



Choroba zapomniana, ale groźna. Wyzwania diagnostyczne u pacjentki z zespołem Münchhausena

Munchausen syndrome – forgotten but dangerous disease. Diagnostic challenges in female patient

Mariusz Sołtysik¹, Anna Sołtysik², Magdalena Jarzab¹, Ewa Kluczevska³, Magdalena Piegza¹, Jolanta Klemens⁴,
Robert Pudło¹

¹ Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii, Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

² Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu

³ Katedra i Zakład Radiologii Lekarskiej i Radiodiagnostyki, Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym
w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

⁴ PSYCHOMedical w Bielsku-Białej

STRESZCZENIE

Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, zespół Münchhausena jest zaburzeniem psychicznym, zaliczanym do kategorii diagnostycznej F68.1 „Zamierzone wytwarzanie lub naśladowanie objawów czy niewydolności fizycznych lub psychicznych (zaburzenia pozorowane)”. W przeciwieństwie do osób świadomie symulujących dolegliwości w celu uzyskania konkretnych korzyści, chorzy z podejrzeniem zespołu Münchhausena zgłaszając się kolejny raz do placówek służby zdrowia nie są świadomi swoich wewnętrznych motywów (społeczna gratyfikacja, potrzeba kontroli, wysoki poziom autoagresji), narażając się na długi proces diagnostyczny.

CEL PRACY: Przedstawienie trudności związanych z różnicowaniem, rozpoznawaniem i odpowiednim leczeniem zespołu Münchhausena.

Prezentowany opis przypadku dotyczy młodej pacjentki, wielokrotnie hospitalizowanej z powodu licznych dolegliwości somatycznych, u której mimo wielu przeprowadzonych badań, w tym obrazowych i zabiegowych, nie można było postawić żadnego, tłumaczącego występujące objawy, rozpoznania. Dopiero hospitalizacja psychiatryczna, z pełną analizą dotychczasowej historii chorobowej pacjentki, pozwoliła na postawienie diagnozy zespołu Münchhausena i podjęcie właściwego leczenia. Paradoksalnie rozpoznanie to mogło przyczynić się do umniejszenia zgłaszanych przez pacjentkę w późniejszym okresie dolegliwości, które pojawiły się w związku z rozrastającym się guzem mózgu.

Received: 26.03.2017

Revised: 26.10.2017

Accepted: 27.10.2017

Published online: 18.10.2018

Adres do korespondencji: Lek. Mariusz Sołtysik, Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii, Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy nr 3, ul. Pyskowska 47–51, 42-600 Tarnowskie Góry, tel. + 48 725 578 921, e-mail: psychiatriatarnowskiegory@sum.edu.pl

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
www.annales.sum.edu.pl



KOMENTARZ: Właściwe rozumienie prezentowanych przez chorą objawów mogło doprowadzić do znacznie szybszego postawienia diagnozy. Późniejsze, tragiczne w skutkach objawy pokazują, iż nie można zamykać się w obrębie jednego rozpoznania. Istotną rolę zdają się odgrywać właściwie zaplanowane badania obrazowe.

SŁOWA KLUCZOWE

zespół Münchhausena, zaburzenia pozorowane, diagnostyka

ABSTRACT

According to the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems ICD-10, Munchausen syndrome is a mental disorder classified as an F68.1 diagnosis code – “Intentional production or feigning of symptoms or disabilities, either physical or psychological [factitious disorder]”. In contrast to people consciously simulating ailments for specific benefits, patients with suspected Munchausen syndrome persistently contacting health care providers are not aware of their inner motives (social gratification, need for control, high levels of self-harm), exposing themselves to a long diagnostic process.

OBJECTIVE: To present the difficulties associated with differentiation, diagnosis and appropriate treatment of Munchausen syndrome.

The presented case study concerns a young patient repeatedly hospitalized due to numerous somatic complaints. Despite many physical examinations, including imaging and treatment no diagnosis could be made which would explain all of the symptoms. Only psychiatric hospitalization, with full analysis of the patient’s medical history, made it possible to diagnose the Munchausen syndrome and to treat the patient accordingly. Paradoxically, that diagnosis might have contributed to undermining subsequent problems reported by the patient that emerged because of an expanding brain tumor.

COMMENT: Proper understanding of the symptoms presented by the patient could have lead to a faster diagnosis. However, the later fatal symptoms show that one cannot focus on only one diagnosis. Properly planned imaging seems to play a huge role.

KEY WORDS

Munchausen syndrome, factitious disorder, diagnostics

WSTĘP

Po raz pierwszy terminu „Zespół Münchhausena” użył hematolog i endokrynolog Richard Asher, opisując w 1951 r. przypadek pacjenta, notorycznie nękającego kolejne placówki medyczne na terenie Wielkiej Brytanii, Irlandii oraz Francji, zgłaszającego liczne dolegliwości somatyczne i domagającego się ciągłej uwagi oraz podjęcia leczenia, w tym operacyjnego [1]. Asher nawiązał w swojej pracy do Karla Friedricha Hieronymusa von Münchhausena, niemieckiego oficera, który po powrocie do ojczyzny w niezwykle barwny sposób opowiadał wymaginowane historie, jakie miały mu się przytrafić w Rosji. Te niezwykle opowieści zostały w XVIII w. spisane i wydane w formie opowiadań przez Gotfryda Bürgera [2]. W podobny sposób osoby cierpiące na zespół Münchhausena potrafią bardzo przekonująco relacjonować swoje medyczne historie, manipulować, zarówno personelem medycznym, jak i dostarczoną dokumentacją, stwarzać wrażenie ciężko chorych i domagać się ciągłej opieki, diagnostyki, a nierzadko zabiegów operacyjnych [3].

W istocie zespołu Münchhausena wszystko – nawet nazwa – może zmylić, gdyż „baron” Münchhausen w istocie nie był baronem, tylko nosił najniższy tytuł arystokratyczny „Freiherr”, a jego psychopatologia odpowiadała raczej zespołowi Delbrücka, czyli pseudologii.

Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, zespół Münchhausena jest zaliczany do kategorii diagnostycznej F68.1 „Zamierzone wytwarzanie lub naśladowanie objawów czy niewydolności fizycznych lub psychicznych (zaburzenia pozorowane)” [4]. Zamienne terminy używane w literaturze to zespół uzależnienia od szpitala (*hospital addiction syndrome*) lub zespół pacjenta wędrującego po szpitalach (*hospital hopper syndrome*).

Opisywane są także przypadki, gdy to rodzice (najczęściej matka) przypisują lub wywołują objawy choroby u swojego dziecka. Jest to przeniesiony zespół Münchhausena (*Munchausen syndrome by proxy – MSBP*) [3,5,6,7,8,9].

W przeciwieństwie do osób świadomie symulujących dolegliwości w celu uzyskania konkretnych korzyści, pacjenci z zespołem Münchhausena zgłaszając się



kolejny raz do placówek służby zdrowia nie są świadomi swoich wewnętrznych motywów (społeczna gratyfikacja, potrzeba kontroli, wysoki poziom auto-agresji). Osoby takie odczuwają silną potrzebę ostrzeżenia ich jako chorych, a uzyskana uwaga, opieka czy wdrożenie leczenia jest dla nich pewnego rodzaju nagrodą, w rzeczywistości zaś swoistą kompensacją ich deficytów. Zachowania takie często wiążą się ze znacznymi nieprawidłowościami w zakresie osobowości i tworzenia relacji.

Analizując retrospektywnie historie pacjentów ze zdiagnozowanym zespołem Münchhausena, można zaobserwować kilka etapów rozwijania się choroby. Początkowo pacjent tylko zgłasza wymyślone przez siebie objawy, niejednokrotnie podpierając się podręcznikiem medycznym, szczegółowo opisuje swoje dolegliwości, żeby móc poddać się licznym badaniom diagnostycznym. Często też dochodzi do fałszowania dokumentacji medycznej czy wyników przeprowadzonych badań (7% przypadków) [10,11,12,13]. W kolejnych etapach chory podejmuje działania znacznie bardziej niebezpieczne dla jego zdrowia, dochodzi do prowokowania objawów poprzez intoksykacje, samo-okaleczenia czy połykanie przedmiotów. Pacjenci mogą stwarzać sytuacje bezpośrednio zagrażające ich życiu, które mogą wymagać zabiegu operacyjnego bądź hospitalizacji na oddziale intensywnej opieki medycznej [3,14].

Do najczęstszych metod wywoływania dolegliwości somatycznych, wśród których dominują zespoły bólowe, należą: niezgodne z zaleceniem przyjmowanie leków, wstrzykiwanie substancji toksycznych, naruszanie homeostazy w obrębie układu moczowego. Pacjenci często prezentują objawy, które doskonale wpasowują się w podejrzewaną jednostkę chorobową, a dolegliwości paradoksalnie nasilają się po wprowadzeniu leczenia. Widoczna jest też niechęć do kontynuowania leczenia w ramach jednej placówki medycznej, zwłaszcza kiedy personel medyczny zaczyna podejrzewać zaburzenia natury psychicznej [15].

W literaturze wyróżnia się kilka typów zespołu Münchhausena. Typ brzuszny, inaczej „wędrującej operacji”, charakteryzuje się uporczywie zgłaszanymi dolegliwościami bólowymi, a w następstwie zabiegami w okolicy jamy brzusznej. Często też wiąże się z połykaniem różnych przedmiotów, które muszą być usuwane operacyjnie [16]. W typie krwotocznym, zwanym „histerią krwotoczną”, choroby prowokują krwawe wymioty bądź krwioplucie, pijąc wcześniej krew zwierzęcą dla uwiarygodnienia swoich objawów. Kolejne typy to: neurologiczny, zwany „neurologicznym zespołem diabelskim”, w którym pacjenci zgłaszają uporczywe bóle głowy, omdlenia, napady padaczkowe [17], oraz typ skórny, charakteryzujący się chemicznym bądź mechanicznym drażnieniem powłok skórnych, gdzie istotną wskazówką dla lekarza może być fakt, że zmiany powstają tylko w okolicach

łatwo dostępnych dla pacjenta (kończyny, skóra brzucha) [1,18]. Niezależnie jednak od typu zespołu Münchhausena, rozpoznanie choroby jest bardzo trudne i niejednokrotnie bardzo frustrujące dla lekarza diagnozującego, wymaga szczegółowego zebrania wywiadu (w tym również obiektywnego), wnikliwego przesłедzenia dotychczasowej historii leczenia, zbadania i obserwacji pacjenta oraz analizy często bardzo sprzecznych bądź sfałszowanych wyników badań [18,19,20]. Za najczęstszą przyczynę motywującą pacjentów do tego typu działań uważa się silną potrzebę zogniskowania na sobie uwagi otoczenia, potrzebę kontroli bądź odreagowania napięcia związanego z deprivacją emocjonalną we wczesnym okresie dzieciństwa [5].

Celem pracy jest przedstawienie trudności diagnostycznych związanych z różnicowaniem, rozpoznaniem i wdrożeniem odpowiedniego leczenia w zespole Münchhausena.

Opis przypadku dotyczy pacjentki wychowywanej w rodzinie pełnej, w której matka opiekowała się domem, ojciec zarabiał na utrzymanie. Pacjentka była najstarszą z trzech siostr, jedna z nich pozostawała pod opieką psychiatryczną z powodu zaburzeń osobowości. Siostry opisywały matkę jako porywczą, autorytarną i skorą do kłótni. O ojcu mówiły, iż nadużywał alkoholu, a w chwilach trzeźwości stawał się bardzo drażliwy i agresywny. Pacjentka często pozostawała pod opieką dziadka, który niejednokrotnie był też jej opiekunem w czasie licznych wizyt w szpitalu. Od 17 do 23 roku życia pacjentki odnotowano 11 zgłoszeń w izbach przyjęć, 44 w szpitalnych oddziałach ratunkowych (SOR), z czego w 12 przypadkach zaproponowano hospitalizację. Skargi chorej najczęściej dotyczyły dolegliwości bólowych okolicy jamy brzusznej, czego konsekwencją było wielokrotne podejmowanie diagnostyki endoskopowej i hospitalizacje na oddziale chirurgii.

Pierwszą poważną operację pacjentka przeżyła w 18. roku życia. Usunięto jej wówczas wyrostek robaczkowy. Niestety jedynym dowodem potwierdzającym ten zabieg była blizna pooperacyjna. Nie zachowała się żadna dokumentacja medyczna z tego okresu, nikt też nie był w stanie potwierdzić, gdzie i kiedy hospitalizacja miała miejsce.

W 19. roku życia pacjentka ponownie trafiła na oddział chirurgii, gdzie została przyjęta z powodu silnych dolegliwości bólowych w okolicy podbrzusza. Zdiagnozowano wydłużenie jelita grubego i zaproponowano chorej leczenie operacyjne, informując przy tym, iż zabieg ten nie gwarantuje usunięcia dolegliwości. Pacjentka mimo to wyraziła zgodę na leczenie, a w okresie pooperacyjnym na podawanie dużych dawek leków przeciwbólowych, twierdząc, że dolegliwości nie ustąpiły. W karcie chorobowej odnotowano „wymuszanie przez pacjentkę dodatkowych analgetyków”. Po dwóch dniach od operacji chora



samowolnie usunęła sobie dren i nie wyraziła zgody na ponowne założenie. W dalszym ciągu natomiast zgłaszała dolegliwości bólowe jamy brzusznej o bardzo zmiennej lokalizacji, które ustępowały po podaniu placebo. Zastanawiający jest fakt, iż mimo opisywanych trudności we współpracy z pacjentką, wymuszania przez nią leków i reakcji na placebo w dokumentach chorej nie znaleziono żadnej informacji o konsultacji psychiatrycznej czy psychologicznej.

W tym samym roku pacjentka wielokrotnie jeszcze zgłaszała się do izby przyjęć różnych szpitali. Wizyty często odbywały się dzień po dniu, nigdy w tym samym szpitalu. Wśród zgłaszanych objawów dominowały skargi na dolegliwości bólowe w okolicy jamy brzusznej. Po kilku miesiącach chora ponownie trafiła na oddział chirurgii z podejrzeniem krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Już w trakcie hospitalizacji przyznała się do połykania drobnych monet, które najprawdopodobniej wywołały zgłaszane dolegliwości. Podjęto wówczas decyzję o ewakuacji przedmiotów drogą naturalną, odbyła się też pierwsza konsultacja psychologiczna pacjentki. Chora relacjonowała, iż podobne dolegliwości bólowe pojawiały się „odkąd pamięta”, a częste wizyty w szpitalu „uniemożliwiły jej ukończenie szkoły zawodowej”. Twierdziła też, że dolegliwości bólowe w ostatnim okresie nasiliły się do tego stopnia, iż lekarz rodzinny „musiał” regularnie przepisywać tramadol. Konsultujący psycholog wysunął podejrzenie niesomatycznego tła dolegliwości i zalecił konsultację psychiatryczną. Powstała wstępna diagnoza zaburzeń osobowości oraz zaburzeń hipochondrycznych, zalecono dalszy pobyt diagnostyczny na oddziale psychiatrii, na co pacjentka jednak nie wyraziła zgody i zażądała wypisu, przerywając leczenie chirurgiczne.

Kilka dni później ponownie trafiła na oddział chirurgii innego szpitala. Została przyjęta z powodu „dolegliwości bólowych okolicy lewego dołu biodrowego i okolicy nadłonowej, promieniujących do lędźwiowego odcinka kręgosłupa z towarzyszącymi wymiotami treścią pokarmową oraz wzrostem temperatury do 39 stopni Celsjusza”. Chora podawała niespójne informacje na temat poprzednich hospitalizacji, nie przedstawiając przy tym żadnej dokumentacji. Twierdziła, iż „zdiagnozowano u niej kilka poważnych chorób”, m.in. polipy jelita grubego, splenomegalię, przepuklinę brzuszną, jednak wszystkie opisy badań, do których udało się później dotrzeć, temu przeczyły. Pacjentka rzekomo też miała zostać zakwalifikowana do leczenia operacyjnego tych schorzeń, ale – jak twierdziła – nie wyraziła na nie zgody. Wobec bardzo niespójnego wywiadu i niezgodności uzyskanych informacji z dostarczoną dokumentacją kolejny raz wysunięto podejrzenie tła psychicznego zgłaszanych dolegliwości. Konsultujący psychiatr postawił diagnozę zaburzeń somatyzacyjnych, wyraźnie zaznaczając obecność manipulacyjnych zachowań pacjentki,

i zalecił podjęcie leczenia w poradni zdrowia psychicznego (PZP). W tym samym czasie wysunięto również podejrzenie fałszowania dokumentacji medycznej przez pacjentkę. Weryfikacja otrzymanej od chorej dokumentacji z odpisami z różnych szpitali wykazała diametralne różnice. Podczas konfrontacji z rodzicami pacjentki matka chorej przyznała, iż córka w przeszłości miała samodzielnie „zmieniać” informacje w dokumentacji medycznej.

W tym samym roku odbyła się ponowna konsultacja psychiatryczna z powodu dokonanego przez pacjentkę okaleczenia okolicy odbytu. Pacjentka kategorycznie zaprzeczyła samouszkodzeniu, mimo iż obraz kliniczny był jednoznaczny. Po raz pierwszy zasugerowano wtedy rozpoznanie zespołu Münchhausena. Zalecono dalszą diagnostykę w ramach oddziału psychiatrycznego, na co chora początkowo nie wyrażała zgody. Ostatecznie po poinformowaniu chorej o możliwości hospitalizacji bez zgody, zgodnie z art. 24 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, zgodziła się na pobyt.

Podczas zbierania wywiadu lekarskiego poza informacjami o wcześniejszych hospitalizacjach chora informowała o przebytych w przeszłości wypadku motocyklowym. Twierdziła również, iż dwukrotnie doznała urazu głowy ze wstrząśnieniem mózgu. Potwierdziła także dokonywanie samookaleczeń.

Podczas hospitalizacji pacjentka nadal zgłaszała liczne dolegliwości somatyczne. Skargi związane były głównie z dolegliwościami bólowymi okolicy brzucha. Chora nie chciała przyjmować posiłków ani płynów, zgłaszała wymioty, których nikt jednak z personelu nie zaobserwował. W trakcie hospitalizacji usunęła sobie także wkłucie i nie pozwoliła na ponowne założenie. Była przy tym pobudzona psychoruchowo i agresywna słownie. Wdrożono leczenie sedatywne, a docelowo farmakoterapię SSRI. Podczas pobytu pacjentkę opisywano jako mało refleksyjną, ostrożną w wypowiedziach, nieco nieufną, niechętnie opowiadającą o swojej przeszłości. Chora pozostawała pod stałą opieką psychologa, jednokrotnie poddana została też hipnoterapii, po której nie uzyskano wymiernych korzyści. Pacjentka opuściła klinikę z potwierdzonym rozpoznaniem zespołu Münchhausena, typ brzuszny, z zaleceniem kontynuacji leczenia i psychoterapii w warunkach ambulatoryjnych.

Po trzech latach chora ponownie trafiła do kliniki psychiatrii ze skierowaniem z PZP z rozpoznaniem nadużywania opiatów. Relacjonowała obniżony nastrój, anergię, zaburzenia snu oraz dolegliwości bólowe w okolicy jamy brzusznej; ponadto uderzenia gorąca, uczucie kołatania serca oraz brak apetytu. Zgłaszała też „uczucie głodu narkotykowego”. Przyznała, że po poprzednim wypisie z oddziału psychiatrycznego nie kontynuowała leczenia, nie podjęła też terapii. Jak wynikało z dostarczonej przez pacjentkę dokumentacji, w ostatnim okresie miała przebiec operację z powodu niedrożności jelit oraz zabieg usunię-



cia jajnika lewego z powodu guza. Badanie fizykalne nie wykazało jednak żadnych nowych blizn od czasu ostatniej hospitalizacji. Zgodnie z przedłożonymi przez pacjentkę zaleceniami miała zażywać morfinę oraz fentanyl. Przyznała, iż w miesiącach poprzedzających hospitalizację samowolnie podwajała dawki leków, rzekomo z powodu nasilających się dolegliwości bólowych. Przy przyjęciu deklarowała zażywanie 160 mg morfiny na dobę, nie umiała określić zażywanych ilości fentanylu.

W drugim dniu hospitalizacji u pacjentki doszło do nagłego pogorszenia stanu somatycznego, wystąpiła gorączka do 39°C, w wykonanych badaniach laboratoryjnych stwierdzono cechy stanu zapalnego oraz niedokrwistość. Z powodu objawów prodromalnych zakażenia septycznego pacjentka po konsultacjach internistycznej, urologicznej oraz chirurgicznej została zakwalifikowana do leczenia w ramach oddziału chirurgii, na co nie wyraziła zgody. W kolejnym dniu obserwowano dalsze pogarszanie się stanu somatycznego. Po kolejnej konsultacji i wyrażeniu przez pacjentkę zgody w stanie ogólnym ciężkim została przekazana na oddział chirurgii. W trakcie leczenia na oddziale odnotowano próbę wprowadzenia przez pacjentkę rozgniecionej tabletki morfiny do założonego cewnika naczyniowego. Z powodu rozwijającej się posocznicy *Enterococcus faecalis* oraz mnogich ropni płuc została przeniesiona na oddział intensywnej terapii (OIT), gdzie kontynuowano antybiotykoterapię. Mimo ciężkiego stanu pacjentka wielokrotnie odmawiała podłączania leków, opuszczała łóżko, próbując dostać się do innych farmaceutyków, wielokrotnie też chciała wypisywać się na własne żądanie. Była agresywna wobec personelu, konieczne było stosowanie unieruchomienia. Chora wielokrotnie swoim zachowaniem zwracała na siebie uwagę, domagała się dodatkowych interwencji, zazwyczaj jednak, po podaniu placebo bądź krótkiej rozmowie i poświęceniu czasu pacjentce, podejmowała ponownie współpracę w leczeniu. Podczas pobytu na OIT u pacjentki zdiagnozowano ciężką niedomykalność zastawki trójdzielnej, hepato- oraz splenomegalię, wtórną anemię, zaburzenia krzepnięcia. Po ustabilizowaniu stanu somatycznego pacjentka została ponownie przekazana do kliniki psychiatrii w celu kontynuacji leczenia.

W trakcie pobytu obserwowano wahania nastroju, drażliwość, zachowania manipulacyjne oraz brak współpracy w leczeniu. W związku z dokonywanymi samookaleczeniami, pobudzeniem i agresją czynną pacjentka kilkakrotnie wymagała unieruchomienia pasami insulinowymi. Po kilku tygodniach hospitalizacji i uzyskaniu częściowej poprawy funkcjonowania pacjentka wbrew zaleceniom lekarskim zażądała wypisu. Wobec ustąpienia przesłanek do zatrzymania i leczenia pacjentki wbrew jej woli została wypisana z zaleceniami kontynuowania leczenia w PZP, jak również konty-

nuacji terapii uzależnień, co budziło największy niepokój, gdyż przez cały okres hospitalizacji pacjentka była bezkrytyczna wobec tego problemu. Po wypisie pacjentka kilkakrotnie zgłaszała się do poradni leczenia uzależnień, deklarując chęć podjęcia leczenia odwykowego, nigdy jednak takowego nie rozpoczęła. Podczas ostatniej wizyty w poradni, rok po wypisie z oddziału, prosiła o przepisanie „substytutów” morfiny, gdyż w jej ocenie „odwykowe leczenie stacjonarne było mało skuteczne”.

O historii leczenia onkologicznego pacjentki wiadomo niewiele. Jedyny ślad prowadzi do poradni onkologicznej, do której pacjentka wielokrotnie się rejestrowała, ale na pierwszą i jedyną wizytę zgłosiła się dopiero po trzech latach od pierwszego zgłoszenia. Mimo to utrzymywała, iż przez cały ten okres stosowano u niej chemioterapię po operacji guza jajnika. Dokumentacja z poradni na ten temat milczy. Jest w niej mowa jedynie o przebytej operacji jelita grubego i zaleceniu kontroli w ramach oddziału chirurgii.

W 23. roku życia pacjentka zgłosiła się do SOR, skarżąc się na silne bóle głowy oraz nadciśnienie tętnicze. Już w trakcie samego badania pojawiły się zaburzenia świadomości, chora nie była w stanie nawiązać logicznego kontaktu. Konsultujący psychiatrę opisywał głębokie przymglenie świadomości. W trakcie konsultacji doznała też napadu padaczkowego. Wykonano badanie tomograficzne głowy z kontrastem, uwidaczniając guza mózgu okolicy lewego płata czołowego z cechami obrzęku mózgu, a w tomografii klatki piersiowej obustronne zmiany obrzękowo-zapalne. Z powodu ostrej niewydolności krążeniowo-oddechowej pacjentka w stanie ciężkim została przekazana na OIT. Mimo stosowanego leczenia nie udało się uzyskać poprawy. Pacjentka zmarła wśród objawów niewydolności krążeniowo-oddechowej. Nie udało się ustalić, czy zmiana OUN była guzem pierwotnym, czy miała charakter przerzutowy.

KOMENTARZ

Opisany obraz procesu diagnostycznego i podjętych prób leczenia jest dramatycznym, ale niestety nieodrodnym przykładem losów pacjenta z zespołem Münchhausena. Niezliczone wizyty pacjenta w różnych placówkach ochrony zdrowia, szukanie kontaktu każdorazowo z innym lekarzem, coraz groźniejsze i zagrażające życiu próby zwrócenia na siebie uwagi prowadzą z jednej strony do braku całościowego obrazu chorobowego pacjenta i narastającego pogorszenia ogólnego stanu zdrowia, z drugiej do dezorientacji postawionych w bardzo trudnej diagnostycznie sytuacji lekarzy i niemożności zaordynowania właściwego leczenia.



Przyczyny, dla których zdecydowano się na opisanie niniejszego przypadku, są dwie. Po pierwsze zaskakująco bardzo późno podjęta decyzja o zasięgnięciu opinii psychologa i jeszcze późniejsza o konsultacji psychiatrycznej, mimo – wydawałoby się – klasycznego obrazu zespołu. Po drugie ujawniony w ostatnim okresie życia pacjentki guz okolicy czołowej rodzi wątpliwości diagnostyczne, czy raczej patogenetyczne. Jakkolwiek przyczyn zespołu Münchhausena poszukujemy

zwykle w sferze psychologicznej, w literaturze pojawiają się pojedyncze doniesienia o znaczeniu patologii mózgu w patogenezie zaburzeń pozorowanych, co – wobec głębokich zaburzeń zachowania i, wydaje się, ograniczonej zdolności przewidywania ich konsekwencji – nie powinno nas dziwić. Być może widoczny w ostatnich latach burzliwy rozwój technik obrazowania mózgu rzuci nowe światło na ten trudny do leczenia zespół chorobowy.

Author's contribution

Study design – M. Sołtysik, A. Sołtysik, M. Jarzab, E. Kluczevska, M. Piegza, J. Klemens, R. Pudlo

Data collection – M. Sołtysik, A. Sołtysik, M. Jarzab, E. Kluczevska, J. Klemens, R. Pudlo

Data interpretation – M. Sołtysik, A. Sołtysik, M. Jarzab, E. Kluczevska, M. Piegza, J. Klemens, R. Pudlo

Statistical analysis – M. Sołtysik, A. Sołtysik, E. Kluczevska, J. Klemens, R. Pudlo

Manuscript preparation – M. Sołtysik, A. Sołtysik, R. Pudlo

Literature research – M. Sołtysik, A. Sołtysik, M. Jarzab, E. Kluczevska, M. Piegza, J. Klemens, R. Pudlo

PIŚMIENNICTWO:

1. Asher R. Munchausen's syndrome. *Lancet* 1951; 1(6650): 339–341.
2. Bürger G.A. Przygody Münchhausena. Wyd. Nasza Księgarnia. Warszawa 1956.
3. Pudlo M., Pudlo R., Leszczyk-Baranowska M., Przybyło-Partyka M. Trudności diagnostyczne u pacjenta z zespołem Münchhausena. *Post. Psychiatr. Neurol.* 2005; 14(supl. 1/20): 111–114.
4. Klasyfikacja zaburzeń psychiatrycznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”; 2000.
5. Berent D., Florkowski A., Gałeczki P. Przeniesiony zespół Münchhausena. *Psychiatr. Pol.* 2010; 44(2): 245–254.
6. Janas-Kozik M., Albert J., Kresimon E., Stokowacka-Zakrzewska M., Wawrzyniak K. Choroba somatyczna czy zespół Münchhausena z przeniesienia? Choroba matki czy dziecka? Kontrowersje diagnostyczne. *Przeegl. Lek.* 2007; 64(Supl. 3): 72–75.
7. Goodwin J. Munchausen's Syndrome as a Dissociative Disorder. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders* 1988; 1(1): 54–60.
8. Meadow R. False allegations of abuse and Munchausen syndrome by proxy. *Arch. Dis. Child.* 1993; 68(4): 444–447.
9. Ferrara P., Vitelli O., Romani L., Bottaro G., Ianniello F., Fabrizio G.C., Vena F., Del Volgo V., Caporale O., Pecoraro R., Miconi F. et al. The Thin Line between Munchausen Syndrome and Munchausen Syndrome by Proxy. *J. Psychol. Abnorm. Child.* 2014; 3: 2, doi:10.4172/2329-9525.1000115.
10. Criddle L. Monsters in the Closet: Munchausen Syndrome by Proxy. *Crit. Care Nurse* 2010; 30(6): 46–55, doi: 10.4037/ccn2010737.
11. Reich P., Gottfried L.A. Factitious disorder in a teaching hospital. *Ann. Intern. Med.* 1983; 99(2): 240–247.
12. Fishbain D.A., Goldberg M., Rosomoff R.S., Rosomoff H.L. Münchhausen syndrome presenting with chronic pain: Case report. *Pain* 1988; 35(1): 91–94, doi: 10.1016/0304-3959(88)90280-1.
13. Robbins L. Munchausen's syndrome presenting as cluster headache. *Headache Quart.* 2002; 13(2): 121–122.
14. Fénelon G., Mahieux F., Rouillet E., Guillard A. Munchausen's syndrome and abnormalities on magnetic resonance imaging of the brain. *BMJ* 1991; 302(6783): 996–997.
15. Baker C.E., Major E. Munchausen's syndrome. A case presenting as asthma requiring ventilation. *Anaesthesia* 1994; 49(12): 1050–1051.
16. Lauwers R., Van De Winkel N., Vanderbruggen N., Hubloue I. Munchausen syndrome in the emergency department mostly difficult, sometimes easy to diagnose: a case report and review of the literature. *World J. Emerg. Surg.* 2009; 4: 38, doi: 10.1186/1749-7922-4-38.
17. Kwan P., Lynch S., Davy A. Munchausen's syndrome with concurrent neurological and psychiatric presentations. *J R Soc. Med.* 1997; 90(2): 83–85.
18. Grzyb W., Kępska A., Sysa-Jędrzejowska A., Zalewska-Janowska A. Zespół Münchhausena. *Dermatol. Klin.* 2006; 8(4): 281–283.
19. Ameratunga R., Casey P., Parry S., Kenedi C. Hypogammaglobulinemia factitia – Munchausen syndrome masquerading as common variable immune deficiency. *Allerg. Asthma Clin. Immunol.* 2013; 9(1): 36, doi: 10.1186/1710-1492-9-36.
20. Steel R.M. Factitious disorder (Munchausen's syndrome). *J R Coll. Physicians Edinb.* 2009; 39(4): 343–347, doi: 10.4997/JRCPE.2009.412.