

MÜNCHHAUSENOV SYNDRÓM S VYSTUPŇOVANÝMI MAZCHISTICKÝMI SKLONMI

Pplk. MUDr. Pavol VENCEL, pplk. MUDr. Stanislav PEKÁR,
mjr. MUDr. Ľuboš VRAŽDA, MUDr. Anton ZATKO
Interné oddelenie vojenskej nemocnice v Bratislave
(náčelník: plk. MUDr. Ján Langoš)

Venované k 50. narodeninám plk. MUDr. Jána Langoša

Termín Münchhausenov syndróm (ďalej M. s.) je známy od roku 1951, kedy Richard Asher z Londýna opísal zvláštny spôsob správania sa chorých, ktorí s obľubou vyhľadávali pobyt v rôznych nemocniciach (1). V našej literatúre sa s týmto syndrómom stretávame o 10 rokov neskôr zásluhou Ledinského, ktorý vo svojej kazuistike upozornil na permanentné sebapoškodzovanie mladého muža veľkou transfúznou ihlou (10).

Karl Friedrich Hieronym Freiherr von Münchhausen (1720—1797) bol nemeckým dôstojníkom, pôvodom z Hannoveru. V 19 rokoch vstúpil do ruského jazdeckého pluku, s ktorým bojoval proti Turkom. Viac ako v boji sa vyznamenal vyprávaním fantastických a nepravdepodobných historiek. Tie sa stali veľmi populárnymi a menom ich autora sa označovali ľudia, ktorí si pripisovali vlastnosti, ktoré nikdy nemali.

Münchhausenove historiky boli vydané knižne v Nemecku, v Anglicku a v Čechách, kde bol Münchhausen označovaný ako barón Prášil.

M. s. používajú hlavne internisti a chirurgovia, v psychiatrickej terminológii nezdôvodnili (9, 10, 12, 14). Až Asher vyslovil názor, že M. s. je dosť častý, i keď ho lekári málo opisujú. Títo chorí sú vždy odosielaní do nemocnice s akútnymi hroziacimi ochoreniami a až neskôr sa dokáže, že ich anamnéza je nereálna a klamná. Najviac správ o M. s. pochádza z Anglicka a USA (2, 3, 4, 6, 8). Z internistov u nás M. s. opísal v roku 1968 Jančuška s Květenským hlavne z hľadiska morálno-etického a ekonomického (7). Z psychiatrického hľadiska bolo v literatúre uvedených viac chorých s M. s., ktorých ťažkosti sú diagnosticky presnejšie vyčísľované. Podrobne sa týmto syndrómom zaoberal Vacek (14), ktorý z hľadiska historického a medicínsko-etického poukazuje na nevhodnosť používania termínu M. s. a navrhuje v odôvodnených prípadoch používať termín Asherov syndróm.

Kazuistika

Pacientka D. B., 31ročná, povoláním zdravotná sestra. Presný dátum prvých hospitalizácií sa nám nepodarilo zistiť pro nedostatok objektívnej zdravotníckej dokumentácie pacientky, ako i pre jej patologickú klamavosť.

Objektívne overené záznamy z hospitalizácie (iste už opakovanej predtým niekoľko ráz) pochádzajú z roku 1962. Od tejto doby vystriedala všetky známe klinické pracoviská na Slovensku i na Morave a mnoho ďalších nemocníc všetkých profilov. Jej ambulantné vyšetrenia sa nedajú ani vyčíslit. Vo väčšine nemocníc, kam bola dopravená obyčajne v noci, predstierala zvláštne záchvaty poruchy vedomia. V jej prepúšťacej správe sa najčastejšie objavujú tieto diagnózy: Tetanický syndróm s epileptiformnými kŕčmi, Bronchitis chronica, Stewensov-Johnsonov syndróm, Systémový lupus erythematosus, Nephrolithiasis, Cholelithiasis atď. Pacientka dostávala v nemocniciach permanentne vysoké dávky kortizonoidov s odporúčaním ich užívania aj v domácom liečení. Už v roku 1966 sa jedno reumatologické pracovisko začalo odkláňať od diagnózy lupus erythematosus, pretože sa nikdy nepodarilo dokázať imunologické prejavy tejto choroby. Napriek tomu sa pacientke odporúčajú vysoké dávky prednizonu vo všetkých zdravotníckych zariadeniach, ktoré často strieda. O vierohodnosti ich užívania v domácom liečení možno pochybovať, nakoľko za celú dobu sa u pacientky nevyvinul obraz adrenokortikálnej hyperfunkcie. Všetky vyšetrenia pacientky nepriniesli definitívne upresnenie diagnózy. Zároveň nevysvetlili ani chorobný obraz, v ktorom stále viac dominovali prejavy neurologické (tetanický syndróm so suspektnými epileptickými konvulziami, hyperpyrexia v záchvate, ktorá sa rýchle upravila po jeho doznení atď.). Až na jediné kultivačné zachytenie schigelózy nikdy nebol dokázaný infek. Početné dermatologické hospitalizácie taktiež nevedli k spresneniu diagnózy a kožný náález bol opísaný ako aphtoid, Stewensov-Johnsonov syndróm, dermatitis contacta bullosa et haemorrhagica, eczéma madidans atď., až nakoniec sa opäť stanovila diagnóza lupus erythematosus, i keď histologické vyšetrenie túto diagnózu nepotvrdilo. V rokoch 1967—69 prechádzala pacientka prakticky z jednej nemocnice do druhej. V marci pre spomínané ťažkosti bola doporučená a vykonaná kyretáž. Pre zhoršenie zdravotného stavu bola pacientka preložená z gynecologickej kliniky na internú kliniku, kde bolo prvýkrát asi po 10ročnom striedaní nemocníc vyslovené podozrenie na psychickú alteráciu v zmysle hysterického psycho-

patie. Tento záver je zaznamenaný aj v prepušťačnej správe ošetrovujúcim lekárom, preškrtnutý pravdepodobne samotnou pacientkou zo známych dôvodov. Pri odchode z kliniky sú doporučené ďalšie vyšetrenia ftizeologické, gynecologické, endokrinologické a na infekčnej klinike. Všetky tieto vyšetrenia pacientka podľa overených záznamov aj absolvovala vo forme niekoľkonásobných hospitalizácií; navyše si sama vyrobila rôzne lekárske odporúčania, charakteristické množstvom pravopisných a štylistických chýb.

V r. 1973 sa pacientka opätovne dostáva už na spomenuté reumatologické pracovisko a odtiaľ na naše oddelenie. Pri objektívnom vyšetrení zisťujeme na srdci a pľúcach normálny nález. Na predkoleniach oboch dolných končatín a na obličaji vidieť živočervený makulopapulózny erytém, pomerne ostro ohraničený. Asi štyri hodiny po prijatí na naše oddelenie sa objavil u pacientky tetanický syndróm s výraznými karpopedálnymi spazmami, začínajúci ako mravenčenie v prstoch a končiaci stratou vedomia. Nakoľko sa nám nedarí podať intravenóznú infúziu, rozhodli sme sa pre preparáciu žily, pričom zisťujeme početné jazvy po predchádzajúcich žilných preparáciách. Po tomto výkone a podaní 10% $MgSO_4$ sa pacientka z bezvedomia rýchle preberá. Pri ďalšom záchvate stačilo pre návrat vedomia aj vypreparovanie žily a podanie 5% glukózy.

Laboratórne vyšetrenia: Er 3 400 000, Hb 72,5% — 11,6 g%, htk 33,5%, Le 5 200, dif.: v medziach normy, glykémia 76–100 mg%, urea 26 mg%, Na 132 mE/l, K 4,78 mE/l, Cl 95 mE/l, Ca 9,0 mg%, Mg 1,83 mg%, kyselina vanilmandľová: normálne hodnoty, cholesterol 290 mg%, lipidy 639 mg%, moč chemicky opakovane negatívny, kultivačne Proteus, E. coli, na ekg zistené len ploché T vlny vo V4–6, BWR, ASLO, ELFO bielkovín, latex, kyselina močová v krvi, hepatálne testy a transaminázy boli bez patologických úchyľiek. Ani röntgenologické vyšetrenia nepoukazovali na patologické zmeny.

Asi po týždennej hospitalizácii pacientky sme sa dozvedeli, že spomínaný kožný nález si pacientka spôsobovala sama karbolovou kyselinou, ktorú si doniesla do nemocnice z domova. Po prísnom strážení pacientky sa kožný nález rýchlo upravil. Zároveň sme vyslovili podozrenie, že spomínané stavy bezvedomia mohli byť spôsobené aspiráciou minerálnej vody. Nakoľko pri prísnom strážení pacientky sa spomínané záchvaty neobjavili a k recidíve kožných zmien nedošlo, po troch týždňoch hospitalizácie prepúšťame pacientku domov s diagnózou M. s.

Diskusia

Podľa dominujúcich klinických príznakov rozdelil Asher (1) M. s. na tri formy. Chapman (5) opísal ďalšiu kožnú formu, ktorú si pacient vyvoláva sám rôznou noxou. Podľa Obu-

chova (11) existuje v rôznych obmenách mnoho ďalších foriem (tab. 1).

Presná etiopatogenéza M. s. nie je známa. Väčšina chorých s M. s. má hysterickú štruktúru osobnosti, mazochistické sklony a disocálne osobnostné rysy. Veľmi dôležitú úlohu majú i prejavy hypochondrického syndrómu, lebo bežnými i najnáročnejšími laboratórnymi metódami sa nenašiel organický podklad pre subjektívne ťažkosti pacientov (14). Klíma (9) upozorňuje na závažnosť hypochondrického syndrómu a jeho správne zaradenie do starostlivosti psychiatrov, zvlášť pri algických príznakoch. Domnieva sa, že tieto príznaky majú podklad v limbickom systéme a sú sprievodným znakom u endogénnych chorôb a vyžadujú okrem psychofarmakologickej liečby i liečbu biologickú, hlavne elektrošokovú.

Tab. 1

Formy Münchhausenovho syndrómu

Forma	Najčastejšie príznaky	Výskyt v %
1. Zmiešaná forma		72
2. Laparotomophilia migrans	Bolesť v dutine brušnej (spontánna i pri pohyboch) — pocit plnosti brucha — zástava vetrov — úporná nauzea Pozor na črevnú obštrukciu, ktorá sa môže vytvoriť následkom zrástov po predchádzajúcich operáciách!	10
3. Neurologica diabolica	Záchvatovitá bolesť hlavy — skotom — strata vedomia — kŕče až obrny — rôzne prodrómy — strata zraku Pozor na mozgové krvácanie!	6
4. Dermatitis autogenetica	— zápalové erytémy — rôzne papuly alebo vezikuly — exkoriácie — chrasty Vždy na dostupných miestach pre horné končatiny!	5
5. Haemorrhagica histriotica	— vykašľávanie krvi — zvracanie krvi — hemoptýza — meléna Pozor na tbc pľúc!	3
6. Iné vzácnejšie formy	— vystupňované sexuálne úchyľky — narkolepsia — srdcové synkopy — asfyktická forma — slepota atď.	4

U našej chorej dominovala nad ostatnými príznakmi „pseudologia phantastica“, čo je príznačné pre hysterických psychopátov. Zároveň treba zdôrazniť, že naša pacientka neklamala len v súvislosti s vlastnou osobou, ale prakticky vždy. Prejavoval sa u nej egocentrizmus, emotívna labilita, teatrálnosť. Pri každej príležitosti „zapracovala“ chorobná fantázia, alebo sa u nej objavili stavy, kde podkladom jej konania bol motív osobného zisku. Vrcholom jej účelového podvodného jednania bolo modifikovanie adresy zdravotného strediska, kam jej mala byť odoslaná prepúšťacia správa o hospitalizácii v našej nemocnici. Pacientka namiesto zdravotného strediska udala svoje dievčenské meno aj s akademickým titulom (MUDr.) a vlastným bytom. Podobným spôsobom podvádzala pri každej príležitosti ostatných pacientov i ošetrojúci personál. Často porušovala nemocničný poriadok, bola trucovitá a vymáhala od sestier lieky v injekčnej forme, a keď sa jej nevychádzalo v ústrety, upadala do „bezvedomia“. Pri každej vizite sa nám zdalo, že prežíva radosť z našich diagnostických rozpakov.

Neustále putovanie chorých z nemocnice do nemocnice je tiež jedným zo základných prejavov M. s. U našej pacientky sme objektívne zistili okolo 35 nemocníc, v ktorých bola hospitalizovaná, a to i niekoľkokrát. Že sa ju nepodarilo skôr odhaliť, nemožno lekárom zazlievať. Správnu diagnózu M. s. možno urobiť až po dlhšom pozorovaní a prichytení pacienta pri sebapoškodzovaní. Pacientmi inscenované chorobné prejavy sú také vierohodné, ako to bolo i u našej pacientky, že na ich umelý pôvod sa prichádza často náhodou (1, 13, 15). Dosiaľ sa nepodarilo porozumieť problematike chorých s M. s. a žiadny z nich neodhalil úplne príčinu svojho záhadného konania.

Súhrn

Münchhausenov syndróm má mnoho rôznych foriem. Pre všetkých chorých s týmto syndrómom je charakteristické, že sa dobrovoľne podriaďujú najzložitejším a najnepríjemnejším

diagnostickým a liečebným procedúram. Do nemocnice prichádzajú pacienti s M. s. obyčajne ako akútne chorí. Až po dlhšej hospitalizácii sa ukáže, že spočiatku presvedčivá diagnóza je pochybná. Veľký počet pooperačných jaziev nám umožní urýchliť správnu diagnózu, práve tak ako aj podrobné psychiatrické vyšetrenie. Títo chorí by mali byť dispenzarizovaní v psychiatrickom ambulantnom zariadení. Žiada sa, aby u pacientov s častým striedaním nemocníc sa na M. s. myslelo a ošetrojúci lekár informoval príslušný OÚNZ.

Literatura

1. Asher, R.: Münchhausen's Syndrome, Lancet, 1, 1951, s. 339—341.
2. Cookson, H.: Münchhausen Syndrome, Brit. med. J., 14, 1955, s. 1330—1334.
3. Dietrich, H.: Der Querulant, Münch. med. Wschr., 110, 1968, s. 1445—1450.
4. Gawn, R. A., Kaufmann, E. A.: Münchhausen Syndrome, Brit. med. J., 12, 1955, s. 1207.
5. Chapman, J. S.: Wandering Ex-Patient, J. Amer. med. Ass., 160, 1956, s. 415.
6. Chapman, J. S.: Peregrinating Problem Patients—Münchhausen's Syndrome. J. Amer. med. Ass., 165, 1957, s. 927—933.
7. Jančuška, M., Květenský, J.: Münchhausen syndróm. Vnitřní Lék., 14, 1968, s. 1075—1097.
8. Jones, W. E.: Münchhausen Syndrome, Brit. med. J., 13, 1955, s. 1271.
9. Klimo, Z.: Pripomienka k článku o syndróme „Münchhausen“. Vnitřní Lék., 15, 1969, s. 302.
10. Ledinský, Q.: Münchhausenův syndróm. Sborník věd. prací Lék. fakulty v Hradci Králové, sv. 4, 1961, 4, s. 481—484.
11. Obuchov, G. A.: Syndrom Mjunchgauzena, Zb. Neuropat. i Psikhiat., 71, 1971, s. 144—146.
12. Pflanz, M.: Münchhausen Syndrom, Dtsch. med. Wschr., 86, 1961, s. 2323—2327.
13. Taborka, K., Hřebíček, S.: Hromadné nemocniční podvody hysterické psychopatky s pseudologicko-fantastickými sklony. Prakt. Lék., 39, 1959, s. 319 až 323.
14. Vacek, J.: Pohled psychiatra na tzv. Münchhausenův syndróm. Čas. Lék. čes., 112, 1973, s. 133—139.
15. Zimmermann, U.: Bemerkungen und kasuistische Beiträge zum Münchhausen-Syndrom. Dtsch. Ges. Wesen, 21, 1966, s. 57—63.