

Suprapubik Doku Defekti ile Başvuran Munchausen Sendromlu Hasta: Olgu Sunumu

A Patient with Munchausen Syndrome Presenting with Suprapubic Tissue Defect: A Case Report

Arda Özdemir, Burak Kaya

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Öz

Munchausen sendromu nadir görülen, hastanın bilinçli olarak hasta rolü oynadığı, tamamen kendi oluşturduğu yapay, tekrarlı ve abartılı bir fiziksel ya da ruhsal hastalık veya yaralanma sebebi ile sürekli ilgi ve genellikle girişimsel tıbbi tedavi arayışı içinde olduğu psikiyatrik bir hastalıktır. Bu olgu sunumunda daha önceden lökosit adezyon defekti düşünülen ancak devamında Munchausen sendromu tanısı konan, suprapubik alandaki cerrahi insizyonun tekrarlı dehissansı ile kliniğimize refere edilen ve kliniğimizce debridman ve primer onarım yapılan hastanın anlatıldığı nadir görülen bir olgu sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Lökosit adezyon defekti, dehissans, Munchausen sendromu, kronik yara

Abstract

Munchausen syndrome is a rare psychiatric disorder in which the patient consciously plays the role of the patient and seeks constant attention and often interventional medical treatment due to an artificial, repetitive and exaggerated physical or mental illness or injury that is completely self-created. In this case report, we present a rare case of a patient who was previously thought to have leukocyte adhesion defect, but was subsequently diagnosed with Munchausen syndrome. The patient was referred to our clinic with recurrent dehiscence of the surgical incision in the suprapubic area, and debridement and primary repair was performed.

Keywords: Leukocyte adhesion defect, dehiscence, Munchausen syndrome, chronic wound

Giriş

Munchausen sendromu 1951 yılında Richard Asher tarafından tanımlanmıştır (1). Hastalık ismini Rus ordusu ile katıldığı savaşlar ile ilgili abartılı ve uydurma macera öyküleri ile ünlenen Alman aristokrat Baron Karl Friedrich Hieronymus Freiheiss von Munchausen'den (1720-1797) almaktadır (1,2). Hastalar genellikle akut prezentasyonlu ilginç hastalıklar ve enfeksiyon, bozulmuş yara iyileşmesi, ağrı, kanama, kaynağı belirsiz ateş gibi cerrahi branşları da ilgilendiren semptomlarla

birden çok hastaneye başvurmaktadır (1). Hastalar çok sayıda ve bazen hayati tehlikeye neden olabilecek operasyonlar geçirebilmektedirler (1). Hastalar tıbbi öykülerini doktorları yanıltmak adına tamamen ya da kısmen uydurabilmekte, laboratuvar değerlerine müdahale edebilmekte veya gerçek doku defektlerine neden olabilmektedir (1,3). Organ amputasyonlarına ve gereksiz ilaç kullanımına neden olarak sağlık kuruluşlarına, hastalara ve cerrahi branş doktorlarına önemli derecede iş yükü getirebilen bu sendromda en önemli basamak hastaların erken tanısının yapılabilmesidir (1,4).

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Arda Özdemir

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Tel.: +90 (312) 595 61 48 E-posta: arda.ozd@hotmail.com ORCID ID: orcid.org/0000-0002-9959-7315

Geliş Tarihi/Received: 25.03.2023 Kabul Tarihi/Accepted: 19.07.2024



Copyright© 2024 Yazar. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi adına Galenos Yayınevi tarafından yayımlanmıştır.
Creative Commons Atıf-GayriTicari 4.0 Uluslararası (CC BY-NC 4.0) Uluslararası Lisansı ile lisanslanmış, açık erişimli bir makaledir.

Olgu Sunumu

On beş yaşında kadın hasta kliniğimiz çocuk sağlığı ve hastalıkları immünoloji bölümüne karın ön duvarında tekrarlı doku defekti nedeni ile başvurdu. Hastanın anamnezinden hastanın 5 yaşında başlayan şiddetli idrar yolu enfeksiyonu öyküsü ve bu nedenle 2 defa yatışı verilerek intravenöz antibiyoterapi ile takip edildiği öğrenildi. Tekrarlı idrar yolu enfeksiyonu etiyojisi sırasında lökosit adezyon defekti tip 1 tanısından şüphelenilen hastanın 7 yaşında bilateral vezikoüretal reflü nedeni ile bilateral üreteroneostostomi operasyonu geçirdiği öğrenildi. Yaklaşık 6 yıl herhangi bir semptomu olmadan takip edilen hastanın 6. yılın sonunda operasyon sahasında doku defekti geliştiği ve bu nedenle yeniden yara yeri debridmanı ve onarımı operasyonu geçirdiği öğrenildi. Hastanın yara yerinde bir süre sonra yeniden doku defekti geliştiği ve en sonucusu kliniğimize başvurusundan 2 hafta önce olmak üzere toplamda 3 defa debridman ve yara yeri revizyonu operasyonu geçirmek zorunda kaldığı öğrenildi. Hastanın gestasyonel öyküsünde ise hastanın 39 yaşında anneden G3Y3 olarak 28 haftalık iken sezaryen ile doğduğu öğrenildi. Hastanın annesi ile babası arasında akrabalık öyküsü olmadığı ve kendisinden büyük 2 erkek kardeşinde herhangi bir sağlık problemi bulunmadığı öğrenildi. Yapılan fizik muayenede inspeksiyonunda suprapubik alanda yaklaşık 10 cm uzunluğunda insizyon skarı ve insizyon hattının sağ lateralinden orta hatta uzanan yer yer akıntılı 3 cm boyutunda doku defekti görülmekteydi. Hastanın insizyon hattı etrafı yer yer eritemliydi. Palpasyonda deri altı apseyi akla getirecek fluktuasyon, ağrı veya hassasiyet gibi bulgular mevcut değildi. Hastanın son operasyonu sırasında yara yerinden alınan dış merkez patolojisi "hipertrofik skar, akut enflamasyon, iltihabi granülasyon dokusu" olarak raporlanmıştı. Hastanın çocuk hastalıkları kliniğinde yatışı sırasında istenen laboratuvar değerlerinden kanama parametreleri, tam kan sayımı, albümin değeri ve immünglobulin (Ig) G, IgA, IgM değerleri normal aralıktaydı. Hastanın C-reaktif protein değeri 0,3 mg/L (N<0,1 mg/L) olarak normal değerler arasındaydı. Aynı zamanda hastanın doku defektinden alınan yara kültüründe üreme olmamıştı. Hastadan istenen yüzeyel doku ultrasonografi sonucu "deri ve deri altı dokular arasında serbest ya da loküle sıvı izlenmemiştir. İnsizyon hattı sağ lateral kesimi deri düzeyinde açık izlenmektedir." olarak raporlanmaktaydı. Hastadan yara iyileşmesini bozduğu düşünülerek istenen çinko değeri de normal değerlerin üzerindeydi. Hastadan yine çocuk hastalıkları kliniğince istenen alt abdomen bilgisayarlı tomografi sonucu ise "suprapubik bölgede orta hat ve sağında deri ve deri altı dokuyu ilgilendiren defektif görünüm, apse veya yabancı cisim saptanmamıştır." olarak raporlanmıştı. Hastanın çocuk cerrahisi ekibince yatak başı alınan patoloji spesimeni kliniğimiz patoloji bölümüne incelenmiş ve "hafif şiddette non-spesifik kronik enflamasyon bulguları, yağ nekrozu ve fibrinden zengin

iltihabi eksuda" olarak raporlanmıştı. Bu süre zarfında hastanın yara kültürü yenilenmiş ancak yine üreme olmamıştı. Hasta kliniğimize karın ön duvarında tekrarlı doku defekti onarımı nedeni ile danışıldı.

Hasta bu aşamadan sonra karın ön duvarında tekrarlı doku defekti ön tanısı ile genel anestezi ile onarım için hazırlandı. Hastadan istenen tam kan sayımı, tam biyokimya, koagülasyon parametreleri ve viral marker testleri normal sınırlardaydı. Hastaya debridman ve fasiyokütan flep ile onarım uygulandı. Hastanın insizyon hattından alınan spesimen doku kültürü olarak mikrobiyoloji laboratuvarına ve patolojik incelemeye gönderildi. Hastanın insizyon hattına intraoperatif olarak negatif basınçlı yara tedavisi (NBYT) uygulandı. Hastanın NBYT pansumanı postoperatif 3. günde sonlandırıldı. Hastanın yara yerinde herhangi bir komplikasyon görülmemesi üzerine hasta antibiyotik ve antienflamatuvar ilaçları reçete edilip poliklinik kontrolleri düzenlenerek taburcu edildi. Hastadan intraoperatif olarak alınan spesimenin patolojik incelemesi "ülserasyon, iltihabi granülasyon dokusu, sütür artıklarına karşı gelişmiş yabancı cisim tipi iltihabi olay, yağ nekrozu bulguları" olarak raporlandı. Hastanın intraoperatif doku kültüründe üreme olmadı. İzlemede hastanın ek şikayeti olmadı ve komplikasyon izlenmedi. Hasta kronik yara etiyojisi açısından yeniden değerlendirildiğinde mevcut doku defekti için herhangi bir neden bulunamadı. Hastanın patoloji raporunda spesifik bir bulgu olmaması ve buna ek olarak hastanın utangaç, sessiz tavırları ve şüpheli davranışları nedeni ile Munchausen sendromu ön planda tutuldu. Bu nedenle hasta taburculuk sonrası çocuk ruh sağlığı bölümüne konsülte edildi ve tedavisine ilgili bölüm tarafından devam edildi.

Hastanın preoperatif görünümü Şekil 1'de gösterilmiştir.

Hastanın intraoperatif görüntüleri Şekil 2, 3 ve 4'te gösterilmiştir.



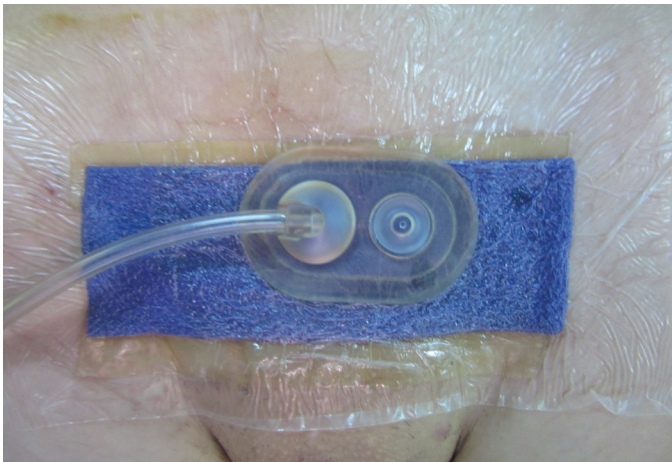
Şekil 1: Hastanın preoperatif görünümü



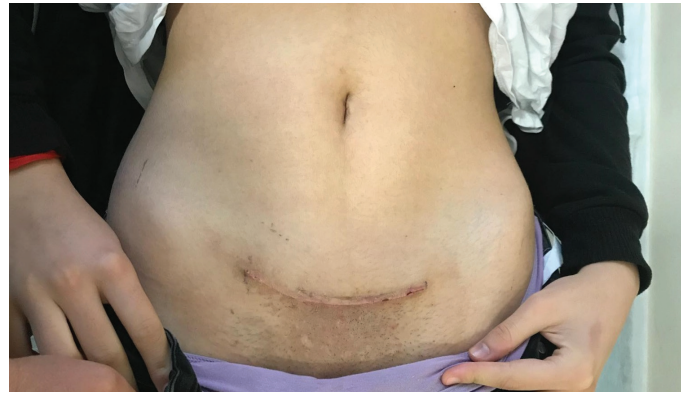
Şekil 2: Hastanın debridman sonrası intraoperatif erken dönem görünümü



Şekil 3: Hastanın primer onarım sonrası intraoperatif geç dönem görünümü



Şekil 4: Hastaya intraoperatif olarak uygulanan negatif basınçlı yara tedavisi sonrası görünümü



Şekil 5: Hastanın postoperatif 1. ay görünümü

Hastanın postoperatif 1. ay kontrolünde ek şikayetinin olmadığı ve yarasının tamamen iyileştiği görüldü.

Hastanın postoperatif 1. ay görünümü Şekil 5'te gösterilmiştir.

Tartışma

Pediyatrik hasta popülasyonu düşünüldüğünde deri yapısı ve fizyolojisi erişkinlere benzer olmasına rağmen pediyatrik deri, yetişkin derisine göre daha hassas ve frajildir (5). Pediyatrik deride bağışıklık yanıtı, olgunlaşmamış enflamatuvar hücreler ve daha az sayıda kemik iliği progenitör hücresi nedeniyle daha az gelişmiştir (5). Bu nedenle pediyatrik hastaların, özellikle de yenidoğanların mikroorganizmalara karşı tepkileri zayıftır (5). Buna karşılık çocuklarda yara enfeksiyonlarının genel fizyolojik durumdan ziyade operasyon sırasındaki faktörlerle ilişkili olduğu da belirtilmektedir (6). Pediyatrik kronik yara ayırıcı tanısında otoimmün hastalıklar, bası yaraları, koagülasyon bozuklukları, çeşitli dermatitler, sigara söndürülmesi benzeri ihmal ve istismarlar gibi çok geniş spektrumda nedenler bulunmaktadır (7). Olgu sunumundaki hastada operasyon öncesi alınan doku patolojisinin normal olması ve hasta öyküsü öncelikli tanıda Munchausen sendromunu düşündürmüştür.

Kronik bir hastalık olan Munchausen sendromunun dahil olduğu yapay bozukluklar için DSM-IV-TR tanı kriterlerine göre 3 ana klinik bulgu mevcuttur. Bunlar hastanın kendisi tarafından yapay fiziksel veya psikolojik semptomların üretilmesi, hasta rolünün benimsenmesi ve hastanın kendisi veya bir başkası için ekonomik kazanç, yasal sorumluluklardan kaçma, fiziksel iyilik gibi dış kazanımların olmamasıdır (1). Yine DSM-IV-TR Munchausen sendromunu "fiziksel veya psikolojik bulgu veya semptomların kasıtlı olarak oluşturulması veya varmış gibi davranılması" olarak tanımlamaktadır (8). Olgu sunumunda bahsedilen hastada Munchausen sendromu tanısı için gerekli üç tanı kriteri de sağlanmaktadır.

Munchausen sendromunun benzer somatoform bozukluklarından ayrılması gerekmektedir. Somatizasyon

bozukluğunda ve konversiyonda hastalar semptomları tamamen bilinçdışı nedenlerle ve istemsiz olarak yapmaktadırlar. Hastalar gerçekten hasta olduklarına inanmaktadırlar ve organik bir patoloji olmadan duygusal stres ve çatışmalarını fiziksel bulgular olarak yansıtmaktadırlar (1,9). Tamaruzda ise hastaların semptomları oluşturmada ekonomik kazanç, yasal sorumluluklardan kaçma veya korunma gibi sekonder kazançlar rol oynamaktadır. Hastaların sekonder kazanç ihtiyacı kalmadığında semptomlar da kaybolmaktadır. Hastalar bilinçli ve istemli olarak hasta taklidi yapmaktadırlar. Bu iki patoloji arasında bir spektruma sahip olan yapay bozukluklarda ve ona dahil olan ve bu gruptaki en uç noktayı oluşturan Munchausen sendromunda semptomlar bilinçaltı dürtüler ile bilinçli ve istemli şekilde ortaya çıkmaktadır. Ancak tamaruzdaki gibi sekonder dış kazançlar söz konusu değildir ve hastalar bu semptomlara neden sebep olduklarını bilmemektedirler (9).

Bu hastalar genellikle tanı alamadığından Munchausen sendromunun prevalansı tam olarak bilinmemekle birlikte 1.200 hastalık bir çalışmada psikiyatri konsültasyonu istenen hastalarda fiziksel semptom içeren yapay bozukluk oranı %0,8 olarak belirlenmiştir (1).

Munchausen sendromu 20:1 oranında kadınlarda daha sık görülmekte ve %30-70'e varan oranlarda intihar ile sonuçlanabilmektedir (10). Hastaların yaklaşık olarak %50'sinin sağlık çalışanı veya sağlık çalışanı yakını olması dikkat çekmektedir (11). Bu hastalar kendi hastalıkları hakkında geniş bilgiye sahip olabilmektedirler (8). Olgu sunumunda bahsedilen hastanın kadın olması ile literatüre uymaktadır. Munchausen sendromunda hastalar borderline kişilik bozukluğuna benzer davranış değişiklikleri gösterebilmektedir. Ancak borderline kişilik bozukluğunda hasta kendine zarar verse bile bunu saklamamakta ve bu durumu kendi çıkarı için kullanmamaktadır (11). Hastanın, doktorunun tanı ve tedavi aşamalarında yaşadığı zorluktan alınan zevk hastanın bilinçsiz sadistik davranışlarını, kendine zarar verip girişimsel tanı ve tedavilere maruz kalarak fiziksel ızdıraba maruz kalması da mazoşistik davranış paternini açıklamaktadır (4,10).

Munchausen sendromu genellikle apendektomi ve kolesistektomi gibi abdominal operasyonlar ile sonuçlansa da bu sendrom post-travmatik ve cerrahi kesileri de komplike edebilmektedir (1). En sık görülen olgulardan biri olan tekrarlı kronik iyileşmeyen ülserler malignensi, enfeksiyon, vaskülit, otoimmün hastalıklar veya yara iyileşmesini bozan metabolik hastalıklar ile karışabilmektedir (12).

Vücutta elle ulaşılabilen, ağrıya çok hassas olmayan alanlara yerleşmiş, özellikle gecikmiş yara iyileşmesinin olduğu yüzeysel yaralarda veya cerrahi kesilerde yabancı cisim bulunması, keskin sınırlı veya dairesel yeni kesiler, çok sayıda tırnak izi veya delik olması, taze kanama alanlarının bulunması durumunda

Munchausen sendromundan şüphelenilebilir (10). Hastanın birden fazla merkezde çok sayıda operasyon geçirmesi, radyolojik herhangi bir bulgunun eşlik etmemesi ve devamında hızlı bir iyileşme sürecinin ardından açıklanamayan doku defektinin tekrarlaması halinde Munchausen sendromundan şüphelenilmelidir (8,13). Hastanın pansumanını bilerek bozması ya da kirletmesi ve bu yolla yara yeri enfeksiyona neden olması da şüphe uyandırıcıdır (1,10). Hastanın kendine zarar verdiğinin kesin kanıtı olmasa da olgu sunumunda bahsedilen hastaya yara yeri revizyonu öncesi Munchausen sendromu tanısı koyulmuştur. Yaraya NBYT uygulanarak hastanın yarasına müdahalesinin önüne geçilmiş ve yara iyileşme süreci hızlandırılmıştır (14). NBYT ile hastanın yara yerine müdahalesine engel olunduktan sonra yara hızlı ve komplikasyonsuz bir biçimde iyileşmiştir.

Hastalarda daha önceden geçirilmiş bir psikiyatrik bozukluk olması, herhangi bir risk faktörü olmamasına rağmen bilateral olabilen iyileşmeyen yaralar, yara yerinden tekrarlı kanama olması, çok sayıda başarısız operasyon öyküsü ve hastanın hasta rolünü benimseyip cerrahi girişimler gibi tanısız ve terapötik yöntemler ile hastanede kalmaya devam etmek istemesi gibi ipuçları tanıda önem kazanmaktadır (1). Lezyonun görünüşü, lokalizasyonu, histopatolojik bulguları ve doğal süreci arasında uyumsuzluk halinde Munchausen sendromu ayırıcı tanıda akla gelmelidir (4). Olgu sunumunda bahsedilen hastanın patolojik incelemesinde spesifik bir hastalığa ait bir bulgunun olmaması, hastane yatışı sırasındaki aşırı utangaç ve sessiz tavrı Munchausen sendromu tanısını güçlendirmektedir.

Munchausen sendromu tanısı bir ekartasyon tanısı olduğundan en kısa sürede tanı konmalıdır (4). Tanı konar konmaz hastanın ileri tanısız ve terapötik girişimsel uygulamalara maruz kalması engellenmeli ve psikiyatrik muayeneye yönlendirilmelidir. Ancak bu kötü prognozlu hastalığın kesin bir tedavisi bulunmamakla beraber farmakoterapiye aile terapisi ve davranışsal tedavi eklenmektedir (8,9). Olgu sunumunda bahsedilen hasta yara yeri iyileşmesinin ardından çocuk ruh sağlığı bölümüne konsülte edilmiş ve hastaya ilgili bölüm tarafından aile terapisi planlanmıştır.

Sonuç

Munchausen sendromu %1'den daha nadir görülse de her plastik cerrahın aklında olması gereken, özellikle postoperatif dönemde tanısı zor konan bir hastalıktır. Medikolegal açıdan doktorların kendilerini güvence altına almaları adına hastaların medikal kayıtları tutulmalı, gerekirse geçmiş medikal kayıtları dikkatlice incelenmelidir (9). Tedavide amaç yara iyileşmesini sağlamak ve hastanın sahte cerrahi döngülerini kırmaktır (1,15). Hastalığın geç tanısının getirdiği ekonomik yük düşünüldüğünde bulgular ve tanının uyuşmamasından şüphelenilen hastalarda mutlaka interdisipliner bir tedavi planı yapılmalı ve hastalar direnç gösterse bile psikiyatrik muayeneden geçirilmelidir (4,10).

Etik

Hasta Onayı: Hastadan yazılı ve sözel olarak aydınlatılmış onam alınmıştır.

Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: A.Ö., B.K., Konsept: B.K., Dizayn: B.K., Veri Toplama veya İşleme: A.Ö., Analiz veya Yorumlama: B.K., Literatür Arama: A.Ö., Yazan: A.Ö., B.K.,

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Herhangi bir kurum veya kuruluştan finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Livaoglu M, Kerimoglu S, Hocaoglu C, et al. Munchausen's syndrome: a rare self-mutilation syndrome. *Dermatol Surg.* 2008;34:1288-1291.
2. Meadow R. Munchausen syndrome by proxy. *Arch Dis Child.* 1982;57:92-98.
3. Sousa Filho D, Kanomata EY, Feldman RJ, et al. Munchausen syndrome and Munchausen syndrome by proxy: a narrative review. *Einstein (Sao Paulo).* 2017;15:516-521.
4. Lazzeri D, Romeo G, De Rosa M, et al. Plastic surgery and Munchausen's syndrome: 'surgeon, beware!'. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2010;63:319-320.
5. Ciprandi G, Crucianelli S, Grussu F, et al. Meeting the challenges in pediatric wound care: Our 15-Year experience with dialkylcarbamoyl chloride-coated dressing technology in acute and chronic wounds. *Chronic Wound Care Management and Research.* 2022;9:23-33.
6. Horwitz JR, Chwals WJ, Doski JJ, et al. Pediatric wound infections: a prospective multicenter study. *Ann Surg.* 1998;227:553-558.
7. Bilo RA, Oranje AP, Shwayder T, et al. Cutaneous manifestations of child abuse and their differential diagnosis: blunt force trauma: Springer Science & Business Media; 2012.
8. Padhye KP, David KS, Dholakia SY, et al. 'Munchausen syndrome': a forgotten diagnosis in the spine. *Eur Spine J.* 2016;25(Suppl 1):152-156.
9. Demiralp C, Akkaya H, Duman Y, et al. A Rare Case Presenting With Complaints Of Foreign Body On Scalp: Munchausen Syndrome. *Ankara Med J.* 2012;12:106-108.
10. Pavan C, Scarpa C, Bassetto F, et al. Munchausen's syndrome in plastic surgery: an interdisciplinary challenge. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2015;3:428.
11. Eisendrath SJ, Telischak KS. Factitious disorders: potential litigation risks for plastic surgeons. *Ann Plast Surg.* 2008;60:64-69.
12. Acartürk TO, Abdel-Motleb M, Acar F. How to kill a flap: Munchausen syndrome - a silent trap for plastic surgeons. *J Hand Microsurg.* 2014;6:42-44.
13. Bools C, Neale B, Meadow R. Munchausen syndrome by proxy: a study of psychopathology. *Child Abuse Negl.* 1994;18:773-788.
14. Ozkan B, Ertas NM, Bali U, et al. Clinical experiences with closed incisional negative pressure wound treatment on various anatomic locations. *Cureus.* 2020;12:8849.
15. Koufagued K, Chafry B, Benyass Y, et al. Munchausen syndrome revealed by subcutaneous limb emphysema: a case report. *J Med Case Rep.* 2015;9:172.