

DOI: 10.17986/blm.1430

Adli Tıp Bülteni 2021;26(1):64-67

Trombositopeni'ye Bağlı Yalancı Pozitif Cinsel İstismar Tablosu Oluşumu: Bir Olgu Sunumu

The Formation of a False Positive Sexual Abuse due to Thrombocytopenia: A Case Report

© Uzm. Dr. Erdoğan Polater¹, © Doç. Dr. Celal Bütün², © Dr. Öğr. Mahmut Ekici³, © Dr. Öğr Seda Aybüke Sarı⁴¹Malatya Adli Tıp Grup Başkanlığı, Malatya, Türkiye²Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye³Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye⁴Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye

ÖZ

Çocuk istismarı karmaşık nedenleri ve trajik sonuçları olan tıbbi, hukuki, gelişimsel ve psiko-sosyal kapsamlı ciddi bir sorundur. Çocuğun cinsel istismarı ise çocuk istismarı tipleri içerisinde saptanması en zor olanıdır. Tanı konulmasında ciddi zorluklarla karşılaşılacak ve çoğunluğu gün yüzüne çıkmamış önemli bir halk sağlığı problemidir. Olgumuz iki yaş üç aylık kız çocuğu, hemolitik üremik sendrom nedeniyle anogenital bölgede saptanan trombositopeniye bağlı ekimoz, deri altı kanama gibi bulgulara bağlı adli bildirimini yapılması ve cinsel istismar şüphesi ile değerlendirilmesi sonrası olgu olarak seçilmiştir. İstismar bulgularını tanımanın önemi ile birlikte ayırıcı tanısında bazı hastalıklar veya lezyonların iyi değerlendirilebilmesi gerekmektedir. Bu çalışmada, cinsel istismar olarak yanlış pozitif değerlendirilen bulguların ayırıcı tanısında hematolojik, gastrointestinal ve bazı enfeksiyon hastalıklarının göz önünde bulundurulması gerektiğine bir olgu sunumu üzerinden dikkat çekmek amaçlandı.

Anahtar Kelimeler: Hemolitik Üremik Sendrom, trombositopeni, Cinsel istismar, Adli Tıp

ABSTRACT

Child abuse is a serious problem with its complex causes and tragic consequences, including medical, legal, developmental and psychosocial. Child sexual abuse is the most difficult to detect among child abuse types. It is an important public health problem that has been faced with serious difficulties in diagnosing and has not been appeared the greater part of it. Our case is about a two-years three-month-old girl. The patient was chosen as a case after evaluating suspected child abuse and haemolytic uremic syndrome, finding such as subcutaneous bleeding, and sexual abuse which is based on thrombocytopenic ecchymosis. Within importance of diagnosing findings of abuse, some diseases or lesions should be evaluated well in the differential diagnosis. In this study, it was aimed to draw attention to a case report that it is necessary to consider hematologic, gastrointestinal and some infectious diseases in the differential diagnosis of findings that evaluate false positive as sexual abuse.

Keywords: Hemolytic Uremic Syndrome, thrombocytopenia, Sexual Abuse, Forensic Medicine



Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Uzm. Dr. Erdoğan Polater, Malatya Adli Tıp Grup Başkanlığı, Malatya, Türkiye
E-posta: polaterdovan-dr@yandex.com
ORCID ID: orcid.org/0000-0002-8923-4465

Geliş tarihi/Received: 21.06.2020
Kabul tarihi/Accepted: 13.03.2021

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü, bir yetişkin tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan ve çocuğun sağlığını, fiziksel ve psiko-sosyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen tüm davranışları çocuk istismarı olarak tanımlamaktadır (1-5). Ülkemizde çocuk istismarı tıbbi, hukuki, sosyal yönleri olan önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Çocuğun cinsel istismarı ise çocuk istismarı tipleri içerisinde saptanması en zor olanı olup medikososyal, legal ve ahlaki yönleri olan bir sorundur. Cinsel istismarın yaygınlığı konusunda bildirilen oranlar büyük farklılıklar gösterse de cinsel istismarın her sosyoekonomik düzeyde görülebileceği bildirilmektedir (6,7). Cinsel istismarın en özgün bulguları genital kanama, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve beklenmedik cinsel davranışlardır. Cinsel istismar varlığında öykü ve özgün laboratuvar bulguları olmadan sadece fizik muayene bulguları ile tanı konulması yanıltıcı olabilir. Ayrıntılı öykünün alınmadığı, fizik muayene ve laboratuvar bulgularının birlikte değerlendirilmediği bazı durumlar cinsel istismar varmış gibi yanlış bir değerlendirmeye yol açabilir. İstismar bulgularını tanımanın önemi ile birlikte ayırıcı tanısında bazı hastalıklar veya lezyonların iyi değerlendirilebilmesi gerekmektedir. Özellikle primer lezyonu genitoanal ve mukozal bölge yerleşimli olgularda laboratuvar göstergelerine bakmadan çocuğu değerlendirmek yanlış sonuçlara sebep olabilecektir (8). Hem çocuk istismarı hem de kanama diyatezi olgularında ayrı ayrı görülebileceği gibi bazen de iki durum bir arada iken görülebilir (9). Bir çalışmada morlukları olan istismara uğrayan çocukların %14'ünde pıhtılaşma bozukluğu saptanmıştır (10). Bu çalışmada, cinsel istismar lehine değerlendirilen bulguların ayırıcı tanısında deri, gastrointestinal ve bazı enfeksiyon hastalıklarının göz önünde bulundurulması ile cinsel istismarın ayırıcı tanısında öykü, fizik muayene ve laboratuvar bulgularının bir arada değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır.

OLGU SUNUMU

İki yaş üç aylık kız çocuğu hasta devlet hastanesi acil servise yaklaşık bir haftadır devam eden ishal yakınmasıyla annesi tarafından getirilmiştir. Acil serviste yapılan muayenesinde kız çocuğunun bilincinin açık olduğu ancak tetkikleri yapılırken konvülsiyon geçirdiği, rektal diazem yapılırken rektal prolapsus ve sakral bölgede ekimotik alan görülmesi üzerine cinsel istismar şüphesi ile kadın hastalıkları ve doğum, çocuk cerrahi ile pediatri konsültasyonları istenmiştir. Kadın hastalıkları ve doğum muayenesinde; hymen anüler yapıda, intakt olduğu ancak hymen anteriorda bilateral kızarıklık, ekimoz olduğu, sperm analizi amaçlı rektal sürüntü alındığı saptanmıştır. Mikrobiyoloji laboratuvarı tarafından incelenen sürüntülerde sperm hücresi görülmemiştir. Çocuk Cerrahisi konsültasyon notunda; fizik muayenesinde bilinci konfü olduğu, anüs çapında artış olduğu, perianüler ekimoz ve anüs mukozasının ekimotik

olduğu saptanmıştır. Cinsel istismar olarak değerlendirilen hastaya adli rapor düzenlenerek bildirim yapılmıştır. Pediatri tarafından değerlendirilmesi sırasında akut böbrek yetmezliği gelişmesi sonrası tetkik ve tedavi amaçlı çocuk nefrolojisi olan ileri bir merkeze sevk edilmiştir. Çocuk nefroloji anamnezinde; kusma, havale geçirme ve enterit öyküsünün olduğu, rektal diazem yapılırken rektal prolapsus saptandığı, idrar çıkışının olmadığı, kanlı ishalinin devam ettiği, laboratuvar tetkiklerinde; Üre: 225, Kreatinin: 3,71, AST: 205, ALT: 121, Na: 122, K: 6,27, WBC: 18.700 Plt: 62000, Sedimantasyon: 44 olduğu tespit edilmiştir. Laboratuvar tetkikleri arasında laktik dehidrogenaz ve indirekt billürubin düzeyini gösteren tetkiklere ulaşamamıştır. Gaita mikroskopisinde bol lökosit ve eritrosit görülmüştür. Gaita tetkiklerinde Rota-Adenovirus negatif bulunmuştur. Periferik yaymada Şiştozit + ve çomak hakimiyeti olduğu saptanmıştır. Tüm abdomen ultrasonografide her iki böbrek parankim ekosunda grade 3 artış olduğu tespit edilmiştir. Hemolitik üremik sendrom (HÜS)'e bağlı akut böbrek yetmezliği nedeniyle çocuk cerrahi tarafından periton dializi amaçlı kateter açıldığı, diyalize alındığı, 3 haftalık tedavisi sonrası taburcu edildiği saptanmıştır. Tedavisi sonrası Adli Tıp Anabilim Dalında anneden alınan öykü ve yapılan muayenesinde; kız çocuğunun babasının uzun yol şoförü olduğunu, annesi ile birlikte yaşadığını, iki kardeşinin daha olduğunu, yaklaşık 2-2,5 ay önce de ishal yakınmasının aralıklı olduğunu, annenin eşinin il dışında olması ve evde iki çocuğu daha olması nedeniyle çocuğu hastaneye götüremediğini ifade ettiği, fizik muayenesinde; sol diz üstünde 0,5 cm çapında ortası koyu, çevresi yeşil renkli ekimozlu alan, sağ tibia proksimal ön yüzde 3 adet 0,3-0,4 cm ebatlarında oval ekimotik alan, umbilicus solda 2x0,4 cm'lik periton dializi kateteri uygulamasına bağlı immatür skar olduğu tespit edildi. Genital muayenede; dış genital organlar ve hymende travmatik bulgu olmadığı görüldü. Gluteal katlantılar arasında hiperemi olduğu (diaper dermatit) saptandı. Anal bölge muayenesinde; anal mukoza ve anal sfinkter tonusunun doğal olduğu görüldü. Çocuk psikiyatri konsültasyon muayenesinde; sınırda bilişsel gelişime sahip olduğu, yapılan ruhsal muayenesinde cinsel istismar lehine psikiyatrik patoloji olmadığı kayıtlıdır.

TARTIŞMA

Klinisyenler genellikle çocuk istismarının belirtileri ile istismarın bulgularını taklit eden deri lezyonlarının ayırımına varmakta zorlanmaktadırlar. Deri hasarı, istismarın en yaygın ve tanınan formu (11) olsa da ayırıcı tanıda cinsel istismarı taklit eden ve deri lezyonları ile akılda şüphe uyandıran lezyonlar bırakan kanama diatezi ve vaskülit gibi durumlar mutlaka akılda tutulmalıdır. İstismar açısından yanlış tanı koymamak adına ayırıcı tanıları mutlaka dışlanmalıdır. Olgumuzda barsak enfeksiyonu zemininde gelişen hemolitik üremik sendroma bağlı trombositopeniye sekonder gelişen rektal ve genital mukozal bulgular cinsel istismarı taklit eden bulgulara neden

olmuş, kadın hastalıkları ve doğum ve çocuk cerrahi bölümleri tarafından cinsel istismar lehine değerlendirilmiştir.

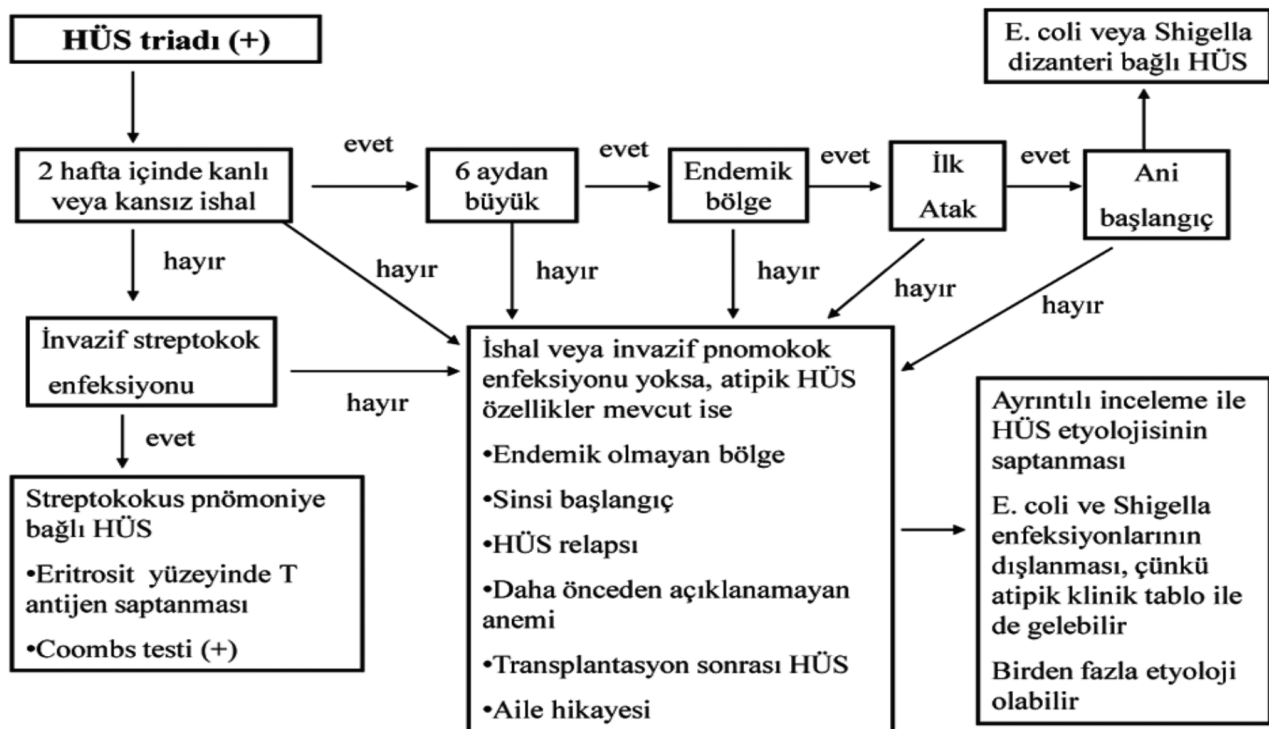
HÜS, süt çocuklarında akut böbrek yetmezliğinin en sık nedeni olup (12), mikroanjiyopatik hemolitik anemi, trombositopeni ve akut nefropatiyle karakterize bir hastalıktır (13-17). Sıklıkla gastroenterit ya da üst solunum yolu enfeksiyonunu izlemektedir. Hastalık en sık 6 ay-4 yaş arasında görülmektedir. HÜS'de hastaların periferik yaymalarında fragmente eritrositler (şizitositler) varlığı, laktat dehidrogenaz, indirekt bilirubin, üre ve kreatinin değerlerinin yüksek olması tipik olup hastalığın tanısını desteklemektedir (18). Olgumuzun klinik ve laboratuvar bulguları ile prognozu hemolitik üremik sendrom tanısı ile uyumlu olduğunu göstermektedir. Hemolitik üremik sendrom ayırıcı tanısında kullanılan yaklaşım Şekil 1'de gösterilmiştir.

Trombositopeni ($20.000-100.000/mm^3$) ise HÜS'ün her türünde %90 sıklıkla görülmekte, fakat bulgular geçici ve değişken seyretmektedir (19). Genel olarak trombosit sayısı $75.000/mm^3$ altına düşmeden primer hemostaz mekanizması etkilenmezken $50.000/mm^3$ altına düşmeden spontan kanama gerçekleşmemekte, $20.000/mm^3$ altına düşmeden yaşamı tehdit eden kanama oluşmamaktadır. Trombositlerin eksikliği veya trombosit fonksiyon bozukluğunda özellikle deri ve mukozalar etkilenmekte, peteşi, purpura ve ekimozlar meydana gelmektedir (20). Trombositopenik hasta değerlendirilirken, öykü ve fizik muayene bulguları kesinlikle detaylı olarak kaydedilmelidir. Özellikle alt ekstremitelerde, 2-8 yaş arası hareketli oyun çocuklarında sık görülen

ekimozların travmaya bağlı olma ihtimali yüksek iken, omuz, üst ekstremiteler, interskapular ve gluteal bölge morlukları dikkate alınmalı ve patolojik lokalizasyon olduğu bilinmelidir. Olgumuzda HÜS'e sekonder gelişen trombositopeniye bağlı oluşan hymende kızarıklık ve ekimoz ile rektal kanamaların cinsel istismarın patolojik bulguları ile karıştırılması bulguların yanlış değerlendirilmesinden, laboratuvar bulguları ile birlikte değerlendirilmemesinden ve detaylı öykü alınmamasından kaynaklanmaktadır. Olgumuzun adli raporunda öyküsünde ve fizik muayenesinde saptanan kanlı ishal, rektal prolapsus, konvülsiyon ve idrar çıkışının olmaması ile laboratuvar tetkiklerinde saptanan üre-kreatinin yüksekliği, hiponatremi, trombositopeni olması, ayrıca periferik yaymada ise şizitositlerin varlığı klinik tanının hemolitik üremik sendrom olduğunu düşündürmektedir.

SONUÇ

Çocuklarda trombositopeni sık rastlanan bir semptom olup birçok hastalığın ön belirtisi olarak başlayabilir. Trombositopeni değerlendirilmesi yaparken yaş gruplarına göre etiyoloji düşünülmeli, ayırıcı tanı dikkatli bir incelenme sonucu yapılmalıdır. Özellikle cinsel istismar gibi fiziksel, duygusal, sosyal ve hukuksal boyutları olan, mağdurlar üzerinde kısa ve uzun dönemde yıkıcı etkilere sahip ciddi bir toplumsal sorunun yanlış değerlendirilmesi durumunda sonuçlarının dramatik şekilde ağır seyredebileceği akılda tutulmalıdır. Çocuklarda fizik muayenede rektal ve vaginal patolojik bulgular saptanan ancak



Şekil 1. Hemolitik üremik sendroma yol açan nedenler arasında klinik tabloya göre ayırıcı tanının yapılması (19)

öykü ile uyumlu olmayan durumlarda altta yatan kanama diatezi, trombositopeni ve trombosit fonksiyon bozukluğu yapacak etiyolojiler mutlaka sorgulanmalıdır.

Etik

Etik Beyan: Bu çalışmada tanımlanan olgudan gerekli izin alınarak “Aydınlatılmış onam formu” düzenlenmiş, Helsinki Bildirgesi kriterleri göz önünde bulundurulmuştur.

Danışman Değerlendirmesi: İç danışmanlarca değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Konsept: C.B., Dizayn: C.B., S.A.S., Veri Toplama veya İşleme: E.P., M.E., S.A.S., Analiz veya Yorumlama: C.B., M.E., S.A.S., Literatür Arama: E.P., Yazan: E.P., C.B.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

KAYNAKLAR

1. First Istanbul Children's Congress, Istanbul Children's Report. Istanbul: Istanbul Children's Foundation Publications; 2000:138-146.
2. World Health Organization. Child maltreatment. Available from: <http://www.who.int/topics/childabuse/en/2007>
3. Badoe E. A critical review of child abuse and its management in Africa. *Afr J Emerg Med.* 2017;7:32-35. <https://doi.org/10.1016/j.afjem.2017.09.002>
4. Letourneau EJ, Brown DS, Fang X, Hassan A, Mercy JA. The economic burden of child sexual abuse in the United States, *Child Abuse Negl.* 2018;79:413-422. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.02.020>
5. Dubowitz H. Preventing child neglect and physical abuse. *Pediatr Rev.* 2002;23:191-196. <https://doi.org/10.1542/pir.23-6-191>
6. Mc Crory E, De Brito SA, Viding E. The link between child abuse and psychopathology: a review of neurobiological and genetic research. *J R Soc Med.* 2012;105(4):151-156. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.110222>
7. Özer E, Bütün C, Beyaztaş FY, Engin A. The evaluation of the children confronted with sexual abuse at Çorum chairmanship of the council of forensic medicine in the period of 2006-2007. *Cumhuriyet Medical Journal.* 2007;29(2):51-55.
8. Korkmaz B, Özkök MS, Kallem FÇ, Dirlik M, Katkıcı U. Is it physical abuse or blue sclera? A case report. *The Bulletin of Legal Medicine.* 2017;22(1):64-66. <https://doi.org/10.17986/blm.2017127143>
9. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Child abuse. *J Pediatr.* 2004;47:140-151.
10. World Health Organization. Child Abuse and neglect by parents and other caregivers. Geneva, World Health Organization, 200 Tercier A. Child abuse. In: JA Maer, editor. *Emergency Medicine.* 4th ed. St. Louis: Mosby; 1998:1108-1118.
11. Swerdlin A., Berkowitz C, Craft N. Cutaneous signs of child abuse. *J Am Acad Dermatol.* 2007;57(3):371-392. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2007.06.001>
12. Bergstein J. Hemolytic uremic syndrome. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB editors. *Nelson textbook of pediatrics.* Philadelphia: Saunders Company; 2000:1586-1587.
13. Devecioğlu Ö. Neyzi O, Ertuğrul T. Kanama ve pıhtılaşma bozuklukları. *Pediatrici.* 3. baskı. İstanbul: Nobel Kitapevi; 2002:1078-1082.
14. Fremeaux-Bacchi V, Fakhouri F, Roumenina L, Dragon-Durey MA, Loirat C. Atypical hemolytic-uremic syndrome related to abnormalities within the complement system. *Rev Med Interne.* 2011;32(4):232-240. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2009.09.039>
15. Kavanagh D, Goodship TH, Richards A. Atypical hemolytic uremic syndrome. *Semin Nephrol.* 2013;33:508-530. <https://doi.org/10.1016/j.semnephrol.2013.08.003>
16. Picard C, Burtey S, Bornet C, Curti C, Montana M, Vanelle P. Pathophysiology and treatment of typical and atypical hemolytic uremic syndrome, *Pathol Biol (Paris).* 2015;63:136-143. <https://doi.org/10.1016/j.patbio.2015.03.001>
17. Lee M, Tzen CY, Lin CC, Huang F, Liu H, Tsai J. Hemolytic uremic syndrome caused by enteroviral infection. *Pediatr Neonatol.* 2013;54:207-210. <https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2012.10.012>
18. Kılıç Ö, Ağzıkuru T, Cömert S, Çiçek N, Vitriuel A, Akın Y. Hemolytic uremic syndrome: 4 cases Report, *J KARTAL TR.* 2004;15(2):108-110.
19. Öktem F, Kuybulu A.E., Hemolytic uremic syndrome, *Dicle Med J.* 2011;38(4):519-525 <https://doi.org/10.5798/diclemedj.0921.2011.04.0081>
20. Aydoğdu S., Karaman S., Karakaş Z, Approach to thrombocytopenia in children, *Çocuk Dergisi.* 2016;16(3-4):67-73. <https://doi.org/10.5222/j.child.2016.067>