

Bir Munchausen Sendromu Olgusu

A CASE WITH MUNCHAUSEN SYNDROME BY PROXY

Cem Hasan RAZİ*, Gülşen KÖSE**, Arzu Yazal ERDEM***

* Uz.Dr., Ankara Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesi Pediatri Uzmanı

** Doç.Dr., Ankara Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesi Klinik Şefi

***Asis.Dr., Ankara Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesi Pediatri Asistanı, ANKARA

Özet

Munchausen sendromu, çocuk tacizinin ciddi bir formudur. Bu makalede bu sendroma dikkat çekmek amacıyla, turuncu renkli kusma yakınması nedeniyle başvuran ve Munchausen sendromu tanısı konan bir olguyu sunduk.

İki aylık kız hasta turuncu renkli kusma ve turuncu renkli idrar yapma yakınmaları ile hastaneye yatırıldı. Yapılan tetkikler normal bulundu. Taburcu olduktan on gün sonra turuncu renkli kusmaları yeniden başlayan ve ensefalopati tablosunda tekrar başvuran hasta, ikinci kere yatırıldı. İzleminde turuncu renkli kusmaları devam etti. İkinci kere yattığında tekrarlanan tetkiklerin de hepsi normal bulunan hastanın, turuncu kustuğu bir anda ağzında turuncu renkli kuru boya bulundu ve hastaya Munchausen Sendromu tanısı kondu.

Tekrarlayan şekilde hastaneye başvuran ve yapılan tetkiklere rağmen tanı konamayan olgularda, bu sendromun ayırıcı tanıda değerlendirilmesi uygun olur.

Anahtar Kelimeler: Munchausen Sendromu, Çocukluk çağı

Türkiye Klinikleri J Pediatr 2004, 13:163-167

Summary

Munchausen syndrome is a severe form of child abuse. This article is presented to pay attention to Munchausen syndrome in a child with orange-coloured vomitus.

A two-month old girl was hospitalized with orange colour vomitus and urine. The laboratory work-up did not reveal any pathology. Ten days after discharge, she was rehospitalized upon the recurrence of her orange colour vomitus together with findings of ansephalopathy. Her repeated laboratory work-up was normal. During her hospital stay, her orange colour vomiting continued. With the detection of an orange coloured crayon in her mouth coincidentally with one episode of vomiting, the patient was diagnosed Munchausen Syndrome by Proxy.

In cases with recurrent hospital admission in whom no apparent disease is diagnosed, Munchausen syndrome should be among the differential diagnosis.

Key Words: Munchausen Syndrome by Proxy, Childhood

Munchausen sendromu (MS), hastalık semptom ve belirtilerinin ebeveyn tarafından oluşturulduğu çocuk tacizinin ciddi bir formudur (1-4). MS yapay olarak oluşturulan hastalıkların %10'undan azını oluşturur (5). Genellikle ilk 8 yaşta ve en sık olarak 4 yaş altında görülür (2,6) ve 1 yaş altında yıllık insidansı 2,8/100.000 dir (3). Bu makalede, turuncu renkli idrar ve turuncu renkli kusma yakınması nedeniyle hastanemize başvuran bir MS olgusu sunduk.

Olgu Sunumu

İki aylık kız hasta, turuncu renkli idrar ve turuncu renkli kusma yakınması ile hastanemize sevk edildi. Doğumdan sonra ilk 23 gün hiçbir

yakınması olmayan hasta, kusma ve kasılma yakınması ile mahallinde bir hastaneye başvurmuş. Kusma ve kasılmaları bir hafta kadar devam etmiş. Hastanın kranial MRI'nda, sağ oksipital hornda hemoraji tespit edilmesi üzerine hastaya 10 mg/kg yükleme dozunu takiben 5 mg/kg idame dozunda difenilhidantoin tedavisi başlanmış. Beş günlük izleminde turuncu renkli kusma ve turuncu renkli idrar yakınması başlayan hastada nedeni bulmak amacı ile yapılan tüm tetkikler normal bulunmuş. Bu yakınmaya difenilhidantoinin neden olabileceği düşünülerek kesilmiş ve 10 mg/kg yükleme dozunu takiben 5 mg/kg dozunda fenobarbital başlanmış. Yakınmalar devam ettiği için hasta porfiria ya da başka-

ca bir metabolik hastalık şüphesi ile hastanemize sevk edilmiş.

Hastanın yapılan ilk muayenesinde genel durum iyi, aktif, vital bulguları stabildi. Vücut ağırlığı: 4600gr (%25-50), baş çevresi: 38 cm (%25-50), boy:55 cm (%10-25) idi. Ön fontanel 2x2 cm, normal bombelikte ve tüm sistem muayeneleri doğaldı. Hastanın yapılan rutin laboratuvar incelemeleri normal sınırlarda idi (Tablo 1). Yenidoğan döneminde intrakranial kanama saptanmış olduğu için hastanın çekilen kranial MRI tetkiki normal bulundu. Yenidoğan dönemindeki kasılmalarının intrakranial kanamaya bağlı olabileceği düşünüldü ama hastanın mahallinde çekilen filmlerine ulaşamadığı ve gönderilen epikrizde ayrıntılı bilgi olmadığı için yenidoğan dönemindeki durum çok net olarak açıklanamadı. Hastanın 15 günlük izleminde 4 kez turuncu kusma ve turuncu renkli idrar yapma dışında bir problemi olmadı. Bu nedenle, turuncu renkli kusmaya yol açabilen nedenler yönünden hasta incelendi. Rifampisin idrar ve mide sıvılarını turuncuya boyayabileceği bilindiğinden, anne bu yönden sorgulandı. Çocuğun bu ilacı almadığı saptandı. Yapılan literatür incelemelerinde, turuncu renkli kusma ve turuncu renkli idrar belirtisine yol açan başka bir ilaç veya hastalık bulunamadı. Koyu sarı renkli idrara neden olan (konsantre idrar, safra pigmenti) ve kırmızı renkli idrara neden olan (kan, miyogloblin, hemoglobin, porfirin, böğürtlen, şeker pancarı, ürik asit) hastalık ve durumlar açısından da anne sorgulandı ve hasta tetkik edildi (Tablo 1). Tetkiklerin sonucunda pozitif bir bulguya rastlanmadı. Turuncu renkli kusma ve idrara neden olmasa bile, miyopati ve miyogloblinüriye neden olarak benzer bulgulara yol açabilen metabolik hastalıklar yönünden yapılan idrar ve kan aminoasit incelemeleri, tandem MS ve idrarda organik asit profili normal bulundu (Tablo 1). Yapılan tetkikler sonucunda hastadaki turuncu renkli kusma ve turuncu renkli idrarın etyolojisi açıklanamadı. Hastanın konvulziyonunun tekrarlamaması ve EEG'sinin normal olması nedeniyle yenidoğan döneminde başlanan fenobarbital kesildi. Genel durumu çok iyi seyreden, turuncu renkli kusma ve idrar çıkarma yakınması kaybolan ve

ayına uygun kilo alan hasta, kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

Hasta, taburcu olduktan 10 gün sonra sürekli uyuma ve turuncu renkli kusma yakınması ile tekrar başvurdu ve ansefalopati ön tanısı ile servise kabul edildi. Bir gün önce turuncu renkli kusmalarının tekrar başladığı öğrenildi. Hastanın ikinci yatışında, ilk yatışında yapılan tüm tetkikler tekrarlandı ve hepsi normal bulundu. Hastanın aşırı uyumasından şüphelenilerek bakılan serum fenobarbital düzeyi 49,5 µg/ml (normal değer: 15-40 µg/ml) bulundu. Hastanın fenobarbital kesilerek taburcu edilmiş olmasına rağmen, serum fenobarbital düzeyinin çok yüksek bulunması ve annenin ısrarla ilaç vermediğini söylemesi üzerine, anneden şüphelenilmeye başlandı. Bebeğin sadece anneye verildiğinde turuncu kusmaları oluyor, anneden ayrı kaldığı sürede bu yakınmasının tekrarlamıyor olması fark edildi. Annenin turuncu kustüğünü söylediği bir anda, bebeğin ağzında turuncu renkli kuru boya parçalarının bulunması üzerine klinik seyir de göz önüne alınarak, Munchausen sendromu tanısı düşünüldü.

Tartışma

Bir hastada Munchausen sendromundan şüphelenmek için aşağıdaki bulguların bir arada bulunması gereklidir (1,2,3,6,7,8).

1. Nedeni bulunamayan ısrar eden ve tekrarlayan hastalık.
2. Yakınma ve bulguların hasta ebeveynden uzaklaştırıldığında kaybolması.
3. Ebeveynin doktordan daha az endişeli olması.
4. Tekrarlayan hospitalizasyon ve tekrarlayan tetkikler.
5. Çok ağırlı bile olsa, çocuğa uygulanan klinik testlerden ebeveynin memnun olması.

Bizim hastamızda da nedeni bulunamayan ve ısrar eden turuncu renkli kusma ve idrar yapma şikayetinin olması, hastamızın şikayetinin yenidoğan döneminde ortaya çıkması ve aynı şikayet ile tekrarlayan şekilde hastaneye getirilmesi, tanı konamamasına rağmen annenin çok rahat ol-

Tablo 1. Hastanın ilk yatışındaki laboratuvar değerleri

Hemogram	Tam idrar tetkiki
Hb: 9,9 g/dl	Renk: Sarı
Htc: % 29	Reksiyon: Asit
Lökosit: 16100/mm ³	Dansite: 1015
Trombosit 549000/mm ³	Protein: (-)
MCV: 90,7/fL	Şeker: (-)
Retikülosit: % 1,5	Aseton: (-)
Biyokimyasal inceleme	Bilirubin: (-)
Kan şekeri: 81 mg/dl	İdrarda kan: (-)
Na: 133 mmol/L	Ürobilinojen: Normal
K: 5,5 mmol/L	Mikroskopi: 3-4 lökosit, 2-3 eritrosit.
CL: 107 mmol/L	Spesifik laboratuvar incelemeleri
Ca: 9,5 mg/dl	NH ₃ : 110 µgN/dl (Normali: 59-202 µgN/dl)
Fosfor: 6,7 mg/dl	İdrar kan aminoasitleri: Normal
ALP: 364 IU/L	Kan G6PD düzeyi: Normal
BUN: 15 mg/dl	İdrarda organik asit profili: Normal
Cr: 0,4 mg/dl	Tandem MS: Normal
Ürik asit: 4,7 mg/dl	İdrarda koproporfirin: 47,7 µg/L (Normali<60µg/L)
ALT: 40 IU/L	İdrarda üroporfirin: 8,3 µg/L (Normali<10 µg/L)
AST: 32 IU/L	HBs ag: (-)
TB: 0,6 mg/dl	Anti HBs (-)
DB: 0,2 mg/dl	Anti HCV: (-)
Albumin: 3,7 g/dl	Kan gazı: pH: 7,41
LDH: 580 IU/L	pO ₂ : 102 mmHg
Kolesterol: 154 mg/dl	pCO ₂ : 31,8 mmHg
TG: 102 mg/dl	HCO ₃ : 22,8 mmol/L
VLDL: 20 mg/dl	Görüntüleme tetkikleri
HDL: 57 mg/dl	Batın USG: Normal
LDL: 113 mg/dl	EEG: Normal
CPK: 75 U/L	Kranial MRI: Normal

ması, annenin bebeğin yanında olmadığı zamanlarda çocukta turuncu renkli kusma ve turuncu renkli idrar yapma şikayetinin olmaması nedeniyle Munchausen sendromundan şüphelenildi.

Bu sendromda, fail çocuğun hastalığı hakkında yanlış veya sahte bilgiler verir (8). Üstelik, ilaç veya çeşitli maddeler verme yoluyla çocuğu zehirleyerek (2,3,7,8) ya da havasız bırakarak (2,3,8,9, 10) hastalığı doğrudan oluşturur. Sheridan 451 olgu ve 154 makaleyi incelediği kapsamlı bir çalışmasında (6); vakaların %57,2'sinde failin semptomları doğrudan oluşturduğu ve %48,8'inde kurban hastanedeyken bile failin semptomları oluşurmaya devam ettiği saptanmıştır. Bizim hastamızda da anne çocuğa tekrarlayan şekilde turuncu renkli kuru boya yutturarak hastalığı doğrudan oluşturmuştu. Çocuk hastanede yattığı sürece de semptomlar devam etmişti. Bu, kurbanların hastanede yatarken ve tıbbi personelin gözetimindeyken bile güvende olmadıklarını göstermektedir.

Yapılan bir çalışmada, zehirlenmelerde en sık kullanılan ilaçların başta fenobarbital olmak üzere antikonvülzanlar olduğu bulunmuştur (3). Hastamızın ilk yatışında fenobarbitalin kesilmiş olmasına rağmen, taburcu olduktan on gün sonra ensafalopati tablosunda hastaneye tekrar getirilmesi ve serum fenobarbital düzeyinin çok yüksek bulunması nedeniyle, annenin çocuk taburcu edildikten sonra yüksek dozda fenobarbital vermek sureti ile çocuğu zehirlediği düşünüldü.

Genellikle failin anne olduğu bildirilmektedir (1,2,3,6,8,11-13). Sheridan'a göre, fail anne olduğunda kız ve erkek çocukların eşit oranda kurban olduğu, fail baba olduğunda ise, kurbanın çoğunlukla erkek çocuklar olduğu saptanmıştır (6).

Bu sendromun nedeni, oldukça karışıktır. Annenin dominant aile bireylerinin aşırı baskısı altında kalması ve evliliğindeki problemler nedeni ile yaşadığı ortamdaki uzaklaşmak istemesi, kendi önemini göstermek için çocuğunun hasta olmasının

gerekliliğine inanması, tıbbi personelle daha fazla vakit geçirmek istemesi ve kendisinin önemli bir birey olduğunu bizzat kendisine ispatlamak istemesi belli başlı nedenlerdir (8,14). Bu nedenler tek ya da birden fazla olarak ortaya çıkabilir. Hughes ve Corbo-Richert'in Munchausen derlemesinde (15); annelerin tıbbi personelin yakınında olmaktan hoşlandıklarını, tıbbi personelin anneyi benimseyip, iyi davranması ve onu ideal bir anne olarak görmesinin, kendilerini çocuğa tekrarlayan tacize devam konusunda motive ettiğini ve bu şekilde hastanede daha fazla vakit geçirme olanağı bulduklarını belirtmişlerdir.

Bizim olgumuzda da annenin çok kalabalık olan eşinin ailesi ile kalıyor olması, aile bireyleri nedeniyle aşırı baskı altında olması, bu nedenle evden uzaklaşmak istemesi ve çocuğu hasta olduğunda öneminin artıyor olması nedeniyle çocuğun hastalığını doğrudan uyardığı ve bu yolla ikincil bir kazanç elde ettiği düşünüldü. Hastamızın ilk kez kasılma yakınması ile 23 günlükken yatırıldığı hastanede turuncu renkli kusma ve idrar yapma yakınması ortaya çıkmıştı. Çocuğu hastanede iken annenin yaşadığı ortamdan uzak kalması ve tıbbi personelin kendisine karşı saygılı davranışlarından olumlu yönde etkilenmiş olabileceği ve çocuğun hastanede yatış süresini uzatmak için çocuğuna kuru boya verdiği düşünüldü. Bu durumda çocuğun uzun süre hastanede yattığını farkedenden annenin, elde ettiği ikincil kazancın sürekliliğini sağlamak için olayı tekrarladığı düşünüldü. Yine yapılan çalışmalarda, bu annelerin çoğunun, kendilerinin anne sevgisinden yoksun büyüdüğü, bu nedenle de doyurulmamış psikolojik ihtiyaçlarının olduğu bildirilmiştir (8,15). Ayrıca bu annelerin evliliklerinde de problemler ortaya çıkması olağandır (8,15). Psikolojik ihtiyaçları olan bu kişilerin, tıbbi personelin gösterdikleri ilgi, sevgi ve saygı ile ikincil kazanç sağladıkları bildirilmektedir (8,15).

Bu sendromun bir diğer önemli özelliği, kurbanın ailesi ile birlikte yaşamaya devam etmesi durumunda, tekrarlayan tacizlerin hatta ölümlerin olabilmesidir (2,3,4,11,13). Sheridan'ın çalışmasında Munchausen sendromunda mortalite oranı %6 olarak saptanmıştır (6). Bizim hastamız da, 23 günden itibaren, kasılmalar ve turuncu renkli kusmalar

nedeniyle tekrarlayan hastane yatışlarına maruz kalmıştır. Ayrıca, aileyle yaşamaya devam eden çocuklarda annenin davranış bozuklukları ve tekrarlayan tacizler çocukda psikososyal gelişim problemlerine, karışık duygusal bozukluklara ve okul fobisi, iletişim ve akademik problemlere neden olabilir (13,16).

Yapılan çalışmalarda, annelerin çoğunda psikiyatrik bozuklukların olduğu, en çok saptanan bozuklukların; kişilik bozukluğu, anksiyete ve depresyon olduğu bildirilmektedir (6,8,11). Olayın altında, psikolojik problemler olduğu için, tanı konduktan sonra konunun çocuk gelişim uzmanları ve psikiyatri uzmanları ile işbirliği içinde çözümüne ihtiyaç vardır (1,8,11). Bu nedenle, bizim hastamıza tanı konduktan sonra, çocuk ve erişkin ruh sağlığı uzmanları ile temasa geçildi. Psikiyatrik incelemede annede kişilik bozukluğu ve hafif depresyon saptandı. Bu sendrom, kişisel ve ailesel problemlerle beraber olduğu için aktif olarak tedavi edilmelidir. Ayrıca erken tanı ve aileye medikal tedavi verilmesini de içeren aktif müdahalenin (annedeki psikiyatrik bozukluğun tedavisi, bilişsel davranış tedavisi ve sistemik aile tedavisi) morbitide ve mortaliteyi önemli ölçüde azalttığı bildirilmiştir (4,11,13). Yapılan bir çalışmada, tedavi başladıktan sonra ailesi ile yaşamaya devam eden 13 hastanın sadece bir tanesinde olayın tekrarladığı ve bu nedenle, tedaviye başladıktan sonra bebeğin aileye verilebileceği ancak aile yapısı, çocuğun gelişimi ve ailenin psikososyal durumunun değerlendirilebilmesi için uzun süreli izlemin gerekli olduğu belirtilmektedir (11). Tüm bu problemler göz önüne alınarak, hastamızın sağlığı ve geleceği açısından babanın bilgilendirilmesine karar verildi. Anneye ilaç tedavisi başlandı. Anne ve babanın hastaneden ayrıldıktan sonra beraberce ve düzenli olarak yardım alabilecekleri bir psikiyatri uzmanı ile temas kurmaları sağlandı.

Sonuç olarak, Munchausen Sendromu tanısında gecikme; gereksiz ve zararlı olabilecek tetkik ve tedavilere, hatta ölüme neden olabilir. Erken tanı ve tedavi, hem erken hem de uzun dönemde gelişebilecek problemleri önleyebilir. Bu nedenle, başta çocuk uzmanları olmak üzere tüm hekimlerin, tekrarlayan şekilde hastaneye başvuran ve yapılan tetkiklere rağmen bir tanı konamayan olgularda bu sendromu ayırıcı tanıda değerlendirmeleri uygun olur.

KAYNAKLAR

1. Şahin F, Kuruoğlu A, Işık AF, Karacan E, Beyazova U. Munchausen syndrome by Proxy: a case report. Turk J Pediatr 2002; 44(4): 334-8.
2. Jones JG, Butler H, Hamilton B, Perdue JD, Stern HP, Eoody RC. Munchausen syndrome by Proksy. Child Abuse & Neglect 1986; 10: 33-40.
3. 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: 57-61.
4. Fulton DR. Early recognition of Munchausen Syndrome by Proxy. Crit Care Nurs Q 2000; 23(2): 35-42.
5. Reich P, Gottfried LA. Factitious disorders in a teaching hospital. Am Intern Med 1983; 99: 240-7.
6. Sheridan MS. The deceit continues: an updated literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. Child Abuse Negl 2003; 27: 431-51.
7. Meadow SR. Munchausen syndrome by Proxy. Arch Dis Child 1982; 57: 92-8.
8. Thomas K. Munchausen Syndrome by Proxy: Identification and Diagnosis. J Pediatr Nurs 2003; 18: 174-80.
9. Meadow SR. Factitious epilepsy. Lancet 1984; ii: 25-8.
10. Rosen CL, Frost JD, Bricker T, tamoe JD, Gillette PC, Dunlavy S. Two siblings with cardiorespiratory arrest: Munchausen syndrome by Proxy or child abuse? Pediatrics 1983; 71: 715-20.
11. Berg B, Jones DPH. Outcome of psychiatric intervention in factitious illness by Proxy (Munchausen's syndrome by Proxy). Arch Dis Child 1999; 81: 465-472.
12. Rosenberg DA. Munchausen Syndrome by Proxy: medical diagnostic criteria. Child Abuse Negl 2003; 27: 421-30.
13. Bools CN; Neale BA, Meadow SR. Follow up of victims of fabricated illness (Munchausen Syndrome by Proxy). Arch Dis Child 1993; 69: 625-630.
14. Nikol AR, Eccles M. Psychotherapy for Munchausen syndrome by Proxy. Arch Dis Child 1985; 60: 344-8.
15. Hughes LM, & Corbo-Richert B. Munchausen Syndrome by Proxy: Literature review and implications for critical care nurses. Crit Care Nurs 1999; 19: 71-7.
16. Mc Guire TL, Feldman MD. Psychologic morbidity of children subjected to Munchausen syndrome by Proxy. Pediatrics 1989; 83: 289-92.

Geliş Tarihi:08.05.2003

Yazışma Adresi: Dr.Cem Hasan RAZİ

Ankara Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesi
ANKARA