

# Dövülmüş Çocuk Sendromu (Olgu Sunumu)

BA TTERED CHILD SYNDROME

Doç.Dr.Resmiye ORAL\*, Uz.Dr.Şükrüye YAVUZ", Yard.Doç.Dr.Yusuf ERŞAHİN

- \* Dr.Behçet Uz Çocuk Hastanesi Çocuk Kliniği, İZMİR  
\*\* Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İZMİR  
\*\*\* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Nöro Cerrahi Kliniği, İZMİR

## ÖZET

Normal spontan doğmuş olup, 6 aya dek önemli bir sağlık sorunu olmayan erkek bebek, 30 cm yükseklikten düşme sonucu başlayan kusma ve konvülsiyonlar sonucu hastaneye yatırılmıştır. Akut subdural hematoma tanısı alan hastanın klinik bulguları semptomatik tedaviyle kontrol altına alınamayınca, Beyin Cerrahisi Kliniği'nde subdural-peritoneal şant konularak hidrosefali önlenmiştir. Danışma amacıyla başvuru, bebeğin "normal çocuk" izlemine yapan çocuk hastalıkları uzmanı, annenin, çocuğun klinik tablosuna beklenen duyarlılıkta tepki vermemesi sonucu fiziksel istismar kuşkusunu duymuştur. Anneyle ve ailenin yakın çevresiyle yapılan görüşmelerden sonra çocuğun anne tarafından fiziksel olarak sürekli istismar edildiği ve intrakranial kanamaya da annenin yol açtığı ortaya çıkarılarak, çocuk gelişen hidrosefali yüzünden beyin cerrahisi tarafından izleme, aile ise psikiyatrik tedaviye alınmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Dövülmüş çocuk, Subdural hematoma

**TKlin Pediatri 1994, 3:32-35**

Çocuk istismarı (Çİ) konusu 1940'lardan itibaren hastanelere yaralanmayla başvuran çocuklarda tek tük "Child maltreatment" olguları olarak bildirilirken, Dr.Henry Kempe tarafından 1962'de 447 çocukta yapılan çalışmayla [Battered Child Syndrome (BCS)] Dövülmüş

**Geliş Tarihi: 05.11.1993**

**Kabul Tarihi: 25.03.1994**

**Yazışma Adresi: Dr.Resmiye ORAL**

**Ali Çetinkaya Bulvarı 25/2  
Alsancak - İZMİR**

*Bu olgu 19-21 Nisan 1993'te Ankara'da yapılan Çocuk İstismarının ve İhmalinin Önlenmesi, Birinci Balkanlar, Kafkasya ve Ortadoğu Konferansı ile 24-27 Ekim 1993'te İzmir'de yapılan XXI. Uluslararası Pediatri Kongresi'nde sunulmuştur.*

## SUMMARY

A six month old male infant who had a normal spontaneous delivery was referred to the Pediatric Emergency Care Unit with continuous vomiting and loss of conscience followed by convulsions with a fall history from 30 cm high. Acute subdural hematoma was diagnosed. He had to be transferred to the Neurosurgery Department since his clinical status didn't improve by symptomatic treatment and a subdural-peritoneal shunt was surgically placed. His mother's insensitivity to her son's condition raised suspicion of physical child abuse when the mother talked with the family pediatrician about the incident. Interviews with the mother and family's friends revealed constant physical abuse and the mother as the perpetrator that caused the subdural hemorrhage. While the child has been followed up at the Neurosurgery Department, the family has been treated by a psychiatrist since then.

**Key Words:** Battered child, Subdural hematoma

**Anatolian J Pediatr 1994, 3:32-35**

Çocuk Sendromu tıp dünyasının gündemine yerleşmiştir (1). Aradan geçen 30 yıl içinde Çİ, fiziksel, cinsel ve duygusal istismar olarak ayrı ayrı incelenir hale gelmesinin yanısıra, bugün çocuk ihmali de bu alanda çalışanların mücadele ettiği toplumsal bir sorun olarak kabul edilmektedir (2).

Ülkemizde henüz bu konudaki duyarlılığın kamuoyunda olduğu kadar, tıp dünyasında da yeterince geliştiğini söylemek mümkün değildir. Çİ ve ihmali en azından çocuk hastalıkları, ortopedi, çocuk cerrahisi, beyin cerrahisi, fizik tedavi ve radyoloji uzmanlarının çok iyi bilmesi gereken bir konu olup, kaza yaralanmalarla kastî yaralanmalar arasındaki bulgu farklılıkları bu uzmanlıkların eğitim sürecinde öğretilmelidir.

Rastlantısal olarak saptanan bu olguyu, bu konudaki duyarlılık ve bilgi eksikliğimizi yansıtmaya açısından

ve fiziksel istismarla (Fİ) ilgili bulguları tartışabilmek için sunmayı uygun bulduk.

## OLGU

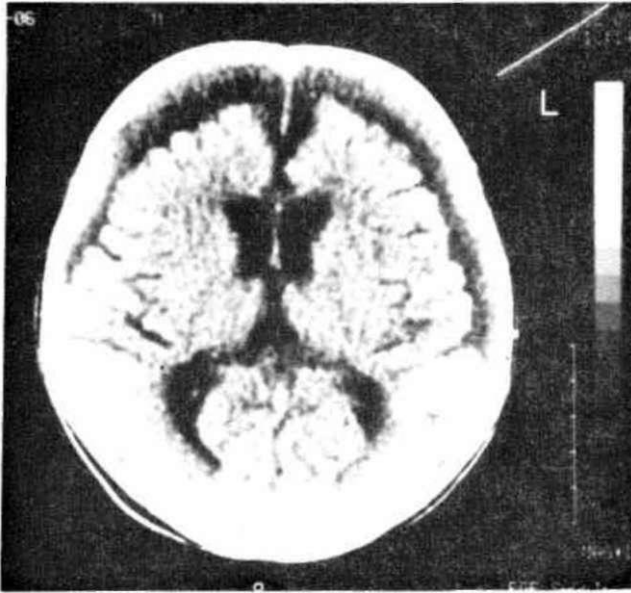
KD, 6 aylık erkek bebek, 3.2.1993 tarihinde Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Yoğun Bakım Ünitesine yatırıldı. Yatış yakınmaları, 30 cm yükseklikten düşme, kusma, bilinç bulanıklığı ve morarma olarak bildirildi.

**Özgeçmiş:** Vaginal yolla spontan olarak, 3000 Gm doğmuş. Doğumda kordon dolanması ve kısa süreli morarması olmuş. Motor-mental gelişimi normal seyretmiş. 3 ay önce de 1 m yükseklikten düşmüş, ancak sonrasında herhangi bir sorun ortaya çıkmamış.

Soygeçmişinde bir özellik saptanmadı.

**Fizik bakı:** Ağırlık 9100 Gm (75 persentil), boy 75 cm (97 persentil), baş çevresi 42.5 cm (10 persentil); kalp tepe atımı 86/dk, kan basıncı 115/80 mm/Hg; solunum sesleri normal. Her iki gözde sola deviasyon var; ön fontanel bombe ve pulsatil; bilinç açık; derin tendon refleksleri ++/+++; gözdzibi incelemesi normal bulundu.

**Laboratuvar:** Hematokrit %39, hemoglobin %12 Gm/dl, lökosit 19.000/mm<sup>3</sup>, trombosit 637.000/mm<sup>3</sup>, formül lökositlerde %70 parçalı, %30 lenfosit saptandı; rutin idrar incelemesi normal; kan elektrolitleri, karaciğer fonksiyon testleri, böbrek fonksiyon testleri normal bulundu; amonyak 44 Ü (100 Ü altı normal); protrombin ve aktive parsiyel tromboplastin zamanı normal idi; çekilen batin ultrasonografisi ve EEG normal bulundu; kranial ultrasonografide ventriküler normal olmasına karşın subdural effüzyon saptandı; BBT'de ise subdural hematoma belirlendi (Şekil 1); yapılan subdural ponksiyonda kanlı BOS sıvısı alınarak silme eritrosit saptandı.

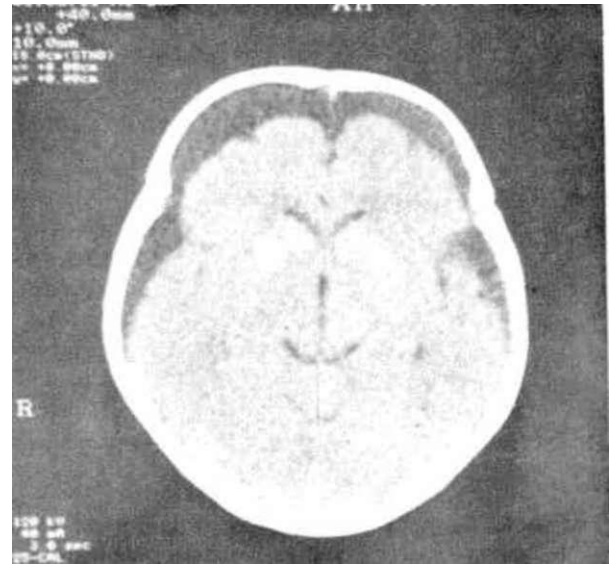


Şekil 1. 1.BBT'de subdural hematoma

Bu bulgularla olguya bilateral akut subdural hematoma tanısı kondu. Hastanın bazan sağa bazan sola lokalize konvülsiyonlarının başlaması nedeniyle fenobarbital ve fenitoin 5 mg/kg/gün dozda başlandı. Mannitol ve furosemidle antiödem tedavi uygulandı. Girişimler yüzünden ampisilin 100 mg/kg/gün, netilmisin 5 mg/kg/gün dozlarında 7 gün süreyle uygulandı. 5 gün süreyle, günde 2-3 kez konvülsiyon geçiren hastanın baş çevresi, gūnaşırı yapılan subdural ponksiyonlarla 140 ml hemorajik sıvı boşaltılmasına karşın 42.5 cm'den 46 cm'ye çıktı. Baş çevresinin büyümesi kontrol altına alınamadığı ve subdural kanama (SDK) durdurulmadığı için hasta 11.2.1993'te, yatışının 8.gününde E.Ü.Beyin Cerrahisi Kliniğine nakledilerek subdural aralığa yerleştirilen kanülle sürekli boşaltma uygulandı. Hasta böylece baş çevresi 43 cm'ye küçültülerek 17.2.1993'te taburcu edildi.

5.3.1993'te kontrole geldiğinde baş çevresinin yine 46 cm'ye çıktığı görülerek çekilen kontrol BBT'nin, bilateral kronik subdural hematoma (Şekil 2) ya da effüzyon şeklinde raporlanması üzerine olguya sağdan subdural-peritoneal rezervuarlı ünışant takılıp, yüksek basınçlı ksantokromik BOS boşaltıldı. Şu anda olgu E.Ü.Beyin Cerrahisi Kliniği tarafından izlenmektedir.

Olgunun Çİ olarak sunulunun öyküsü ise şöyle özetlenebilir: Anne çocuğunun hastaneye yatın (ışının ikinci gününde, konvülsiyonlar başladıktan sonra hastanın normal çocuk izlemine yapan doktorunu aradı. Ancak çocuktaki ağır komatöz tabloya karşın, annenin olayı anlatışı adeta hiç ilgi duymadığı bir çocuktan söz ediyormuş gibi bir duyarsızlık sergiliyordu. Bu "Güzel aldirmazlık" (La belle indifference), Çİ açısından ilk kuşku doğurdu ve derhal ailenin yakın çevresiyle ilişki kuruldu. Çocuğun istenmeyen bir gebelik sonucu doğduğu, annenin doğumdan beri çocuğu sürekli tartakladığı, zaman zaman yatağa, koltuğa fırlatırken yakalan-



Şekil 2. 2.BBT'de bilateral kronik subdural hematoma

diği ve sık sık yüzünde ekimozlar görüldüğü öğrenildi. Bu arada Beyin Cerrahisi Kliniğinde çocuğu izleyen hekim ve hemşire ekibi sıkı gözlem açısından uyarıldı, ikinci yatış sırasında annenin ağlayan çocuğu hırsla yatağa çarpışı görevli hemşire tarafından da gözlenince, tanımız kesinleşti. Bunu izleyerek ailenin dostlarının yardımıyla, annenin Psikiyatri Uzmanı ile görüşmesi sağlandı. Yapılan görüşmeler sonucunda ailenin ciddi evlilik sorunları olduğu ve incelemelerle annede organik patoloji olmadığı gösterildiği gibi psikometrik testlerle (Cümle tamamlama, resim çizme, Rorschach Kişilik testi gibi) psikopatoloji saptanmaya çalışıldı. DSM-III-R tanı kriterlerine göre, annede 1. eksen (geçici hastalık) "anksiyöz mood" ile uyum bozukluğu, 2. eksen (asıl psikopatoloji) "mixed personante" bozukluğu (borderline ve paranoid) olduğu ve 2.gelibek sırasında da kısa tepkisel psikoz geçirdiği saptandı.

Ç. anda hasta anne-babasıyla yaşamakta, ancak akrabaların desteği ile annenin çocukla tek başına ilişkisi engellenmekte ve anne psikoterapi görmektedir.

## TARTIŞMA

Olgumuzun seyrinden de görüldüğü gibi Çİ tanısı koyabilmenin ilk koşulu hekimin KUŞKULANMASıdır. Bu kuşku ne zaman duyulmalıdır?

- Çocuğun yaralanması ve genel durumu ile öykü arasında çelişki varsa,
- Çocuğun yaralanması Çİ için tipik ise,
- Çocuk ya da başkaları tarafından Çİ öyküsü veriliyorsa (3).

Bizim olgumuzda da öykü ile klinik tablo arasında uyumsuzluk olduğu gibi başkalarından da yoğun Çİ öyküsü elde edilmiştir. Zaten normal anatomik yapıya sahip bir çocukta 30 cm yükseklikten düşerek intrakraniyal kanama (İKK) pek olası değildir. Bizim hastamız da bir süre önce 1 m'den düşmüş, ama hiçbir sorun yaşamamıştır. Son yayınlar basit düşmelerin, ancak 100-120 cm'den daha yüksekten olması durumunda ağır İKK'lara yol açabileceğini göstermektedir (4).

Tanı koyabilmek için yaralanmaların mekaniğini iyi bilmek gerekir. Örneğin, İKK gelişmesi için ya aşırı yüksekten düşmek, aşırı sarsma ve trafik kazası, ya da hareketli ağır bir cismin şiddetle çarpması gibi kuvvetler gereklidir (3,4). Ayrıca çocuğun gelişim basamağına uygun kapasite ile kazanın uyumluluğu da araştırılmalıdır. 6 aylık bir çocuğun beşiğin kenarına tutunup, trabzandan düştüğü, ya da sıkça görüldüğü üzere 1.5 yaşındaki ablanın kardeşini merdivenden yuvarladığı belirtiliyorsa, derhal Çİ düşünülmalıdır (3).

Bir çocukta Fİ bulguları görüldüğünde, mutlaka hastaneye yatırılmalı; böylece hem incelemeler tamamlanmalı, hem de çocuk bir süre aileden ayrılarak gü-

venceye alınmalıdır (5). Fİ kuşkusu olan iki yaş altı her çocukta, tüm iskelet radyolojik olarak incelenmelidir. Ayrıca multipl fraktürleri olan olgularda mutlaka subdural kanama (SDK) araştırması yapılmalıdır (6). Fraktürlerde kallusun evresi (5-10. gün periostal yeni kemik oluşumu, 10-14. gün yumuşak kal, 14-21. gün sert kal) anamnezle karşılaştırılmalıdır (3).

Kasıtlı hasar %77 uzun kemiklerin diafizinde kırığa yol açar. Bir çalışmada 3 yaş altı çocuklardaki tüm uzun kemik kırıklarının %24'ünün Çİ'na bağlı olduğu saptanmıştır (7). Bir başka çalışmada 1 yaş altındaki femur kırıklarının %60'ı, bir diğerinde ise 3 yaş altı femur kırıklarının %31'i Çİ'na bağlı bulunmuştur (8,9). İngiltere'de 6 yıllık Acil Servis dosya taramasında 18 ay altı kırıkla başvuran her 8 çocuktan birinin Çİ kurbanı olduğu sonucuna varılmıştır (10). 9 aydan küçük bir çocukta başka travmatik belirtilerin de eşlik ettiği tüm diafiz kırıkları kasf kabul edilmelidir (6). Metafiz ve epifiz kırıkları ise ancak aşırı sarsma, hızlı akselerasyon-deselerasyon, torsiyon ya da dar bir alana şiddetli çarpma gibi kuvvetlerle oluşabileceği için öykü çelişkili ise Fİ için tipiktir (6).

Toraks yaralanmaları daha az görülmele birlikte, çoğu iki yaş altında görülüp özellikle önemli bir göğüs travması yoksa Çİ için tipiktir (10). Kot kırıkları resusitasyon sırasında bile kolay kolay oluşmazken, çocuğu göğüs kafesinden sertçe tutup sarsarken uygulanan kuvvetle oluşurlar. Daha büyük çocuklarda ise yumruk ya da tekme kot kırığına yol açabilir. Bir çalışmada 3 yaş altındaki kot kırıklarının %63'ü Çİ'na bağlı bulunup %42 mortalite saptanmıştır (11). Klavikula ve akromion kırıkları ise kolun aşırı traksiyonu gerektirip, Çİ için tipiktir (6). Küçük bebeklerdeki vertebra kırıkları da hiperfleksiyon-hiperekstansiyon kuvvetleriyle oluşan spesifik Fİ bulgusudur (11).

Kafa travmalarına gelince küçük çocuklarda İKK genellikle rotasyonel kuvvetlerle oluşur (aşağı yukarı hareketlerle sarsarak) (4). En sık kırık tipi lineer kırıklar, İKK tipi ise SDK'dır. SDK, sıklıkla subaraknoid kanama (SAK) ile tipiktir (6). BBT, İKK'ları belirlemede spesifik ve duyarlı bir yöntem olmakla birlikte, manyetik rezonans görüntüleme ile toplanan sıvının yaşı daha iyi belirlenebilir (6). İKK'ların Çİ'na bağlı olup olmadığını ayırmada retinal kanama varlığını araştırmak çok önemlidir. Trafik kazası dışı İKK'ıarda retina kanaması ya hiç ya da çok az görülürken, Çİ'na bağlı İKK'lardaki retinal kanama oranı iki ayrı çalışmada %37 ve %51 olarak saptanmıştır (4,11-13).

Diğer organ rüptürleri ve kanamaları, İKK'nın tersine daha çok 2 yaşın üstündeki çocuklarda Çİ'na bağlı olarak oluşur; daha nadir olmakla birlikte İKK ile birlikte mortaliteden sorumlu ikinci önemli nedendir (6).

Özet olarak Fİ için spesifik iskelet yaralanmaları, metafizoepifiziyel hasarlar, kot, klavikula, akromion kı-

rıkları, 9 aydan küçük, ek travmatik bulguların eşlik ettiği diafiz kırıkları, başka iskelet bulgularının ve/veya retina kanamasının eşlik ettiği İKK'lar, 1.5 yaşın altındaki spiral kırıklar olup, kuşkulandırıcı durumlar ise rastlantısal olarak saptanan kırıklar, yaş, motor kapasite ve öyküyle uyumsuz yaralanmalar, farklı odaklarda multipl kırıklar, farklı yaşlarda kırıklar ve iskelet/iskelet dışı yaralanmaların birlikte olmasıdır.

Klinisyenlere düşen görev, yukarıda sıralanan Çİ açısından yüklü bulgularla gelen olgularda öyküyü derinleştirmek, gerekirse çocuktan yalnız iken anamnez almak ya da aileyi tanıyan başka kişilerle de görüşmek olmalıdır. Kurumlara düşen görev ise bu konuda hekim ve hekim adaylarının bilgi düzeyini artırmak ve her hastanede bir Çİ tanı ekibinin oluşturulması için gerekli girişimlerde bulunmak olmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Kempe H. The Battered Child Syndrome. JAMA 1962; 181:1724.
2. Steele BF C. Henry Kempe Memorial Lecture. Child Abuse Negl 1987; 11(3):313-8.
3. Alexander RC. Education of the Physician in Child Abuse. Ped Clin North Am 1990; 37(4):971-86.
4. Duhaime AC, Alario AJ, Lewander WJ. Head injury in very young children: Mechanisms, injury types and ophthalmologic findings in 100 hospitalized patient younger than 2 years of age. Pediatrics 1992; 90:179-85.
5. Lynch M. Çocuk İstismarının ve İhmalinin Önlenmesi. Çocuk istismarı ve ihmali. İn: Konanç E, Gürkaynak I, Ege-men A, eds. Ankara: Gözde Reprö Ofset, 1991:291 -5.
6. Merten DF, Carpenter BLM. Radiologic Imaging of Inflicted Injury in the Child Abuse Syndrome. Ped Clin North Am 1990; 37(4):815-37.
7. Leventhal JM, Thomas SA, Rosenfield NS. Fractures in young children. Distinguishing child abuse from unintentional injuries. Am J Dis Child 1993; 147(1):87-92.
8. Thomas SA, Rosenfield NS, Leventhal JM. Long-bone fractures in young children: distinguishing accidental injuries from child abuse. Pediatrics 1991; 88(3):471-6.
9. Dalton HJ, Slovis T, Heifer RE, Comstock J. Undiagnosed abuse in children younger than 3 years with femoral fracture. Am J Dis Child 1990; 144(8):875-8.
10. Worlock P, Stower M, Barbor P. Patterns of fracture in accidental and non-accidental injury in children: a comparative study. Br Med J 1986; 293(6539): 100-2.
11. Garcia VF, Gotschall CS, Eichelberger MR. Rib fractures in children; a marker of severe trauma. J Trauma 1990; 30(6):695-700.
12. Elder JE, Taylor RG, Klug GL. Retinal Haemorrhage in accidental head trauma in childhood. J Pediatr Child Health 1991;27(5):286-9.
13. Riffenburgh RS, Sathyavagiswaran L. The eyes of child abuse victims: autopsy findings. J Forensic Sci 1991; 36(3):741-7.