

피부 Munchausen 증후군 3예

옥종우¹, 김재왕²

¹제주대학교 의학전문대학원, ²제주대학교 의학전문대학원 피부과학교실

(Received March 21, 2013; Revised March 28, 2013; Accepted April 4, 2013)

Abstract

Three cases of cutaneous Munchausen's syndrome

Jong-Woo Ock¹, Jae-Wang Kim²

¹Jeju National University School of Medicine

²Department of Dermatology, Jeju National University School of Medicine, Jeju, Korea

Munchausen's syndrome is a rare chronic factitious disorder characterized by pathological lying, the intentional production of physical symptoms, and a restless wandering from hospital to hospital in order to obtain hospitalization or extensive interventions. Clinically, a variety of cutaneous presentations of Munchausen's syndrome may include dermatitis artefacta. Herein, we describe three cases of cutaneous Munchausen's syndrome with clinically intractable courses. (J Med Life Sci 2013;10(1):21-25)

Key Words : Cutaneous, Munchausen's syndrome

서론

Munchausen 증후군은 만성적인 인위장애(factitious disorder)의 하나로 모순되고 비일관적인 병적 거짓말로 가장된 신체증상을 호소하거나 강박적인 자기손상(self-infliction)을 통해 인위적으로 신체증상을 유발하며, 여러 병원을 전전하면서 각종 침습적 검사, 수술, 처치, 투약, 입원 등을 반복적으로 받는 특징이 있다¹⁻³⁾. Munchausen 증후군의 신체증상은 매우 다양하지만 피부를 침범할 경우에는 인공피부염(dermatitis artefacta)의 양상으로 나타나며 이를 '피부 Munchausen 증후군'이라 부르기도 한다^{2,4)}. 피부 Munchausen 증후군 환자는 무의식적으로 내재된 심리적 욕구를 충족시키고자 인위적 손상을 가하여 피부병변을 발병시키며, 환자 자신이 직접 병변을 유발한 것에 대해 부인하는 것이 중요한 특징이다^{4,5)}. Munchausen 증후군은 흔하지 않은 정신질환이므로 겉으로 표출된 인공피부염의 피부소견만으로는 본 증후군을 진단하기가 불가능하며 심층적인 정신분석학적 평가가 선행되어야 한다⁶⁾. 저자들은 초진 시에는 별개의 특정 피부 질환으로 오인했었으나 지나치게 자주 반복되는 재발성 경과에 주목하여 피부병변이 자기손상에 의해 유발되었음을 뒤늦게 확

인하고 치료하게 된 Munchausen 증후군 3예를 경험하여 보고하는 바이다.

증례 1

48세 남자가 2년 전부터 왼쪽 얼굴과 목에 반복되는 다발성 피부병변을 주소로 내원했다. 환자는 4년 전부터 전국 피부과 병의원을 전전하면서 얼굴과 목의 과색소침착, 잔주름 등에 대해 각종 레이저시술과 화학박피술을 받아왔으며, 2년 전부터는 목과 얼굴에 잘 낫지 않는 궤양병변이 생겨 여러 대학병원 이비인후과 및 성형외과에서 네 차례에 걸쳐 재건수술을 받아왔다. 육안소견상 왼쪽 뺨, 턱, 목, 뒷머리 등에 걸쳐 수십여 개의 경계가 명확하고 각지며 기하학적 형태를 보이는 출혈성 궤양, 딱지, 진물, 함몰흉터 및 과색소침착반이 관찰되었다(Fig. 1). 일반혈액검사상 백혈구 12,000/mm³(4,000~10,000/mm³), 호중구 81%(50~70%), 림프구 10%(20~40%)였으며, C-reactive protein 10 mg/dL(<0.3 mg/dL), 적혈구침강속도 50 mm/hr(<10 mm/hr) 이외에 간 기능검사, BUN/Cr, 일반화학검사, 요검사, RPR, FANA, ANCA, ACE 등은 정상 소견이었다. 목의 궤양에서 시행한 세균 배양검사상 methicillin 감수성 황색포도알균이 동정되었다. 목의 궤양 변두리에서 조직생검을 시행한 결과, 표피에서는 가시세포 증(acanthosis), 이상각화증(parakeratosis), 각질형성세포 괴사, 호중구 침윤, 해면화(spongiosis) 등이 관찰되었고, 진피 전반에 걸쳐 섬유소 침착(fibrinoid deposition), 적혈구의 혈관외유출, 림

Address for correspondence: Jae-Wang Kim
Department of dermatology, Jeju National University School of Medicine, 66 Jejudahakno, 690-756, Jeju, Korea
E-mail: rulid@jejunu.ac.kr

프구, 조직구, 호중구, 형질세포 등의 미만성 침윤이 관찰되었다. 황색포도알균 감염에 의한 고름궤양(ecthyma)으로 진단하고 4주간 경구 cephalixin을 투여하며 젖은드레싱(wet compression)을 시행한 결과, 대부분의 병소는 호전되었다. 그러나 환자는 2개월 후 초진 시와 동일한 양상의 병변으로 피부과에 다시 내원하였다. 병소가 왼쪽으로 집중되어 있고 환자가 왼손잡이이므로 인위적 자기손상이 의심되어 입원 하에 환자의 행태를 관찰한 결과, 병실에 의료진이 없으면 강박적으로 스스로 목과 얼굴에 손톱깎기, 연필, 과일칼 등을 가하여 피부병변을 유발하고 있음을 확인하였다. MMPPI(Minnesota Multiphasic Personality Inventory)를 포함한 정신건강의학과 상담을 시행한 결과, 자아상이 파괴되고 감정 기복이 심한 경계성 인격장애(borderline personality disorder)로 진단되었다. 모순되고 비일관적인 병적 거짓말과 욕설을 반복했으며, 적대적이고 가식적인 태도를 취했으나 사고의 장애, 피이한 의사 전달, 고정된 망상 등은 관찰되지 않았다. 환자의 방어기제는 억압, 동일시(identification), 퇴행, 상징이었다. 의료진과의 우호적 관계가 형성된 이후에도 자신이 의도적으로 병변을 유발한 사실에 대해서는 일관적으로 부인하였고, 피부병변에 대한 대화를 나눌 때마다 회피하려는 성향을 보였다. 입원 상태에서는 편안해했으며, 퇴원에 압박해서는 초조해했다. 이상의 소견으로 인공피부염을 동반한 Munchausen 증후군으로 진단하고 퇴원 이후에도 지속적인 정신건강의학과 치료를 받을 것을 지시했으나 환부가 회복된 이후에는 연속적인 진료가 이루어지지 못했다. 4개월 후 환자는 다시 동일한 병변으로 본과에 세 번째로 내원하였고, 피부병변에 대해 경구 cefdinir를 투여하면서 밀페드레싱을 지속하였으며, 정신건강의학과에서는 인지-행동치료, 가족치료를 병행하면서 clonazepam, risperidone, buspirone 등을 투여하여 4주 후 피부병변은 거의 치유되었다. 환자는 현재 까지도 타 병원 정신건강의학과에서 지속적인 치료를 받고 있으며, 더 이상의 새로운 피부병변은 발생하지 않고 있다.



Figure 1. Multiple well-delineated, angulated, hemorrhagic multifocal ulcers with geometric shapes, crusts, exudation, depressed scars & hyperpigmentation on left neck, occiput and jaw regions.

증례 2

41세 남자로 6년 전부터 타 병원에서 정신분열증으로 약물치료를 받아오던 중에 1년 전부터 정신건강의학과 치료를 자의로 중단하면서 몸통과 팔에 생긴 출혈 병소를 주소로 내원했다. 환자는 본원에 내원하기 전까지 1년간 전국 병의원을 스스로 찾아 다니며 심어 차례에 걸쳐 피부조직검사를 시행 받았으나 뚜렷한 병명은 확진 받지 못했다고 한다. 가슴, 배, 등, 양 팔 바깥 면에 걸쳐 도려낸 것 같은 각진 출혈성 궤양, 함몰흉터, 짓무름, 딱지, 균열 등이 무수히 관찰되었다(Fig. 2). 각종 혈액검사 및 균 배양 검사에서는 유의한 소견이 없었다. 육안소견상 인위적 피부손상에 의해 발생한 것으로 판단했으나 환자는 일관적으로 자신이 병변을 유발한 것에 대해 부인하였다. 정신건강의학과적 검사를 의뢰한 결과, 자아정체성이 분절되고 감정 기복이 심한 경계성 인격장애를 가지고 있었으며, 정신건강의학과 면담을 거부하고 적대적 성향을 보였다. 의식, 인지능력 및 지남력은 온전하였다. 회진할 때마다 자신의 피부병변과 관련하여 환자 스스로 습득한 의학 정보와 지식을 장황하게 설명했다. Beck Depression Inventory(BPI) 검사상 12점, Hamilton Anxiety Scale(HAS)상 14점이었으며, DSM-V(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition)에 의거하여 우울장애로 진단하였다. 이상의 소견으로 인공피부염을 동반한 Munchausen 증후군으로 진단한 후 피부병변에 대해서는 cephradine, hydroxyzine 등을 투여하면서 젖은 드레싱을 시행하였다. 정신건강의학과에서는 fluoxetine, nortriptyline, buspirone 등을 투여하면서 지지요법을 병행하였다. 10주 후 몸통과 팔의 피부병변은 함몰흉터와 과색소침착을 남기고 거의 치유되었다. 환자는 현재 까지 정신건강의학과에서 약물치료를 받고 있고, 더 이상의 새로운 피부병변은 관찰되지 않고 있다.

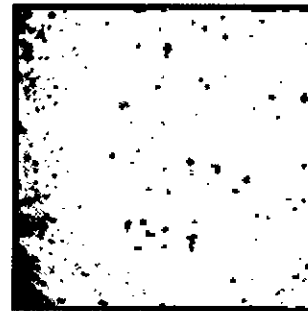


Figure 2. A myriad of angulated hemorrhagic ulcers with punched-out appearance, depressed scars, multifocal erosions, crusts and crackings of whole abdominal region.

증례 3

29세 여자로서 5년 전부터 1년에 한번씩 주기적으로 발생하는 오른팔의 피부병변을 주소로 내원하였다. 피부병변이 발생할 때마다 도내 여러 병원에 입원하여 고름피부증(pyoderma)로 진단 하에 외과적 치료를 받고 호전되어 왔다. 모친과 심하게 닮았거

나 직장 혹은 집에서 격심한 정서적 스트레스를 받고 난 다음날에 피부병변이 발생한다고 진술하였다. 환자는 왼손잡이이며, 인위적 자기손상에 대해서는 부인하였다. 그러나 환자의 모친이 환자 스스로 칼, 라이터, 각종 화학부식제, 난로, 나뭇가지 등을 이용하여 오른팔에 손상을 가하여 병변을 유발한다는 사실을 실토하였다. 피부병변은 오른쪽 아래팔 굽힘 쪽에 걸쳐 경계가 명확하고 각진 기하학적 양태의 삼출성 궤양들이 견고하고 마른 딱지에 덮여 산재하였고, 궤양 병소의 경계는 홍반성 경결(induration)을 동반하였다(Fig. 3). 혈액검사상 유의한 소견은 없었으며, 환부에서 시행한 세균배양검사, 진균배양검사, 결핵균배양검사에도 음성을 나타냈다. 이상의 소견으로 인공피부염을 동반한 Munchausen 증후군으로 진단하고 환자를 설득하여 정신건강의학과 진료를 시행한 결과, 우울장애로 진단되었다. 피부병변에 대해서는 cephalexin 등을 투여하면서 매일 젖은 드레싱을 수행하고 마른 딱지가 완전히 형성된 이후에는 Duoderm® 등으로 밀폐드레싱을 수행하여 8주 후 피부병변은 과색소침착과 가벼운 함몰흉터를 남기고 호전되었다. 정신건강의학과에서는 olanzapine, risperidone, pimozide 등을 투여하면서 지지요법을 병행하였다. 그러나 환자는 병변의 호전 이후 현재까지 본원에 다시 내원하지 않아 경과를 파악할 수 없는 상태이다.

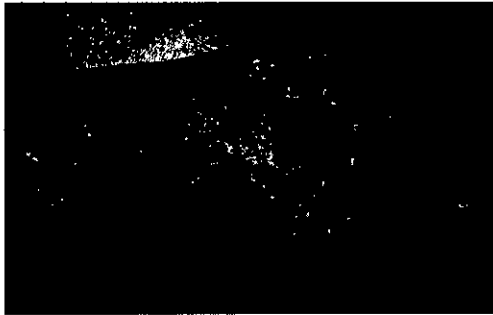


Figure 3. Well-delimited, angulated, polygonal exudative ulcers bearing adherent scabs and erythematous indurative borders on her right inner forearm.

고 찰

Munchausen 증후군은 인위장애의 하나로 일차이득(primary gain) 및 이차이득(secondary gain)이 없는데도 무의식적인 내적 욕구와 환자역할(sick-role)를 성취하고자 의도적으로 신체증상 혹은 정신증상을 가장, 유발, 악화시키며, 일관되지 못한 병적 거짓말(pseudologia fantastica)을 하고, 여러 병의원과 전문의를 찾아 다니는 편력(peregrinations)을 나타내고, 입원, 수술, 처치, 침습적 검사 및 치료에 대한 중독 증세를 보이는 질환이다¹⁾. 본 증후군은 professional patient syndrome, polysurgical addiction, hospital addiction, hospital hopper syndrome 등으로도 불린다²⁾. 18세기에 실존하였던 독일인 기병대장 Raspe의 모험소설에서 허언을 일삼는 인물로 묘사되었던 Baron von

Munchausen의 이름을 따서 1951년 Asher가 Lancet지에서 본 증후군의 병명을 최초로 사용하였다³⁾. 본 증후군의 환자들은 특징적으로 신체증상이 자신에 의해 유발되었음을 알면서도 겉으로 부인한다⁴⁻⁶⁾. 신체증상에 대한 치료는 열망하지만 본 증후군 자체에 대한 정신건강의학과적 평가와 치료는 거부하고, 환자의 정보를 얻을 수 있는 부모, 친족, 초진 병원의 의사 등과 현재의 주치의가 접촉하는 것도 반대한다⁵⁾. 병변이 치유되거나 검사 결과가 정상으로 판정되거나 자신이 병변을 유발했다는 것이 규명될 경우는 의사에 대한 불신을 호소하면서 다른 병원으로 쉽게 전원하는 성향을 보인다⁸⁾. 때로 경계성 인격장애, 우울장애, 불안장애 등을 동반하며, 정서가 불안정하고 공격적이고 회피적이고, 입원 시 방문객이 별로 없는 것도 특징이다^{7,8)}. 환자가 호소하는 신체증상으로는 발열, 복통, 구토, 설사, 객혈, 코피, 토혈, 혈뇨, 부정맥, 두통, 경련, 의식소실, 기억감퇴, 피부발진 등 무수히 다양하며, 한가지 증상을 집착하기보다는 시간에 따라 신체증상이 변화한다¹⁾. 기존의 Munchausen 증후군 환자들과는 달리 본 증례들에서 찾아볼 수 있는 흥미로운 차이점은 세명의 환자 모두 여러 신체증상을 가변적으로 호소한 것이 아니라 발병 초기부터 피부증상에 대해서만 강박적으로 집착하고 조직검사 등 침습적 검사나 고통이 수반되는 외과적 수술을 반복적으로 자청해왔다는 점이다. 따라서 본 증례들은 피부병변을 주 증상으로 하는 피부 Munchausen 증후군에 속한다고 판단할 수 있다.

본 증후군은 배제적 진단(exclusion diagnosis)을 통해 확진되기 때문에 회복이 지연되는 수술부위의 비정형적 상처는 세균감염, 비정형결핵감염, 진균감염, 2기 및 3기 매독, 전신혈관염, 각종 육아종질환, 자가면역질환, 악성종양 등의 가능성을 모두 평가해야 한다^{8,9)}. 본 증례들에서도 다른 감염질환의 가능성을 우선 고려하여 초진 시에 각종 혈액검사와 균배양 검사를 시행했지만 유의한 소견을 찾지 못했고 결국 임상경과를 관찰하던 중에 자기손상에 의해 모든 피부병변이 발생했음을 확인하게 되었다.

본 증후군에 동반된 피부증상으로는 외과, 성형외과, 산부인과 등에서 수술을 받고 난 후 수술부위에 대한 자해로 발생하는 궤양, 출혈, 상처 벌어짐(dehiscence) 등이 대표적이며, 만성적인 이차세균감염, 고름집, 연조직염, 근막염, 흉터 등을 흔히 수반한다^{2,7)}. 피부병변은 이외에 짓무름, 괴사, 궤양, 고름집, 쇠길(fistula), 출혈, 피하기종(subcutaneous emphysema), 피하결절, 괴저고름피부증(pyoderma gangrenosum), 자색반 등으로 다양하게 나타난다^{2-4,7,10,11)}. 병변을 유발하는 방법으로는 손, 칼, 세척제, 부식제, 주사기, 공기, 발효된 콩, 쓰레기, 동물 사체, 침, 대변, 소변, 마늘, 염료, 활석 등으로 다양하게 보고되었다¹¹⁻¹⁴⁾. 자기찰상(self-excoriation)에 의한 피부병변은 손이 쉽게 닿고 타인에게 쉽게 노출되는 얼굴, 목, 머리뒷개, 손등, 팔, 다리, 가슴, 등 위쪽 등에 가장 많은데 얼굴, 목, 머리뒷개, 몸통, 다리 병변은 자주 사용하는 손 즉 우세손의 같은 쪽으로, 손과 팔의 병변은 우세손의 반대쪽에 주로 발생한다⁴⁻⁷⁾. 주변 정상조직으로부터 칼로 도려낸 듯 경계가 명확히 구분되고, 각지고 불규칙적이며, 기하학적 혹은 선모양 형태를 보인다⁴⁻⁹⁾. 증례 1은 손톱깎기, 연필, 칼 등을 가하여 얼굴과 목에 피부병변을 유발하였고, 증례 2

는 손으로 몸통의 피부를 반복적으로 뜯어 병변을 유발한 것으로 추정되며, 증례 3는 칼, 라이터, 각종 화학부식제, 난로, 나뭇가지 등을 이용하여 오른팔에 손상을 가한 것으로 보인다.

본 증후군의 발생률과 관련된 상세한 역학조사 결과는 보고된 바 없다. 이는 본 증후군의 진단이 복잡하고 어려우며, 환자가 허위로 진술하므로 진단적 접근이 용이하지 않고, 다양한 질환 명으로 여러 병의원을 돌아다니므로 본 질환에 대한 통계적 평가가 어렵다는 측면에 기인한다. 일반적 인공피부염, 발모벽(trichotillomania), 신경증적 찰상(neurotic excoriation) 등 대부분의 인위장애가 여성에서 많이 발생하는 것에 반해 본 증후군은 성인 남성에서 더 많다고 보고되었다¹⁹⁾. 증례 1은 48세 남성, 증례 2는 41세 남성, 증례 3는 29세 여성이었다.

본 증후군의 원인으로는 어릴 때에 환자 본인이나 가족이 중환으로 여러 차례 입원 치료를 받았던 경력, 부모와의 사별이나 이별, 성학대 및 방치 등이 환자역할을 추구하도록 작용한다고 알려져 있다¹⁰⁾. 집안에 양육자가 없어 소아기부터 외롭게 방치되었던 가족환경이 관련되기도 하며, 장기간 입원간료를 받은 가족이나 친구를 동일시하고 답습하려는 작위적 행동을 표출하기도 한다¹⁰⁾. 증례의 환자들에 대해서는 가족력 청취가 어려워 환자의 내면에 대한 심도 있는 분석을 시도하기가 어려웠다. 본 증례의 환자들은 공통적으로 극히 폐쇄적이고 내향적이며 심리상상을 자주 거부하여 과연 피부병변을 유발하게 된 내재적 갈등요인이나 사변적인 동기가 무엇인지는 심층적으로 파악할 기회가 없었다. 그러나 공통적으로 미혼이거나 독거생활을 하고 있었고, 증례 3을 제외하고는 주변에 돌봐주는 보호자가 없어 가족과 사회로부터 단절된 생활을 지속해왔다는 환경적 요인이 발병에 무관하지 않을 것으로 보인다.

감별진단을 필요로 하는 질환으로는 Munchausen 증후군을 동반하지 않은 전형적인 인공피부염, 피병(malingering), 신경증적 찰상(neurotic excoriation), 신체화 장애(somatization disorder), 건강염려증(hypochondriasis) 등이 있다. 전형적인 인공피부염은 3:1~20:1로 여성에 많고, 증상은 피부에 국한되며, 병변의 심각성에 비해 환자는 불편함을 호소하지 않고 질환 자체에 대해 무관심하며, 침습적 검사나 치료에 대해 수동적이며, 여러 병의원을 전전하지 않고 집에 칩거하다가 가족에 의해 이끌려 내원한다는 점에서 차이가 있다¹⁾. 반면 Munchausen 증후군은 남성에 많고, 피부 이외의 다양한 신체증상을 호소하며, 반복되는 입원과정을 통해 본인의 질병에 대해 많은 의학적 지식과 정보를 섭렵하고 있으며, 침습적 검사, 수술 등을 자청하면서 의료기관에 대한 편력을 노출하고 돌아다닌다²³⁾. 본 증례들도 피부소견상 인공피부염에 부합했으나 이차적 이득이 없음에도 강박적 자해를 반복하며 새로운 병변을 유발했던 점, 과도한 수술과 검사를 자청하며 여러 병의원을 돌아다니는 중독 증상, 정신건강의학과적 평가에 대한 거부 등 전술한 Munchausen 증후군의 주요 특징들을 충족하였다. 피병은 이차적 이득에 의해 의도적으로 증상을 유발하지만 이득이 성취되면 모든 증상이 소멸되는 특징이 있다¹⁾. 신경증적 찰상은 가려워서 긁어 병변을 유발했다고 환자가 자인하므로 본 증후군과 차이가 있다. 신체화 장애나 건강염

려증은 자각 증상이 실제로 질병이라고 믿는 견고한 신념은 있으나 증상이 모호하여 질병이 실재한다고 규명되지 못하며, 자발적 혹은 의도적으로 병변을 유발하지는 않고, 침습적인 검사나 수술에 대해선 두려워하므로 감별이 가능하다⁶⁾.

본 증후군의 예후는 불량하여 일생 동안 호전과 악화를 반복하며, 경계성 인격장애를 가진 경우는 더욱 치료가 어렵다²³⁾. 소아기에 부모에 의한 MBP(Munchausen syndrome by proxy)로 학대를 받은 경우 성장하여 스스로를 자해하는 Munchausen 증후군이 발병할 수 있으며, 역으로 본 증후군에 걸렸던 소아는 커서 자식을 학대함으로써 MBP를 유발할 수 있다¹⁰⁾. 조기 진단과 조기 치료가 예후를 결정짓기 때문에 어릴 적부터 정신건강의학과에서 적극적 중재를 받아야 한다. 본 질환의 원천적인 예방이란 없으며, 완치를 기대하기는 어렵다. 정신건강의학과적 지지요법이 치료의 핵심이지만 환자는 정신건강의학과적 진료에 반감을 나타내므로 의료진이 강압적 자세를 표출할 경우 병원에서 탈출하는 경우까지 있으므로 신중할 필요가 있다⁶⁾. 특히 환자 자신이 병변을 유발했다는 점을 환자에게 직면시킬 경우 일종의 탈출구였던 자기손상이 차단되어 자살, 약물중독 등 다른 극단의 선택을 하게 되므로 주의를 요한다²³⁾. 본 증후군에 대한 치료의 일차목표는 불필요한 처치, 수술, 검사 등을 피하고, 더 이상의 유해한 신체손상을 막는 것이다^{11,12)}. 정신과적 약물요법으로는 세로토닌 재흡수 억제제인 fluvoxamine, sertraline, paroxetine, fluoxetine, venlafaxine, 부분 세로토닌 작용제인 buspirone, 비정형 항정신약물인 olanzapine, risperidone, pimozone 등이 시도된다¹³⁾.

피부과 의사로서 인공피부염 환자를 당면했을 때에는 숨겨진 심리적 갈등요인이나 정신질환 등이 내재해 있을 가능성을 고려하여 보다 신중한 접근이 필요하다. 아울러 상처치료나 약물치료 뿐 아니라 장기적이고 지속적인 정신건강의학과적 지지요법을 병행하는 것이 중요하다는 점을 환자와 보호자에게 강변할 필요가 있겠다.

참고 문헌

1. Turner J, Reid S. Munchausen's syndrome. Lancet 2002;359:346-349.
2. Parent DJ, Krafft T, Noel JC, Askenasi R, Goldschmidt D, Heenen M, et al. Cutaneous Munchausen syndrome with presentation simulating pyoderma gangrenosum. J Am Acad Dermatol 1994;31:1072-1074.
3. Tochigi M, Hara H, Goshima J, Kobayashi M, Shimizu H, Yokoyama A, et al. Cutaneous Munchausen's syndrome caused by self-injections of fermented beans. J Eur Acad Dermatol Venereol 2008;22:875-903.
4. Leonardou AA, Stefanis NC, Vaslamatzis GN, Trikkas GM, Papadimitriou GN, Christodoulou GN. Dermatitis artefacta in a woman with Munchausen syndrome. Dermatol Psychosom 2002;3:190-192

5. Koblenzer CS. Dermatitis artefacta. Clinical features and approaches to treatment. *Am J Clin Dermatol* 2000;1:47-55.
6. Kaplan B, Schewach-Millet M, Yorav S. Factitial dermatitis induced by application of garlic. *Int J Dermatol* 1990;29:75-76
7. Nardella D, Sohawon MS, Heymans O. Munchausen's syndrome in plastic surgery practice: A bewildering situation. *Indian J Plast Surg* 2007;40:194-198.
8. Huffman JC, Stern TA. The diagnosis and treatment of Munchausen's syndrome. *Gen Hosp Psychiatry* 2003;25:358-363.
9. Livaoglu M, Kerimoglu S, Hocaoglu C, Arvas L, Karacal N. Munchausen's syndrome: a rare self-mutilation syndrome. *Dermatol Surg* 2008;34:1288-1291.
10. Jaghab K, Skodnek KB, Padder TA. Munchausen's syndrome and other factitious disorders in children: cases series and literature review. *Psychiatry* 2006;3:46-55.
11. Tausche AK, H nsel S, Tausche K, Unger S, Schr der HE, Pietsch J. Case number 31: Nodular panniculitis as expression of Munchausen's syndrome(panniculitis artefacta) *Ann Rheum Dis* 2004;63:1195-1196.
12. Karnik AM, Farah S, Khadadah M, al-Duwaisan H, Denath FM. An unique case of Munchausen syndrome. *Br J Clin Pract* 1990;44:699-701.