



ter ved svær behandlingsrefraktær pruritus ani [16], men er ikke en anvendt behandling herhjemme. Anvendelse af creme, der indeholder doxepin 5% (antidepressivum) har vist at have en kløestillende virkning formentlig grundet en antihistaminerg effekt, men stoffet er ikke undersøgt systematisk på patienter med pruritus ani [17]. Endelig vil man, i de tilfælde hvor symptomerne formodes at skyldes en til grundliggende psykiatrisk lidelse, kunne forsøge behandling med perorale antidepressiva eller selektive serotoninoptagelseshæmmere.

KORRESPONDANCE: Simon Francis Thomsen, Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital, DK-2400 København NV.

E-mail: sft@city.dk

ANTAGET: 9. juli 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. *Dermatology*. 2nd edition, Philadelphia: Elsevier Mosby, 2008.
2. Siddiqi S, Vijay V, Ward M et al. *Ann R Coll Surg Engl* 2008;90:457-63.
3. Weichert GE. An approach to the treatment of anogenital pruritus. *Dermatol Ther* 2004;17:129-33.
4. Zuccati G, Lotti T, Mastrolorenzo A et al. Pruritus ani. *Dermatol Ther* 2005;18:355-62.
5. Heard S. Pruritus ani. *Aust Fam Physician* 2004;33:511-3.
6. Jones DJ. ABC of colorectal diseases. Pruritus ani. *BMJ* 1992;305:575-7.
7. Kränke B, Trummer M, Brabek E et al. Etiologic and causative factors in perianal dermatitis: results of a prospective study in 126 patients. *Wien Klin Wochenschr* 2006;118:90-4.
8. Bowyer A, McColl I. A study of 200 patients with pruritus ani. *Proc R Soc Med* 1970;63 Suppl:96-8.
9. Dasan S, Neill SM, Donaldson DR et al. Treatment of persistent pruritus ani in a combined colorectal and dermatological clinic. *Br J Surg* 1999;86:1337-40.
10. Alexander S. Dermatological aspects of anorectal disease. *Clin Gastroenterol* 1975;4:651-7.
11. Harrington CJ, Lewis FM, McDonagh AJ et al. Dermatological causes of pruritus ani. *BMJ* 1992;305:955.
12. Goldsmith PC, Rycroft RJ, White IR et al. Contact sensitivity in women with anogenital dermatoses. *Contact Dermatitis* 1997;36:174-5.
13. Warsaw EM, Furda LM, Maibach HI et al. Anogenital dermatitis in patients referred for patch testing: retrospective analysis of cross-sectional data from the North American Contact Dermatitis Group, 1994-2004. *Arch Dermatol* 2008;144:749-55.
14. Smith LE, Henrichs D, McCullah RD. Prospective studies on the etiology and treatment of pruritus ani. *Dis Colon Rectum* 1982;25:358-63.
15. Lysy J, Sistiery-Iltah M, Israelit Y et al. Topical capsaicin – a novel and effective treatment for idiopathic intractable pruritus ani: a randomised, placebo controlled, crossover study. *Gut* 2003;52:1323-6.
16. Sutherland AD, Faragher IG, Frizzelle FA. Intradermal injection of methylene blue for the treatment of refractory pruritus ani. *Colorectal Dis* 2008;11:282-7.
17. Hercegovca J. Topical anti-itch therapy. *Dermatol Ther* 2005;18:341-3.
18. Daniel GL, Longo WE, Vernava AM 3rd. Pruritus ani. Causes and concerns. *Dis Colon Rectum* 1994;37:670-4.
19. Dodi G, Pirone E, Bettin A et al. The mycotic flora in proctological patients with and without pruritus ani. *Br J Surg* 1985;72:967-9.
20. Bauer A, Geier J, Elsner P. Allergic contact dermatitis in patients with anogenital complaints. *J Reprod Med* 2000;45:649-54.

Münchhausens syndrom

– en diagnose vi ikke må glemme

1. reservelæge Roland Knudsen & overlæge Frank Damborg

KASUISTIK

Kolding Sygehus,
Ortopædkirurgisk
Afdeling

Münchhausens syndrom (MS) er en undergruppe af disordo facititious, som blandet andet er karakteriseret ved patologisk vandring fra behandler til behandler med fantastiske og opdigtede historier. Sygehistorierne er ofte dramatiske, og patienter med MS simulerer forskellige eller evt. vedvarende samme lidelser, hvilket ofte afstedkommer adskillige hospitalindlæggelser, ofte på flere forskellige sygehuse. Hos patienter med MS er det ligeledes vigtigt, at be-

handlersystemet identificerer syndromet, således at patienten ikke indlægges og evt. underkastes formålsløse operationer, undersøgelser m.v. Det svære i håndteringen af disse patienter består i, at selv om symptomerne er simulerede, så er patienten faktisk reelt syg, blot på et andet plan.

SYGEHISTORIE

Patienten faldt for fire år siden ned fra en lav stige og

fik et stumpt traume mod højre underarm. Patienten blev undersøgt på skadestuen samme dag, men man fandt ingen behandlingsindikation. Der blev rejst mistanke om kompartmentsyndrom i højre antebrachium efter et par dage, fasciektomi blev udført syv dage senere, uden at det bedrede symptomerne. Patienten anførte, at han siden havde oplevet anfald med forværring af smerterne ca. 2-3 gange om måneden, og pga. ny mistanke om kompartiment i antebrachium for to år siden blev der igen udført fasciektomi. Han angav at have været symptomfri mellem episoderne, men angav samtidig, at anstrengelse nogle gange udløste anfaldene. Et typisk »anfald«, bestod i:

- udløsende faktorer: ingen eller minimal anstrengelse
- komplet ophævet følesans for både temperatur, vibration, smerte og berøring
- voldsomme smerter (visuel analog skala-score på 10) ved aktiv og passiv bevægelse af alle muskler i højre overekstremitet
- hævelse af højre under- og overarm
- lidt spændt muskulatur enten af underarm eller/og overarm, men ikke lokaliseret til nogen bestemt muskelgruppe
- ekkymoser, hæmatomer og sugillationer (se **Figur 1**).

Den ophævede følesans begyndte tit cirkulært omkring albuen og ved sidste anfald (**Figur 1**) anførtes den ophævede følesans at begynde midt på overarmen/tæt på skulderen. Patienten fortrak ikke en mine ved stik med nål i samtlige dermatomer på højre overekstremitet. Ved indlæggelsen i 2008 blev kompartmentsyndrom igen foreslået som tentativ diagnose, men blev senere på dagen afkræftet.

Forud for seneste indlæggelse var patienten tidligere blevet undersøgt af adskillige speciallæger. Vi er blevet bekendt med udredning foretaget på minimum seks hospitaler, og patienten har været i udredningsforløb inden for: ortopædi, psykiatri, hæmatologi, dermatologi, neurologi, neurofysiologi, reumatologi, intern og almen medicin uden påviselig årsag til patientens vedvarende gener. Ved sidste indlæggelse blev højre overekstremitet ultralydskannet. Skanningsresultatet var upåfaldende. Magnetisk resonansskanning og computertomografi af arm, skulder, thorax og nakke var ligeledes normale på nær lidt ødem i bicepsmusklen. Alle blodprøver, inklusive koagulationsfaktorer, var normale.

Patienten var under seneste ugelange indlæggelsesforløb fuldstændig upåvirket objektivt og viste kun ringe interesse for sin arm. Han var på intet tidspunkt nervøs, men udviste snarere tegn på, at han nød at

være indlagt. Han blev tilbudt at tage på orlov for at se sin kæreste og barn, hvilket han blankt afslog med begrundelsen: »Jeg har det jo meget godt her«.

Efter endt resultatløs udredning blev billeder af patienten forevist for en retsmediciner, som beskrev billederne sådan: »Der er helt klart tale om traumatiske læsioner – følger af stump vold. På arm og skulder og ned mod aksillen ses hæmatomer og sugillationer af lidt forskellig alder. Især ind over skulderen er der tilløb til mønsterdannelse. Der er tilsyneladende ikke læsioner i armhulen, som formentlig beskyttes af armen, når de traumatiske læsioner påføres«. Patienten benægtede selv mutilation og blev udskrevet. Ved senere ambulant opfølgning måneder senere angav patienten, at han de seneste par uger havde haft »17 bumser under huden på højre overekstremitet, som nu var væk igen«.

PERSPEKTIVERING

MS er en sygdomstilstand, hvor patienten foregiver, overdriper eller skaber symptomer på sygdom for at få opmærksomhed og sympati. Syndromet har sit navn efter *Baron von Münchhausen*, der var en tysk adelsmand, som fortalte fantastiske historier om sine oplevelser [1]. Patienter med MS rapporterer ofte dramatiske sygehistorier og er hyppigt villige til at gennemgå utallige og/eller omfattende undersøgelser og behandlinger, uden at de overvejer risici, der er forbundet hermed [2]. Uanset de voldsomme symptomer bevarer patienten ofte troen på sig selv. Syndromet findes oftest hos unge mennesker [3]. Nogle mener, at op til flere procent af alle de patienter, som indlægges, i større eller mindre grad har



FIGUR 1

Patientens højre overarm.



symptomer, som falder inden for sygdomsområdet. Patienterne ønsker ikke at opnå nogen gevinst eller erstatning. Det er især de kropslige symptomer, som kaldes MS [4]. Ved konfrontation bliver patienterne ofte vrede og afvisende [5].

Diagnosen MS stilles, når en patient foregiver sygdomssymptomer uden anden grund end for at opnå en patientrolle.

Det er således meget vanskeligt at stille diagnosen, da det ofte i sidste ende bliver en »eksklusionsdiagnose«. Tidlig diagnosticering er vigtig for at undgå iatrogene risici og opstart af ikkeindicerede behandlinger og udredninger [3].

Patienten, som beskrives i denne kasuistik, opfyl-

der alle karakteristika for MS. Den beskrevne sygehistorie illustrerer, at mange specialer må overveje MS ved uforklarlige symptomer og fund.

KORRESPONDANCE: Roland Knudsen, Jernbane Alle 3b, DK-5250 Odense SV. E-mail: rolandknudsen@hotmail.com

ANTAGET: 18. maj 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Emra A, Yucel MB, Keles N et al. Munchausen's syndrome: a case report with multiple symptoms. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 2001;124:595-7.
2. Tochigi M, Hara H, Goshima J et al. Cutaneous Munchausen's syndrome caused by self-injections of fermented beans. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2008;22:886-7.
3. Cai T, Pazzagli A, Gavazzi A et al. Recurrent renal colic in young people: abdominal Munchausen syndrome – a diagnosis not to forget. *Arch Ital Urol Androl* 2008;80:39-41.
4. Asher R. Munchausen's Syndrome. *Lancet* 1951;1:339-41.
5. Turner J, Reid S. Munchausen's syndrome. *Lancet* 2002;359:346-9.

AKADEMISKE AFHANDLINGER



REFERATERNE FINDES I FULD VERSION PÅ WWW.UGESKRIFTET.DK UNDER > SENESTE NUMMER > AKADEMISKE AFHANDLINGER



Læge Helle Holst:

Sensitivity to capsaicin in skin and airways in patients with symptoms elicited by odorous chemicals

Ph.d.-afhandling

FORF.S ADRESSE: Bispebjerg Hospital, Bispebjerg Bakke 23, opgang 51, 1. sal, DK-2400 København NV.

E-MAIL: hhol0029@bbh.regionh.dk

FORSVARET FINDER STED: den 18. december 2009, kl. 15.00, Store Auditorium, Opgang 10, Gentofte Hospital, Gentofte.

BEDØMMERE: Olle Löwhagen, Sverige, Lars Jelstrup Petersen og Asger Dirksen.

VEJLEDERE: Jesper Elberling, Holger Mosbech og Lars Arendt-Nielsen.

Læge Evaldas Sadauskas:

Translocation of gold nanoparticles across tissue barriers: aspects of translocation, biodistribution and elimination

Ph.d.-afhandling

FORF.S ADRESSE: Anatomisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet, Wilhelm Meyers Allé 3, DK-8000 Århus C.

E-MAIL: esad@ana.au.dk

FORSVARET FINDER STED: den 21. december 2009, kl. 14.00, Auditorium 424, Anatomisk Institut, Aarhus Universitet, Århus.

BEDØMMERE: Torben Sigsgaard, Steffen Loft og Wim H. de Jong, Holland.

VEJLEDERE: Gorm Danscher, Håkan Wallin, Meredin Stoltenberg, Ulla Vogel og Agnete Larsen.

Læge MD Kristoffer Lindskov Hansen:

In-vivo studies of new vector velocity and adaptive spectral estimators in medical ultrasound

Ph.d.-afhandling

FORF.S ADRESSE: Radiologisk Afdeling, Rigshospitalet, Blegdamsvej 9, DK-2100 København Ø.

E-MAIL: klh@elektro.dtu.dk

FORSVARET FINDER STED: den 26. februar 2010, kl. 14.00, Auditoriet i Bygning 93, Rigshospitalet, København.

BEDØMMERE: Liselotte Højgaard, Hans Nygaard og Ola Björgell, Sverige.

VEJLEDERE: Michael Bachmann Nielsen og Jørgen Arendt Jensen.

MPH, fysioterapeut Anne-Mette Hedeager Momsen:

Therapies for improving walking distance in intermittent claudication

Ph.d.-afhandling

FORF.S ADRESSE: Skolesvinget 33, DK-8240 Risskov.

E-MAIL: anmom@ringamt.dk

FORSVARET FANDT STED: den 27. november 2009.

BEDØMMERE: Niels Møller, Erik Wahlberg, Sverige, og Torben V. Schroeder.

VEJLEDER: Jes Sanddal Lindholt.

