

İKİ OLGU NEDENİYLE FİİLİ LİVATA BULGULARINI TAKLİT EDEN LEZYONLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ : OLGU SUNUMU

Evaluation of the lesions mimicking anal penetration : Two case report

Sema DEMİRÇİN^{1,2}, Mustafa Y. KARAGÖZ^{1,2}, Özgür O. SARGIN¹, Mehmet ATILGAN^{1,2}

Demirçin S, Karagöz MY, Sargın ÖO, Atılğan M. İki olgu nedeniyle fiili livata bulgularını taklit eden lezyonların değerlendirilmesi: İki olgu sunumu. Adli Tıp Bülteni, 2007;12(1):25-31

ÖZET

Anal kanalda anüs mukozasında ve deri-mukoza sınırında küçük alanlar halinde veya anal kanalı çepeçevre saran mühür ya da halka şeklinde ekimoz, akut livata tanısında değerli bir bulgudur. Anüs yoluyla gerçekleşen cinsel saldırı olgularında, muayene sırasında her zaman klasik bulgulara rastlamak mümkün olmamaktadır. Ayrıca, perianal bölgede daha önceden şahısta mevcut olan bir takım lezyonların ayırıcı tanısının da yapılması gerekmektedir. Bazen değişik lezyonlar fiili livata bulgularını taklit edebilmektedir.

Bu çalışmada; suda boğulma nedeniyle hastanemize müracaat ettirilen, tedavi gördükleri yoğun bakım servisi'nde fiili livata ön tanısı düşünülerek adli tıp anabilim dalından konsültasyon istenen ve tarafımızca pre-mortem konsülte edilen, livata izlenimi verdiği görülen ancak post-mortem ölü muayenesi ve otopside fiili livata bulgusu saptanmayan 2 ve 4 yaşlarındaki iki olgu tartışıldı.

Fiili livata gerçekleşmeden de benzer bulgular olabileceği ve bu konuda deneyimsiz hekimlerin bazen ciddi adli yanlışlara yol açabilen hatalar yapabileceği görüldüğünden, bu tip olguların değerlendirilmesinin, referans merkezleri tarafından yapılmasının daha doğru olacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Fiili livata, otopsi, anal bulgular.

SUMMARY

Small area of ecchymosis at anal mucosa and skin-mucosa junction and ecchymosis surrounding anus like a ring or seal are important findings of acute actual anal penetration. Physi-

cal examination of anal penetration cases may not always reveal the classical findings of sexual abuse. In addition to this the differential diagnosis of previously present lesions at perianal region, must be also done. Sometimes various lesions may mimic anal penetration findings.

In this case report, two and four years old two cases who had been consulted by Forensic Medicine Department with pre-diagnosis of anal penetration while they were being followed up in the Intensive Care Unit after being admitted to our hospital with near drowning has been discussed. The premortem physical examination of the two cases revealed suspicious findings of actual anal penetration however the postmortem examination and autopsy lacked these findings.

Findings similar to that of anal penetration may be present in the absence of actual anal penetration therefore serious forensic mistakes may result from evaluation of these patients by inexperienced medical practitioner for this reason be consider that the evaluation of these patients by reference centers will be more convenient.

Key words: Anal penetration, anal intercourse, autopsy, anal findings.

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1999 yılında, çocuk istismarının ana hatlarını belirlediği rehberde: "Çocukta cinsel istismar, bir çocuğun, tam olarak anlamadığı, ye-

¹ Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Antalya

² Adli Tıp Kurumu Antalya Grup Başkanlığı, Antalya

terli bilgi veya gelişim düzeyine sahip olmadığı için rıza veremeyeceği ya da kanunlara, toplumun sosyal tabularına uymayan herhangi bir seksüel aktivite içerisinde yer alması” olarak tanımlanmaktadır (1).

NCCAN (Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Merkezi) tarafından benimsenen hali ile çocuklara karşı cinsel istismar için “Çocuk ve erişkin arasındaki temas ve ilişki, o erişkinin veya başka birinin seksüel uyarımı için kullanılmışsa, çocuğun cinsel olarak istismarı kabul edilir. Cinsel istismar diğer bir çocuk tarafından eğer bu çocuğun diğeri üzerinde belirgin bir gücü veya kontrolü söz konusuysa veya bariz bir yaş farkı varsa da gerçekleştirilebilir” tanımı yapılmıştır (2). Bu yaş farkı bazı kaynaklarda en az 6 olarak kabul edilmektedir (3). DSÖ tarafından çocukta cinsel istismar için bildirilen fizik belirtiler tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. DSÖ’ye göre çocukta cinsel istismarın fizik belirtileri

Açıklanamayan genital yaralar
Tekrarlayıcı vulvovajinit
Vajinal ya da penil akıntı
Alışılmış yaş dışında yatak ıslatma ve gaita kaçıрма
Anal şikayetler (örneğin fissürler, ağrı, kanama)
İdrar yaparken ağrı duyma
Üriner sistem enfeksiyonları
Seksüel olarak bulaşan enfeksiyonlar
Gebelik
Sperm varlığı

Cinsel saldırıda fiziksel travma seyrek olduğundan fizik bulgular çocuklarda nadiren görülmektedir. Cinsel istismara uğramış prepubertal kız çocuklarında yapılan araştırmalarda, çoğunlukla normal ya da nonspesifik bulgulara rastlandığı gösterilmiştir (1). Heger ve arkadaşları, kendilerine sevk edilen 2384 olası cinsel istismar olgusunun %99.3’ünde muayenenin normal olduğunu, değerlendirme anında olguların %4’ünde bulgu saptanabildiğini, vajinal ya da anal penetrasyon olmuş ciddi istismar olgularında bile bulgu saptanma oranının sadece %5.5 olduğunu bildirmişlerdir (4). Böylece normal bulgular saptanan bir genital muayene, cinsel saldırı olasılığını ortadan kaldırmamaktadır. Daha önemlisi, olguların büyük çoğunluğunda, tıbbi muayene bulguları, cinsel saldırı iddiasını ne desteklemekte ne de dışlamaktadır (1,4).

Bulguların güvenilirliği açısından, çocukların ano-genital muayenesinin hem yüz yukarı hem de diz-dirsek

pozisyonunda olmak üzere, iki farklı pozisyonda yapılması gerektiği bildirilmektedir. DSÖ tarafından tanımlanan, normalden kesin tanı kriterlerine kadar olan anal bulgular tablo 2’de verilmiştir (1).

Tablo 2. Anal bulgulara ait DSÖ sınıflaması

1-Normal ve non-spesifik anal değişiklikler

- Eritem
- Fissürler
- Orta hatta deri kıvrımı (skin tag) yada katlantısı
- Venöz konjesyon
- Minör anal dilatasyon
- Lichen sclerosis

2-Anal cinsel saldırı olarak, sıklıkla yanlış tanı alan ya da cinsel saldırı ile karışabilen anatomik varyasyonlar ve fiziksel durumlar

- Lichen sclerosis
- Anal ve/veya vajinal streptokok enfeksiyonları
- Orta hat füzyonunda eksiklik
- Kasıtlı olmayan yaralanmalar (ata biner şekilde travmalar)

3-Anal cinsel saldırı olasılığını düşündürülen belirtiler

- Perinenin akut abrazyonları, laserasyonları ya da ekimozları
- Posterior Fourchette’de taze laserasyon yada skar (kasıtsız travma ekarte edilmelidir)
- 2 yaşın üstündeki çocuklarda condiloma
- Belirgin anal dilatasyon veya skarlaşma

4-Seksüel ilişki ya da saldırının kesin delili olan bulgular

- Çocuğun vücudunda, üzerinde yada oral, vajinal, anal örneklerde sperm ya da seminal sıvı varlığı
 - N. gonorrhoeae için pozitif test sonucu ya da edinsel sfiliz için serolojik kanıt bulunması (perinatal ve iyatrojenik bulaşma dışlanabilirse)
 - Anal ya da vajinal orifiste kasıtlı, künt penetran yaralanma
-

Çocuklarda öykü, semptomlar, davranışsal ve fiziksel belirtiler, yaralara ait bulgular ile adli delil ve tahkikat bilgilerinin hepsi birlikte değerlendirilerek tanıda bazı sonuçlara ulaşılması mümkün hale gelmektedir (5).

Anüs yoluyla yapılan ve penetrasyonun gerçekleştiği ilişki çeşidi fiili livata olarak tanımlanmaktadır (2,3,6).

Anüs dış ve iç sfinkter kasları ile kaldırıcı kaslardan

oluşmuş bir yapıdır. İç sfinkter düz kaslardan oluşur, istem dışı kontraksiyon halindedir, dış sfinkter çizgili kaslardan oluşur ve istemli olarak çalışmaktadır. Anüs ve rektum elastik, genişleyebilen yapılar olduğundan büyük çocuklarda bulgu saptanma olasılığı küçük çocuklara oranla azdır. Kurbanın yaşı ne kadar küçükse ve fiil ne kadar hoyratça yapılmışsa, anal bölgede bulgu saptanma olasılığı ve bulguların ağırlığı o oranda artmaktadır (3,6).

Anal yolla cinsel ilişki (livata) bulguları arasında; anüs çevresinde mühür şeklinde ekimoz, ödem, anüs mukozasında içeriye doğru uzanan fissürler, laserasyonlar, yırtıklar, anüs sfinkter tonusunda azalma ve anogenital bölgede sperm görülmesi sayılabilir. Büyük çocuklar ve erişkinlerde anal ilişki, kişinin kendi isteği ile yapılmışsa ya da kaydırıcı maddeler kullanılmışsa hiçbir bulgu gözlenmeyebilir (2,3,6).

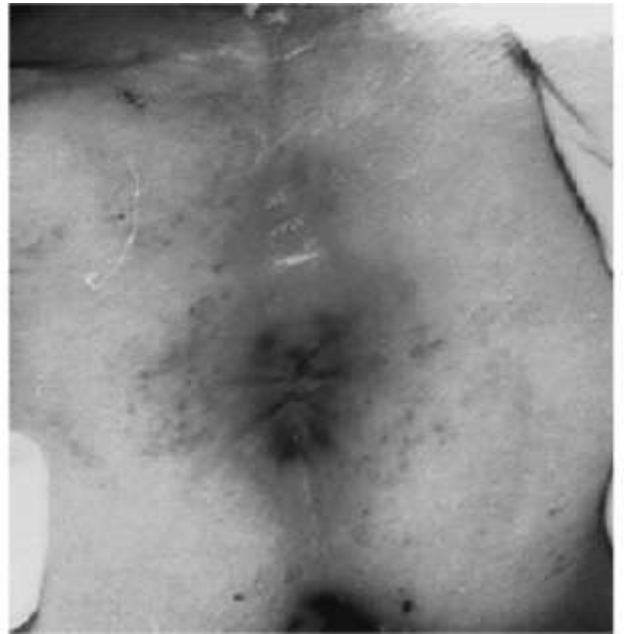
Anüs yoluyla gerçekleşen cinsel saldırı olgularının muayenesi sırasında her zaman klasik bulgulara rastlamak mümkün değildir. Diğer taraftan istismar tanısı koyabilmek için, daha önceden şahısta mevcut olan bazı lezyonların ayırıcı tanısının da yapılması gerekebilir. Bazen değişik lezyonlar fiili livata bulgularını taklit edebilir. Bu lezyonlar arasında deri ve mukozada kızarıklık (hiperemi) ve renk değişikliği (Mongol lekeleri), kanama (Henoch Schönlein Purpurası), soyulma bulunan tablolar, nikel, çocuk bezi materyali ya da bezin boya içeriklerine alerjiler, selülit, fitodermatit, venöz konjesyon, anormal anatomik yapı, anal fissürler, anal dilatasyon, lichen sclerosis, büllöz hastalıklar/vulvar pemfigoid, hemangioma, sarkom sayılabilir (1,5,7-9).

Bu çalışmada, livata olgularının değerlendirilmesinde, livataya benzer bulgular vererek yanılgılara yol açabilen durumlara dikkat çekmek amaçlanmıştır. Benzer öykü ve ön tanı ile Anabilim Dalımızdan konsültasyonu istenen iki olgunun muayene bulguları kaynaklar ışığında değerlendirilmiş ve akut livata bulguları ile rastlanma sıklıkları irdelenmiştir.

OLGU 1

2 yaşındaki 88 cm. boyunda, 15 kg ağırlıkta erkek olgu; babasıyla gittiği pazar yerinde kaybolduktan yaklaşık 5-10 dakika sonra 50 cm. derinlikteki bir su kanalı içerisinde bulunmuş ve 112 tarafından hastanemiz acil servisine getirilmiştir. Acil serviste yapılan muayenesinde; genel durumunun kötü, bilincinin kapalı, GKS (Glaskow Koma Skoru)'nun 3 olduğu, pupillerin middilate izlendi-

ği, spontan solunum ve dolaşımın olmadığı, hipotermik bulunduğu, kardiyopulmoner resusitasyon uygulandığı, entübe edilerek yoğun bakıma alındığı, bradikardisi (kalp tepe atımı 60/dk.) bulunduğu, arteriyel tansiyonun alınamadığı, kot kavsi altında karaciğerin 3 cm. palpe edilebildiği, kanda Hb 12.30g/dL, hematokrit %38.60, serumda sodyum 135.00 mEq/L (N: normal değerler: 133-145 mEq/L), potasyum 3.2 mEq/L (N: 3.3-5.1mEq/L), klor 101 mEq/L (N: 96-108 mEq/L), kalsiyum 9.10 mg/dL (N: 8.60-10.20 mg/dL), fosfor 11.20 mg/dL (N: 4.50-5.50 mg/dL), BUN 21.00 (N: 4-18 mg/dL) kreatinin 0.56 mg/dL (N: 0.20-0.70 mg/dL), albumin 3.60 g/dL, ALT 164.00 U/L (N: 0-41 U/L), AST 393 U/L (N: 0-75 U/L), parsiyel oksijen basıncı 32.4 mmHg, parsiyel karbondioksit basıncı 74.9 mmHg, oksijen saturasyonu %20.90, olup kanda asidoz (pH: 6.70) saptandığı, anal bölgede anüs civarında daha yoğun olmak üzere ekimoz ve kanama odakları izlendiği, vücudunda herhangi bir darp-cebir izi saptanmadığı, özgeçmiş ve aile öyküsünde özellik bulunmadığının yazılı olduğu görülmüştür. Olgu, yatısından yaklaşık 8 saat sonra eks olmuştur. Eks notunda; hipotansiyon, asidoz, hipotermi ve beyin ödemeine yönelik tedaviye rağmen asidozun düzelmediği, tansiyonun alınamadığı ve kardiyopulmoner arrest geliştiği bildirildi.



Resim 1. Yoğun bakım ünitesinde takibi yapılan Olgu 1'e ait görünüm

Suda boğulma ve fiili livata ön tanılarıyla yoğun bakıma alınan olgu, yattığı yoğun bakım servisinde Anabilim Dalımız tarafından konsülte edilerek muayenesi yapılmıştır. Yoğun bakımda yapılan muayenesinde; perianal bölgede özellikle anüs etrafında yaygın hiperemi ve yer yer noktasal papül tarzı kabartılar olduğu görülmüş, anüs mukozasının renginin ya da hipereminin ekimoz olarak değerlendirilmiş olabileceği, anal bulguların kötü hijyen, idrar-gaita maruziyeti ile gelişebilecek pişik ya da dermatit tablosu olduğu düşünülmüştür (Resim 1). Bir gün sonra yapılan otopsisinde; anal bölgede post-mortem değişiklikler dışında dış muayenede özellik saptanmamıştır (Resim 2). Histopatolojik incelemede; akciğerlerde akut alveoler şişme, atalektazi, bronkopnomoni ve vasküler konjesyon izlendiği diğer organlarda özellik saptanmadığı kayıtlıdır.



Resim 2. Olgu 1'e ait postmortem görünüm

OLGU 2

4 yaşında, 102 cm. boyunda kız olgu; ailesiyle birlikte bir otelde tatil yaparken kaybolmuş, 10-15 dakika sonra otelin havuzunda bulunmuştur. İlk müdahalesi özel bir hastanede yapılan olguda solunum arresti olduğu, kalp tepe atımı alınamadığı, pupillerin dilate, serumda sodyum 112.8 mEq/L (N: normal değerler: 135-145 mEq/L), potasyum 5.09 mEq/L (N: 3.5-5.5mEq/L), klor 78 mEq/L (N: 95-105 mEq/L), kalsiyum 1.57 mg/dL (N: 8.60-10 mg/dL), pH:6.85, parsiyel oksijen basıncı 171 mmHg, parsiyel karbondioksit basıncı 41 mmHg olduğu, entübe edilerek 2 kez intrakardiyak, 6 kez elektrotla CPR uygulandığı, CPR'a cevap alınması üzerine Hasta-

nemize sevk edildiği kayıtlıdır. Yoğun bakımda yapılan ilk muayenesinde; genel durumunun kötü, bilincinin kapalı, GKS (Glaskow Koma Skoru)'nun 3 olduğu, pupillerin fiks dilate izlendiği, reflekslerin alınmadığı, arteriyel tansiyon 60/30 mmHg, kalp tepe atımı 180/dk., hipotermik olduğu (35°C), her iki hemitoraksta yaygın kabarıkları bulunduğu, kanda Hb 13.10 g/dL, hematokrit % 37.50, serumda sodyum 135.00 mEq/L (N: normal değerler: 133-145 mEq/L), potasyum 4.83 mEq/L (N: 3.3-5.1mEq/L), klor 98 mEq/L (N: 96-108 mEq/L), BUN 25.00 (N: 4-18 mg/dL) kreatinin 0.89 mg/dL (N: 0.20-0.70 mg/dL), ALT 341.00 U/L (N: 0-41 U/L), AST >1099U/L (N: 0-75 U/L), parsiyel oksijen basıncı 235.5 mmHg, parsiyel karbondioksit basıncı 47.7 mmHg, oksijen saturasyonu % 99.7, kan pH'ı 7.249 olarak saptandığı, yatışının birinci ve ikinci gününde yapılan kranial



Resim 3. Yoğun bakım ünitesinde takibi yapılan Olgu 3'e ait görünüm

dopplerde serebral akım izlenmediği, tekrarlayan nörolojik muayene ve doppler sonucuna göre beyin ölümü ile uyumlu bulunduğu, izleminde vücut ısısının yükseldiği (38°C), arteriyel tansiyonun düşük seyrettiği, yatışının 5. gününde kardiyopulmoner arrest geliştiği yazılıdır.

Vücudunda herhangi bir darp-cebir izi bulunmadığı, anogenital bölgede hiperemi ve ekimozlar izlendiği kayıtlı olan olguda Anabilim Dalımızdan livata şüphesi ile konsültasyon istenmiştir. Tarafımızdan yapılan muayenesinde perianal hiperemi dışında bulgu saptanmamış olup (Resim 3), alınan anal örneklerde spermatozoid saptanmadı.

Yatışının ikinci gününde beyin ölümü tanısı alan olgu, yoğun bakımda 5. gün eks olmuştur. Aynı gün yapılan ölü muayenesinde; anal ve genital bölgelerde post-mortem değişiklikler dışında patoloji saptanmadı (Resim 4).



Resim 4. Olgu 2'ye ait postmortem görünüm

TARTIŞMA

Fiili livatanın bulguları olan; anüs çevresinde kızarıklık, mukozada şişlik, hassasiyet, kanama, yırtıklar ve sfinkter dilatasyonları birçok durumda cinsel ilişki ya da saldırı olmaksızın da gözlenebilmektedir (6).

184 vakalık bir çalışmada, çocuklarda cinsel saldırılarda en sık rastlanan bulgunun %29.3 ile anogenital kanama ya da ekimoz olduğu, bunu irritasyon veya kızarıklığın %21.7'lik bir oranla izlediği bildirilmektedir (7). Kızarıklık anal bölgede en sık rastlanan bulgudur. İrritasyon dermatiti, paraziter enfeksiyonlar (oksilyür), enteral hastalıklar, bozuk hijyen, alerji gibi değişik klinik tablolarda kızarıklık gözlenebilmektedir (3,6).

Kız çocuklarında ano-genital bölgede yanma, kızarıklık, ağrı, dizüri ve kanama ile klinik veren vulvovajinitler sıklıkla cinsel saldırının bir sonucu gibi değerlendirilebilmektedir. Vulvovajinit prepubertal kızlarda en sık rastlanan jinekolojik problemdir. Genital bölgenin rektumla yakın komşuluğu, labial yağ dokusu yokluğu, labium minörlerin küçük olması, vulva derisinin ince ve hassas oluşu, vaginal mukozanın ince, atrofik ve anöstrojenik olması, lokal hijyen eksikliği gibi bir çok hazırlayıcı faktör altta yatan sebep olabilmektedir (10).

İrritasyon dermatitleri değişik nedenlerle karşımıza çıkabilmektedir. Küçük çocuklarda sık rastlanan sebeplerden birisi bebek bezleridir. Bebek bezine bağlı dermatit,

bez bağlanan alanda görülen akut inflamatuvar deri reaksiyonudur ve bebeklik çağında oldukça yaygındır. Yapılan bir çalışmada, infantlarda % 7-35 oranında görüldüğü ve en sık olarak 9-12 aylık bebekleri etkilediği bildirilmiştir. Bir çeşit kontakt dermatiti olup, derinin irritasyon, nem, kimyasallar, idrar ve gaitaya karşı verdiği non-immünolojik bir reaksiyondur. Basit bir kızarıklıktan ödemli eritematöz papüllere kadar olan çeşitli formlarda gözlenebilmektedir (9,11).

Kötü hijyene ek olarak; çocuk bezinin ya da çamaşırın sürtünmesi ano-genital bölgede dermatit gelişimi için önemli predispozandır. Stratum corneum sürtünme ile fiziksel olarak zedelenmektedir. Ortamdaki nem ve ıslaklık sürtünme ile oluşan hasarı artırmaktadır. Buna bir de irritanlar eklendiğinde dermatit gelişimi kaçınılmaz olmaktadır. Ortamda idrar varlığında deri ve mukozaya nemli hale gelmekte, potansiyel irritanlara karşı permeabilite artmakta, idrar aynı zamanda gaitadaki üreazın varlığında ürenin yıkılmasına ve bu bölgede pH'nın yükselmesine yol açmaktadır. Bu pH artışı deri için majör irritan olan fekal proteazların ve lipazların aktivitesini artırmakta, böylece ciltte şiddetli eritem oluşurken epidermal bariyer bozulmaktadır. Gaitadaki safra tuzları da diğer potansiyel irritanlardır (11).

Ano-genital dermatitlerin gelişiminde mikrobiyal etkenlerin direkt rol oynamadığı, stratum corneumun harabiyetini izleyerek epidermise girebildikleri kabul edilmektedir (11). Saptanan etkenler arasında A grubu, hemolitik streptokoklar birinci sıradadır (10).

Fiili livatanın önemli bulgularından birisi olan, anal bölgedeki fissürler; kronik kabızlık, kaşıma (paraziter hastalığa bağlı) tırnaklama ya da yabancı bir cisim sokma (lavman) gibi mekanik travmalarla da oluşabilmektedir (6). Cinsel saldırı sırasında ya da özellikle küçük çocuklarda oyun esnasında kendi kendilerine veya arkadaşları tarafından anüs içine künt bir cisim sokulması da bu tip yırtıklar meydana getirebilmektedir. Anüse künt bir cisim sokulması penis penetrasyonu gibi anüste çepeçevre ekimozu sebep olabilmektedir (3,6).

Değişik branşlardaki hekimler, cinsel saldırı şüphesi olan çocuklarda; bulguların varlığı konusunda ve değerlendirilmesinde her zaman ortak bir fikirde olmayabilirler. 1991 yılında yapılan bir çalışmada; Altemeier ve arkadaşları, kız çocuk genital bölge fotoğraflarını doğru değerlendirmede, çocuk istismarı konusunda profesyonelleşmiş hekimlerin bu alanda rutin olarak vaka görmeyen

hekimlerden, daha doğru tanıları koyduklarını göstermişlerdir. Makaroff ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise; şüpheli olgulardaki genital bulguların değerlendirilmesinde, acil pediatri hekimleri ile çocuk istismarı eğitimi almış hekimlerin genital bulguları yorumlamalarında, aralarında anlamlı farklılıklar olduğunu saptamışlardır (12).

Olgularımızda; ilk muayeneyi yapan hekimler olguları öncelikle suda boğulma ve şüpheli fiili livata olarak değerlendirmiş, Anabilim Dalımızdan konsültasyon istemişlerdir. Olguların tedavi gördükleri serviste tarafımızdan yapılan premortem muayenelerde anal bölgede hiperemi gibi şüpheli bulguların varlığı görülmüş, ancak cinsel istismar yönünde değil, irritasyon dermatiti olarak değerlendirilmiştir.

Her iki olguda da ölü muayenesi ve otopside; anal bölgedeki tüm bulguların tamamen kaybolmuş oldukları görülmüş, post mortem değişiklikler dışında herhangi bir patoloji gözlenmemiştir. 1 numaralı olguda; yaşı gereği irritasyon dermatitinin bebek bezi kökenli olabileceği, 2 numaralı olguda ise; yaşça daha büyük olduğundan kimyasal kökenli (deterjan, sabun vs.) ya da bozuk hijyene bağlı dermatit olabileceği düşünülmüştür. İlk muayenelerinde görülen bulguların hızla kaybolmuş olması, olguların hasta yatağında soyunuk halde yatırılmaları ile cildin kuruması ve reanimasyon kliniğinde uygulanan hijyenik bakım ile açıklanabilmektedir.

Araştırmalarda; cinsel istismar olmadan benzer bulguların saptanabileceği ve bu konuda deneyimsiz hekimlerin bazen ciddi adli yanlışlara yol açacak hatalar yapabileceği, bu tip olguların değerlendirilmesinin bu konuda deneyimi olan veya özel eğitim almış uzmanlar tarafından yapılmasının daha doğru olacağı bildirilmektedir (12).

Amerika Birleşik Devletleri'nin 34 eyaletinde çocukların toplam %10.1'inin cinsel istismara uğradığı (13), Avrupa'da cinsel istismara uğrama oranınının 16 yaşından küçük kızlarda %6-36, erkek çocuklarda ise %1-15 arası olduğu belirlenmiştir. Grönland'da oranlar kız çocuklarında %8, erkek çocuklarda ise %3'tür (14). Ülkemizde yapılan bir çalışmada; Yavuz ve arkadaşları tarafından, fiili livataya uğrayanlar arasında 12 yaş ve altı grubun tüm vakalar içinde %65.6 orana sahip olduğu gösterilmiştir (15).

Çocuklara ait cinsel istismara yönelik prevalans oranlarını elde etmek ve hesaplamak oldukça güçtür. Kabul edilen bir metodoloji de bulunmamaktadır. Ancak kayıtlı olgulardan çok daha fazlasının gizli kaldığı kabul edil-

mektedir (14). Çocuk istismarının önemli bir sosyal problem ve ciddi bir suç olduğu açıktır (1-3,7,8,12-14). Olguların atlanmaması için tanıda en önemli yaklaşım, çocuk istismarının akılda tutulması ve şüphelenilmesidir.

Yanlış tanı, tanı konulmaması kadar tehlikelidir. Hem aile hem sanık hem de (yaşayan olgularda) çocuk için yıkıcı olacaktır (7). Hastanemizde adli tıp uzmanları bulunduğundan ilgili hekimlerin konsültasyon istemi ile olguların değerlendirilmesi saatler içinde mümkün olmuştur. Çocuk istismarı olgularının, ilk bulgular kaybolmadan ivedilikle adli tıp uzmanları tarafından değerlendirilmesinin uygun olacağı, bulunmayan hastanelerde olgularla ilk karşılaşabilecek hekimlerin bu konuda özel eğitim almalarının sağlanması, bunun yanında şüpheli durumlarda başvurabilecekleri ya da görüş alabilecekleri hatta olgunun muayenesini isteyebilecekleri uygun referans merkezlerinin ve prosedürlerin belirlenmesinin uygun olacağı görüşündeyiz.

KAYNAKLAR

1. WHO. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva, 1999.
2. Polat O, editör. Adli Tıp, 1. basım, İstanbul: Der Yayınları, 2000:207-232.
3. Hancı İH, editör. Adli Tıp ve Adli Bilimler. 1. basım, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2002:263-284.
4. Heger A, Ticson L, Velasquez O, Bernier R. Children referred for possible sexual abuse: Medical findings in 2384 children. Child Abuse Negl 2002; 26(6-7): 645-59.
5. Cheung PCH, Ko CH, Lee HYM, Ho LMC, To WWK, Ip PLS. Correlation of colposcopic anogenital findings and overall assessment of child sexual abuse: Prospective Study. Hong Kong Med J 2004;10:378-83.
6. Soysal Z, Çakalır C, editörler. Adli Tıp. İstanbul Üniv. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi yayınları, 1999:1219-1244.
7. Kellogg ND, Para JM, Menard S. Children with anogenital symptoms and signs referred for sexual abuse evaluations. Arch Pediatr Adolesc Med 1998;153:634-641.
8. Mudd SS, Findlay JS. The cutaneous manifestations and common mimickers of physical child abuse. J Pediatr Health Care 2004;8:123-129.

9. Alberta L, Sweeney SM, Wiss K. Diaper dye dermatitis. *Pediatrics* 2005;116:450-452.
10. Stricker T, Navratil F, Sennhauser FH. Vulvovaginitis in prepubertal girls. *Arch Dis Child* 2003;88:324-326.
11. Shin HT. Diaper dermatitis that does not quit. *Dermatologic Therapy* 2005;18:124-135.
12. Makoroff KL, Brauley JL, Brandner AM, Myers PA, Shapiro RA. Genital examinations for alleged sexual abuse of prepubertal girls: Findings by pediatric emergency medicine physicians compared with child abuse trained physicians. *Child Abuse & Neglect* 2002;26:1235-1242.
13. Sapp MV, Vandeven AM. Update on childhood sexual abuse. *Current Opinion on Pediatrics* 2005;17:258-264.
14. Johnson CF. Child sexual abuse. *Lancet* 2004; 364: 462-70.
15. Yavuz MF, Öz H. Çocuklara yönelik cinsel suçlar. Poster bildiri, 7. Ulusal Adli Tıp Günleri Kongre Kitabı. Antalya: 1-5 Kasım 1993:357-364.

İletişim:

Yrd. Doç. Dr. Sema DEMİRÇİN
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
Adli Tıp Anabilim Dalı, Antalya
E-posta: sdemircin@akdeniz.edu.tr