

Çocuk ihmaline bağlı hemorajik şok ansefalopati sendromu gelişen bir olgu

The development of hemorrhagic shock encephalopathy syndrome due to child abuse-a case report

Zahide Yalaki, M. Ayşın Taşar, Ülkü Tıraş, İnci Arıkan, İlknur Bostancı, Yıldız Dallar

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

Özet

Çocuk ihmali ve istismarı dünyada olduğu kadar ülkemizde de çok önemli bir sorundur. Çocuk istismarı, fiziksel, cinsel, duygusal istismar ve çocuk ihmali şeklinde olabilir. Daha önceden sağlıklı olduğu bildirilen 2,5 aylık bebek, morarma ve nefes alamama yakınması ile acil servise getirildi. Olgunun öyküsü, muayene ve tetkik bulguları ile hemorajik şok ansefalopati sendromu tanısı konuldu. İzlem sonucu spastisite ve görme sorunu gelişti. Çocuk istismarı/ ihmaline uğradığı saptanan bebek, sosyal servise danışıldı ve kurul kararı ile Çocuk Esirgeme Kurumuna verildi. (*Türk Ped Arş 2009; 44: 143-5*)

Anahtar kelimeler: Çocuk, çocuk istismarı/ihmali, hemorajik şok ansefalopati

Summary

Child abuse/neglect is a very important problem in our country as it is in the world. It may be as physical, sexual, psychological abuse and child neglect. A previously healthy baby at the age of 2.5 months was brought to the emergency service with complaints of not breathing and cyanosis. Evaluation of the patient and the history obtained suggested a diagnosis of hemorrhagic shock and encephalopathy syndrome. During the following period, problems of spasticity and vision impairment appeared. The family history of the patient revealed a case of child abuse/neglect and consultation with the social service resulted in a committee decision of transfer of the custody of the baby to the child protection department. (*Turk Arch Ped 2009; 44: 143-5*)

Key words: Child, child abuse/neglect, hemorrhagic shock encephalopathy

Giriş

Çocuk ihmali ve istismarı dünyada olduğu kadar ülkemizde de çok önemli bir sorundur. Çocuk istismarı, fiziksel, cinsel, duygusal istismar ve çocuk ihmali şeklinde olabilir.

Çocuk istismarının nedenleri arasında toplumun eğitim eksikliği, ekonomik yetersizlik önemli yer tutar. Ciddi ekonomik sıkıntısı olan, çok çocuklu aile, üvey ebeveyn, tek ebeveyn, alkol-uyuşturucu bağımlısı ebeveyn, çok genç anne, eğitimsizlik, aile içinde geçimsizlik, aile içi şiddet, istenmeyen gebelik sonrasında doğmuş çocuk, çocuğun sakatlık, erken doğumu, hiperaktif, zihinsel engelli olması gibi nedenlerin bulunduğu ailelerde çocuk ihmali ve istismarı daha sık görülebilmektedir.

Hemorajik şok-ansefalopati sendromu (HSES), akut başlangıçlı ansefalopati, şok, yaygın damar içi pıhtılaşma, ağır metabolik asidoz, karaciğer ve böbrek işlev bozukluğu, havale ve ishal ile belirgindir (1-3). Nedeni tam olarak bilinmeyen bu sendrom özellikle bir yaş altında ve daha

önceden sağlıklı olan bebeklerde görülmektedir ve ölüm oranı yüksektir (1,4-6). Yaşayan olgularda nörolojik bozukluklar sık saptanmaktadır (1,2,4,6).

Hemorajik şok-ansefalopati sendromu tanısı ile izlenirken çocuk ihmal/istismarı düşünülerek Çocuk Esirgeme Kurumuna verilen bir olgu sunulmuştur.

Olgu

İki ay on beş günlük kız bebek, morarma, nefes almada güçlük yakınması ile acil servise getirildi. Hikâyesinden olgunun daha önce hiç bir yakınmasının olmadığı, başvuru- dan önceki gece uşümemesi için battaniye ile sarılarak soba yanında yatırıldığı öğrenildi. Olgu iki haftalık iken karbonmonoksit zehirlenmesi nedeni ile hastanede yatırılarak tedavi olmuştu. Ailenin ilk çocuğuydu; anne 17 yaşında idi. Baba, hastanın üvey babasıydı. Bebeğin fizik muayenesinde; genel durumu kötü, bilinci kapalı, vücut sıcaklığı: 38,5°C (koltuk altından), solunum sayısı: 58/dak, kalp tepe atımı:

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Zahide Yalaki, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye
Tel.: +90 312 595 32 73 Gsm: +90 505 478 55 62 E-posta: dr_zahide@yahoo.com **Geliş Tarihi/Received:** 01.05.2008 **Kabul Tarihi/Accepted:** 13.11.2008

Türk Pediatri Arşivi Dergisi, Galenos Yayıncılık tarafından basılmıştır. Her hakkı saklıdır. / Turkish Archives of Pediatrics, published by Galenos Publishing. All rights reserved.

200/dak, vücut ağırlığı: 4 900 gr (50. persantil), kan basıncı ölçülemeyecek kadar düşüktü. Pupilleri izokorik idi, ışık refleksi zayıf alınıyordu, ağırlı uyarana yanıtı yoktu, derin tendon refleksleri alınamıyordu. Periferik nabızları alınamıyordu, kapiler dolum zamanı üç saniyeden uzundu. Solunum sistemi normaldi, organ büyüklüğü ve cilt döküntüsü yoktu.

Laboratuvar incelemesinde; beyaz küre: 14 200/mm³, hemoglobin: 13,3 g/dl, trombosit sayısı: 461 000/mm³, periferik yaymada: %72 parçalı, %18 lenfosit, %6 çomak, %4 monosit görüldü. Eritrosit çökme hızı: 2 mm/sa, C-Reaktif Protein (CRP): 0,67 mg/dL saptandı. Biyokimya incelemesinde; kan şekeri: 178 mg/dL, üre: 35 mg/dL, kreatinin: 1,3 mg/dL, sodyum: 148 mmol/L, potasyum: 3,9 mmol/L, AST: 394 U/L, ALT: 113 U/L, LDH: 2 225 U/L, kreatin fosfokinaz (CPK): 320 IU/L (N: 0-145 IU/L), plazma amonyak: 78 IU/L (N: 0-85 IU/L), arter kan gazında; pH: 7,13, pCO₂: 32,5 mmHg, pO₂: 72,7mmHg, HCO₃: 10,6 mmol/L bulundu. Protrombin zamanı (PTZ): 27,6 sn, parsiyel tromboplastin zamanı (PTT): 74,8 sn, fibrinojen: 0,68 g/L, D-dimer: >2000 ng/ml saptandı. İdrar incelemesi normaldi. Elektrokardiyografisinde sinüs taşikardisi vardı (200/dak). Olgunun karın ultrasonografisi normal olarak değerlendirildi. Beyin bilgisayarlı tomografisinde (BT), sağda frontotemporo-parietal loblar düzeyinde sulkuslar sola göre silik, sağda belirgin olmak üzere iki taraflı arka parietal bölgede kortikal-subkortikal yerleşimli hipodens alanlar saptandı.

Ağır şok tablosu içinde bulunan olgu yoğun bakımda izleme alındı. Monitorize edildi, solunum sıkıntısı nedeni ile burundan sürekli pozitif basınçlı ventilasyon (CPAP) uygulandı. Şok tablosu için damardan sıvı, dopamin, dobutamin ve antibiyotik tedavisi başlandı. Asidozu için bikarbonat tedavisi verildi. Olgunun başvurdan sonraki birinci saatinde sol kol ve ayağa yerleşik fokal konvülsiyonu oldu. Konvülsiyon için diyazepam damardan yapıldı, ancak nöbetlerin durmaması nedeni ile önce fenitoin daha sonra midazolam enfüzyonları başlandı. Dirençli konvülsiyonu olması nedeniyle tedaviye fenobarbital eklendi. Gelişinden iki saat sonra sulu-kanlı dışkılaması başladı, dışkı mikroskopisinde bol eritrosit saptandı.

Olgunun gelişinde normal olan hemoglobin ve trombosit değerleri saatler içinde düştü. (Hb: 7 g/dl, trombosit: 25 000/mm³). Girişim yerlerinden kanamaları başladı. Kanaması ve anemisi için eritrosit, taze donmuş plazma ve trombosit desteği verildi. Böbrek işlevleri bozuldu (üre: 89 mg/dl, kreatinin: 2 mg/dl). Yatışının ikinci gününde karaciğer işlevlerindeki bozulma ilerledi (AST: 2082 U/L, ALT: 1045 U/L, LDH: 2688 U/L).

Hastanın yatışının üçüncü gününde böbrek işlevleri sıvı tedavisi ile normale döndü. Yatışının beşinci gününde özellikle üst ekstremitelerde belirgin spastisite gelişti. Cisim takibi yoktu. Göz dibi tam olarak değerlendirilemedi. Konvülsiyonları kontrol altına alındı. Ağrılı uyarana yanıt vermeye başladı. Yatışının yedinci gününde karaciğer işlev testleri düzelmeye, bilinci açılmaya başladı. Kültürlerde üreme olmadı.

Olgunun derinleştirilen öyküsünde iki haftalık iken so-ba zehirlenmesi nedeni ile hastaneye yatırılma, anneanne tarafından düşürülme öyküsünün bulunması nedeni ile çocuk ihmali olabileceği düşünüldü ve hasta sosyal servise danışıldı. Ayrıntılı inceleme sonucunda çocuk ihmali-istismarı yönünden risk etkenleri saptandı (Tablo 1). Olgu, karar ile Çocuk Esirgeme Kurumu'na verildi.

Olgunun beş aylıkken yapılan kontrolünde baş kontrolü ve cisim takibi yoktu, üst ekstremitelerde belirgin spastisite mevcuttu. Kontrol kraniyal manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde ventriküler seviyede kanama alanları mevcuttu. Göz muayenesinde her iki gözünün görmediği saptandı.

Tartışma

İlk kez 1983'te Levin ve ark.'ları tarafından erken çocukluk döneminde tanımlanmış olan HSES ölüm oranı yüksek bir sendromdur (2,5,6).

Hemorajik şok-ansefalopati sendromunda klinik, daha önceden sağlıklı olan bebeklerde ani başlangıçlı şok, ansefalopati, ağır metabolik asidoz, kanlı ishal, konvülsiyon, yüksek ateş, karaciğer ve böbrek işlev bozukluğu, yaygın damar içi pıhtılaşmaya bağlı kanama şeklinde karşımıza çıkar (1,3,5,7). Hemorajik şok-ansefalopati sendromu için tanı ölçütleri belirlenmiştir (Tablo 2) (2). Olgumuzda tanı ölçütlerinin hepsi mevcuttu ve kesin HSES tanısı kondu.

Nedeni tam olarak bilinmemekle beraber çok yüksek ateşin (hiperpireksinin) yaygın doku hasarına neden olarak, HSES patojenezinde önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir (2,4). Hemorajik şok-ansefalopati sendromu olduğu düşünülen bebeğin vücut ısısının aşırı artışının nedeni battaniye ile aşırı sarılma ve/veya sıcak ortamda tutma olabileceği düşünülmektedir. Bu durumda bebek ısı kaybedemekte ve vücut ısısını düşürememektedir (4). Bir yaş altındaki bebeklerde ısı ayarı tam gelişmediği için HSES'in bu

Tablo 1. Olgumuzda saptanan çocuk ihmali/istismar risk etmenleri

Anne-baba ayrılığı
Üvey baba, nikah olmadan anne ile birlikteliği
Annenin 17 yaşında olması
Annenin yetiştirme yurdunda büyümesi
Annenin çocukluğunda istismara/ihmale uğraması
Annenin hamilelikte ve halen sigara kullanıyor olması
Annenin alkol tedavisi görmesi
Annenin uyuşturucu kullanımı
Annenin çocuğun bakımı ile ilgilenmemesi
Anne sütü almaması
Çocuğun giysilerinin kirliliği ve pis kokması
Anneanneninin eşinin öldürülmesine yardımcı olması nedeniyle hapis yatması
Üvey dede
Düşük sosyoekonomik durum

Tablo 2. Hemorajik şok-ansefalopati sendromu tanı ölçütleri

Şok
Koma, konvülsiyon
İshal (sıklıkla kanlı)
Yaygın damar içi pıhtılaşma
Hemoglobin ve trombosit sayısında düşme
Transaminazlarda artma
Böbrek işlevlerinde bozukluk
Asidoz
Kan ve beyin omurilik sıvı kültürlerinde üremenin olmaması

*Kesin Hemorajik Şok Ansefalopati sendromu: Tüm ölçütlerin karşılanması

**Olası Hemorajik Şok Ansefalopati sendromu sekiz ölçütün karşılanması veya yedi ölçütün karşılanıp diğerleri hakkında bilgi bulunmaması

yaş grubunda daha sık görüldüğü belirtilmektedir (6). Olgularda ateş 40-42°C'e kadar çıkabilmektedir. Normal vücut ısısına sahip olgular da bildirilmiştir. Bu nedenle doku hasarının ısı yükseklüğünden çok kişinin duyarlılığına bağlı olduğunu söyleyen yazarlar da mevcuttur (6). Bizim olgumuzda koltuk altı ölçülen ateş 38,5°C bulunmuştu.

Etiolojide protein "Heat-shock" (HSP) eksikliği de suçlanmaktadır."Heat-shock protein" hipoksi, yüksek ateş ve oksidatif hasar gibi çeşitli streslere maruz kalan organizmayı korumada önemli rol oynayan bir proteindir (6,9). Yapılan deneysel ve klinik çalışmalarda HSES'li çocuklarda geçici veya kalıcı HSP eksikliği saptanmıştır (8).

Hemorajik şok-ansefalopati sendromunun tanısı genellikle zordur ve bakteriyel septisemi, hemolitik üremik sendrom, toksik şok sendromu, Reye sendromu gibi hastalıklarla karışabilir (1,4). Hastalığın tanısı, öykünün iyi alınması, klinik bulgular ve ayırıcı tanıda diğer hastalıkların dışlanması ile konulur. Yoğun destek tedavisine gerek vardır (2-5).

Hemorajik şok-ansefalopati sendromu; kültürlerde üreme olmaması, akut faz belirteçlerinin negatif olması ile bakteriyel enfeksiyondan ayrılabilir. Olgumuzda da idrar ve kan kültürlerinde üreme olmadı, akut faz belirteçleri negatifti. Hematüri olmaması, periferik yaymada parçalanmış eritrosit bulunmaması, böbrek işlevlerinin sıvı tedavisi ile düzelmesi nedeni ile hemolitik üremik sendrom düşünülmüdü. Olgunun kan şekeri gelişinde yüksek olması, izleme kısa süreli düşüş gözlenmesi ve tedavi ile normal seyretmesi, amonyak düzeyinin normal olması ile Reye sendromundan uzaklaşıldı. Metabolik asidozun dirençli olmaması nedeni ile metabolik hastalık düşünülmüdü. Olguda döküntünün olmaması, kültürlerde üremenin olmaması nedeni ile toksik şok sendromundan uzaklaşıldı.

Hemorajik şok-ansefalopati sendromlu olgularda hipernatremi, hipoglisemi, metabolik asidoz, böbrek ve karaciğer işlevlerinde bozulma, PTZ, PTT, D-dimer düzeyinde ve CPK'da artış saptanır (2,4,5). Bizim olgumuzda da böbrek ve karaciğer işlevlerinde bozulma, PTZ, PTT, D-dimer düzeyinde ve CPK'da artış saptandı.

Konvülsiyonlar genellikle tedaviye dirençlidir (1,2,6). Bu olguda da tekli antiepileptik ile nöbetleri kontrol altına alınmadığı için yoğun çoklu antiepileptik tedavi uygulandı ve ancak yatışının beşinci gününde nöbetleri kontrol altına alınabildi.

Hemorajik şok-ansefalopati sendromlu çocuklarda BT'de ve MR'de beyin ödemi, iskemi ve kanama alanları görülebilir (1,6,9). Beyin ödemi HSES'nin başlangıcından itibaren yedi gün içinde çekilen BT'de gösterilebilir (6,9). Bilgisayarlı tomografiden bir hafta sonra normal ya da ansefalomalasi, iskemik enfarkt, hemoraji, atrofi alanları gözlenebilir. Ansefalomalasi, HSES'nin başlangıcından 3-4 hafta sonra çekilen BT'de yaygın beyin hasarı ile beraber de gösterilebilir (1,9,10). Bu olguların çoğunda ağır nörolojik sekel kalır. Bizim olgumuzda da gelişinde çekilen BT'de hipodens alanlar gözlemlendi. Olgumuzda spastisite gelişti, cisim takibi yoktu. Göz dibi değerlendirmesi ve spastisitesinin takibi açısından izleme alındı.

Çocuk istismarı ve ihmali dünyada olduğu kadar ülkemizde de çok önemli bir sorundur. Çocuk istismarı; fiziksel, cinsel, duygusal istismar şeklinde olabilir. Genel olarak 18 yaşın altında bulunan çocuklara karşı aktif olarak girilen ve onların fiziksel, duygusal, zihinsel ve toplumsal gelişmelerini zedeleyen her türde eylem çocuk istismarı olarak; onların

beslenme, bakım, gözetim, eğitim gibi ihtiyaçlarının karşılanmaması çocuk ihmali olarak ele alınmaktadır (11).

Çocuk istismarının en önemli nedenleri toplumun eğitim eksikliği (%71,6) ve ekonomik yetersizlikdir (%71,6) (11). Ciddi ekonomik sıkıntısı olan, çok çocuklu aile, üvey ebeveyn, tek ebeveyn, alkol-uyuşturucu bağımlısı ebeveyn, çok genç anne, eğitimsizlik, aile içinde geçimsizlik, aile içi şiddet, istenmeyen gebelik sonrasında doğmuş çocuk, çocuğun sakatlığı, erken doğumu, hiperaktif-zihinsel engelli olması gibi nedenlerin bulunduğu ailelerde çocuk istismarı ve ihmali daha sık görülebilmektedir (12). Bu olguda aileye ait risk etkenleri bulunmaktaydı (Tablo1).

Ülkemizde çocuk istismarı ve ihmali ile mücadele için özellikle toplumun eğitim düzeyinin yükseltilmesi gerekmektedir. İstismar/ihmale uğrayan bir çocukta ipuçlarının değerlendirilmesi ile tanının olabildiğince erken konması ve tedavi edilmesi istismar/ihmalin sürmesini ve çocuğun daha çok zarar görmesini önleyebilir. Hastaneye herhangi bir nedenle başvuran çocukların çocuk istismarı/ihmal yönünden de değerlendirilmesi, riskli olguların mutlaka izleme alınması ileride geri dönüşümsüz hasarların gelişmesini önleyecektir.

Kaynaklar

1. İnce E, Kuloğlu Z, Akıncı Z. Hemorrhagic shock and encephalopathy syndrome: neurologic features. *Ped Emerg Care* 2000; 16: 260-4. (Abstract) / (PDF)
2. Gefen R, Eshel G, Abu-Kishk I, et al. Hemorrhagic shock and encephalopathy syndrome: clinical course and neurological outcome. *J Child Neurol* 2008; 23: 589-92. (Abstract) / (PDF)
3. Chaves-Carballo E, Montes JE, Nelson WB, Chrenka BA. Hemorrhagic shock and encephalopathy. Clinical definition of a catastrophic syndrome in infants. *Am J Dis Child* 1990;144: 1079-82. (Abstract)
4. Kendirli T, Çiftçi E, Gümüş D, ve ark. Tanınız nedir? *Klinik Pediatri* 2004; 3: 42-4.
5. Little D, Wilkins B. Hemorrhagic shock and encephalopathy syndrome. An unusual cause of sudden death in children. *Am J Forensic Med Pathol* 1997; 18: 79-83. (Abstract) / (PDF)
6. Thébaud B, Husson B, Navelet Y, et al. Haemorrhagic shock and encephalopathy syndrome: neurological course and predictors of outcome. *Intensive Care Med* 1999; 25: 293-9. (Abstract) / (PDF)
7. Pollack CV, Pender ES. Haemorrhagic shock and encephalopathy syndrome. *Ann Emerg Med* 1991; 20: 1366-70. (Abstract) / (PDF)
8. Trounce JQ, Lowe J, Lloyd BW, Johnston DI. Haemorrhagic shock and encephalopathy and sudden infant death. *Lancet* 1991; 337: 202-3. (Abstract) / (Full Text) / (PDF)
9. Jardine DS, Winters WD, Shaw DWW. CT scan abnormalities in a series of patients with haemorrhagic shock and encephalopathy syndrome. *Pediatr Radiol* 1997; 27: 540-4. (Abstract) / (PDF)
10. Bratton SL, Jardine DS. Cerebral infarction complicating haemorrhagic shock and encephalopathy syndrome. *Pediatrics* 1992; 4: 626-8. (Abstract) / (PDF)
11. Zeytinoğlu S. Sağlık, sosyal hizmet, hukuk ve eğitim alanlarında çalışanların Türkiye'de çocuk istismarı ve ihmali sorunu ile ilgili görüşleri. İçinde: Konaç E, Gürkaynak İ, Egemen A (yazarlar). Çocuk istismarı ve ihmali. Ankara: Pelin matbaacılık 1999: 111- 25.
12. Lynch M. Çocuk istismarı ve ihmali. İçinde Konaç E, Gürkaynak İ, Egemen A (yazarlar). Çocuk istismarı ve ihmali. Ankara: Pelin Matbaacılık 1999: 1-9.