

**ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ****Σύνδρομο Munchausen by proxy****Π. Ξαφάκη¹
Α. Λουρίδα¹****ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Περιγράφεται περίπτωση συνδρόμου Munchausen by proxy σε κορίτσι ηλικίας 4 ετών. Η συμπτωματολογία αφορούσε σε αιμορραγικές κενώσεις για τις οποίες το παιδί νοσηλεύτηκε συνολικά 43 ημέρες στο Νοσοκομείο και υποβλήθηκε σε δύο κολονοσκοπήσεις του εντέρου. Αφορμή για τη διάγνωση του συνδρόμου αποτέλεσαν οι αρνητικές εξετάσεις (Mayer κοπράνων) και η άριστη κλινική εικόνα του παιδιού. Η διάγνωση τεκμηριώθηκε με χημική και φασματομετρική ανάλυση των κοπράνων του παιδιού, τα οποία περιείχαν τοματοπολτό, που η μητέρα είχε προσθέσει εξωγενώς. Η μητέρα και το παιδί τέθηκαν σε Ψυχιατρική παρακολούθηση. (Δελτ Α΄ Παιδιατρ Κλιν Πανεπ Αθηνών 2007, 54(2):176-181)

Λέξεις ευρετηριασμού: σύνδρομο Munchausen by proxy.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το σύνδρομο Munchausen¹ περιγράφηκε με ακρίβεια ως νοσολογική οντότητα από τον Asher το 1951. Όμως, ασθενείς οι οποίοι από πρόθεση υποκρίνονταν (μιμούνταν) μία νόσο είχαν αναγνωριστεί ήδη από τον 2ο αιώνα μ.Χ.³

Η ονομασία του συνδρόμου προέρχεται από ένα υπαρκτό πρόσωπο, το βαρόνο φρον Μυνχάουζεν (εικόνα 1), το διασημότερο και μεγαλύτερο ψεύτη όλων των εποχών, ο οποίος συνήθιζε να διηγείται φανταστικές περιπέτειες, διανθισμένες με απίθανες υπερβολές και τερατολογίες για την ψυχαγωγία των καλεσμένων του⁸. Ο όρος σύνδρομο Munchausen by proxy (by proxy: διά πληρεξουσίου ή δι' αντιπροσώπου) χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1977 από τον Meadow για να περιγράψει την επινόηση ή πρόκληση νόσου σε παιδιά από τρίτο άτομο². Συχνότερα ενοχοποιούνται οι μητέρες σε ποσοστό περίπου 85% και σπανιότερα άλλα πρόσωπα του στενού περιβάλλοντος⁶.

Ο ορισμός του τελευταίου αυτού συνδρόμου ακολουθεί τα παρακάτω κριτήρια, όπως περιγράφηκαν από τον Meadow^{4,8}.

¹Α΄ Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδων « Η Αγία Σοφία »
Παρουσιάστηκε στην 39η
Θεραπευτική Ενμέρωση



ΕΙΚΟΝΑ 1. Βαρόνος Κάρολος Φρειδερίκος Ιερώνυμος φον Μυνχάουζεν (1720-1797).



ΕΙΚΟΝΑ 2. Φωτογραφία της κένωσης.

Α. Νόσος σε παιδί, η οποία προκαλείται ή επινοείται από τρίτο άτομο.

Β. Συνεχής αναζήτηση ιατρικής φροντίδας και σημαντική ιατρογενής νοσηρότητα.

Γ. Άρνηση του υπεύθυνου γονέα, της ανάμιξης του στη νόσο του παιδιού.

Δ. Υποχώρηση των συμπτωμάτων, όταν το παιδί απομακρύνεται από τον υπεύθυνο γονέα.

Ο γονέας - δράστης παρεμβαίνει, είτε τροποποιώντας το ιστορικό του παιδιού, είτε προκαλώντας συμπτωματολογία νόσου (με τοξίνες, φάρμακα, λοιμώδεις παράγοντες, τραυματισμό), είτε παραποιώντας δείγματα που αποστέλλονται για εξέταση ή τη θερμοκρασία του σώματος του παιδιού^{5,10}.

Η αληθής επίπτωση είναι άγνωστη, όπως σε κάθε μορφή παιδικής κακοποίησης.

Η μεγαλύτερη προοπτική μελέτη που έγινε στην Αγγλία και στην Ιρλανδία το 1992-94 αναφέρει ετήσια επίπτωση 0,5/100.000 σε παιδιά κάτω των 16 ετών. Η επίπτωση είναι μεγαλύτερη σε παιδιά κάτω των 5 ετών και ανέρχεται σε 2,8/100.000 σε παιδιά κάτω του έτους⁶.

Μεταγενέστερη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Ν. Ζηλανδία το 1999 αναφέρει ετήσια επίπτωση 2/100.000 σε παιδιά κάτω των 16 ετών⁷.

Παρ'ότι είναι ένα σχετικά σπάνιο σύνδρομο, έχει σημαντικό ποσοστό νοσηρότητας και η θνησιμότητά του είναι της τάξεως του 9-10%^{6,8}.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Κορίτσι ηλικίας 4 ετών, εισήχθη στην Κλινική μας, με αναφερόμενες αιμορραγικές κενώσεις, χωρίς άλλα συνοδά συμπτώματα.

Πρόκειται για το 1ο παιδί φαινοτυπικά υγιών γονέων, με ελεύθερο κληρονομικό αναμνηστικό. Γεννήθηκε μετά από τελειόμηνη κύηση με καισαρική

τομή, λόγω περιέλιξης ομφαλίου λώρου και βάρος γέννησης 2.750 gr. Η περιγεννητική περίοδος ήταν ομαλή και η ψυχοκινητική του εξέλιξη φυσιολογική. Το ατομικό αναμνηστικό έως την ηλικία των 3 ½ ετών ήταν ελεύθερο.

Έξι μήνες προ της εισαγωγής του στη Κλινική μας και σε ηλικία 3 ½ ετών, το παιδί παρουσίασε για πρώτη φορά αιμορραγικές κενώσεις, για τη διερεύνηση των οποίων νοσηλεύτηκε σε Παιδιατρική Κλινική. Τότε υποβλήθηκε σε κολονοσκόπηση, η οποία ήταν ατελής, (ο έλεγχος έγινε έως το περιφερικό τμήμα του κατιόντος, με φυσιολογικά μακροσκοπικά ευρήματα). Η ιστολογική εξέταση του εντέρου έδειξε εικόνα μέτριας, χρόνιας φλεγμονής με σχετική ηωσινοφιλία, ενώ αρχόμενη Ιδιοπαθής Φλεγμονώδης Νόσος του Εντέρου (ΙΦΝΕ) δεν ήταν δυνατό να αποκλεισθεί.

Ακολούθησε διάστημα περίπου πέντε μηνών, χωρίς συμπτωματολογία.

Κατά την εισαγωγή του στην Κλινική μας, το παιδί ήταν σε άριστη γενική κατάσταση και από την κατά συστήματα αντικειμενική εξέταση δεν προέκυψαν παθολογικά ευρήματα.

Ο αρχικός εργαστηριακός έλεγχος δεν ανέδειξε αναιμία, οι δείκτες φλεγμονής ήταν αρνητικοί, ο βιοχημικός, καθώς και ο έλεγχος πηκτικότητας, ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων. Οι Mayer, οι καλλιέργειες και οι παρασιτολογικές εξετάσεις των κοπράνων ήταν αρνητικές. Τέλος, έγινε έλεγχος τροφικής αλλεργίας, ο οποίος ήταν αρνητικός για μία μεγάλη σειρά τροφικών αλλεργιογόνων.

Παρά τις αρνητικές αυτές εξετάσεις αποφασίστηκε να γίνει δεύτερη κολονοσκόπηση, λόγω των εξής δεδομένων: α. Συνέχιση της συμπτωματολογίας του παιδιού, β. Ατελής πρώτη κολονοσκόπηση, γ. Ηωσινοφιλική διήθηση του εντέρου, δ. Διαγνωστικός

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΧΗΜΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ

Παράμετρος	Αποτέλεσμα	LoD	Μονάδες
β-καροτένιο	355	20	mg/100g
Λυκοπένιο	11.100	20	mg/100g

(Αναλυτική μέθοδος : Journal of food Science 51/128)

(Συντμήσεις : LoD : Όριο Ανιχνευσιμότητας)

Αναλογία λυκοπενίου / β-καροτενίου = 31,3

Συνήθη όρια αναλογίας στον τοματοπολτό = 28-33

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΦΑΣΜΑΤΟΣ ΟΡΑΤΟΥ (ΜΕΓΙΣΤΑ ΚΟΡΥΦΩΝ)

Τοματοπολτός	Δείγμα	Λυκοπένιο
517,2 nm	517,4 nm	505 nm
484,2 nm	485,0 nm	472 nm
456,6 nm	455,8 nm	446 nm

προβληματισμός για πιθανή υποκείμενη νοσολογική οντότητα (ΙΦΝΕ, πολύποδας ή άλλη εξεργασία).

Η δεύτερη κολονοσκόπηση ήταν πλήρης με φυσιολογική εμφάνιση βλεννογόνου και καλή διαγραφή των αγγείων. Επίσης, παρατηρήθηκε λεμφοζιδιακή υπερπλασία εγκαρσίου, εύρημα μη ειδικό, το οποίο παρατηρείται συχνά στις ενδοσκοπήσεις των παιδιών. Κατά την ιστολογική εξέταση του εντέρου διαπιστώθηκε εικόνα μέτριας, χρόνιας φλεγμονής, με μέτρια ηωσινοφιλία, η οποία ήταν μεγαλύτερη από αυτή που ανέδειξε η πρώτη βιοψία. Τα ευρήματα αυτά συνηγορούσαν για αλλεργική εξεργασία, ενώ εικόνα εγκατεστημένης Ιδιοπαθούς Φλεγμονώδους Νόσου του Εντέρου (ΙΦΝΕ) δεν τεκμηριώθηκε.

Για τον αποκλεισμό συμβολής κάποιας τροφικής αλλεργίας στην κλινική εικόνα, το παιδί τέθηκε σε υποαλλεργική δίαιτα και εξήλθε από την Κλινική σε άριστη γενική κατάσταση χωρίς συμπτωματολογία.

Όμως, μια εβδομάδα αργότερα, επανεισάγεται στην Κλινική μας, με αναφερόμενες αιμορραγικές κενώσεις, με πρόσμιξη αίματος μεγάλης ποσότητας από ωρών. Προσκομίσθηκε μάλιστα μια αιμορραγική κένωση του παιδιού από τη μητέρα.

Το παιδί ήταν σε άριστη γενική κατάσταση, χωρίς ωχρότητα ή όψη πάσχοντος, με ζωτικά σημεία σταθερά.

Από τον εργαστηριακό έλεγχο δεν διαπιστώθηκε πτώση της αιμοσφαιρίνης και του αιματοκρίτη, ενώ η Mayer της προσκομισθείσας κένωσης ήταν αρνητική. Είχαμε λοιπόν το παράδοξο της αρνητικής Mayer σε μια μακροσκοπικά αιμορραγική κένωση.

Από το ιστορικό του παιδιού δεν αναφερόταν

λήψη τροφών ή φαρμάκων που ενδεχομένως χρωμάτιζαν τα κόπρανα.

Επίσης, η δοκιμασία της Mayer κοπράνων που χρησιμοποιείται στο εργαστήριο του Νοσοκομείου μας είναι ειδική για την ανθρώπινη αιμοσφαιρίνη και βασίζεται στην ανοσοχρωματογραφία. Το όριο ανίχνευσης της δοκιμασίας είναι ίσο με 25 - 50μg αιμοσφαιρίνης ανά gr κοπράνων. Είναι λοιπόν εξέταση με υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα και το ποσοστό των ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων είναι σχεδόν μηδενικό. Άρα, η πιο πιθανή εκδοχή για το κόκκινο χρωματισμό των κοπράνων του παιδιού ήταν η εξωγενής προσθήκη χρωστικής από τρίτο πρόσωπο.

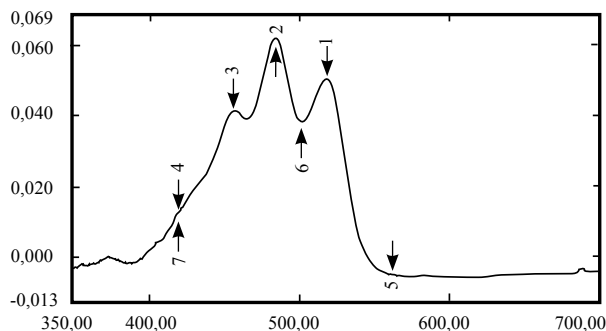
Με αυτή την υποψία ζητήθηκε Παιδοψυχιατρική εκτίμηση του παιδιού και της μητέρας, η οποία φρόντιζε αποκλειστικά το παιδί. Ήδη από την πρώτη συνάντηση διαπιστώθηκε η ύπαρξη σοβαρής ψυχοπαθολογίας της μητέρας ενδεικτική συνδρόμου Munchausen by proxy και αποφασίστηκε συνέχιση της νοσηλείας του παιδιού μέχρις ότου επιβεβαιωθεί η διάγνωση.

Το 15^ο 24ωρο της νοσηλείας και ενώ η μητέρα είχε ενημερωθεί σκοπίμως για πιθανό επικείμενο εξιτήριο, μας παρουσίασε μια κένωση του παιδιού με πρόσμιξη υλικού ερυθρού χρώματος (εικόνα 2).

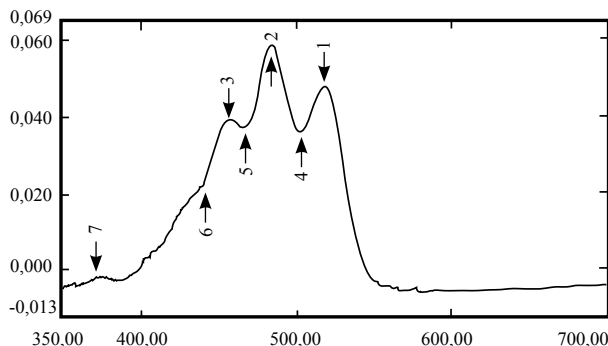
Η Mayer της συγκεκριμένης κένωσης ήταν επίσης αρνητική. Ο προσδιορισμός της σύστασης της άγνωστης ουσίας και η τεκμηρίωση της διάγνωσης έγινε σε Χημικό Εργαστήριο, με δύο τρόπους:

1. Χημική ανάλυση, όπου διαπιστώθηκε ότι η άγνωστη ουσία περιείχε Λυκοπένιο και β - καροτένιο και μάλιστα σε αναλογία ίση με αυτή του

Data Set: Storage 153933 - RawData - C:\Program
Files\Shimadzu\UVProbe\Data\QOQ\sample 161205-02scan.spc



Data Set: Storage 153208 - RawData - C:\Program
Files\Shimadzu\UVProbe\Data\QOQ\tomatoconc.spc



ΣΧΗΜΑ 1. Φάσματα ορατού, δείγματος (αριστερά) και τοματοπολτού (δεξιά).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΣΥΝΔΡΟΜΟ MUNCHAUSEN BY PROXY:
ΚΟΙΝΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΕ 117
ΑΣΘΕΝΕΙΣ⁸**

Αιμορραγία 44% *
Σπασμοί 42%
Καταστολή του ΚΝΣ 19%
Άπνοια 15%
Διάρροια 11%
Εμετός 10%
Πυρετός 10%
Εξάνθημα 9%

* Αιμορραγία από διάφορες θέσεις: Αιματουρία (13%), Αιμορραγικές κενώσεις (8%), Αιματέμεση (7%), Αιμορραγική διάθεση (8%) κ.α

τοματοπολτού (πίνακας 1).

2. Φασματομετρία, κατά την οποία αποδείχθηκε ότι τα φάσματα ορατού του τοματοπολτού και της άγνωστης ουσίας ήταν πανομοιότυπα (πίνακας 2, σχήμα 1).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το σύνδρομο Munchausen by proxy είναι ψυχιατρική νόσος του γονέα και συγχρόνως ύπουλη μορφή παιδικής κακοποίησης^{5,9,10}. Αφορά δύο συμμετέχοντες, το γονέα - δράστη και το παιδί - θύμα.

Ο υπεύθυνος γονέας δεν παρακινείται από οικονομικά ή άλλα κίνητρα. Η παθολογική του συμπερι-

φορά οφείλεται σε υποκείμενη ψυχοπαθολογία^{4,9}. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι περίπου το 25% των υπεύθυνων γονέων έχουν οι ίδιοι ιστορικό συνδρόμου Munchausen⁸. Δε συνυπάρχει ψυχοπαθολογία του παιδιού, τουλάχιστον στην αρχή, μπορεί όμως να υπάρχει κάποιο υποκείμενο οργανικό νόσημα, πάνω στο οποίο ο γονέας στηρίζει το οικοδόμημα της πλασματικής νόσου του παιδιού του⁷. Στη περίπτωση μας το παιδί είχε νοσηλευτεί σε άλλη κλινική για διερεύνηση αιμορραγικών κενώσεων. Η ύπαρξη κάποιας υποκείμενης παθολογίας δε μπορεί να αποκλεισθεί.

Τα πιο κοινά σημεία και συμπτώματα σε παιδιά με σύνδρομο Munchausen by proxy αναφέρονται στο πίνακα 3⁸. Η αιμορραγία από διάφορες θέσεις του σώματος καταλαμβάνει την πρώτη θέση, ακολουθούν οι σπασμοί, η καταστολή του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και η άπνοια. Στην ασθενή μας η κλινική προβολή υποδυόταν αιμορραγία του πεπτικού.

Οι κυριότερες ενδείξεις παρουσίας του συνδρόμου Munchausen by proxy είναι οι εξής:¹⁰

1. Ιστορικό μη συμβατό με το νόσημα του παιδιού.
2. Τα συμπτώματα, ο τρόπος εκδήλωσής τους και η ανταπόκριση στην αγωγή διαφοροποιούνται από μία συγκεκριμένη, ιατρικώς αναγνωρίσιμη νόσο.
3. Εμφάνιση των συμπτωμάτων κατά την παρουσία του γονέα και υποχώρηση αυτών κατά την απομάκρυνσή του από το παιδί.
4. Υποτροπή του προβλήματος με την ανακοίνωση της βελτίωσης της υγείας του παιδιού και της εξόδου του από το Νοσοκομείο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. ΣΥΝΗΘΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΔΡΑΣΤΗ ΣΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ MUNCHAUSEN BY PROXY¹⁰

Είναι συχνότερα η μητέρα
 Παρουσιάζεται αρχικά ως φυσιολογικός και καλός γονέας
 Είναι συνήθως τέλειος ψεύτης, απατεώνας και χειριστικός, έξοχος στο να δίνει φαινομενικά αληθοφανείς λόγους για την συμπεριφορά του
 Συχνά έχει ιατρικές γνώσεις
 Συνήθως αρνείται την παθολογική του συμπεριφορά ακόμη και όταν υπάρχουν αποδεικτικά στοιχεία
 Αλλάζει συμπεριφορά όταν αυτή αποκαλύπτεται, αλλά συνήθως δεν σταματά τη δράση του
 Αναζητά βοήθεια από πολλούς διαφορετικούς ιατρούς
 Μπορεί να έχει διαταραγμένο ή και φυσιολογικό νοητικό επίπεδο
 Συχνά έχει ιστορικό συνδρόμου Munchausen
 Η συμπεριφορά του γίνεται πιο επικίνδυνη, αν αντιληφθεί ότι τον υποψιάζονται
 Χρησιμοποιεί τα θύματά του για να ικανοποιήσει τις εσωτερικές του ανάγκες, διαμέσου της προσοχής που εισπράττει έχοντας ένα άρρωστο παιδί

5. Οικογενειακό ιστορικό ανεξήγητης νόσου ή θανάτου.

6. Χαρακτηριστικό προφίλ του γονέα - δράστη, το οποίο ξεδιπλώνεται στον (πίνακα 4)^{10,8}.

Η διάγνωση του συνδρόμου είναι εξαιρετικά δύσκολη. Στηρίζεται αρχικά στον υψηλό δείκτη υποψίας των θεραπόντων ιατρών και απαιτεί στενή συνεργασία της ιατρονοσηλευτικής ομάδας^{5,8,11}. Είναι χαρακτηριστικό ότι τα περισσότερα παιδιά έχουν στο ιστορικό τους μακροχρόνιες νοσηλείες και έχουν υποστεί επώδυνες διαγνωστικές και θεραπευτικές επεμβάσεις προτού τεθεί η διάγνωση.

Στο περιστατικό μας, παρά τους ισχυρισμούς της μητέρας ότι το παιδί απέβαλε μεγάλες ποσότητες αίματος, η Mayer κοπράνων ουδέποτε βρέθηκε θετική. Ακόμη και η κένωση που προσκομίσθηκε από το σπίτι, ως δήθεν αιμορραγική, είχε Mayer αρνητική. Επίσης, το παιδί ήταν σε άριστη γενική κατάσταση, γεγονός που ερχόταν σε αντίθεση με το ιστορικό. Τα στοιχεία αυτά έθεσαν πολύ νωρίς την υποψία του συνδρόμου. Η Παιδοψυχιατρική εκτίμηση ενίσχυσε σημαντικά τη διάγνωση, διότι η μητέρα έπεφτε συνεχώς σε αντιφάσεις, είχε συναισθήματα ενοχής και αναφερόταν μόνο στα δικά της προβλήματα υγείας. Η συγκεκριμένη μητέρα έδειχνε να έχει άριστη σχέση με το παιδί της, ήταν πολύ φιλική με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, δεν δυσανασχετούσε για την παραμονή της στο νοσοκομείο, ούτε εξέφραζε την επιθυμία να επιστρέψει στο σπίτι της και να φροντίσει το μόλις λίγων μηνών δεύτερο παιδί της. Όταν σκοπίμως

της ανακοινώθηκε ότι την επομένη θα έπαιρναν εξιτήριο, παρουσίασε την κένωση με την προσθήκη του τοματοπολτού, οπότε τέθηκε η διάγνωση του συνδρόμου. Η διάγνωση τεκμηριώθηκε επτά περίπου μήνες από την έναρξη των συμπτωμάτων και αφού το παιδί νοσηλεύτηκε συνολικά 43 ημέρες στο νοσοκομείο και υπέστη δύο κολονοσκοπήσεις του εντέρου.

Στη διαγνωστική διαδικασία πρωταρχικό μέλημα αποτελεί η υγεία και η ασφάλεια του παιδιού και των άλλων παιδιών της οικογένειας. Στα σύγχρονα διαγνωστικά μέσα περιλαμβάνεται η εικοσιτετράωρη επιτήρηση των γονέων και του παιδιού με κρυφή κάμερα^{5,12}. Πολλοί συγγραφείς θεωρούν ότι σε ένα τριτοβάθμιο νοσοκομείο είναι απαραίτητη η ύπαρξη ενός τουλάχιστον δωματίου που να διαθέτει αυτή την υποδομή. Βεβαίως υπάρχουν πολλές αντιρρήσεις και ηθικά διλήμματα για την εφαρμογή της μεθόδου, γιατί καταστρατηγούνται ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα^{5,13}.

Η αντιμετώπιση αφορά^{8,14} σε:

1. Αποκάλυψη του προβλήματος στην οικογένεια με υποστηρικτικό τρόπο.

2. Άμεση αναφορά στα κέντρα παροχής φροντίδας παιδιών και στις Νομικές Αρχές.

3. Ψυχιατρική φροντίδα της μητέρας και του παιδιού από ειδικούς για το σύνδρομο ιατρούς.

Η μητέρα - δράστης χρειάζεται συνεχή ψυχολογική υποστήριξη, γιατί έχουν αναφερθεί αρκετές περιπτώσεις, όπου η αποκάλυψη της αλήθειας οδήγησε τη μητέρα σε αυτοκτονία⁸. Η οικογένεια

χρειάζεται μακροχρόνια παρακολούθηση. Το ποσοστό υποτροπής αναφέρεται περίπου σε 20-25%, ακόμη και στις ήπιες μορφές της νόσου¹⁵. Σε περίπτωση που διαπιστωθεί ότι κινδυνεύει η ακεραιότητα ή η ίδια η ζωή του παιδιού, αφαιρείται η επιμέλεια από τον υπεύθυνο γονέα για μεγάλο χρονικό διάστημα¹⁵. Στην περίπτωσή μας η μητέρα δεν προκαλούσε απευθείας κακό στο παιδί, απλώς παραποιούσε τα δείγματα των κοπράνων. Για το λόγο αυτό δεν της αφαιρέθηκε η επιμέλεια. Όμως, ενημερώθηκαν οι αρμόδιες αρχές της περιοχής που διαμένει και η οικογένεια παρακολουθείται σε τακτά χρονικά διαστήματα από το Παιδοψυχιατρικό Τμήμα του Νοσοκομείου μας.

Munchausen by proxy syndrome

P. Xafaki, A. Lourida

(Ann Clin Paediatr 2007, 54(2):176-181)

The case of a 4 years old girl who presented with syndrome Munchausen by proxy is described. The child was admitted to Hospital for 43 days with bloody diarrhea. The clinical evaluation and the laboratory investigation failed to reveal the cause of the symptom. Finally, we found out that mother had added tomato sauce over stools. The current literature is reviewed.

Key words: Munchausen by proxy syndrome

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Asher R. Munchausen's syndrome. Lancet 1951; 1:339-341.
2. Meadow R. Munchausen syndrome by proxy: the hinterland of child abuse. Lancet 1977; 2:343-345.
3. Don R Lipsitt. Factitious disorder and Munchausen syndrome. www.uptodate.com
4. Meadow R. What is and what is not Munchausen syndrome by proxy? Arch Dis Child 1995; 72:534-538.
5. Erin E Endom. Munchausen syndrome by proxy. www.uptodate.com
6. Mc Clure 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.
7. Denny SJ, Grant CC, Pinnock R. Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy in New Zealand. J Paediatr Child Health 2001; 37:240-243.
8. Rosenberg DA. Web of deceit: a literature review of Munchausen syndrome by proxy. Child Abuse Negl 1987; 11:547-563.
9. Bools C, Neale B, Meadow R. Munchausen syndrome by proxy; a study of psychopathology. Child Abuse Negl 1994; 18:773-788.
10. Lasher LJ. MBP overview and definitions. (www.mbpexpert.com/definition.html)
11. Meadow R. Munchausen syndrome by proxy. Arch Dis Child 1982; 57:92-98.
12. Hall DE, Eubanks L, Meyyazhagan LS, Kenney RD. Evaluation of covert video surveillance in the diagnosis of Munchausen syndrome by proxy: lessons from 41 cases. Pediatrics 2000; 105:1305-1312.
13. Foreman DM, Farsides C. Ethical use of covert videoing techniques in detecting Munchausen syndrome by proxy. BMJ 1993; 307:611-613.
14. Berg B, Jones DP. Outcome of psychiatric intervention in factitious illness by proxy (Munchausen's syndrome by proxy). Arch Dis Child 1999; 81:465-472.
15. Davis P, McClure RJ, Rofle K, et al. Procedures, placement, and risks of abuse after Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. Arch Dis Child 1998; 78:217-221.