

정형외과 영역에서의 뮌하우젠 증후군

심대무 · 우영하^{*✉} · 김창수[†] · 장봉준 · 박진성

원광대학교 의과대학 정형외과학교실, *부산부민병원 정형외과, †고신대학교 의과대학 정형외과학교실

Munchausen Syndrome in Orthopedics

Dae moo Shim, M.D., Ph.D., Young Ha Woo, M.D.^{*✉},

Chang soo Kim, M.D., Ph.D.[†], Bong jun Jang, M.D., and Jin sung Park, M.D.

Department of Orthopedic Surgery, Wonkwang University School of Medicine, Iksan, *Department of Orthopedic Surgery, Bumin Hospital Busan, †Department of Orthopedic Surgery, Kosin University College of Medicine, Busan, Korea

Munchausen syndrome is a rare factitious disorder in which a person repeatedly and deliberately acts as if he or she has a physical or mental illness when he or she is not really sick. These patients distort their medical history, undergoing dangerous diagnostic and therapeutic procedures, often resulting in misdiagnosis. Management of this syndrome requires collateral history taking, sound clinical approach, exclusion of organicity, and addressing psychological issues. We report a 54-year-old female, who underwent orthopedic surgery 13 times. She was always unsatisfied with her surgical outcomes, and underwent additional surgical treatment of the shoulder, elbow, wrist, and knee joint. She repeatedly complained of joint pain, which was much more exaggerated than expected from her examination results. Therefore, we considered artificial arthrosis for a differential diagnosis of unclear arthrosis, and paid special attention when she exhibited odd behaviors.

Key words: Munchausen syndrome, factitious disorder

뮌하우젠 증후군(Munchausen syndrome)은 입원을 해야 할 정도로 심한 신체 증상을 그럴 듯하게 극적으로 나타내어 오랜 기간 입원 생활을 하는 경우를 말한다.¹⁾ 상당수의 환자에서 여러 진단 검사를 시행하였음에도 불구하고, 그 원인을 찾지 못하는 경우가 종종 발생한다. 이러한 원인이 발견되지 않은 환자 중에서 인위성 관절 통증을 감별 진단으로 생각하기는 쉽지 않다. 인위성 관절증이란 환자가 의도적으로 척추와 사지의 증상을 만들어 내는 것으로 인위성 질환인 뮌하우젠 증후군의 신체 증상의 한 형태이다.

저자들은 만성 가장성 신체 장애의 전형적인 유형인 뮌하우젠 증후군 환자를 만났으며 여러 차례 수술적 치료를 시행하였으나 증상의 호전이 없었다. 국내에서 문헌 검색상 인위성 관절증이 보고된 바가 없다. 저자들은 반복적인 관절증을 주소로 내원한

환자에 대한 진단 과정에서 뮌하우젠 증후군을 체험하였고, 증례 보고를 통해 행위별 수가제로 운영되는 우리나라 의료 환경에서 주의해야 할 질환임을 알리고자 한다.

증례보고

55세 여자 환자로 키 162 cm, 몸무게 60 kg (체질량지수[body mass index] 22.86 kg/m²로 정상 범위)이며, 고혈압, 당뇨 등의 기저 질환은 없는 환자다. 약물 복용력으로는 류마티스내과에서 허리 통증 및 신체 각 부위의 다발성 통증으로 인한 약물 복용, 역류성 식도염으로 인한 약물 복용, 갱년기 증상으로 인한 약물 복용, 비염으로 인한 약물 복용 등이 있었으며, 상기 약물들은 증상에 따라 자의로 복용/비복용을 반복하며 생활하였다.

정형외과적인 첫 번째 수술은 좌측 하지에 종물이 관찰되어 2006년 12월 4일 종물 제거 및 생검술을 시행하였고, 두 번째 수술은 좌측 슬관절 통증을 주소로 시행한 자기공명영상(magnetic resonance imaging, MRI) 검사상 외측 반달연골의 양동이 손잡이

Received January 28, 2016 Revised March 20, 2016 Accepted July 28, 2017

✉Correspondence to: Young Ha Woo, M.D.

Department of Orthopedic Surgery, Bumin Hospital Busan, 59 Mandeok-daero, Buk-gu, Busan 46555, Korea

TEL: +82-51-330-3000 FAX: +82-51-338-2339 E-mail: woo0ha@naver.com



Figure 1. Patient underwent total knee arthroplasty on the left knee joint.

형 파열(bucket handle tear)과 내측 반달연골의 횡행 찢김(horizontal tear) 소견으로 2007년 8월 7일 시행한 외측 반달연골의 아전 절제술(subtotal menisectomy)이었다. 동일한 날짜에 세 번째 수술로서 우측 슬관절의 통증을 주소로 2007년 8월 7일 관절경을 이용한 내측 반달연골 및 외측 반달연골의 부분 연골판 절제술을 시행하였다. 이때까지만 하더라도 환자는 영상의학적 소견과 증상이 일치하는 소견을 보였다.

하지만 네 번째, 다섯 번째 수술부터는 영상의학적 검사를 통해 병변은 보이지 않으나 시각통증지수(visual analogue scale) 10에 해당하는 정도로 과장되고 과한 이학적 소견을 보였으며, 2008년 2월 15일 양측 팔꿈치 통증에 대하여 내측 상과염 진단하 퇴행 조직 절제술을 시행하였고 수술장에서는 경미한 퇴행 조직이 관찰되었다. 여섯 번째 수술 역시 MRI에서 상부 관절와순 전후방 병변(superior labrum from anterior to posterior lesion, SLAP)의 증인 병변이 보였으나 압박 회전 검사뿐만 아니라 근력 검사에도 양성 소견을 보여 2008년 2월 15일 관절경적 수술로 단순 윤활막 절제술만을 시행하였다. 일곱 번째 수술도 MRI상 특이 소견이 관찰되지 않으나 2007년 8월 수술 이후 좌측 무릎 통증을 지속적으로 호소하여 2008년 6월 17일 좌측 슬관절의 추벽 절제술(plica excision)을, 여덟 번째 수술도 추벽 절제술만 시행하였다. 이 기간 동안 잦은 입퇴원과 수술로 남편과 자주 다투는 모습이 관찰되었고, 관절경 수술은 대부분이 영상의학적 검사보다 심한 이학적 소견을 보여 시행하였다. 입원 기간에 다른 관절부위 통증을 호소하였고, 매번 환자가 간절하게 수술을 원하여 시행하였다. 하지만 수술장 소견에서는 통증을 일으킬 만한 주 병변이 관찰되지는 않았다.

이후에도 좌측 무릎의 통증 지속적으로 호소하여 결국에는 아

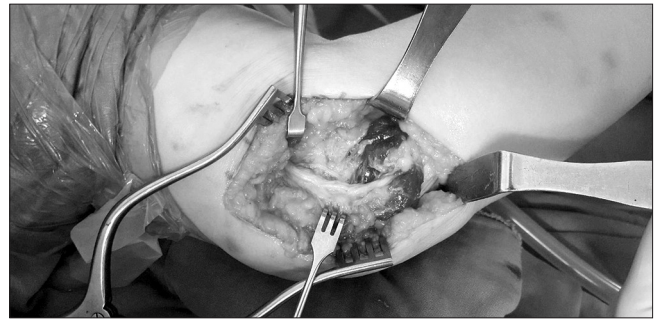


Figure 2. Patient even received neuroplasty on the left elbow joint.

홉 번째 수술로 좌측 인공 관절 치환 수술을 시행하였고(Fig. 1). 열 번째 수술로서 우측 무릎의 인공 관절 치환 수술을 시행하였다. 외래 추시중에 상지쪽으로 저린감을 호소하여 좌상지 근전도를 시행하였고, 근전도에서 척골 신경이 주관절 및 완관절에서 압박되는 소견을 보여 열한 번째 수술로서 좌측 주관절에 대해 관절강내 탐색술 및 골극 제거술, 그리고 척골 신경 감압술 및 수근관 유리술, 열두 번째 수술로서 좌측 주관절에 대해 골극 제거술 및 내측 상과 절제술을 시행하였으며, 수술 이후에도 증상 호전을 보이지는 않았다. 열세 번째 수술로서 이후에도 지속되는 수지의 저린감에 대하여 주관 증후군에 대하여 신경 박리술을 시행하였고, 수술장 소견에서 신경이 포착되는 주 병변은 관찰되지 않았다(Fig. 2).

수차례의 수술적 치료에도 증상 호전이 보이지 않아 정신과 협진을 요청하였다. 이에 대해서는 분명한 속임수와 관련되어 신체적 증상을 허위로 조작하고, 다른 사람에게 자기 자신이 아프며, 장애가 있거나 부상당한 것처럼 표현하는 재발성 삽화(recurrent episode)가 2회 이상 관찰되어 스스로에게 부여된 인위성 장애로 진단하고 정신과적 치료 중에 있다.

고 찰

뮌하우젠 증후군이란 이 병원 저 병원을 떠돌아 다니며 거짓으로 증세를 꾸며대어 급성 내과적 외과적 병을 가장하면서 여러 번 병원에 입원하여, 결국은 히스테리나 정신병질 인격장애, 정신분열증으로 진단되었던 환자들을 통칭하는 것인데,¹⁾ 정신 장애 진단 및 통계 편람 제4판 본문수정판(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision, DSM-IV-TR)에서는 뮌하우젠 증후군을 신체적 혹은 심리학적 표시나 증상을 의도적으로 생산하거나 가장하는 것으로 정의한다.²⁾

뮌하우젠 증후군은 소화기계, 호흡기계, 순환기계, 내분비계, 비뇨생식기계, 감염증, 근골격계, 조절계 등의 다양한 임상 형태로 나타난다고 한다.³⁾ 특히 심혈관계⁴⁾ 및 종양계⁵⁾에서는 최근 들어서도 뮌하우젠 증후군 관련 사례들이 보고되고 있으나 인위성

관절증을 보이는 근골격계 영역에서는 국내에서는 문헌으로 보고된 바가 없으며, 행위별 수가제로 운영되는 우리나라 의료 환경에서 불필요한 치료 및 침습적인 검사와 수술적 치료들이 행해질 수 있으므로 특히나 주의해야 할 질환이다.

뮌하우젠 증후군은 반복적으로 꾸며낸 조작된 병증들, 여러 병원으로의 진료 및 입원, 병적인 거짓말 등과 함께 극단적인 임상 양상을 보인다.⁶⁾ 이런 인위성 장애는 피병과 감별해야 하는데, 인위성 장애는 일차적 이득을 목적으로, 즉 주위로부터 관심 자체를 받기 위해 증상을 조작하며 침습적인 검사도 회피하지 않는 점이 피병과 다르다.³⁾ 행동의 동기는 환자 역할을 가장하기 위함이고, 피병과 다르게 그 행동에 대한 외부적인 동기는 없다. 거기에는 피학대 성욕 도착증(masochism)의 요소가 있을 수도 있으며, 환자의 행동은 스트레스 인자 또는 만성적이고 찾을 수 없는 우울한 감정으로 악화되는 억눌 수 없는 충동으로 야기된다.

많은 환자들에게서 관찰되는 특징들은 안정된 관계를 형성하는 것에 대한 어려움, 구체적 이유 없는 다수의 입원, 증상 조작에 대한 다수의 증거, 병원에서의 근무 경력으로 환자 증상에 대한 방대한 지식 등을 포함한다.²⁾ 본 증례의 환자는 반복적인 관절 부위 통증을 호소하고 있었으나 극심한 통증 양상을 객관적으로 뒷받침할 만한 검사 소견은 보이지 않았다. 하지만 침습적인 검사를 포함한 수차례의 검사도 마다하지 않고 시행한 점, 입퇴원 시 동행하는 남편과 빈번하게 다투며, 한 관절을 수술하고 입원하고 있는 상태에서도 근위나 원위 관절의 수술적 치료를 요구하는 모습을 보였고, 이런 증거들을 통하여 환자는 뮌하우젠 증후군에 의한 인위성 관절증을 의심해 볼 수 있었다. 이에 저자들은 뮌하우젠 증후군은 다음과 같은 특징들이 여럿 나타나면 뮌하우젠 증후군을 고려한다: 방대한 병원 치료 기록들과 여러 병원에서 시행한 수술 기록; 특정 진단과는 맞지 않는 이학적 소견 및 영상의학적 검사 결과; 증상의 일시적인 개선이 있으나 재발이 흔하여 여러 번의 수술을 받은 기록; 반복적인 수술 이후에도 수술을 다시금 받으려는 환자의 강한 의지.

관절증의 원인으로 인위성 관절증을 감별 진단의 범주에 포함해서 의심하고 이를 조기에 발견한다면, 불필요한 치료 및 침습적인 검사와 수술적 치료들을 피할 수도 있겠다. 결국은 병의 조기 인식과 기질성의 배제, 그리고 치료의 공감적인 접근이 뮌하우젠 증후군 관리의 핵심이다.⁷⁾

CONFLICTS OF INTEREST

The authors have nothing to disclose.

REFERENCES

1. Clarke E, Melnick SC. The Munchausen syndrome or the problem of hospital hoboos. *Am J Med.* 1958;25:6-12.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual-text revision (DSM-IV-TRim, 2000). 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
3. Huffman JC, Stern TA. The diagnosis and treatment of Munchausen's syndrome. *Gen Hosp Psychiatry.* 2003;25:358-63.
4. Korantzopoulos P, Ntalas IV, Massis I, Goudevenos JA. Munchausen syndrome presented as recurrent syncope. *Int J Cardiol.* 2015;184:424-5.
5. Baig MR, Levin TT, Lichtenthal WG, Boland PJ, Breitbart WS. Factitious disorder (Munchausen's syndrome) in oncology: case report and literature review. *Psychooncology.* 2016;25:707-11.
6. Folks DG, Freeman AM 3rd. Münchausen's syndrome and other factitious illness. *Psychiatr Clin North Am.* 1985;8:263-78.
7. Altunkaynak S, Ertekin V, Alp H, Fidan T. Munchausen's syndrome. *Eurasian J Med.* 2009;41:126-8.

정형외과 영역에서의 뮌하우젠 증후군

심대무 • 우영하^{*✉} • 김창수[†] • 장봉준 • 박진성

원광대학교 의과대학 정형외과학교실, ^{*}부산부민병원 정형외과, [†]고신대학교 의과대학 정형외과학교실

뮌하우젠 증후군(Munchausen syndrome)은 환자가 되기 위해 빈번한 입원, 병적 허언, 그리고 의도적으로 증상을 만들어내는 행동을 수반하는 흔치 않은 인위적인 장애(factitious disorder)이다. 이들은 의식적으로 병력을 왜곡시키고 스스로 가한 상처를 통해 오진하게 하여 육체적 질환의 양상을 가장함으로써 위험한 진단적 치료적 방법을 유도한다. 이들에 대한 치료는 주변의 병력을 청취하며, 긍정적인 방향으로의 유도, 기질적인 문제에 대한 배제와 정신과적인 이슈에 대해 확인하는 것이다. 우리는 13회의 정형외과적 수술을 받은 54세 여자 환자의 증례를 보고하고자 한다. 그녀는 수술 결과에 항상 만족스럽지 못하였고 견주관절과 완관절 및 슬관절 전문의에게 매번 추가적이며 다른 수술적 치료를 요구하였다. 그녀는 검사 결과보다 더 심한 관절 통증을 반복적으로 호소하였고 이에 저자들은 명확하지 않은 관절증의 감별 진단으로 인위적 관절증을 고려하게 되었으며, 기이한 입원 생활이나 비정상적인 행동을 보이는 경우에는 특별히 관심을 두게 되었다.

색인단어: 뮌하우젠 증후군, 인위적인 장애

접수일 2016년 1월 28일 수정일 2016년 3월 20일 게재확정일 2017년 7월 28일

[✉]책임저자 우영하

46555, 부산시 북구 만덕대로 59, 부산부민병원 정형외과

TEL 051-330-3000, FAX 051-338-2339, E-mail woo0ha@naver.com