

سندرم مونچاوزن (*Munchausen Syndrome*) پوستی در یک خانم با تظاهر شبیه پیودرماگانگرنوزوم

نویسندگان:

دکتر سیمین شمسی میمندی استادیار بیماریهای پوست دانشگاه علوم پزشکی کرمان دکتر زهرا رهنما استادیار بیماریهای پوست دانشگاه علوم پزشکی کرمان	دکتر سعدا... شمس الدینی دانشیار بیماریهای پوست دانشگاه علوم پزشکی کرمان دکتر ایرج اسفندیارپور استادیار بیماریهای پوست دانشگاه علوم پزشکی کرمان
---	---

دکتر محمد تقی یاسمی
استادیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

پیش گفتار

سازمان پزشکی قانونی بعنوان کارشناس قانونی و اداری و معتمد فوه قضائیه محل مراجعه تمامی تظلمات و دادخواهیهاست که به نحوی با مسائل پزشکی ارتباط پیدا می کنند. شرح انواع مراجعات پزشکی قانونی بحثی است که به درازا می کشد و نیازی به طرح آن نیست ولی یکی از گونه های قابل توجه و گاهی در دسربرانگیز از میان ارباب رجوع پزشکی قانونی شکایت کنندگانی هستند که گاه و بیگاه به دلیل ابتلاء به نوعی خاص از اختلالات روانی و به عناوین گوناگون مراجعه می کنند، یا از شخصی شکایت دارند که آنانرا مضروب و مجروح کرده و یا از پزشک معالج، که در درمان آنها مرتکب سهل انگاری و بی احتیاطی شده است. سندرم مونچاوزن یکی از نمونه های بارز این حالات روانی است. ایان دچار گونه ای از مشکل روانی هستند که خود آزرده، بیمار شدن و تظاهر نمودن به بیماری را دوست دارند و در این راستا تا آنجا پیش می روند که با وسایل مختلف و با تحمل درد خود را مجروح می کنند و یا مواد غیر قابل جذب و آلوده را به خود تزریق می نمایند و عارضه به وجود آمده را نه تنها درمان نمی کنند بلکه دامن زده و تشدید می کنند و حتی با صرف وقت و هزینه در بیمارستان بستری می شوند و در این کار رضایت خاطر بدست می آورند و غالباً در کار درمان اخلال ایجاد می کنند. با فریبکاری از مصرف دارو سرباز می زنند و جراحات را به عمد با مواد ناپاک آلوده می سازند، درمان عوارض و ترمیم جراحات را به تعویق می اندازند چون فقط به خود و به نقشه ای که در سر دارند می اندیشند به نقش پزشک و وظایف و مسؤولیت او کاملاً نا آگاهند، از این رو پزشکان معالج خود را سردرگم و دچار عذاب وجدان و مسؤولیت می نمایند. در راه اجرای این برنامه و نمایش اگر پزشک یا هر شخصیت دیگر ایستادگی و برخورد کند از درگیر شدن و شکایت نمودن و به مقامات قضائی مراجعه کردن ابائی نخواهند داشت.

دفتر مجله

خلاصه

سندرم مونچاوزن یکی از بیماریهای روانی است که با اختلال «خودایجاد» مکرر بیماریها همراه بوده و ضایعات ایجاد شده می‌توانند شبیه دیگر بیماریهای عضوی پوستی مانند پمفیگوس، لوپوس و پیودرماگانگرنوزوم تظاهر نمایند. بیماران بطور پی در پی پزشکی و بیمارستان خود را عوض می‌نمایند. خانم جوانی بعلت زخمهای مکرر و عمیق آبسه‌ای شکل و برجسته بر روی پوست ران، ساق پا و جلوی گردن به کلینیک پوست مراجعه و با تشخیص پیودرماگانگرنوزوم در بخش پوست بیمارستان شماره یک دانشگاه علوم پزشکی کرمان بستری می‌شود. پس از گرفتن شرح حال دقیق از بیمار و نحوه شروع ضایعات مشکوک و مکرر بیمار و نیز بعد از دوبار نمونه برداری از ضایعات پوستی به‌مراه انجام مشاوره با همکاران روانپزشک، متخصصین ریه، داخلی و جراحی تشخیص سندرم مونچاوزن شبیه پیودرمانگانگرنوزوم تأیید می‌گردد. مصرف آنتی بیوتیک در بیمار ضایعات را بهبودی بخشید و چون بیمار به خواست خودش از بیمارستان ترخیص گردید لذا به بستگان بیمار توصیه گردید جهت روان درمانی و اقدامات پیشگیری از عوارض احتمالی بیماری، بطور ممتد از روانپزشک کمک گرفته شود.

واژه‌های کلیدی:

Munchausen syndrome, pyoderma gangrenosum, dermatitis artefacta
masochism, self inflicted, Munchausen syndrome by proxy.

مقدمه

در سال ۱۹۵۱ توسط آشر^(۱) تشخیص و شرح داده شد. سیر متنوع این بیماری آشر را به یاد داستان سرای خیال پردازی بنام بارون کارل مونچاوزن^(۲) می‌انداخت که دارای تلون شخصیت^(۳) بود و در قرن ۱۸ از طریق

سندرم مونچاوزن بیماری است که مبتلایان آن از طریق خودالقائی و خودآزاری، علائمی از بیماری را نشان می‌دهند و هر یک از دستگاههای بدن می‌توانند مورد آسیب قرار گیرند. برای درمان و انجام اعمال جراحی ضروری و رسیدن به تشخیص قطعی، اغلب این بیماران بطور مکرر در بیمارستانهای مختلف بستری می‌گردند (۱۰). این سندرم

۱- Asher

۲- Baron Karl Munchausen

۳- Colorful Character

گزارش مورد

خانم ۲۱ ساله‌ای خانه‌دار، اهل و ساکن کرمان دارای وضع اقتصادی متوسط به علت پیدایش ناگهانی ضایعات التهابی متعدد بر روی ران پای راست و هر دو ساق مراجعه نموده، ضایعات متورم و دردناک داشته و شروع ضایعات را ناگهانی و خودبخودی و از یک هفته قبل ذکر می‌نماید (شکل ۲۰۱). در بیوپسی اولیه‌ای که از بیمار بسرداشتته می‌شود تشخیص پیودرماگانگرنوزوم مطرح و تحت درمان با پردنیزولون توأم با آنتی بیوتیک بمدت ۵ روز قرار می‌گیرد در این زمان یک ضایعه جدید در جلوی گردن پدیدار می‌گردد که بطور مشکوکی دارای مرکزی تیره شبیه سر سوزن بود. در شرح حال مجددی که از بیمار گرفته شد در نحوه و علت شروع زخم، وارد کردن هر ماده‌ای را به داخل پوست خود انکار می‌نماید.

بیمار ازدواج کرده و دارای دو فرزند بود تحصیلات دیپلم داشته و بجز کارهای خانه مشغله دیگری نداشت. شوهر وی به بنائی اشتغال داشته و دارای تحصیلات سیکل بود. شوهر بیمار رفتار اجتماعی همسرش را (به ویژه با خواهر شوهر) غیرطبیعی و عجیب می‌دانست. بعنوان مثال یک مورد از ربودن جواهرات خواهر شوهر دیده شده بود که بیمار برای سردرگم کردن افراد خانواده، جواهرات را در محوطه و حیاط

دوره‌گردی و خانه بدوشی زندگی می‌کرد. (مونچاوزن درباره زندگی خود داستانهای پزشکی عجیب و باورنکردنی می‌ساخت، آرایش می‌داد و برای دیگران تعریف می‌کرد) (۳، ۱۰). بیماران مبتلا به این سندرم بیشتر متمایلند مورد تشخیص‌ها و درمانهای تهاجمی، قرار گیرند (۷، ۱۰). تشابهی که در سیر این بیماری و شخصیت رفتاری این داستانسرا بود آشرا واداشت که سندرم را مونچاوزن نام دهد (۲، ۱۰). مبتلایان اغلب درمان و اقامت در بخشهای تشخیصی را نیمه‌کاره رها کرده و بطور عمد برخلاف توصیه‌های پزشکان و پرستاران بخش عمل می‌کنند. اختلال روانی در این افراد سبب شبیه سازی بیماریهای پوستی مانند پسمفیگوس، لوپوس و پیودرماگانگرنوزوم می‌گردد. در قرون وسطی بیماران بیشتر با خونروی مزمن دهان متعاقب خود زالواندازی عمدی^(۱) در دهان و حلق مراجعه می‌کردند، در حالی که در قرن نوزده و بیست بیشتر به سبب ضایعات شکم مراجعه و مقدمات انجام اعمال جراحی متعدد را بر خود هموار می‌نمایند (۶، ۱۱). این مورد اولین پذیرش بیمار در این بیمارستان بوده است که بعلت ایجاد ضایعات زخمی در قسمتهای مختلف پوست بدن که متعاقب واردکردن مواد خارجی و ایجاد التهاب در بافت چربی زیرجلدی ایجاد شده است برای چهارمین بار در بخشهای بیمارستانهای مختلف بستری می‌شود.

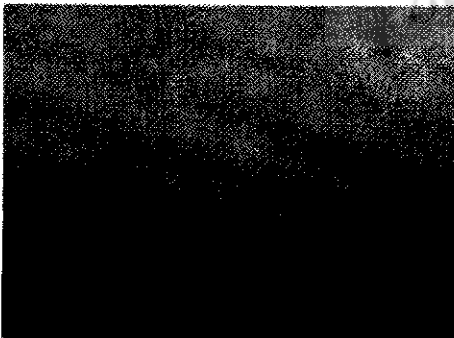
۱- Self Leech applying

به تیره و جسم دار (با مرکز زخمی) می باشند (شکل ۱ و ۲).

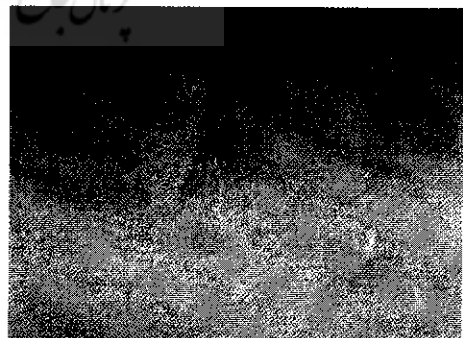
بیمار در حین بستری بودن علائم تنگی نفس شدید نشان می داد و در مشاوره با متخصص داخلی و ریه پس از معاینه گزارش گردید که ضایعات پوستی متعاقب تزریق شیر به داخل پوست بوده است، ولی چون تنگی نفس بیمار به درمان پاسخ نداده و هنگام مصاحبه و صحبت کردن با وی برطرف می گردید لذا تشخیص تنگی نفس واقعی و آسم قلبی ریوی بیمار رد شد. در مشاوره روانپزشکی که برای بیمار درخواست شد، روانپزشک ترخیص بیمار از بخشهای پوست و جراحی و ادامه روان درمانی بیمار در مرکز روانپزشکی را توصیه می نماید. علائم حیاتی بیمار شامل، تعداد ضربان نبض، فشار خون، تنفس و صداهای قلبی ریوی در بدو مراجعه و بعد از آن در جدول شماره ۱ آورده شده اند. یافته های آزمایشگاهی مثبت شامل لکوستوز ۲۵۷۰۰

خانه خودشان پراکنده بود. سرگرمی روزانه وی مطالعه بوده است و در طی ۸ سال اخیر ۴ بار بستری گردیده بود که ۳ بار آن به جهت شکافتن آبسه ها بوده و بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفته است. تاریخچه پیدایش ضایعات نیز به ۸ سال قبل برمی گردد که ابتدا در ران پای چپ پیدا شده است. بیمار بمدت یک ماه در بیمارستان بستری می گردد و با عمل جراحی و شکافتن آبسه ها و مصرف آنتی بیوتیک سیستمیک ضایعات رو به بهبودی می روند. در سال بعد نیز بیمار دچار ضایعات مشابه می شود که فقط با مصرف آنتی بیوتیک بهبودی می یابد، سپس بیمار بمدت دو سال هیچگونه علامتی از بیماری با ضایعه نشان نمی دهد.

ضایعات و زخمهای آبسه ای شکل فعلی بیمار بر روی ران و ساق هر دو پا و جلوی گردن مشابه ضایعات قلبی بیمار بوده و بصورت پلاکهای فتورم و اریتماتو متمایل



شکل ۲- ضایعات پوستی بیمار



شکل ۱- ضایعات پوستی آبسه مانند در ناحیه ران پای بیمار

بحث

برای بیماری که پیدایش ناگهانی و مکرر ضایعات ملتهب و آبره مانند در نواحی در دسترس پوست را دارد، و بطور پی در پی پزشک معالج را عوض می نماید و در بخشهای جراحی بیمارستانهای مختلف سابقه بستری دارد و در طول بستری شدن حالات تقلیدی تنگی نفس مشابه بیماران آسمی را پیدا می کند تشخیصی که برای بیمار بیشتر مطرح می شود سندرم مونچاوزن است (۱۰، ۵، ۱). البته این بیمار اختلال رفتاری در روابط اجتماعی خود با بستگان هم داشته و نیز مصرف هر ماده خارجی را به داخل پوست خود انکار می نمود که می تواند تأییدی بر وجود این سندرم باشد (۵، ۱). دومینیک (Dominique) بیمار مشابهی را از کشور بلژیک گزارش کرده است، که بیمار از یک بیمارستان راهی مرکز پزشکی دیگر و شهر دیگری می شده است، این بیمار نیز مواد رنگی ناشناخته ای بداخل پوستش تزریق می کرده است (۱۰). بطور معمول این افراد تمایل دارند آسیبهایی در بدن خود ایجاد کنند و به زعم خود پزشکان را سردرگم نماید (۸، ۹). البته حالت آسیب رسانی در این سندرم می تواند بعلت مازوشیسم^(۱۱) آنها باشد که عواملی چون استرس و هیجان می تواند سبب برانگیختن سندرم و پیدایش ضایعات

با افزایش نوتروفیل بود (۶۲٪ نوتروفیل و ۳۶٪ لنفوسیت و ۲٪ مونوسیت). سرعت رسوب گلبولهای قرمز ۵۰ میلی متر و CRP+ مثبت (+) بود. سایر آزمایشهای روتین، کشت خون، آزمایش مستقیم ترشحات زخم، سلول LE تستهای کبدی نکته غیرطبیعی نشان نداد. در اولین بیوپسی که از ضایعه ران برداشته شد ورم قسمت فوقانی درم و در قسمت میانی تجمع خفیف سلولهای انفلاماتور دیده می شد که اغلب نوتروفیل و هیستوسیت هستند و تشخیص پیودرماگانگرنوزوم برای بیمار مطرح میگردد. در بیوپسی عمقی تر بعدی نکرروز سلولهای چربی بدون درگیری انسدادی عروق تشخیص بنفع پانیکولیت جسم خارجی تغییر می یابد.

جدول شماره ۱- مقایسه علائم حیاتی قبل از بستری و قبل از ترخیص

علائم حیاتی بیمار پس از پذیرش و هنگام ترخیص	در بدو مراجعه	بعد از بهبودی
درجه حرارت سانتی گراد (زیر زبان)	۳۸/۵	۳۷
تعداد ضربان قلب در دقیقه	۹۲	۸۰
میزان فشار خون اکثر (ماکزیم)	۱۱۰	۱۲۰
میزان فشار خون اقل (می نیم)	۵۰	۷۰
میزان تنفس بیمار در دقیقه	۱۹	۱۸

پوستی گردد (۱۰).

این بیمار چهار بار سابقه پیدایش ناگهانی آبسه‌های پوستی را داشته است که هر بار توسط یک جراح تخلیه شده‌اند. هم تعویض پزشکی و هم بیمارستان در مبتلایان به سندرم مونچاوزن بفرآوانی دیده می‌شود. این بیماران دارای سه خصوصیت ویژه آسیب روانی^(۱) هستند که شامل: ۱- خصوصیت آسیب رسانی^(۲) ۲- دربدری و پرسه‌زنی^(۳) و ۳- داشتن شخصیت گوناگون کاذب^(۴) آنها می‌باشد. (۳، ۱۰).

دستورات پزشکی و پرستاری توسط این بیماران یا اجرا نمی‌شود یا بطور ناقص اجرا می‌گردد (۱۰). هنگامی که اقدامات و مطالعات تشخیصی در این بیماران به نتیجه نزدیک شود یا درخواست ترخیص می‌نماید و یا خودسرانه بیمارستان را ترک می‌کنند (۸، ۹، ۱۰). و این بیمار نیز پس از معاینه توسط روانپزشک بعنوان مشاوره، خواهان ترخیص دائم یا موقت از بیمارستان شده، و دیگر برای ادامه درمان بازنگشته است. مشابه این پدیده در گزارشهای بیمارستانی بیمارانی که با تشخیص مونچاوزن در مرکز پزشکی ماساچوست^(۵) بستری شده‌اند نیز دیده می‌شود (۴، ۱۰). تزریق مواد خارجی بخصوص مواد رنگی به داخل بدن روش معمولی است که در سالهای اخیر این بیماران بکار می‌برند (۳، ۶). تزریقهای این بیمار متعدد و همه در نواحی در دسترس هستند که این هم به

تشخیص بیماری کمک می‌نماید. این بیماران نیز مانند سایر مبتلایان به سندرم مونچاوزن کاربرد و تزریق مواد خارجی را به داخل پوست و بدن خودانکار می‌کنند (۱۰). بعضی از این بیماران علاوه بر وارد کردن صدمه و آسیب به بدن خود به فرزندان خود نیز آسیب وارد می‌کنند که در این حالت به آن سندرم مونچاوزن با پراکسی^(۶) (به عنوان نیابت) گفته می‌شود، این افراد با دستکاری در قسمتهائی از اعضاء یا بدن فرزندان و دیگر افراد نزدیک ناتوان آزردهائی را در آنها سبب می‌شوند که با معیارها و روند هیچ بیماری جسمی جور نمی‌آید و این موضوع حتی می‌تواند کمک تشخیصی برای این بیماران باشد (۱، ۵، ۸، ۹). (در بررسی بعمل آمده در خانواده بیمار مورد بحث مشکلی که حکایت از وجود این یافته نماید دیده نشد.) اگر چه بهبودی خودبخودی در این بیماران نیز گزارش شده است ولی نتیجه نهائی درمان متعاقب روان درمانی و رفتار درمانی و یا هر دو ناامیدکننده بوده است بخصوص در مبتلایانی که درمان را نیمه‌کاره رها کرده و مصرف دارو را قطع می‌کنند. (۴، ۱۰)

۱- Psychopathic Tendencies

۲- Criminality

۳- Vagrancy

۴- Colorful Lying

۵- Massachusetts

۶- Munchausen by proxy

1 - Angelini GMenaghini CL, Vena CA.Secretan, S syndrome: an artefact oedema of the hand. Contact Derm 1982; 8: 345-6.

2 - Asher R.Munchausen's syndrome. Lancet 1951; 1: 339-41.

3 - Bhugra D. Psychiatric Munchausen's syndrome. Acta psychiatr Scand 1988; 77: 497-503.

4 - Case records of the Massachusetts General hospital. N Engl J Med 1984; 311: 108-15.

5 - Dufton P, Griffiths H. Suction blisters mimicking pemphigoid: an unusual case of dermatitis artefacta. Clin Exp Dermatol 1981; 6: 163-6.

6 - Eisendrath SJ. Factious physical disorders: treatment without confrontation. Psychosomatics 1989;30:383-7.

7 - Luce JM. The Legacy of Baron Munchausen. Pharos 1978; 1:339-41.

8 - Meadow SR, Munchausen syndrome by proxy the hinterland of child abuse. Lancet 197; ii:343-5.

9 - Meadow SR. Who's to blame mothers, Munchausen or medicine? J.R Coll Physicians Lond 1994; 28: 332-7.

10- Parent J Dominique, Krafft Thierry K, Christophe J Novel et al Cutaneous syndrome with presentation simulating pyoderma gangrenosum J A-Acad-Dermatology 1994 (31-6): 1072-4.

11- Veith T.Hysteria: the history of a disease. Chicago: University of chicago Press, 1965: 105-13.