

Bir “Munchausen By Proxy” Sendromu Olgusu: Tanılamada Yaşanan Güçlükler

A Case with Munchausen by Proxy Syndrome: Difficulties at Diagnose

Güven Seçkin KIRCI,^a
Nurşen TURAN YURTSEVER,^b
Hasan OKUMUŞ,^a
İsmail BİRİNCİOĞLU^a

^aAdli Tıp AD,
Karadeniz Teknik Üniversitesi
Tıp Fakültesi,
Trabzon

^bAdli Tıp AD,
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi,
İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 11.03.2015
Kabul Tarihi/Accepted: 04.11.2015

Yazışma Adresi/Correspondence:
Nurşen TURAN YURTSEVER
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Adli Tıp AD, İstanbul,
TÜRKİYE/TURKEY
nursenturan@yahoo.com

ÖZET Munchausen by proxy sendromu (MBPS); çocuğun korunması ve bakımı ile ilgilenen kişinin çocukta bir hastalık varmış gibi davranması ya da dışarıdan müdahaleler ile çocukta hastalık oluşturması sonucu görülen nadir bir sendromdur. Defalarca hastaneye getirilen çocuğa tanı amaçlı birçok riskli invaziv işlemler yapılmakta, ancak çoğu kez bir sonuç elde edilememektedir. Bu çalışmada, MBPS'ye ilişkin tanı ve izlem esnasında karşılaşılan sorunların ve çözüm önerilerinin tartışılması amaçlanmıştır. Dört yaşındaki kız çocuğu, uykuya meyil ve nöbet geçirme şikâyetleri ile hastanenin pediatri servisine yatırılmıştır. İdrar toksikoloji panelinde trisiklik antidepresan ve benzodiazepin grubu ilaçlara rastlanması üzerine, adli tıp polikliniğinden konsültasyon istenmiştir. Küçükğün mevcut bulguları MBPS olarak değerlendirilerek adli ve sosyal bildirim yapılmıştır. Ancak, üç ay sonra küçük aynı şikâyetler ile yeniden hastaneye getirilmiştir. MBPS, tanı konulması ve izlenmesinin oldukça zor bir sendromdur. MBPS ile karşılaştığını düşünen klinisyenler, bir adli tıp uzmanından konuya ilişkin destek almalıdır.

Anahtar Kelimeler: Munchausen sendromu (vekil vasıtasıyla hastalık); çocuk istismarı; zehirlenme; adli tıp; önleme ve kontrol

ABSTRACT In Munchausen by proxy syndrome (MBPS), caretaker of child behaves as if child has been diseased or she/he may induce child diseased by external intervention (mostly intoxication, medication). Any diagnose for these children can not be obtained although many risky invasive interferences were undertaken to diagnose the cause. In presentation of this case; we aimed to stand out difficulties in MBPS during diagnose and follow up and to discuss action research. Four years old girl was attended to the hospital with complaints of permanently sleepy mood and seizure and then hospitalized at pediatric service. When tricyclic antidepressant and benzodiazepine group drugs was detected at her urine toxicological screening, The forensic medicine consultation was asked. Her findings were evaluated as MBPS and noticed to the legal and social institutions by the forensic medicine department. Finally, the child was brought to the hospital with the same complaints after three months. To diagnose and to prove MBPS is difficult issue. When clinicians are thinking confronted with a case of MBPS, they must consult the case with the forensic medicine specialist and notice the case to the legal authority.

Key Words: Munchausen syndrome by proxy; child abuse; poisoning; forensic medicine; prevention & control

Türkiye Klinikleri J Foren Med 2015;12(2):51-5

Çocuk istismarı ve ihmali, çocuğa yönelik kaza dışı her türlü “şiddet”i içermektedir. Fiziksel, cinsel ve duygusal olmak üzere üç ana başlıkta incelenen çocuk istismarı ve ihmali, dünyada ve Türkiye’de uzun yıllardır var olan, sık rastlanan toplumsal bir sorundur. Türkiye’de fiziksel istismar sıklığının, %30-54 arasında olduğu bildirilmiştir.¹ Son yıl-

larda konuya yönelik toplumsal farkındalığın artması ve konuyla ilgili düzenlenen uluslararası ve ulusal çalışmalarla çocuk istismarı ve ihmaline maruz kalan çocukların tespitinde artış görülmektedir.

Çocuk istismar ve ihmali [Munchausen by proxy sendromu (MBPS)] ise çocuk istismarının özel bir formu olup, çok daha nadir rastlanan bir durumdur.² MBPS'nin ülkemizde görülme sıklığı ile ilgili literatür bilgisine ulaşılamamış, literatürde olgu sunumları şeklinde birkaç vaka bildirilmiştir.^{3,4} Dünyada sıklık 100.000 çocukta 2,8 olarak saptanmıştır.⁵

MBPS'de çocuğun korunması ve bakımı ile ilgilenen kişi, çocukta bir hastalık varmış gibi davranmakta ya da dışarıdan müdahaleler ile çocukta hastalık oluşturmaktadır. Benzer şikâyetler ile defalarca hastaneye getirilen çocuğa tanı amaçlı birçok riskli invaziv işlem yapılmakta, ancak çoğu kez bir sonuç elde edilememektedir.

İlk kez 1977 yılında Roy Meadow tarafından tanımlanan bu sendromda, çocuğun bakımından sorumlu olan kişilerde çocukta hastalık belirtileri ortaya çıkarmak için çocuğa zarar vermektedirler. En sık kullandıkları yöntem ilaçla zehirlenme olup, en sık kullanılan ilaçlar arasında birinci sıklıkta antikonvülsanlar, ikinci sıklıkta ise opioidler gelmektedir.^{6,7} Ancak çocuğu ilaçla zehirlenme dışında literatürde birçok farklı yöntem bildirilmiştir. Çocuğun bezini değiştirmemek için ya da enürezisli çocuğa sıvı kısıtlaması uygulayarak çocukta ciddi dehidratasyon bulguları ortaya çıkmasına neden olan ebeveynlerin yanı sıra tekrarlayan hipoglisemi ataklarının çocuğa dışarıdan insülin verilmesi sonucu olduğunun anlaşıldığı vakalar da literatürde mevcuttur.⁸ MBPS'de ebeveyn; yaşadığı sosyal çevrenin içinde sekonder kazanç elde etmek, kendini hastaneye kabul ettirmek, dikkat çekmek gibi nedenlerden ötürü, bakımından sorumlu olduğu çocukta çok çeşitli hastalık belirtileri olduğunu iddia etmekte veya hastalığa neden olmaktadır.⁶ Yapılan bir çalışmada; MBPS'de failin %85 oranında anne olduğu ve diğer kardeşlerin de fiziksel istismara maruz kalma oranının normal popülasyona göre sıklığının artmış olduğu bulunmuştur.⁷ MBPS'ye

maruz kalan çocukların aileleri incelendiğinde; ebeveynlerin benzer rahatsızlıkları kendilerinde ya da çevrelerinde gördükleri, bu ailelerde babanın sıklıkla aile dışında ya da aile ile ilgisiz ve aile ortamının kalabalık olduğu saptanmıştır.^{7,9} Yapılan bir başka çalışmada, bu sendrom ile istismara maruz kalan çocukların çoğunluğunun beş yaşın altında, ortalama tanı yaşının ise 3,25 yıl olduğu bu sendroma maruz kalan çocuklarda mortalite oranının ise %9-10 arasında bulunduğu bildirilmiştir.¹⁰

Bu çalışmada, MBPS'ye ilişkin tanı ve izlem esnasında karşılaşılan sorunlara dikkat çekilmesi ve çözüm önerilerinin tartışılması amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU

2013 yılında uykuya meyil ve nöbet geçirme şikâyetleri ile hastanemiz acil servisine ailesi tarafından getirilen dört yaşındaki kız çocuğu, nöbet ve epilepsi ön tanıları ile pediatri servisine sevk edilmiştir. Pediatri servisinde takip ve tedavisi devam ederken, enzimatik yöntemle toksikolojik incelemesinde idrarda trisiklik antidepressanlar ve benzo-diazepin grubu ilaçların müspet olması nedeni ile adli tıp ana bilim dalından konsültasyon istenmiştir.

Adli tıp ana bilim dalı tarafından yapılan muayenesinde, yaşına uygun gelişim gösteren, sorulara amacına uygun yanıtlar veren olgunun aşırı hareketli ve hiperaktif olduğu gözlenmiştir. Küçüğün yapılan beden muayenesinde herhangi bir travmatik lezyon saptanmamıştır.

Küçüğün annesi, yapılan görüşmede; olgunun üç üvey kardeşi ile birlikte bir öz ablasının daha evde bulunduğunu, ilki geçen yıl olmak üzere şimdiye kadar olgunun üç kez bayılma, şuur kaybı nedeni ile hastaneye getirildiğini, bir önceki hastane başvurularında yoğun bakıma ihtiyaç duyulduğunu ve olgunun başka bir hastaneye sevk edildiğini, ancak kendilerinin kabul etmeyerek olguyu hastaneden çıkardıklarını, olgunun çok yaramaz olduğunu ve son zamanlarda 15 saate yakın uyuduğu, zaman zaman uykusundan korkarak uyandığını ve kafasını duvara çarptığını ifade etmiştir.

Olgunun tıbbi öz geçmişinde; 23 yaşındaki annenin ikinci çocuğu olarak sezaryen ile komplikas-

yonsuz, miadında ve 3.000 g ağırlığında dünyaya geldiği, doğumdan iki ay kadar sonra vücudunda iz bırakarak iyileşen kaşıntılı deri döküntüleri bulunması nedeni ile hastaneye getirildiği, yapılan cilt biyopsilerinde inkontinensia pigmenta tanısı konulduğu, dokuz aylık iken afebril konvülsiyon nedeni ile bir kez hastaneye yatırıldığı, ensefalit ön tanısı ile takip edildiği, ancak beyin omurilik sıvısında üreme olmaması ve kliniğinin hastane yatışında düzelmesi nedeni ile taburcu edildiği, daha sonra şuur kapanması, uykuya meyil ile üç kez daha hastaneye getirildiği, karbamazepin süspanسیونu kullanıldığı, iki kez lomber ponksiyon, iki kez beyin manyetik rezonans görüntüleme (MRG), iki kez elektroensefalografi (EEG), metabolik sendrom taramalarına ilişkin tetkikler, bir kez beyin bilgisayarlı tomografi (BT), bir kez elektromiyelografi (EMG) yapıldığı, tüm tetkik ve grafiler beraberinde servis takiplerinde olgunun başvurma klinik bulgularını açıklar bir klinik tanı konulmadığı, ancak afebril konvülsiyon nedeni ile dokuz aylıktan itibaren profilaktik olarak karbamazepin (Tegretol) kullandığı öğrenildi.

Hastane sağlık personelinde; annenin psikiyatri polikliniğine başvurusu olduğu, majör depresyon tanısı ile psikiyatrik ilaçlar (Prozac, Ativan tb) kullandığı, olgunun servis yatışlarında annenin hastaneden hiç ayrılmadığı öğrenildi.

Servis takiplerinde, servis çalışanları ve servis doktorundan; annenin olgu ile ilgilenmediği, hekimlerin iki kez olguyu hastane bahçesinde yalnız dolaşırken bularak servise getirdikleri, olgunun hastane başvuru şikâyetlerinin, hastane yatışları ile her defasında düzeldiği öğrenildi. Anneye olgunun idrarında saptanan antidepresan maddenin olgunun tedavisindeki ilaçlar içinde bulunmadığı, kendi kullandığı ilaçların metabolitleri ile olgunun idrarında saptanan maddenin benzer olduğunun anlaşıldığı söylendiğinde; anne, bu ilacı olguya kendisinin vermediğini, bir başkasının vermiş olabileceğini ifade etti.

Anamnez, klinik ve toksik inceleme bulguları ışığında olguya; ana bilim dalımızca MBPS ön tanısı konuldu ve raporu düzenlenerek Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Trabzon İl Sosyal Hizmetler

Müdürlüğü ile adli birimlere (savcılık) bildirim yapıldı.

Ancak, iki ay sonra olgu tekrar şuurunun kapalı olması ve ağzından köpük gelmesi nedeni ile hastane aciline getirildi. İdrar toksikoloji panelinde yeniden benzodiazepin ve antidepresanlar saptanması üzerine, aynı gün Cumhuriyet Savcılığına adli bildirim yapılarak olgudan yeniden kan alındı ve Adli Tıp Kurumu Trabzon Grup Başkanlığı Kimya İhtisas Dairesi'ne gönderildi. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Trabzon İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğüne yazılı (faks ile) bilgilendirme yapıldı ve ayrıca uzmanlarla da telefonla görüşüldü. Adli Tıp Kurumu Trabzon Grup Başkanlığı Kimya İhtisas Dairesi'nden gelen sonuçlar doğrultusunda olgunun gönderilen kan örneği GC-MS yöntemi ile analiz edildiğinde, fenitoin, karbamazepin, doksilamin ve nortriptilin maddelerine rastlandığı, kan numunesinden saptanan nortriptilin maddesinin olgunun tedavi sürecinde kullanılan ilaçlardan herhangi biri olmadığı öğrenildi.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Trabzon İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğüne yapılan ikinci sosyal bildirim sonrası, Sosyal hizmet uzmanının bir kez ev ziyareti yaptığı, sosyal inceleme raporunda; evin kalabalık ve annenin huzursuz olduğunun saptandığı, annenin aile içi sorunlar nedeni ile evden ayrılmak istediği, babanın ilgisizliğinden yakındığı, psikiyatrik ilaçlar kullandığı, bu nedenle sosyal inceleme önerilerinde, çocuğun anneden ayrılmayarak sosyal ve tıbbi destek ve bir miktar nakdi yardım verilmesi kararı alındığı bildirildi.

30.09.2013 tarihli Trabzon Çocuk Mahkemesi'nin aldığı kararda; olgu hakkında düzenlenen sosyal inceleme raporuna göre, anne ile çocuk arasında bağıllık düzeyinin yüksek olduğu, anne-çocuk ilişkisi göz önünde bulundurulduğunda, çocuğun annesinden ayrılmaması gerektiğinin düşünülmesi, çocuğun kurum bakımını gerektirecek herhangi bir tedbir kararına gerek olmadığı, ancak küçük hakkında sağlık ve danışmanlık tedbiri uygulanması gerektiğinin belirtildiği cihetle, küçüğe sağlık ve danışmanlık tedbiri uygulanmasına hüküm verilmiştir.

TARTIŞMA

MBPS, tanı konulması ve ispatlanması oldukça zor bir sendromdur. Hastaneye başvuran MBPS olgularının hemen hemen tamamı, çocuk sağlığı ve hastalıkları klinik/servislerinde tekrarlayan yatışlarla izlem altına alınan, tüm tetkik ve incelemeler yapıldıktan sonra tanı konulamayan olgulardır.

MBPS tanısı, bir klinisyenin son ayırıcı tanı olarak MBPS'yi düşünmesi, ebeveynin veya bakıcının çocuğa zarar verdiğine rastlantısal tanık olunması veya çocuğun tıbbi gidişatının ölümlü sonuçlanarak adli olgu hâline gelmesi ile mümkün olmaktadır. Geciken MBPS tanısı, sağlık hizmetlerinde önemli maddi ve iş gücü sarfi, çocuğun psikolojik ve fiziksel olarak zarar görmesi ve hatta çocuğun ölümü ile sonuçlanmaktadır. Bu nedenle çocuk sağlığı ile ilgili çalışan tüm sağlık personeli konu ile ilgili bilgilendirilmeli, ayırıcı tanı, çocuğun ayaktan ve yatış takiplerinde MBPS ile ilgili olabilecek tüm veriler açısından dikkatli ve gözlemci olmalıdır. MBPS ile karşılaştığını düşünen klinisyenler, bir adli tıp uzmanından konuya ilişkin destek almalı ve vakayı mutlak suretle adli birimlere bildirmelidir.

MBPS'de, tanı konulmaması veya şüphelenilen olgularda bildirim yapılmaması, adli bildirimde bulunulan olguların mahkeme sürecinde sonuçsuz kalması olguların sıklığının belirlenmesini engellemektedir. Vakaların birçoğunda, olgunun hasta olduğu yönünde bir iddia ile hastaneye başvurulmaktadır. Failin faaliyetleri, çocuğun tetkik örneklerinde sahte hastalık belirtileri oluşturma yönünde değişiklik yapma veya zehirleme, boğma gibi çocuğa fiziksel zarar verme şeklinde olabilir.¹¹ Bizim olgumuzdaki hastalık belirtilerinin, çocuğa yüksek doz trisiklik antidepresan bir madde verilmesi ile oluştuğu yönünde karara varılmıştır. Ancak gerek tanı konmasının gecikmesi, gerekse mahkeme aşamasında yeterli inceleme yapılamaması nedeni ile, olguya toksik ilaç maddesinin kimin uyguladığı konusu aydınlatılamamıştır. Failin belirlenmemiş olmasının, gelecekte olguya güvenlik açısından risk oluşturacağı açıkça ortadadır.

Hastaneye başvuran şüpheli MBPS vakalarında, olgunun çevresinde zarar verme riski bulunan tüm kişilerin yanından uzaklaştırılması,

mümkünse olgunun odasına bir kamera yerleştirilmesi şüpheli aydınlatmak üzere önemlidir. Ancak, birçok olguda olduğu üzere failinin zararı suçüstü veya tanıkla kanıtlanamazsa, multidisipliner bir çocuk koruma ekibinin alacağı gerekçeli sosyal ve adli bildirim kararı, sosyal inceleme ve savcılık soruşturmasını başlatmak için önemli olacaktır.

Olgumuzun idrar ve kan örneklerinde benzo-diazepin ve trisiklik antidepresan maddeler saptanmıştır. Toksikoloji panelinde saptanan maddelerin, çocuğa tedavi süresince uygulanan ilaçlardan herhangi birinin metaboliti olabileceği düşünülmüştür. Tedavide kullanılan karbamazepin madde metabolitleri kan ve idrarda saptanmıştır. Ancak, olgunun idrarında saptanan trisiklik antidepresan madde tedavi ile ilgili bulunmamıştır. Literatürü incelediğimizde, karbamazepin maddesinin kanda trisiklik antidepresan ile çapraz reaksiyon vererek yanlış pozitiflik oluşturduğuna dair yayınlar bulunmaktadır. Ancak, idrarda yalancı pozitiflik reaksiyonuna dair herhangi bir bilgi bulunmamaktadır. Annenin çocuğunun aşırı yaramaz olduğu yönündeki anamnezi, acile tekrarlayan bir şekilde nöbet geçirme ve aşırı uyuma şikâyetleri ile getirilmesi, annenin kullandığı antidepresan madde ile çocuğun idrarında saptanan madde arasında benzerlik ve hastalık bulgularının hastane takipleri ile düzelenek ilaç metabolitlerinin idrarda saptanmaması çocuğa hastane dışında tedavi amaçlı olmayan antidepresan içerikli bir madde uygulandığını desteklemektedir.^{12,13} Nitekim çocuğun şuuru kapalı bir şekilde ve nöbet şikâyetleri ile yapılan acile son başvurusunda, bir tüp kan alınmış ve savcılık vasıtasıyla Adli Tıp Kurumu Trabzon Grup Başkanlığı Kimya İhtisas Dairesi'ne inceleme için gönderilmiştir. Olgunun kan örneği GC-MS yöntemi ile analiz edildiğinde, fenitoin, karbamazepin, doksilamin ve nortriptilin maddeleri saptanmıştır. Kan numunesinden saptanan nortriptilin maddesinin çocuğun tedavi sürecinde kullanılan ilaçlar ile içerik madde olarak herhangi bir benzerliği bulunamamıştır. GC-MS yöntemi ile kan ve idrarda yapılan incelemeler diğer yöntemlere göre hem geniş spektrumda madde incelenebilmesi hem de güvenilirlik açısından oldukça spesifiktir.¹⁴ Birçok hastanede olduğu üzere, üniversite hastanemizde madde incelemelerinin GC-MS gibi yüksek derecede spesifik inceleme

ile yapılamaması nedeni ile MBPS tanısı koymamız gecikmiştir. Ayrıca, olgu adli tıp polikliniğine bildirildiğinde, olgunun ilk gelişinde alınan kan örnekleri ertesi gün laboratuvar tarafından imha edilmiştir. Birçok hastane laboratuvarında adli olgu dışındaki kan örnekleri kısa zaman içinde rutin olarak imha edilmektedir. Bizim olgumuzda da acilde MBPS açısından değerlendirilme ve adli tıp konsültasyonu istenmesi geciktiğinden tedavi öncesi kan numuneleri saklanmamıştır. Toksik madde için delil olabilecek kan örneklerinin ise olgu tedavi ediliyorken alınmış olması kan ve idrar örneklerine delil olarak güvenirliliği azaltmıştır. Delil örneklerinin geç alınması, maddenin yanlış negatif bulunması veya yeterli miktarda bulunmaması nedeni ile bazı olgularda madde saptanamamaktadır. Bu nedenle, adli olgularda, delil niteliğinde örnekler spesifik yöntemlerle ikinci kez incelenmelidir. Acillerde özellikle adli olgulardan alınan kan ve idrar örneklerinin delil olarak kullanılabilmesi için uygun bir şekilde saklanması ve güvenli bir şekilde adli birimlere gönderilmesi gerekmektedir.¹⁵

Olgumuzun tekrarlayan yatışlarında Aile Politikalar ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğüne bildirim yapılmıştır. Ayrıca, hastane polisi aracılığı ile savcılığa adli olgu bildirim yapılmıştır. İlk sosyal bildirimde, sosyal hizmet uzmanı ev ziyareti yaparak aile ile görüşmüş ve bulgular kısmında belirtildiği gibi sosyal inceleme raporu düzenlenmiştir.

Ancak, birkaç ay sonra olgunun acile tekrar aynı şikâyetlerle gelmesi üzerine savcılık makamıyla telefonla görüşülerek olgu bildirilmiştir. İlerleyen dönemlerde sadece sağlık tedbirinin alınması (aylık kan örneklerinin incelenmesi), koruma tedbirinin alınmaması olgunun aileden uzakta gözlem altına alınmasını engellemiştir. Nitekim olgu, daha sonraki tarihlerde acile aynı şikâyetlerle getirilmiştir. MBPS şüphesi olan olgularda kesin tanı konulmasa da çocuk, aile ve bakıcısından uzaklaştırılarak koruma altına alınmalıdır. Böylece koruma altında olan çocukta, hastalık belirti ve bulgularının tekrarlamaması hâlinde MBPS tanısı kesinleşirken, korumaya rağmen devam eden bulgular durumunda MBPS tanısından uzaklaşmaktadır. MBPS tanısı düşünülen çocukların koruma altına alınması hem tanı için zorunludur, hem de çocuğun tekrar fiziksel zarar görmesini önleyecektir. Bu nedenle MBPS saptanan çocukların adli bildirim sonrası takiplerinin yapılması, sağlık kuruluşlarında koruma ve izlem ekiplerinin oluşturulması gerekmektedir.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına bağlı il müdürlükleri ile bu merkezlerde görev yapan uzmanların, fiziksel istismara maruz kalan çocukların korunması ve her türlü ihtiyaçlarının karşılanmasında hızlı ve etkin faaliyet göstermesi, çocukların zarar gördüğü çevreden uzaklaşmasını sağlarken, adli karar mekanizmasının işlemesi ve çocuğun korunması açısından kilit rol oynayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Dağlı ET, İnanıcı MA. [Hastane Temelli Çocuk Koruma Merkezleri İçin Başvuru Kitabı: İhmal ve İstismara Uğrayan Çocuğa Bütüncül Yaklaşım]. [A Practical Book for Hospital Based Child Protection Centers: Comprehensive Approach to Children with Child Abuse and Neglect]. 1. Baskı. Ankara: Fersa Ofset Matbaacılık; 2011. p.32-61.
2. Stirling J Jr; American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Beyond munchausen syndrome by proxy: identification and treatment of child abuse in a medical setting. *Pediatrics* 2007;119(5):1026-30.
3. Asma S, Erdoğlan AF. [A case of Munchausen syndrome admitting with hemorrhage]. *TAF Prev Med Bull* 2009;8(4):365-7.
4. Çakı Kılıç S, Bütün C, Yücel Beyaztaş F, Özen B, Tuncer Şahin RT, Çağla FF. [A case of Munchausen syndrome by proxy presenting with epistaxis]. *Turk Arch Ped* 2011;47(3):228-9.
5. [Fabricated or Induced Illness by Carers]. Report of The Working Party of Royal College of Paediatrics and Child Health, Registered Charity:1057744. London: 2002. p.1-93.
6. Polat O. [Child abuse of all aspects]. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı. 1. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2007. p.275-91.
7. McClure RJ, Davis PM, Meadow SR, Sibert JR. Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Arch Dis Child* 1996;75(1):57-61.
8. Giurgea I, Ulinski T, Touati G, Sempaux C, Mochel F, Brunelle F, et al. Factitious hyperinsulinism leading to pancreatectomy: severe forms of Munchausen syndrome by proxy. *Pediatrics* 2005;116(1):145-8.
9. Squires JE, Squires RH Jr. Munchausen syndrome by proxy: ongoing clinical challenges. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2010;51(3):248-53.
10. Hancı İH, Eşiyok B. [Munchausen by proxy syndrome: acting disease]. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2000;10(5):1-7.
11. Yalındağ-Öztürk N, Erkek N, Şirinoğlu MB. Think again: first do no harm: a case of Munchausen syndrome by proxy. *Pediatr Emerg Care* 2015;31(10):720-1.
12. Saidinejad M, Law T, Ewald MB. Interference by carbamazepine and oxcarbazepine with serum-and urine-screening assay for tricyclic antidepressants. *Pediatrics* 2007;120(3):504-9.
13. Labrosse KR, McCoy HG. Reliability of antidepressant assays: a reference laboratory perspective on antidepressant monitoring. *Clin Chem* 1988;34(5):859-62.
14. Gros M, Petrović M, Barceló D. Development of a multi-residue analytical methodology based on lipid chromatography-tandem mass spectrometry (LC-MS/MS) for screening and trace level determination of pharmaceutical in surface and wastewaters. *Talanta* 2006;70(4):678-90.
15. Küme T, Can İÖ, Tümer AR. [Medicolegal sample procedures in clinical laboratories]. *Türk Klinik Biyokimya Derg* 2009;7(3):101-13.