

---

# Munchausen Sendromu (Yapay Bozukluk): Bir Olgu Sunumu

Ufuk DİZER\*, Mehmet CAN\*, Teoman SÖHMEN\*\*, Can Murat BEKER\*, Volkan ÖZGÜVEN\*

\* Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı,  
\*\* Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, ANKARA

## ÖZET

Ağrı ve ateş, hekimin nedenini bulmak ve en kısa sürede ortadan kaldırmakla yükümlü olduğu en önemli belirtilerdir. Büyük çoğunluğu organik nedenlere ve özellikle de inflamasyona bağlı olmakla birlikte, bazı olgularda nedeninin tanımlanması güçtür. Munchausen sendromu; sık hastaneye yatırılma, kendine zarar verici yaralanmalar, dramatik tıbbi geçmiş ile karakterize kronik, yapay bir bozukluktur. Bu yazıda; şiddetli karın ağrısı ve yüksek beden ısısı olduğunu belirten, uzun bir süre hastanede yatırılan, çeşitli organik ağrı nedenleri yönünden tetkik edilmesine rağmen tanısı konulamamış olan bir olgu sunulmaktadır. Hiçbir cerrahi ve tıbbi tedavi yapılmamış olan 18 yaşındaki bu genç kızda daha sonra psikiyatrik değerlendirme yapılmış ve ancak bundan sonra doğru tanı konabilmiştir. Bu olgu nedeniyle nadir görülen, ancak düşünülmesi gereken Munchausen sendromu gözden geçirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Munchausen sendromu, Yapay bozukluk, Fiziksel belirtiler

## SUMMARY

### Munchausen's Syndrome (Factitious Disorder): A Case Report

Pain and fever are the most important symptoms, the reasons of them are needed to be found out and to be resolved by the physician as soon as possible. Although these symptoms are organic causes and especially inflammation, determining the causes of pain and fever are difficult in some cases. Munchausen's syndrome is a chronic factitious disorder characterized by frequent hospitalizations, self-inflicted injuries, and dramatic medical histories. In this article, the patient who had complaints of severe abdominal pain and high grade fever, had been hospitalized for a long time and unable to be diagnosed though evaluated for several organic pain causes have been presented. Our case was 18 years of age adolescent girl, had not been treated surgically or medically and was only able to be diagnosed correctly by psychiatric examination. This rarely seen but not to be neglected Munchausen syndrome has been reviewed due to this case.

Key Words: Munchausen's syndrome, Factitious disorder, Physical symptoms

Munchausen sendromu (yapay bozukluk); akut batin, miyokard infarktüsü, renal kolik ve solunum sistemi hastalıkları gibi halk tarafından da iyi bilinen birçok hastalık tablosunun bilinçsiz olarak taklit edilmesi şeklinde görülen kronik ve ruhsal kökenli bir tablodur. Organik bir patoloji bulunmaksızın oldukça ustaca yapılan taklitler ile akut, dramatik ve inandırıcı bir hastalık tablosuyla hekime gelindiği için, çoğu zaman tıbbi yanılgılara ve özellikle de endikasyonu olmamakla birlikte o an için çok gerekli gibi görülen birçok cerrahi operasyonun uygulanmasına yol açması bakımından tüm dallardaki hekimlerce düşünülmesi gereken bir sendromdur<sup>[1,2,10,11]</sup>.

Kendi kendisine zarar verici travmatik yaralanmalar, termometre ile oynayarak beden ısısını yüksek gösterme gayretleri, ileri derecede iştahsızlık, kendisinin neden olduğu yara kontaminasyonlarına bağlı cilt infeksiyonları ve apseler Munchausen sendromunun sıklıkla görülen şekilleridir<sup>[2-4,5,9]</sup>. Hangi tür bir klinik tabloya benzerliği olursa olsun, bu bozukluk temelde psikiyatriktir. Hastalarda çoğu zaman ağır duygulanım bozuklukları, histrionik kişilik özellikleri veya dikkatle değerlendirildiğinde bir veya birçok madde bağımlılığı söz konusu olabilir<sup>[4,5]</sup>. Yalan söylemelerinde ve taklitçiliklerinde bilinçsiz bir yaklaşım vardır, onların konuşmaları ve davranışları bilinç dışı süreçlerle ortaya çıkmaktadır. Ekonomik ve aile içi sorunlar gibi nedenler de bu sendromun ortaya çıkmasına yol açabilir. Hastalarda kişilerarası iletişim problemleri olabilir. Hastalarda güçlü bir suçluluk duygusu ve kendini şiddetle cezalandırma dürtüsü bulunabilir. Sonuçta, operasyon gerektiren acil klinik tabloların taklit edilmesi bir alışkanlık haline alır. Böyle bir hastada bu sendromun bulunabileceğinden şüphelenilmemesi halinde hastanın ulaşmak istediği asıl amacı oluşturan, ardı ardına ve acele kararlarla gereksiz birçok operasyon yapılabilir<sup>[2,3,5,8]</sup>.

## OLGU

Onsekiz yaşında, orta sosyoekonomik düzeydeki bir ailenin tek çocuğu olan kızdır. Karın ağrısı ve yüksek ateş yakınmasının bulunması ve hastalığının gelişim sürecinin özellik arz etmesi nedeniyle incelenmek üzere Aralık 1998'de İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji kliniğine yatırıldı.

Hastanın yakınmaları yaklaşık bir buçuk yıl öncesine dayanıyordu; o tarihte, bir gün şiddetli ve sürekli karın ağrısı nedeniyle bir genel cerrahi kliniğine götürülmüş ve orada yapılan ilk değerlendirmesi sonucunda "akut apandisit" tanısı konularak acilen opere edilmiş. "Appendiks vermiformis"ın yapılan histopatolojik incelemesinde normal yapıda olduğu

belirlenmiş. Bir ay öncesine kadar önemli bir yakınması olmayan hasta, baygınlık hissi nedeniyle başvurduğu bir iç hastalıkları kliniğine tekrar yatırılmış, oradaki gözlemi sırasında başlayan şiddetli karın ağrısı nedeniyle kadın hastalıkları kliniğince opere edilmiş, operasyonda sağ overde kist belirlenmiş ve sağ ooferektomi uygulanmış ve korpus luteum kisti ve folikül kistleri histopatolojik tanısı konmuş. Bu arada profilaktik amaçla antimikrobiyal ilaçlar da kullanılan hasta operasyondan 10 gün sonra taburcu edilmiş. Taburcu olduktan sonraki birkaç gün içinde karın ağrısının tekrar başladığını ve analjezik-antipiretik ilaçlarla düşürülebilen ateşinin olduğunu ifade ederek ilk operasyonun yapıldığı genel cerrahi kliniğine başvurmuş, jinekolojik operasyona bağlı bir komplikasyon düşünülerek her iki klinikteki hekimler tarafından ortak bir operasyon daha yapılmış ve varlığı belirlenen Meckel divertikülü, normal görünümümlü olmakla birlikte çıkarılmış ve başka bir patoloji bulunmaması üzerine eksplorasyona son verilmiş. Meckel divertikülünün histopatolojik incelemesinde normal bulgular elde edilmiş. Son operasyondan iki gün sonra aynı şiddette karın ağrıları başlayan ve yüksek ateşi olan hastaya meperidin tedavisi uygulanmış ve bu tedavi ile ağrıları kısmen kontrol edilmiş, fakat vücut ısısının her ölçümde yüksek bulunması üzerine ileri tetkik ve tedavi amacı ile infeksiyon hastalıkları kliniğine nakledilmiş.

Hastadan alınan öykünün, elindeki epikriz ile şaşırtıcı düzeyde ve ezberlemişçesine uyum gösterdiği, çevreye ilgisinin oldukça fazla olduğu, sorulara titizlikle yanıt verdiği ve ısrarla tıp fakültesi öğrencisi olduğunu tekrarladığı gözlemlendi. Hastanın 14 yıl önce poliomyelit geçirdiği, 1989 yılında, 13 yaşındayken, poliomyelit sekeli nedeniyle sol bacak kaslarına tendon transferi, 1991 ve 1993 yıllarında halux valgus ve pes plano-valgus operasyonlarının yapıldığı belirlendi. Öyküsündeki dramatik tablo nedeniyle klinikte ilginin kendisinde yoğunlaştığını fark eden hasta, sıklıkla söylenen "doktor hanım" ifadesinden ve gösterilen ilgiden ileri derecede memnuniyet duyduğunu da belirtmekten kaçınmıyordu. Yapılan fizik muayenede vücut ısısı: 36.2°C, vuru: 88/dakika, arteriyel kan basıncı: 120/70 mmHg, batının sol kolik bölgesinde ve sol "fossa iliaca"da palpasyonla şiddetli ağrı, bu bölgeye lokalize kas defansının ve reboundun olduğu belirlendi; diğer sistemlerin değerlendirilmesinde patolojik bir bulgu elde edilmedi. Tam kan, lökosit formülü, sedimentasyon, tam idrar, karaciğer fonksiyon testleri, kan ve idrar amilaz değerleri, fibrinojen, renal fonksiyon testleri tekrarlamalarda normal bulundu. Beden ısısı

nın yüksek olduğu dönemlerde, yirmişer dakika aralıklarla alınan üç kan ve idrar kültürlerinde üreme görülmedi; C reaktif protein ve haptoglobin gibi akut faz yanıt proteinleri de normal değerlerde bulundu. Çok şiddetli ağrısı olduğunda etkili olduğu gözlenen tek analjezik olan meperidin uygulaması dışında hiçbir tedavi yapılmaksızın normal araştırma protokolü içerisinde izlenmeye başlandı. Daha sonraki günlerde yüksek ateş etyolojisi için yapılan araştırmalarda Gruber-Widal aglutinasyon testlerinin, Coombs serumu ile de tekrarlanmış olan *Brucella* aglutinasyon testinin normal değerler gösterdiği, plazma protein elektroforezi ve immünooglobulinlerinin ve kompleman 3. ve 4. fraksiyonlarının normal değerler içinde bulunduğu belirlendi. Birçok farklı radyolog tarafından yapılan batin ultrasonografisinin, abdominal aorta anjiografisinin, intravenöz piyelografisinin ve batin kompüterize tomografisinin de yapılan operasyonları doğrulamaktan öte veri sağlayamaması üzerine öncelikle nöroloji kliniğinden ağrı niteliğinin belirlenmesi için konsültasyon istendi; nörolojik yönden patolojik bulgu saptanmadı. Bu arada ilk günlerde sürekli olarak 38°C'nin üzerinde seyreden ateşin, iki saat aralıklarla yapılan ölçümlerinin, ileriki günlerde düzensizlik gösterdiği, kimi zaman 40°C'ye kadar yükseldiği, bir sonrakinde ise 36°C'ye kadar düştüğü belirlendiği için hastaya sezdirilmeden yakın gözleme alındı. Hastanın, bazı ölçümlerde termometrenin civalı haznesini çamaşırına sürterek ısı derecesini yükselttiği belirlendi. Bunun üzerine hastanın ayrıntılı psikiyatrik değerlendirmesi yapılarak Munchausen sendromu tanısı kondu. Bu arada, hastanın tıp fakültesi öğrencisi olmadığı, liseyi bir yıl önce bitirdiği, iki yıldır üniversite sınavını kazanamamış olmasına rağmen, hekim olmayı çok arzuladığı, annesinin bu gerçek dışı düşünceye inanmış görüldüğü öğrenildi. Günde 15 mg dozda uygulanan oral haloperidol tedavisi ile kısa süre içinde oluşan ve gün geçtikçe artan olumlu bir yanıt elde edildi; ağrıları, son günlerde iyice artmış olan uyku bozukluğu ve ağlama nöbetleri tamamen kayboldu, iştahı açıldı ve tedavinin 7. gününde haftalık kontrollere gelmek üzere taburcu edildi.

### TARTIŞMA

Munchausen sendromu, hatırlanmaması halinde büyük cerrahi, tıbbi ve yasal sorunlarla karşılaşılacak olan, özellikle kanser ve akut batin gibi organik hastalıklarla ayırıcı tanısının yapılmasında güçlüklerin olduğu önemli bir tıbbi sorundur. Böyle hastalar, doğru tanı konulmadığında başta analjezikler olmak üzere ampirik olarak uygulanan tüm nonspe-

sifik tedavilere direnç gösteren yapay semptomlar gösterdiklerinden, başta cerrahi klinikleri olmak üzere birçok kliniğin sorunlu hastaları olmaktadır. Bundan dolayı, özellikle laboratuvar bulgularıyla desteklenmeyen akut batin olgularında, tekrarlayıcı ve her defasında geniş boyutlu yaralanmaları olan kişilerde ve patolojik düzeylere ulaşan bilinçsiz yalan söyleme yinlemelerinin olduğu gözlenenlerde bu nadir sendromun akla gelmesi gerekir<sup>[1,2,4,6]</sup>. Hastalar, doğru tanıları konulsa da, sahip oldukları ruhsal tablo ve kişilik özellikleri nedeniyle önerilen tedaviye direnç gösterme eğiliminde olduklarından takip ve tedavinin dikkatle sürdürülmesi ve gerektiğinde hastaneye yatırılması önerilir<sup>[5,6]</sup>.

Bu sendromun diğer benzer hastalıklardan ayrımında da bazı güçlükler söz konusudur. Bu sendromda, bir hastalığın taklidinin yapılması psikolojik süreçlerle olur; yani simülasyondan (temaruzdan) farklı olarak bir hastalığın taklidi yapılarak psikososyal temaruzda bir yarar elde edilmek istenir. Buradaki asıl sorun, ruhsal patolojisi olan bu kişilerin suçluluk duygusu ile kendilerini cezalandırmaları olabilir. Ayrıca bu sendromda, konversiyonda olduğu gibi taklit edilmesi olası olan somatik belirtiler bilinçsizce seçilmektedir. Bu hastalar zeki ve taklit becerileri olan kişilerdir; taklit etmek üzere daha önceden iyi bildikleri ya da öğrendikleri hastalık tablolarını seçerler. Bazen bu özellikteki ebeveynler çocukları hakkında bilinçsiz olarak öyküler üreterek çocuklarının hasta olduğu izlenimini yaratabilirler<sup>[5]</sup>.

Sonuçta, Munchausen sendromunun olduğu belirlenen bu hastanın doğru tanısının konulmasına kadar ki süreçte; her hekimde dramatik bir tıbbi öyküye sahip olduğu izlenimini uyandıran üç büyük cerrahi operasyon geçirilmesi, hastanede uzun süre incelenmesi, hastanın ailesinin hasta hakkında belirttiği umutsuzluk, yılgınlık, kadercilik, hastaneyi kabulme ve gerçekten perişan bir halde olma durumunun hastalığın boyutlarını ve ciddiyetini anlattığı düşünülmüştür.

Hastanın bir yıldan beri yeni tanıştığı kişilere doğru olmadığı halde, tıp fakültesi öğrencisi olduğunu söylemesi alışkanlığı belirlenmiştir. Hastayı bu tabloya iten ruhsal durumun altında; üniversite sınavını kazanamaması nedeni ile tıp öğrenimi göremeyeceği bir hastanede, hiç olmazsa hasta olarak bulunma dürtüsünün olduğu veya başarısızlığının bedelini hasta olmakla ödediği düşünülebilir. Sonuçta hasta, bazı hekimleri ve yardımcı tıp personelini hasta olduğuna inandırarak amacına ulaşmıştır. Hastanın uyguladığı taklit senaryosu, etkin tedaviye başla-

madan önceki birkaç günde kendini tam bir açlığa mahkum edecek ve bu yüzden total parenteral nutrisyon uygulanmasına mecbur bırakacak kadar başarılı olmuştur. Bu son tablo, başka merkezlerde de belirlenmiş olan sık bir taklit şeklidir<sup>[4]</sup>.

Hastalığın organik ağrı ve ateş nedenlerinden ayrıncı tanısının yapılmasında kullanılan ve birçok pahalı olan tüm yöntemlerde bizi yönlendirecek hiçbir patolojik bulgunun belirlenmemiş olması, mevcut yakınmaların bir psikiyatrik bozukluğa bağlı olabileceği izlenimini uyandırmıştır. Ancak, gözden kaçabilecek herhangi bir organik, vasküler veya infektif nedenin var olabileceği kuşkusunu yine de hekimi rahatsız etmektedir. Bu nedenle, Munchausen sendromu, tanı koymada çok önemli güçlükler çekilen bir sendrom olarak da bilinmektedir<sup>[5,6]</sup>.

Bu hastanın en önemli yakınmasının, özellikle hekimlerin ziyaretlerinde dramatik şekilde artan karın ağrıları olduğu belirlenmiştir. Ağrı, hastanın hekimenen en kısa sürede nedenini bulmasını ve giderilmesini istediği en önemli ve genellikle de kısa sürede nedeni ortaya konabilen bir belirtidir. Ancak, mevcut kronik ağrı yakınmaları bir organ ya da sistem patolojisine bağlanamamış olan hastaların %0.14 kadarına Munchausen sendromu tanısının bulunduğu öne sürülmektedir<sup>[7]</sup>. Bu hastanın açlık dönemi ve ağrı taklidi sırasında harcadığı güç nedeniyle yorgun düşmesi ve bunun sonucunda daldığı derin uyku sürecinde ağrının birkaç saatliğine geçmesi özelliği, belki bundan sonraki olguların değerlendirilmesinde dikkate alınabilir bir belirteç olabilir.

Yapılan laparotomi sonrasında günde bir veya iki defa dramatik ağrı tablosu geliştiğinde uygulanan meperidin tedavisi ile ağrının giderilebileceğini öğrenen hasta, bu konuda da hekimi zorlamış ve sınamıştır. Gözetimimiz altındaki dönemde, hiçbir anlam veremediğimiz, vasküler olmadığını yaptığımız kısmen girişimsel tetkikler sonucunda kanıtladığımız bu şiddetli ağrı nöbetlerinin, meperidin uygulamanın sonrasında birden bire sonlanması ve hastanın biraz öncesine göre oldukça mutlu olması, psikojenik ağrı bozukluğu nedenlerini ciddi olarak düşünmemize neden olmuştur. Hafif düzeydeki ağrı bozukluklarında birçok olguda kullanılabilir olan plasebo uygulaması ise bu hastamızda başarısız olmuş, hatta diğer analjezik veya hipnotik-sedatif ilaçların uygulanması da hastanın bu ilaç değişikliğini fark etmesini, dolayısıyla etkisiz olduğu iddiasında bulunmasını önleyememiştir. Munchausen sendromunda da bu tür madde bağımlılıklarının görüldüğü belirtilmektedir<sup>[5]</sup>.

Sonuç olarak; hakkında daha çok şeyler öğrenmemiz gereken insanın, hiç tahmin edilmeyecek

davranışsal ve psikolojik değişimlere sahip olduğu, bu arada çok ciddi düzeylere varabilen duyu ve duyu değişikliklerinin bulunabileceği hekimlerin asla unutmaması gereken bir özelliktir. Klasik hastalık tabloları ile benzerlik göstermekle birlikte bazı hastalarda, özellikle ruhsal nedenlere bağlı ağrı bozukluklarının bulunabileceği ve Munchausen sendromunda olduğu gibi birçok hastalık belirtilerinin taklit edilmesi ve önemli düzeylere ulaşabilen fiziksel ve ruhsal hastalıkları taklit etme yöntemlerinin kullanılması ile ortaya çıkan klinik tabloların diğer hastalıklarla karşı hale gelebileceği hatırlanmalıdır<sup>[12]</sup>.

## KAYNAKLAR

1. Gluckman GR, Stoller M. Munchausen's Syndrome: Manifestation as Renal Colic. *Urology* 1993;42:347-50.
2. Bruns AD, Fishkin PA, Johnson EA, Lee YTM. Munchausen's Syndrome and Cancer. *J Surg Oncol* 1994;56:136-8.
3. Banerjee AK. Trauma and Munchausen's Syndrome. *Arch Emerg Med* 1991;8:217-8.
4. Burge CK, Lacey JH. A Case of Munchausen's Syndrome in Anorexia Nervosa. *Int J Eat Disord* 1993;14:379-81.
5. Berkow R. Tibbi Psikiyatri, in *The Merck Manual of Diagnosis and Therapy*. In: Berkow R (ed). 1985'ten çeviren Onur R. 3<sup>rd</sup> ed, İstanbul: Merk Yayıncılık, 1055-8.
6. Leland DG. Munchausen's Syndrome: A brief review. *Scan Dis J Med* 1993;46:109-12.
7. Fishbain DA, Goldberg M, Rosomoff HL. More Munchausen with chronic pain. *Clin J Pain* 1991;7:237-44.
8. Rand DC, Feldman MD. Misdiagnosis of Munchausen syndrome by Proxy: A Literature review and four new cases. *Harv Rev Psychiatry* 1999;7:94-101.
9. Henn A. Factitious disorders and Munchausen's Syndrome. *The State of Research. Psychother Psychosom Med Psychol* 1999;49:75-89.
10. Wise MG, Ford C. Factitious Disorders. *Prim Care* 1999;26:315-26.
11. Wemyss-Gorman PB. Munchausen's Syndrome and Chronic Pain. *Hosp Med* 1998;59:738.
12. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*, 4<sup>th</sup> ed (DSM-IV), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 1994'ten çeviren Köroğlu E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1994:197.

## Yazışma Adresi:

Dr. Ufuk DİZER

Gülhane Askeri Tıp Akademisi

İnfeksiyon Hastalıkları ve

Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

06018, Etilik - ANKARA

Makalenin Geliş Tarihi: 29.05.1999

Kabul Tarihi: 14.02.2000