

Munchausen Hemoptysis: A Rare Type of Factitious Disorder

Munchausen Hemoptizi: Nadir Görülen Bir Yapay Bozukluk Çeşidi

Ebru Altıntaş^{1}, Akatlı Kürşad Özşahin²*

ABSTRACT

Munchausen Syndrome defined by Asher in 1951 is named after fictitious Baron Karl Friedrich Von Munchausen. This syndrome is characterized by constituting diseases, pathological lying, and visiting health care units many times with many hospitalizations. These patients seek attention of healthworkers pretending to be sick when in fact they are not. They try to obtain the care and intimacy from health professionals, which they don't feel they have in daily life. They can have the support of physicians because they generally have medical information to a degree to define symptoms. Their medical history is generally full of hard to believe tales. The presented case was a 27-year-old female with three children. She attended the outpatient clinic with complaint of hemoptysis but investigations proved that she created the condition herself by traumatizing her oral mucosa. The etiology of this syndrome which is not fully understood, as well as strategies for differential diagnosis is discussed and highlights for management of such patients are underlined in the article.

Keywords: Factitious disorder, Munchausen, hemoptysis

ÖZET

Munchausen Sendromu, adını Baron Karl Friedrich Von Munchausen'dan alan ve Asher tarafından 1951 yılında tanımlanan bir bozukluktur. Bu sendrom, hastalık oluşturma, patolojik yalan söyleme, sağlık kuruluşlarına çok kez ziyarette bulunma ve sık hastaneye yatma öyküsü ile karakterize bir durumdur. Bu kişiler hasta olmadıkları halde, hasta taklidi yaparak günlük hayatta göremediklerine inandıkları ilgiyi, doktor, hemşire ve diğer görevlilerde bulmaya çalışırlar. Kısmen tıp bilgileri de olduğu için, sağlık çalışanlarını inandıracak kadar belirti tarif edip amaçlarına ulaşabilirler. Hastaların tıbbi özgeçmişleri çoğunlukla inanılması çok güç öyküler ile doludur. Sunulan vaka, 27 yaşında evli ve 3 çocuklu bir kadındı. Ağızdan kan gelmesi yakınması ile başvurmuş, ancak yapılan incelemeler sonucu bu durumu hastanın kendisinin ağız mukozasını travmatize ederek yarattığı belirlenmişti. Makalede, bu sendromun tam olarak bilinmeyen etiolojisinin tartışılmasının yanı sıra, ayırıcı tanıda akla gelmesi gereken durumlar gözden geçirilmiş ve bu hastaların takibinde önemli olduğu düşünülen noktaların altı çizilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Yapay Bozukluk, Munchausen, hemoptizi

Received / Geliş tarihi: 18.01.2016, Accepted / Kabul tarihi: 09.08.2016

¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, ²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Ebru Altıntaş, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana-TÜRKİYE, E-mail: ebualtintas@gmail.com

Altıntaş E, Özşahin K. Munchausen Hemoptizi: Nadir Görülen Bir Yapay Bozukluk Çeşidi. TJFM&PC, 2016;10(3):175-178. DOI:10.21763/tjfmpe.28677



GİRİŞ

Munchausen Sendromu, ilk olarak 1951 yılında Asher tarafından tanımlanan, adını 1720-1797 yılları arasında yaşamış, sık seyahat eden, deneyimleri hakkında uydurma ve abartılı öyküler anlatan Baron Karl Friedrich Von Munchausen'den alan bir bozukluktur.¹ Munchausenby Proxy (bakımveren yapay bozukluğu) ise ilk olarak 1977 yılında, İngiliz pediatrist Ray Meadow tarafından tanımlanan, bakım veren kişi tarafından kasıtlı olarak bakımı altındaki kişilerde hastalık ortaya çıkarılması ile giden bir yapay bozukluk çeşididir.²

Yapay bozukluk, nadiren ölümcül sonuçlar doğurabilen, bilinçli olarak hasta rolünü benimsemek için oluşturulan, fiziksel ve/veya psikolojik belirtilerle karakterizedir. Yapay bozuklukların, nadir görülen şiddetli ve kronik şekillerinden biri olan Munchausen Sendromu, hastalık oluşturma, patolojik yalan söyleme ve çok sayıda sağlık kuruluşunu ziyaret etme ile karakterizedir.³ Toplumdaki sıklığı tam olarak bilinmemekle beraber, tüm yapay bozuklukların %10'luk kısmını, genel hastanelerde psikiyatri konsültasyonlarının ise yaklaşık olarak %1'lik kısmını oluşturur.^{1,4} Yapay bozukluğun etiyolojisi ile ilişkili genetik, sosyal, psikodinamik ve ailevi birçok görüş ileri sürülmüşse de nedeni tam olarak bilinmemektedir.⁵ Yapay bozukluk kadınlarda daha yaygın görülmekle birlikte, Munchausen Sendromu alt tipi erkeklerde daha fazla görülmektedir. Munchausen Sendromu olan hastaların 2/3'ünün erkek olduğu, çoğunun orta yaşlarda, işsiz, bekâr, sosyal yada ailevi ilişkilerden uzak yaşayan kişiler olduğu belirtilmektedir.⁵ Bu hastalar, en sık dermatoloji, nöroloji, dahiliye ve cerrahi kliniklerine, farklı sistemleri etkileyebilen çok çeşitli belirtilerle başvurabilirler. Bunun yanında endokrin, respiratuvar, renal, hematolojik, dermatolojik belirtileri, malignensi ve AIDS gibi hastalıkları taklit eden yakınma ve belirtiler sergileyebilirler.^{6,7,8,9}

Yapay Bozukluklar Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 4. Baskısında (DSM-IV-TR); daha çok psikolojik belirti ve bulguları olan, daha çok fizik belirti ve bulguları olan, psikolojik ve fizik semptom ve bulguları bir arada olan ve başka türlü adlandırılmayan yapay bozukluklar olmak üzere, dört alt tip olarak sınıflandırılmıştır. DSM-V'te ise Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar başlığı altında sınıflandırılmıştır. DSM-V'te yapılan diğer bir değişiklik de, fizik ve psikolojik belirtileri olan yapay bozukluk alt grupları yerine kendine yüklenen ve bir başkasına yüklenen yapay bozukluk alt gruplarının tanımlanmış olmasıdır.^{4,10} ICD-10'da ise diğer erişkin kişilik ve davranış bozuklukları başlığı altında sınıflandırılmıştır.

Bu olgu sunumunun amacı; nadir görülen ve tanısı oldukça zor konulan bir bozukluk olan daha çok fizik belirti ve bulguları olan Munchausen Sendromu (kr. yapay bozukluk) tanısı koyduğumuz 27 yaşında bir kadın olguyu

sunmak, yapay bozukluğu tartışmak ve klinisyenlerin dikkatini bu konuya çekmektir.

OLGU

Olgumuz, 27 yaşında, evli, 3 çocuklu, ilkokul mezunu, şehirde yaşayan, düşük gelirli kadın hastaydı. Yaklaşık olarak 7-8 yıl önce evlendikten sonra, sıkıldığı, üzüntü yaşadığı zaman ortaya çıkan, ağzından ve gözünden kan gelme yakınması ortaya çıkmıştır. Bu yakınmalarla, birçok sağlık kuruluşunda çeşitli bölümlere başvuran hastaya, çok sayıda farklı test ve girişimsel yöntem uygulanmıştır. Benzer yakınmalarla hematoloji polikliniğine başvuran hastadan, kanama ile ilişkili olabilecek testler istenmiştir. Kontrol değerlendirmesine geldiğinde, salonda beklerken ağzından kan gelmiş ve bayılmıştır. Bunun üzerine, resüsitasyon ekibi çağırılmıştır. Gözünde kanama yakınması nedeniyle göz muayenesi ve incelemeleri yapılan hastada patolojik bir bulguya rastlanmamıştır. Tüm bu incelemeler sonucunda psikiyatri polikliniğine yönlendirilen hastanın yapılan ruhsal muayenesi; "çağrışimleri düzgün, düşünce içeriğinde ağzından kan gelme yakınması ile ilgili kaygılı düşünceler ve aile ilişkilerinde yaşadığı sorunlar mevcut, duygulanımı anlattıklarıyla uyumsuz, algı, bellek, yönelim doğal" şeklinde olmuştur.

Özgeçmişinden, anne ve babasının çocukken ayrıldığı ve anneannesinin yanında büyüdüğü, yaklaşık 8 yıl önce evlendiği ve eşinin ailesi ile beraber yaşadığı, bu nedenle sık, sık tartışma yaşadıkları, apendektomi ve burnundan septum deviasyonu ameliyatları geçirdiği, sigara kullanımının olduğu, ancak madde ve alkol kullanım öyküsünün olmadığı öğrenilmiştir. Aile öyküsünde, mental bir bozukluk olmadığı saptanmıştır.

Laboratuvar incelemelerinde, hemoglobin 12.1 g/dL, hematokrit 36.2%, eritrosit 4.27 M/mm³, trombosit 167 K/mm³, PTZ 13.6(11-15/sn), APTT 37.7(26-36 sn), PT % 73.3%(70-130), PTZ INR: 1.1(0.85-1.2), kollojen epinefrin (tam otomatik cihazda plateletagregasyonu): 140(85-165) sn; hastaya ait plazma örneğinden yapılan akım sitometri çalışmasında CD61, CD41a, CD42b ekspresyonları negatif olarak belirlendi. Periferik kan yaymasında normokrom, normositer dağılımlı, normal morfolojili, yeterli, çoklu kümeleri bulunan normal sınırlarda periferik yayma görülmüştür. Ayrıca optik koheranstomografisi (makula) normal olarak belirlenmiştir

Psikiyatri poliklinik takiplerinde, hastaya iç görü kazandırmaya yönelik yaklaşımlar uygulanmıştır. Depresif yakınmalarına yönelik olarak, sertralin 50 mg/gün başlandı. Eşinin ailesinden ayrılarak farklı bir eve çıktıkları dönemde yakınmalarının azaldığı belirlenmiştir. Ancak bir süre sonra poliklinikte görüşme sonrasında tuvalete gittiği, sonrasında koridorda ağzından tükürükle karışık pembe bir akıntının olduğu gözlenmiştir ve personel tarafından acil kodu ile resüsitasyon ekibine haber verilmiştir. Bu olaydan sonra, hastanın bu yakınmaları ağız mukozasını ısırap travmatize ederek gerçekleştirdiği anlaşıldığından, tanısının yapay

bozukluk olduğu kanısına varıldı. Yakınmaların uzun süredir devam etmesi, bu nedenle birçok sağlık merkezine başvurması, fiziksel belirtilerin ön planda olması nedeniyle yapay bozukluk'un fiziksel belirtilerin ön planda olduğu kronik formu olan Munchausen Sendromu tanısı konulmuştur. Tedavinin sürdürülebilmesi için hastanın yakınmalarını bilinçli olarak oluşturduğu ile ilişkili yüzleştirme yapılmamıştır. Hasta ile terapotik ilişki kurularak tedaviye uyum sağlaması konusunda aylık görüşmeler yapılmıştır. Ancak buna rağmen hasta takiplerine devam etmemiştir.

TARTIŞMA

Olgumuza, uzun süredir yakınmalarının devam etmesi, bu yakınmalarla birçok sağlık kuruluşuna başvurması, birçok tetkik yapılmasına rağmen, organik neden belirlenememesi, yakınmalarını ağız mukozasını ısırarak kasıtlı oluşturmuş olması nedenleriyle, DSM IV tanı kriterlerine göre Munchausen Sendromu tanısı konulmuştur.

Munchausen Sendromu, tanımlandığı yıllardan itibaren oldukça ilgi gören değişik belirtilerle klinisyenlerin karşısına çıkabilen bir bozukluktur. Yapay bozuklukların sıklığını belirlemek, tanı koymada ve ayırıcı tanı yapmakta karşılaşılan güçlükler, hastaların değişik sağlık kuruluşlarına başvurmaları nedeniyle oldukça zor olmaktadır. Kocalevent ve arkadaşları, 1977-2003 yıllarını kapsayan literatür taramasında, 18 çalışmayı incelemişler ve kadın/erkek oranının 2/1 ve sıklığın %0.032-%9.36 arasında olduğunu bildirmişlerdir.¹¹ Fliege ve arkadaşlarının 2007 yılında, prospektif çok merkezli olarak yürüttükleri araştırmada ise, yapay bozukluk sıklığı %1.3 (0.0001-15) olarak bulunmuştur.¹² Munchausen Sendromu'nun sıklığı tam olarak bilinmemekle beraber, psikiyatrik konsültasyon istenen hastalarda %0.8-1 oranında görüldüğü bildirilmiştir.^{5,13}

Yapay bozuklukta, değişik organ sistemlerine yönelik belirtiler görülmekle beraber, en sık başvuru nedenleri abdominal ağrı, artralji, göğüs ağrısı, hiperkortizonemi, hipertiroidi, hipoglisemi, enfeksiyonlar, cilt yaraları, bayılma, kusma, halsizlik olarak belirlenmiştir.⁵

Munchausen Sendromu'nun etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte psikososyal, nörokognitif bozukluklar ve beyin anomalilerinin etkili olabileceği öne sürülmüştür. Ölüm, hastalık, terk edilme, istismar, hasta rolünden dolayı ilgi görme, uzun süreli hastanede yatış gerektiren kronik seyirli hastalığın olması gibi psikososyal faktörler ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir.⁵ Pankratz ve arkadaşlarının, Munchausen Sendromu olan 5 hastalık olgu serisinde, bu hastaların konuşma becerilerinin çok iyi olduğu ancak yargılama, karmaşık olayları yönetebilme ile düşüncelerin organizasyonunda yetersizlik gibi nöropsikolojik bozuklukların olabileceği belirlenmiştir.¹⁴ Munchausen Sendromunda, Tc-99m ile yapılan SPECT

incelemesinde, beynin sağ hemitalamusunda hiperperfüzyon olabileceği belirlenmiştir.¹⁵

Munchausen hemoptizide, hemoptizi, kendini ısırma, farinks zedeleme ya da periferel venden kan alıp daha sonra bunu yutup kusma gibi değişik yollarla oluşturulabilir. Baktari ve arkadaşları, 11 hemoptizi olgusunu inceledikleri araştırmada, kendi kendini yaralama yönteminin en sık kullanılan yöntem olduğunu belirlemiştirler.¹⁶ Munchausen hemoptizi olgularının genellikle genç, ortalama 32 yaş, çoğunlukla sağlık çalışanı ve erkek oldukları çeşitli olgu sunularında bildirilmiştir. Olgumuzda da, hemoptizinin hasta tarafından ağız mukozası ısırılıp travmatize edilerek oluşturulduğu saptanmıştır. Ayrıca literatürde en sık erkeklerde görülmesine rağmen sunduğumuz olgunun kadın olması ilgi çekicidir.

Hemoptizi yapabilen organik nedenlerle beraber temaruz, somatizasyon bozukluğu, konversiyon bozukluğu düşünülmüş ve ayırıcı tanıları yapılmıştır. Yapay bozukluk ve temaruzda, hastalık belirtileri bilinçli olarak taklit edilmekte, somatizasyon ve konversiyon bozukluğunda ise bilinç dışı çatışmaların bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Yapay bozuklukta amaç hastalık rolüyle var olmak ve dikkat çekmek iken, temaruzda ekonomik, sosyal ya da yasal çıkar sağlamak, somatizasyon bozukluğu ve konversiyon bozukluklarında ise çoğu zaman içinde bulunduğu stresli durumlardan kurtulabilmektir. Somatizasyon bozukluğunda, 6 aydan fazla süren, 4 farklı anatomik bölgede ağrı, 2 gastrointestinal sistem, 1 genitouriner sistem ve 1 nörolojik sisteme ait belirtinin olması gerekmektedir. Konversiyon bozukluğu ise genellikle bir stresli yaşam olayı sonrasında akut olarak başlamaktadır ve istemli motor ve duyuşal işlevleri etkilemektedir. Yapay bozuklukta hasta invaziv girişimlere ve hatta ameliyatlara izin verirken, somatizasyon bozukluğu ve Temaruzda hasta bu invaziv girişimlere razı olmamaktadır.^{4,5} Olgumuzda yakınmaların yıllardır devam etmesi, birçok sağlık kuruluşuna başvuru ve tedaviyi tamamlamama ve çeşitli tetkikler yaptırma, bilinçli olarak ağız mukozasının ısırılması şeklinde hemoptizi olması nedenleriyle diğer tanıları dışlanmaktadır.

Hastalığın tanısını koymak oldukça zordur ve uzun yıllar alabilmektedir. Bu süre içinde invaziv ya da invaziv olmayan birçok tetkik yapılabilenkte, hasta gereksiz yere tıbbi ekibi meşgul edebilmektedir. Hastalığın tanısını koymada, yardımcı sağlık ekibinin farkındalığının daha fazla olması oldukça önemlidir. Hastalığın tanısı erken dönemde konulamazsa ciddi harcamaların yapılması ve invaziv işlemler ve hatta gereksiz cerrahi operasyonlar nedeniyle mortalite ile sonuçlanabilmektedir. Hastalığın tanısını koymada en önemli parametre şüphelenmektir. Tanı koymada aile bireylerinden alınan öykü, hastanede yatıyorsa sağlık personeli ve varsa oda arkadaşıyla görüşme ve eşyalarının kontrolü faydalı olabilmektedir.

Yapay bozukluk tanısının, kim tarafından konulacağı ile ilgili pratikte sorunlar yaşanmaktadır. Örneğin, özellikle bedensel alt tipte diğer klinisyenler tanının psikiyatri tarafından konulması gerektiği gibi bir kaniya sahiptir. Ancak tıpkı temaruzda olduğu gibi hasta hangi disipline ait hastalığı taklit ediyor ise ayırıcı tanıyı yapmak o bölümün alanıdır. Hastalığın tanısının konulabilmesi için multidisipliner çalışmak bazen invaziv olabilecek gereksiz medikal girişimlerin yapılmasını engellemek ve tıbbi giderlerin oluşturacağı yükleri azaltmak açılarından da önemlidir.

SONUÇ

Munchausen Sendromunun tedavisi oldukça güçtür. Sosyal destek, hastaların altta yatan psikopatolojilerin ortaya çıkarılarak, psikiyatrik tedavisinin başlanması, psikiyatri uzmanı ve başvuru yaptığı hekim arasında işbirliğinin sağlanması, ailenin bilinçlendirilmesi tedavide son derece önemli olabilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Asher R. Munchausen's syndrome. *Lancet* 1951; 1(6650):339-341.
2. Meadow R. Munchausen's syndrome by proxy. *Arch Dis Child* 1982; 57: 92-8. 2.
3. Folks DG, Freeman AM. Munchausen's syndrome and other factitious illness. *Psychiatr Clin North Am* 1985; 8: 263-78.
4. Amerikan Psikiyatri Birliği. Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR). Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara;2007. p.747-753.
5. Sadock B, Sadock V. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, New York. Çeviren Aydın H, Bozkurt A, Güneş Kitabevi, Ankara;2007.p.1829-1843.
6. Boyd AS, Ritchie C, Likhari S, Munchausen Syndrome and Munchausen Syndrome by Proxy in dermatology. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2014; 71(2): 376-381.
7. Eckhardt A. Factitious disorders in the field of neurology and psychiatry. *Psychother Psychosom* 1994; 62: 56-62.
8. Paar GH: Factitious disorders in the field of surgery. *Psychother Psychosom* 1994; 62: 41-47.
9. Craven D, Steger K, LaChapelle R, Allen DM. Factitious HIV infection: the importance of documenting infection. *Ann Intern Med* 1994; 121:763-766.
10. Amerikan Psikiyatri Birliği. Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Beşinci Baskı (DSM-V). Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2013'den çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara; 2013. p.167.
11. Kocalevent RD, Fliege H, Rose M, Walter M, Danzer G, Klapp BF. Autodestructive Syndromes. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2005; 74(4): 202-211.
12. Fliege H, Grimm A, Eckhardt-Henn A, Gielers U, Martin K, Klapp BF. Frequency of ICD-10 Factitious Disorder: Survey of senior hospital consultants and physicians in private practice. *Psychosomatics* 2007; 48:60-64.
13. Sutherland AJ, Rodin GM. Factitious disorders in a general hospital setting: clinical features and a review of the literature. *Psychosomatics* 1990; 31(4): 392-399.
14. Pankratz L, Lezak MD. Cerebral dysfunction in the Munchausen syndrome. *Hillside J Clin Psychiatry* 1987; 9:195.
15. Mountz JM, Parker PE, Liu HG, et al. Tc-99m HMPAO brain SPECT scanning in Munchausensyndrome. *J Psychiatry Neurosci* 1996; 21:49.
16. Baktari JB, Tashkin DP, Small GW. Factitious hemoptysis. Adding to the differential diagnosis. *Chest* 1994; 105(3): 943-5.