



Sarsılmış Bebek Sendromu Bulguları Varlığında Aile Görüşmesinin Önemi

The Importance of Family Interview for Shaken Baby Syndrome

Emine Akkuzu¹, Gökhan Kalkan¹, Şule Demir², Figen Paslı³, Aysu Duyan Çamurdan⁴

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Koruma Merkezi, Ankara, Türkiye

⁴Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

Öz

Sarsılmış bebek sendromu (SBS); ebeveynin, bebeği kollarından ya da gövdesinden tutarak sertçe sarsmasıyla ortaya çıkar. Şüpheli öykü, subdural hemoraji, bilateral retinal hemoraji, kraniyal kemik ve/veya iskelet fraktürü, ekimozları olan hastalarda akla gelmelidir. Burada nöbet nedeniyle hastaneye başvuran, ilk öyküsünde SBS lehine bulgu saptanmayan, serebral palsy ile izlenen erkek kardeşi olan bir hasta takdim edilmiştir. Ailede ayrıca kardeş ölüm öyküsü olması ve daha önceden dış merkezde yapılan araştırmada SBS açısından kesin kanıt bulunamaması nedeniyle, nörolojik ve metabolik hastalıkların ayırıcı tanıda olduğu organik nedenler ön planda araştırılmıştır. Fakat beyin manyetik rezonans görüntülemesindeki farklı yaşlardaki subdural hematomlar, oksipital kemik kırığı ve retinal hemorajiler nedeniyle yapılan detaylı aile görüşmesi sonunda SBS lehine öykü alınmıştır. Klinik bulguların varlığında sadece bir defa yapılmış aile görüşmesi SBS tanısını dışlamak için yeterli olmayabilir. Özellikle organik bir neden gösterilemeyen bu tür hastalarda SBS sürekli akılda tutulması gereken bir tanıdır.

Anahtar Kelimeler: Aile görüşmesi, kafa içi kanama, retinal kanama, sarsılmış bebek sendromu

Abstract

Shaken baby syndrome (SBS) is caused by vigorous shaking of an infant by the arms, legs, chest, or shoulders. It must be thought when there is a suspicious story, subdural hemorrhage, bilateral retinal hemorrhage, cranial bone and or skeletal fracture, and ecchymosis. Here, we report a patient, who presented with seizures, with a family history of similar findings in his brother. Most of the efforts were given to find an organic reason to explain the patient's findings due to the history of similar presentation of the sibling with an impression of inherited neuro-metabolic disorders and a negative result of a previous evaluation of the patient and the family for SBS at another hospital. Striking findings of SBS including subdural hematomas of different ages, occipital bone fracture, and retinal hemorrhages directed us to re-evaluate the family for SBS. After multiple episodes of family interviews, clues leading to injury through SBS were discovered. A single family interview may not be sufficient to exclude SBS especially in the presence of clinical findings. SBS is a diagnosis that should always be kept in mind in such patients, especially those with no organic cause.

Keywords: Family interview, intracranial hemorrhage, retinal hemorrhage, Shaken baby syndrome

Giriş

Sarsılmış bebek sendromu (SBS); bebeğin kollarından veya göğsünden tutularak sertçe sarsılmasıyla ortaya çıkan, subdural hematoma, aksonal yaralanma ve beyin ödemi gibi ciddi beyin yaralanması, retinal kanama ve ölüme neden olabilen bir fiziksel çocuk istismarı türüdür.¹ SBS en sık ilk bir yaşta görülür ve bebeklik çağına en sık doğal olmayan

ölüm nedenidir.² SBS bulguları özgül olmadığından tanıya giden yolda birçok hastalığın dışlanması gerekebilir.^{1,3} Daha önceden tamamen sağlıklı bir çocuk hastaneye beslenme bozukluğu, kusma, solunum sıkıntısı, nöbet, huzursuzluk, uykuya eğilim, bilinç düzeyinde değişiklik ile gelebilir. Tanıda öykü ve fizik muayene ile birlikte radyoloji de önemli yer tutmaktadır.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Emine Akkuzu, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

Tel.: +90 312 202 60 95 **E-posta:** eminemencek@hotmail.com **ORCID ID:** orcid.org/0000-0001-8698-5928

Geliş Tarihi/Received: 05.01.2017 **Kabul Tarihi/Accepted:** 05.09.2017

©Telif Hakkı 2018 Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği
Çocuk Acil ve Yoğun Bakım Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.

Olgu sunumumuzla çocuk sağlığı ve hastalıkları pratiğinde önemli bir sorun olan çocuk istismarını gündemde tutmak amaçlanmıştır.

Olgu

Sekiz aylık erkek bebek evde, ilk kez jeneralize tonik klonik nöbet geçirme ve kafasını yere çarpma öyküsüyle dış merkeze götürülmüştü. Nöbet sonrası solunum durması gelişmiş olan hasta kısa süreli pozitif basınçlı maske desteği ile düzelmisti. Kraniyal tomografide sol frontalde subaraknoid kanama ve sol pariyetal subdural hematoma saptanan hastaya fenitoin tedavisi başlanmıştır. Takip ve tedavi için yoğun bakım birimimize sevk edilmiştir.

Hastanın ayrıntılı öyküsünde 4 aylıkken dış merkezde nöbet şüphesiyle incelendiği, elektroensefalografi normal olduğu öğrenildi. Anne babası arasında akrabalık yoktu. Sağlıklı 6 yaşında bir kız kardeşi (Ş.N.B.) olan hastanın, bir erkek kardeşinin (N.B.) 10 aylıkken nöbet sonrası intrakranyal kanama nedeniyle öldüğü, diğer erkek kardeşinde (N.E.B.) 14 aylıkken geçirilen nöbet ve intrakranyal kanama sonrası serebral palsi sekeli bulunduğu öğrenildi. Ölen kardeş N.B ile ilgili nöbet öncesi koltuk kenarına tutunarak adımlamakta iken ellerini bırakarak sırt üstü yere düşme şeklinde düşme öyküsü verildiği, çocuğun yanında olay sırasında sadece annesinin bulunduğu öğrenildi. Diğer erkek kardeş N.E.B.'nin nöbet öncesinde ablasıyla oyun oynarken çarpışarak yere düştüğü; anne ve babasının bunu gördükleri ifade edildi. M.B.'nin ise annesi yerde oturarak yemek yedirmekte iken, birden kasılarak yere sert olarak çarpma ve ardından nöbet geçirme öyküsünün olduğu; çocuğun yanında sadece annesinin bulunduğu öğrenildi.

Ölen N.B.'nin otopsi raporunda ihmale ilişkin bir sonuç çıkmamış, serebral palsili olan kardeş için yaşadıkları ildeki hastaneye başvuru sonrası hastane tarafından sosyal hizmetlere bildirim yapılmıştı. Anne ve babanın ruh sağlığı değerlendirmelerinde anneye depresyon tanısıyla ilaç tedavisi başlanmış; babada yaygın anksiyete bozukluğu ve anksiyete ile ilişkili somatik belirtiler saptanarak, ilaç tedavisi başlanmıştır. Tedavileri ve düzenli izlemleri halen psikiyatri ve çocuk koruma merkezi tarafından yapılmaktaydı. En büyük çocuk Ş.N.B. ise hastanemizin sağlam çocuk polikliniğinde değerlendirilmiş ve istismarla ilişkili bulgu saptanmamıştı.

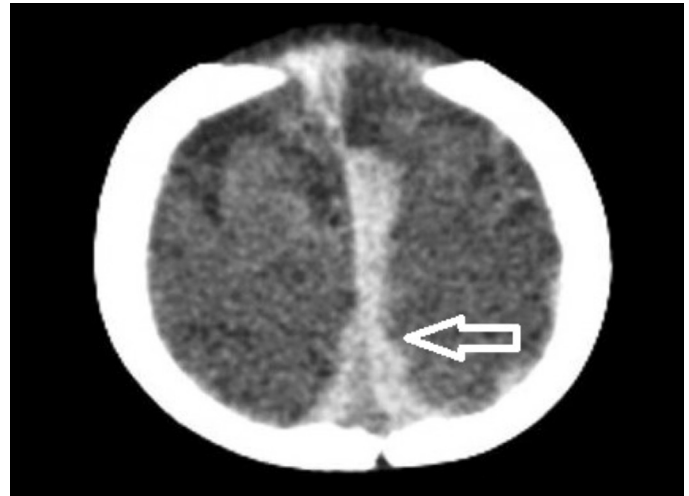
Hastamız ve ailenin koagülasyon bozukluğu açısından dış merkezde yapılmış olan testleri normaldi.

Başvurudaki fizik muayenede; genel durumu kötü, bilinç kapalı, ön fontaneli 2x1 cm normal bombelikte, ışık refleksi bilateral pozitif, pupiller izokorik, Glaskow Koma ölçeği 6, ekstremiteler ağırlı uyarana fleksör yanıtı, derin tendon refleksleri hiperaktif, plantar yanıt bilateral ekstansör olarak

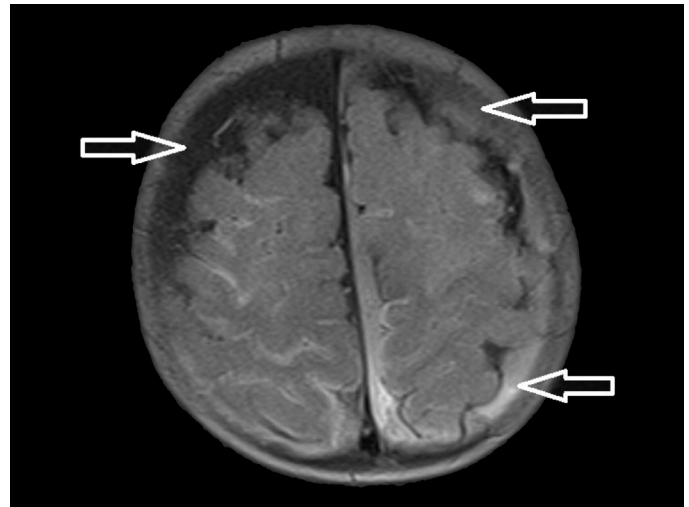
tespit edildi. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Deri lezyonu yoktu.

Hemogram, periferik yayma, kan biyokimyası, koagülasyon testleri ve kan gazları normal bulundu. Kemik tarama grafileri normaldi. Kraniyal tomografide oksipital kemikte nondeplase kırık hatları ve falksta en kalın yerinde verteks düzeyinde 14 mm olarak ölçülen, her iki tarafta tentoriumda hemorajik kalınlık artışı olarak izlenen subdural hematoma saptandı (Şekil 1).

Çocuk yoğun bakıma kabulü sonrası dirençli nöbetleri devam eden hasta entübe edilerek mekanik ventilatör desteğine alındı. Midazolam infüzyonu 0,1 mg/kg/saat dozunda başlandı. Dış merkezde başlanan fenitoin (5 mg/kg/gün) tedavisine levetirasetam (30 mg/kg/gün) ve fenobarbital (5 mg/kg/gün) tedavileri eklendi. Göz muayenesinde bilateral retinal kanama saptandı. Kraniyal manyetik rezonans görüntüleme ile farklı yaşlarda subdural kanama odakları ve subaraknoid kanama varlığı gösterildi (Şekil 2). Aile tarafından anlatılan basit düşme



Şekil 1. Vertex düzeyinde 14 mm'yi bulan subdural hematoma



Şekil 2. Kraniyal manyetik rezonans görüntüleme farklı yaşlarda subdural kanama odakları

ile oluşan düşük enerjili travma ve kafasını çarpma öyküsü ile hastada saptanan farklı zamanlara ait ve çok sayıda ve çeşitli kafa içi kanamalar birbiriyle uyumlu değildi. Bunun yanında bilateral retinal kanamaların varlığı da farklı mekanizmalarla oluşan birden fazla travmayı düşündürüyordu. Bu hastanın sarsılmış bebek sendromu olabileceğinden kuşkulandı.

Ayrırcı tanıda en çok karıştığı metabolik hastalık olan glutarik asidüri tip 1 için bakılan Tandem MS ve idrarda organik asit düzeyleri çocuk metabolizma bölümü tarafından normal sınırlarda değerlendirildi.

Çocuğun durumunu açıklayacak başka organik bir neden bulunamaması nedeniyle istismar açısından değerlendirilmek üzere Çocuk Koruma Merkezi sosyal hizmet uzmanı tarafından ayrıntılı, ayrı ayrı ve yineleyen şekilde birden fazla aile görüşmeleri yapıldı. Görüşmelerde annenin 17, babanın 20 yaşında iken evlendikleri, hemen ilk çocuğa gebe kaldığı öğrenildi. Babanın bir dergahta "zikir çekme" olarak adlandırılan dini ibadette bulunduğu, evinde rahatlatmak amacıyla kendisiyle birlikte, 10 aylıkken nöbet geçiren (daha sonra ölen) oğlu N.B.'ye de öne ve arkaya sallama şeklinde uygulama yaptığı öğrenildi. Bu ibadet ve rahatlatma süreçlerine büyük çocuk Ş.N.B. de tanık olmuştu. Daha sonra anne tarafından kaydedilmiş olan videoda Ş.N.B.'nin tıpkı babasının tanımladığı gibi kardeşi M.B.'yi yastıkla birlikte kendine ve geriye doğru hareketlerle, hızlıca salladığı görüldü. Çocukların ayakta ileri ve geri olmak üzere hızlı bir şekilde sallanarak uyutulmasının ailede öğrenilmiş bir davranış kalıbı olduğu düşünüldü. Bu ayrıntı, hastanın durumunu açıklamakta önemli bir delil olarak görüldü ve ilgili makamlara konu hakkında bilgi verildi. Aile SBS açısından izleme alındı.

Takibinde nöbetleri azalan, ekstübe edilen hastanın fizik muayenesinde göz teması yok, bilateral ışık refleksi alınıyor, destekli-desteksiz oturma yok, derin tendon refleksleri hiperaktif, plantar yanıt bilateral ekstansör olarak saptandı. Hasta izlem ve tedavilerinin devamı açısından babaanne refakatinde çocuk sağlığı ve hastalıkları servisine devredildi.

Tartışma

Çocuk istismarı tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yüksek gelirli ülkelerde, fiziksel çocuk istismarının yıllık prevalansı %4 ile %16 arasında değişmektedir.⁴ Türkiye'de üç yaş altı çocuklarda kaza dışı kafa travması sıklığını bildiren çok merkezli bir çalışmada, hastaneye subdural kanama, subaraknoid kanama, kafa kırığı, koma, retinal kanama, bilinç değişikliği nedeniyle kabul edilen 36 ay altı çocuklar geriye dönük olarak taranmıştır. Olguların %48'i kaza, %7'si olası istismar, %22'si istismar olarak belirlenmiş ve %23'ünde neden saptanamamıştır.⁵ SBS için risk faktörleri olarak genç anne-baba yaşı, tek anne veya babaya sahip olma, düşük sosyo-

ekonomik durum, işsizlik, postpartum depresyon, ev içi şiddet, erkek bebek, çoğul gebelik, erken doğan bebekler, düşük doğum ağırlığına sahip bebekler, doğuştan anomalili bebekler, zeka geriliği olanlar, süregelen veya tekrarlayıcı hastalığı olanlar ve bebeğin susturulamayan ağlaması sayılabilir.⁵⁻⁷ SBS'de en sık intrakranyal lezyon subdural hematomdur. Klinik bulguları uykuya eğilim, huzursuzluk, meningismus, konvülsiyon, bilinç bozukluğu, kusma, kötü beslenme, solunumda anormallikler ve apne ile karşımıza çıkabilir.^{1,8} SBS şüpheli öykü, subdural kanama, travma öyküsü olmadan bilateral retinal kanama, kraniyal kemik ve/veya iskelet kırıkları, ekimozları olan hastalarda akla gelmelidir.⁸ Tanıda istismara ait öykü sıklıkla doğrudan alınmaz. Tanıda göz bulguları önemli olduğu için muayene çocuk göz uzmanı, çocuk nöroloji uzmanı gibi deneyimli kişilerce pupiller genişletilerek yapılmalıdır. Kaza dışı kafa travması olduğundan şüphe duyulan tüm bebek ve çocuklara beyin görüntülenmesi ve kemik taraması yapılmalıdır.⁹ SBS bulguları özgül olmadığından ayrırcı tanıda sepsis, menenjit, meningoensefalit, metabolik hastalıklar, nörolojik hastalıklar, viral hastalıklar, ani bebek ölümü sendromu, doğuştan kalp hastalıkları, kanama bozuklukları gibi birçok hastalık düşünülmalıdır.¹⁻³

Sunulan olguyla SBS klinik bulguları açısından hekimlerin sürekli alarında olması gerektiği ve klinik bulguları açıklamakta belirgin organik bir neden bulunmadığı takdirde bir kez aile görüşmesi yapılmış olsa bile bu görüşmelerin tekrarlanması gerektiği vurgulanmıştır. Klinik bulguların varlığında tek sefer yapılan aile görüşmesi SBS tanısını dışlamak için yeterli olmayabilir. Özellikle organik neden gösterilemeyen, daha önceden benzer şekilde kardeş ölüm öyküsü olan, anlatılan travma ile çocukta mevcut bulguların ortaya çıkamayacak olması ve özellikle, retinal kanama ile birlikte subdural ve subaraknoid kanama ve aksonal dejenerasyon olması bu tür hastalarda SBS tanısını akla getirmeli ve aile ile ayrıntılı görüşme yapılmalı, anne babanın psikiyatrik değerlendirmesi için psikiyatri danışımı yapılmalıdır. SBS şüphesi olan tüm hastalar bu şüphe dışlanana kadar hastanede gözetim altında tutulmalı, SBS şüphesinde aile ile ön yargısız olarak ve asla suçlayıcı olmadan görüşme yapıp, en kısa sürede sosyal hizmetlere ve savcılığa da bildirim yapılmalıdır. SBS tanısı koyarken hekimleri en çok zorlayan bir kısım bulgular SBS tanısını desteklerken, bir ebeveynin kendi çocuğunu nasıl sarsmış olabileceğini düşünme ve hatta bununla onu itham etmemenin zorluğudur. Bu nedenle SBS düşünülen olguların hastanemizde olduğu gibi Çocuk İstismarı Komisyonu uzmanları tarafından değerlendirilmesi hem daha etkin sonuçlar almak hem de çocuğun zarar görmemesi adına önemlidir. Çocuğun yüksek yararı açısından alınacak önlemler; kesin tanı konulana kadar ya da şüphe devam ettiği sürece çocuğun ve ailenin yakın izleminin yapılması (çocuğun Çocuk Koruma Merkezi tarafından, ebeveynlerin de psikiyatrik izleminin devamı) ve sosyal hizmetlerin ev ziyaretleri ve çocuğun bakımına destek olacak

diğer aile bireylerinin devreye sokulması, tanı kesinleştğinde ise çocuğun bakımının bir diğer akrabaya verilmesi ya da kurum bakımına alınması şeklindedir. SBS'ye yol açan ebeveynin psikiyatrik tedavisinin sonunda çocuğun yine asıl aileye verilmesi ancak sürekli denetimin de sürmesi şeklinde izlemi yapılmalıdır.

SBS olgularının yakalanmasından çok önlenmesi daha yüz güldürücüdür. Sürekli ağlayan, zor ya da gazlı bebekler ebeveynleri çok zorlayabilir. Bu durum altta yatan bir psikiyatrik sorun da varsa bebeklerin sarsılması ile sonuçlanabilir. Bu nedenle henüz gebelik döneminde ve doğum sonrası annelere SBS önleyici eğitim verilmesi etkili olacaktır. Bu konuda yapılan bir çalışma da doğum öncesi ya da doğumdan sonraki 1. haftada verilen eğitimin koruyucu olabileceği yönündedir.⁴ Sağlam çocuk polikliniği izleminde de ebeveynlerin SBS konusunda bilgilendirilmesi önemlidir.

Dini ibadet şeklinin olası SBS ortamı oluşturma potansiyeli olgumuzu literatürde sunulan diğer olgulardan farklı kılmaktadır. Bu nedenle aile görüşmeleri bir uzman tarafından yapılmalı ve uygun yöntemler kullanılarak bu yönden de sorgulama yapılmalıdır.

Etik

Hasta Onayı: Hastanın ailesinden onay alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu ve editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Konsept: E.A., A.D.Ç., F.P., Dizayn: E.A., G.K., Veri Toplama veya İşleme: E.A., Ş.D., Analiz veya Yorumlama: E.A., F.P., Literatür Arama: E.A., Yazan: E.A.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Ludwig S, Warman M. Shaken baby syndrome: a review of 20 cases. *Ann Emerg Med.* 1984;13:104-7.
2. American academy of pediatrics: committee on Child Abuse and Neglect. Shaken baby syndrome: rotational cranial injuries-technical report. *Pediatrics.* 2001;108:206-10.
3. Şahin F, Taşar MA. Sarsılmış bebek sendromu ve önleme programları. *Türk Ped Arş.* 2012;47:152-8.
4. Taşar MA, Bilge YD, Şahin F, Çamurdan A, et al. Shaken Baby Syndrome Prevention Programme: A Pilot Study in Turkey. *Child Abuse Review.* 2015;24:120-8.
5. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, et al. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet.* 2009;373:68-81.
6. Oral R, Sahin F, Gazioglu N, et al. Tackling denial of abusive head trauma in Turkey International shaken baby syndrome. *Abusive head trauma. Concurrent workshop, 13 september 2010;*3:30-4. Atlanta Georgia-USA.
7. Amemiya A, Fujiwara T. Association between maternal intimate partner violence victimization during pregnancy and maternal abusive behavior towards infants at 4 months of age in Japan. *Child Abuse Negl.* 2016;55:32-9.
8. Spencr N, Devereux E, Wallace A, Sundrum R, et al. Disabling conditions and registration for child abuse and neglect: a population-based study. *Pediatrics.* 2005;116:609.
9. Besenski N. Traumatic injuries: imaging of head injuries. *Eur Radiol.* 2002;12:1237-52.