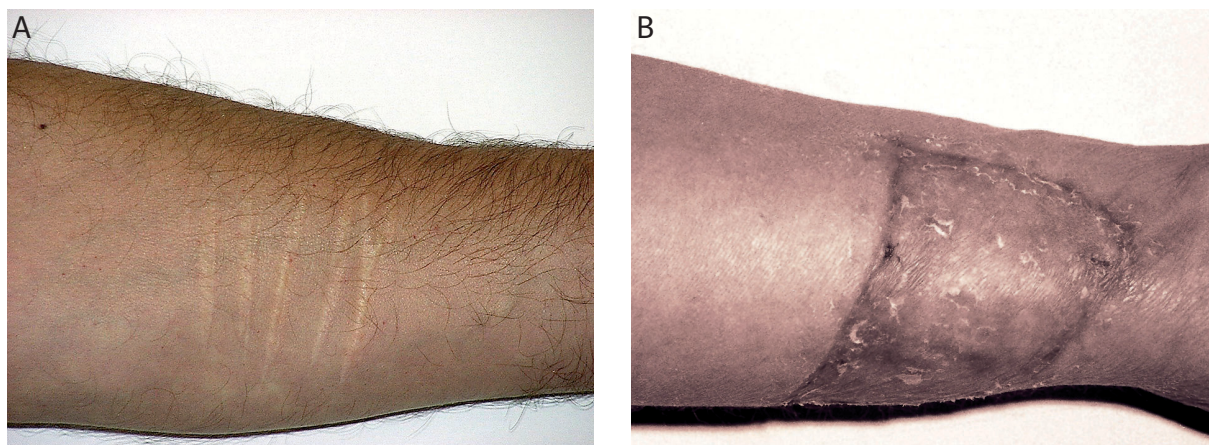
Coraz częściej w krajach zachodnich, szczególnie wśród samookaleczających się narkomanów, spotyka się osoby z bliznami będącymi efektem wypalania gorącym metalem, szkłem, prądem elektrycznym, laserem, 95-procentowym roztworem alkoholu, ciekłym azotem lub suchym lodem. Najczęściej są one zlokalizowane na twarzy, owłosionej skórze głowy, klatce piersiowej, koń-



Ryc. 3. Schemat zmiany przebiegu linijnej blizny metodą wielokrotnej wymiany trójkątów

czynach górnych lub udach. Okrężne blizny często dotyczą okolic pokrytych wcześniej bliznami i mogą być przyczyną przykurczów w okolicy stawów, hiperkeratozy, keloidów, a nawet owrzodzenia Marjolina [10].

Częste występowanie linijnych blizn z przebarwieniami i odbarwieniami, w liczbie od kilku do kilkuset, u osób chorych psychicznie (nerwice lękowe, zaburzenia nastroju, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne) może być także wynikiem przewlekłego drapania skóry. Z reguły zmiany te są podobne pod względem rozmiaru, kształtu i poło-



**Ryc. 4.** Mnogie blizny linijne przedramienia. **A** – przed leczeniem, **B** – po wycięciu blizn i pokryciu ubytku dermatomowym przeszczepem skóry z pośladka

żenia w dostępnych miejscach (twarz, górna połowa pleców, kończyny) do ran zadanych narzędziem [4, 11].

W chorobie Münhausena blizny są pozostałościami owrzodzeń powstałych na skutek ingerencji w ranę pooperacyjną, a na ich wygląd często mają wpływ nawracające infekcje, obecność ropnia czy ciała obcych w otaczającej je okolicy [12]. W zespole Addisona blizny po samookaleczeniach są konsekwencją niewydolności korowo-nadnerczowej, a po wygojeniu ran pozostają przebarwienia [13]. Wśród osób leczonych w naszej klinice nie obserwowaliśmy blizn po samookaleczeniach powstałych w następstwie wypalania, w przebiegu wspomnianych chorób psychicznych lub wymienionych wyżej zespołów.

Rzadziej blizny po samookaleczeniach dotyczą okolicy krocza i są konsekwencją nacięć (najczęściej napletka) lub rytualnych tatuaży. Odrębny problem, w 87% dotyczący chorych z zaburzeniami psychicznymi (co potwierdziły dane prezentowane w naszej grupie), stanowią blizny po amputacji prącia. Ocenia się, iż 25% z tych osób ponawia próbę kastracji [23].

Możliwości leczenia operacyjnego blizn po samookaleczeniach są ograniczone. Najczęściej jest to dermabrazja lub wycięcie zmiany i zamknięcie brzegów ubytku w zmienionym kształcie. Inną metodą jest wycięcie blizn i pokrycie rany przeszczepem niepełnej grubości skóry z odległej okolicy. Przy głębszych bliznach obejmujących tkankę podskórną można zastosować płaty z sąsiedztwa. Wycięcie zmiany może być także poprzedzone rozciągnięciem skóry z użyciem ekspandera [16–18]. U naszych pacjentów zastosowano dermabrazję, wycięcie blizn ze zmianą ich przebiegu oraz wolne przeszczepy skóry.

Zbyt powierzchowna dermabrazja nie zmienia wyglądu blizny po samookaleczeniu, natomiast zbyt głęboka zwiększa ryzyko powikłań, tj. powstania blizny przerostowej lub bliznowca (szczególnie w okolicy naramiennej i mostka) albo zaburzeń barwnikowych [4]. Autorzy nie obserwowali takich powikłań u badanych chorych, któ-

rzy ocenili wygląd blizn po zabiegu korekcyjnym jako satysfakcjonujący.

Chorzy z bliznami po samookaleczeniach często decydują się też na zamaskowanie blizn artystycznym tatuażem [18].

Gozu i wsp. zaproponowali też maskowanie blizn po samookaleczeniach, np. na grzbietowej powierzchni przedramienia, mikrofolikularnymi przeszczepami włosów na tę okolicę [24].

Prezentowane w piśmiennictwie wyniki potwierdzają skuteczność terapii skojarzonych w leczeniu blizn po samookaleczeniach. Zastosowanie lasera dwutlenkowego, połączenie przeszczepu niepełnej grubości skóry w połączeniu z doogniskowym wstrzykiwaniem glikokortykosteroidów zapewnia dobre wyniki w leczeniu 80% blizn przerostowych [4].

#### Piśmiennictwo

1. Bayat A, McGrouther DA, Ferguson MW. Skin scarring. *BMJ* 2003; 326: 88-92.
2. Welch JD, Meriwether K, Trautman R. Stigmata: Part I. Shame, Guilt, and Anger. *Plast Reconstr Surg* 1999; 104: 65-71.
3. Grewling K, Justyna Kursa-Orłowska J, Marta Sempruch M, et al. Analiza trzech przypadków samouszkodzenia skóry. *Post Dermatol Alergol* 2005; XXII: 46-50.
4. Acikel C, Ergun O, Ulkur E, et al. Camouflage of self-inflicted razor blade incision scars with carbon dioxide resurfacing and thin skin grafting. *Plast Reconstr Surg* 2005; 116: 798-804.
5. Schwartz RH. Self-harm behaviors (carving) in female adolescent drug abusers. *Clin Pediatr* 1989; 28: 340-6.
6. Kim L. Risk factors for the functions of deliberate self-harm: an empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science & Practice* 2003; 10: 192-205.
7. McDonald C. Self-mutilation in adolescents. *J Sch Nurs* 2006; 22: 193-200.
8. Morgan E, Froning ML. Child sexual abuse sequelae and body-image surgery. *Plast Reconstr Surg* 1990; 86: 475-8.
9. Schulze UM, Pettke-Rank CV, Kreienkamp M. Dermatologic Findings in Anorexia and bulimia Nervosa of Childhood and Adolescence. *Pediatr Dermatol* 1999; 16: 90-4.

10. Raza S, Mahmood K, Hakeem A, et al. Adverse clinical sequelae after skin branding: a case series. *J Med Case Reports* 2009; 3: 25.
11. Cyr PR, Dreher GK. Neurotic excoriations. *Am Fam Physician* 2001; 64: 1981-4.
12. Nardella D, Sohawon MS, Heymans O. Munhausen's syndrome in plastic surgery practice: A bewildering situation! *Indian J Plast Surg* 2007; 40: 194-8.
13. Rajathurai A, Chazan BI, Jeans JE. Self mutilation as a feature of Addison's disease. *Br Med J* 1983; 287: 1027.
14. Neves BG, Roza RT, Castro GF. Traumatic lesions from congenital insensitivity to pain with anhidrosis in a pediatric patient: dental management. *Dent Traumatol* 2009; 25: 545-9.
15. Simeon D, Stanley B, Frances A, et al. Self-mutilation in personality disorder: psychological and biological correlates. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 221-6.
16. Papanastasiou S. Treatment for self-inflicted laceration scars. *Plast Reconstr Surg* 1995; 96: 1754.
17. Binns JH, Alperstein DN. Disguising the slashed wrist (Letter). *Plast Reconstr Surg* 1983; 72: 420.
18. Guyuron B, Vaughan C. Medical-grade tattooing to camouflage depigmented scars. *Plast Reconstr Surg* 1995; 95: 575-9.
19. Birgfeld CB, Low DW. Total face reconstruction using a pre-expanded, bilateral, extended, parascapular free flap. *Ann Plast Surg* 2006; 56: 565-8.
20. Zieliński T, Witmanowski H, Lewandowicz E, et al. Blizny przerostowe i keloidy. Część II. Zapobieganie i leczenie. *Post Dermatol Alergol* 2008; XXV: 116-24.
21. Favazza AR, Rosental RJ. Varieties of pathological self-mutilation. *Behav Neurol* 1990; 3: 77-85.
22. Favazza AR, Rosental RJ. Diagnostic issues in self-mutilation. *Hosp Community Psychiatry* 1993; 44: 134-40.
23. Van der Horst C, Portillo Martinez FJ, Seif C, et al. Male genital injury: diagnostics and treatment. *BJU International* 2004; 93: 927-30.
24. Gozu A, Ozsoy Z, Solmaz M. Microfollicular hair transplantation may be a simple solution to camouflage self-inflicted wounds scars on dorsal forearm. *Ann Plast Surg* 2006; 56: 224-6.