



## Bir olgu nedeniyle immün trombositopenik purpura ve çocuğun fiziksel istismarı

### *Idiopathic thrombocytopenic purpura and physical child abuse: a case report*

#### Sayın Editör,

Çocuğun fiziksel istismarı olgularına, diğer istismar şekillerine göre daha kolay tanı konabilmektedir. Buna karşın farklı disiplinler tarafından birlikte değerlendirme yapılmayan olgularda tanı koymada güçlükler yaşanabilmektedir.

Okulda düşme öyküsü bulunan ve vücudunda morluklar saptanan immün trombositopenik purpura (İTP) hastası 8 yaşında kız çocuğa; çocuk psikiyatrisi ve adli tıp anabilim dalı tarafından yapılan değerlendirmeler sonucu fiziksel istismar tanısı konulmuştur. Kanama pıhtılaşma bozukluğu bulunan çocuklarda ayırıcı tanının önemi, tanı sürecinde yapılması gerekenler ve bu tür olgularda fiziksel istismarın sorgulanması gereken bir durum olduğuna dikkat çekmek amacı ile konuyu tartışmayı düşündük.

Olgumuz ilk görüşmede; iki gün önce okulda düştüğünü, yüzündeki yaraların düşme sonucu, vücudundaki diğer yaraların ise kardeşi tarafından ısırılmakla ve tırmalamakla oluştuğunu aktarmıştır.

Olgu ve ailesi ile dört kez görüşülmüştür. Olgu ikinci görüşmesinde yüzündeki morlukların düşerek değil, yaramazlık yapmasına kızan annesinin tokat atması ile oluştuğunu belirtmiştir. Vücudundaki ısırık izi ve çizikleri kardeşinin yaptığını aktarmıştır. Annesi ile ilgili olarak yaramazlık yaptığında ara sıra vurduğunu söylemiştir.

Anne ve babası ile yapılan görüşmede; olgu çok hareketli, söz dinlemeyen bir çocuk olarak tarif edilmektedir. Anne, derslerine çalışmaması ve yaramazlık gibi nedenlerle sık sık olguyu uyardığını belirtmektedir. Ayrıca, diğer 3,5 yaşındaki kızının da çok hareketli ve yaramaz olduğunu, her iki çocukla başatmakta çok zorlandığını, bu nedenle ara sıra vurabildiğini anlatmaktadır. Görüşmeler sonucunda anne ve babada zekâ geriliği olduğu; annede öfke kontrolü ile ilgili zorluklar bulunduğu izlenimi alınmıştır.

Fizik muayenesinde; Yüzünde sağ elmacık kemiği üst kısmında ciltte 1x2 cm boyutlarında, mor renkte ekimoz; sol elmacık kemiği üst kısmında 3x2 cm'lik, sol göz altına ve burun köküne doğru uzanan düzensiz kenarlı ekimoz; bu ekimozun göz altında koyu kahverengi renkte 2x0,5 cm'lik yukarı bakan hilal şeklinde mor renkte ekimoz ile birleştiği; sağ göz sklerasının, mediyali daha yoğun olmak üzere tamamen hemorajik olduğu saptanmıştır. Vücudunda değişik yerlerde peteşiyal kanama alanları ve sıyrıklar bulunduğu, sol omuz dış kısmında üzerinde diş izi bulunan ortası vişne çürüğü, çevresi sarı yeşil renkte ekimoz alanı saptanmıştır.

Çocuk Hematolojisi tarafından yapılan konsültasyonda; çocuğun kronik İTP tanısı ile izlendiği, bu nedenle hastanın vücudunda sürekli morluklar oluşmasının beklenen bir durum olduğu belirtilmiştir.

Tıbbi dosyanın değerlendirilmesinde; çocuğun İTP hastalığı nedeniyle iki yıldır izlendiği, tıbbi dosyasında çok sayıda kaza, kardeşi ve arkadaşları tarafından vurulma öyküsü bulunduğu görülmüştür. İzlemlerinin yedinci ayında ekimozların atipik yerlerde olduğu gerekçesi ile çocuk istismarı düşünülerek izleme alındığı belirtilmiştir.

Olgunun hastalığı ve öyküsü dikkate alındığında, vücudundaki kanama alanlarının hafif çarpmalarla ve kardeşinin tırmalaması sonucu, ısırık izinin ise kardeşinin ısırması sonucu oluşabileceği kanaati oluşmuştur.

Yüzünde sağ ve sol elmacık kemiği üzerindeki ekimozların yerleşimleri, yayılım gösterdiği alan ve gözlerdeki kanama düşünüldüğünde, ekimozların okulda yere düşme sonucu oluşacak nitelikte olmadığı, ancak annesinin tokat atması ile oluşacak nitelikte olduğu kararına varılmıştır.

Ruhsal durum muayenesinde; Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), özgül öğrenme güçlüğü ve sınırda zeka işlevsellik (IQ: 72) tanıları konulmuştur. Her iki kardeşin DEHB belirtileri sergiledikleri ve buna bağlı olarak davranış sorunları

bulunduğu, ebeveynlerin bu sorunları çözme konusunda yetersizlikler yaşadıkları saptanmıştır.

Tüm değerlendirmeler sonucunda, çocukta saptanan bulgular çocuğun fiziksel istismara uğradığını düşündürmüştür.

Fiziksel istismar, genellikle artan şiddette yaralanmalarla başlayıp, kalıcı fiziksel ve ruhsal bozukluklara, büyüme gelişme geriliğine ve ölümlere neden olabilen önemli bir halk sağlığı sorunudur.

İmmün trombositopenik purpura çocukluk çağının en sık karşılaşılan edinsel trombositopeni nedenidir (1). Çocuk istismarı düşünülen olguların %16'sında hematolojik hastalıklar saptandığı bildirilmiştir (2,3). Kanama bozukluklarına bağlı ortaya çıkan lezyonlar travmatik ekimozlarla karışabilmektedir

Fiziksel istismar tanısında en önemli adım yaralanmaların çocuk istismarı olabileceğini düşünmektir. Çocuk değerlendirilirken fiziksel istismara ait etiyolojik bir etmen olup olmadığı, hastanın tutum ve davranışları, aile çocuk ilişkileri, çocuk ve aileden alınan öykünün özellikleri, psiko-sosyal ve tıbbi özgeçmiş, kanama bozukluğunu da içeren soy geçmişi önceden maruz kaldığı yaralanma ve kazaları sorgulayan ayrıntılı öykü alınmalıdır (4-6).

Etiyolojik etmenler istismar açısından klinisyen için önemli bir uyarandır (3). Ailenin sosyoekonomik durumunun düşük olması, anne ve babanın zihinsel becerilerinin kısıtlı olması, babanın çocuk bakımı ve ev işleri konusunda anneye destek olmaması, annede düşük dürtü kontrolünün olması gibi fiziksel istismar ve ihmal için etiyolojik risk etmenleri olgumuzda dikkat çekici olmuştur (3,7-9).

Kronik davranış ve ruhsal sorunları bulunan çocuklarda fiziksel şiddete uğrama riskinin arttığı bildirilmektedir (7). Olguda, DEHB, özgül öğrenme güçlüğü ve sınırdaki zeka işlevsellik tanılarının olması çocuğa ait risk etmenleri olarak sayılabilir.

Aile çocuk ilişkisine dair öykü ve gözlemlerde istismar açısından şüphe doğuracak pek çok davranış şekli saptanabilmektedir. Bunlardan sağlık kurumuna başvurmada belirgin bir gecikmenin olması, şüpheli travma öyküsünün birden fazla olması, ebeveynlerin tepkilerinin yaralanmaların şiddeti ile uyumlu olmaması, yaralanma için yetersiz ya da uygun olmayan açıklamaların yapılması, yaralanmalara ilişkin öykünün tutarsız olması, çocuğun kendini güvende hissettiği bir ortamda yaptığı açıklamaların özelliği olgumuzda istismar açısından şüphe doğurmuştur (10).

Kanama bozukluğu olan çocuklarda kaza dışı yaralanmaların ayırımının yapılamaması ve yanlış tanı konulması çocuğun sağlığı için önemli bir risk etkenidir (2). Olgumuzdaki lezyonlar başlangıçta kanama bozukluğuna ve kaza sonucu yaralanmalara bağlanmış, fiziksel istismar göz ardı edilmiştir.

Çocuğun fiziksel istismarında görülen ekimozlar, kanama bozukluklarının da en yaygın görülen belirtisidir (11). Ekimozların ayırıcı tanısı için çocuğun yaşı ve gelişimi, ekimozun yerleşimi ve özellikleri önemli bir unsurdur (12). Kaza sonucu meydana gelen ekimoz en sık diz ve tibya ön kısmında oluşur. Alın, kalça, ön kollar, omurga gibi herhangi bir kemikğin çıkıntılı bölgesinde de görülebilir (13). Kollar, uyluğun

orta ve arka kısmı, eller, göğüs ve karın bölgesi ön yüz, yanaklar, kulak, boyun, genital bölge istismar şüphesine neden olur. Silah ve şekilli nesnelere oluşturulan ekimozlar istismarı düşündürür (11,12,14).

İstismar tanısının doğru konulabilmesi için hastaya yeterli zaman ayrılarak fiziksel ve ruhsal muayene, radyolojik değerlendirme ve laboratuvar incelemesi yapılmalıdır (3). İmmün trombositopenik purpura tanısı öykü, fiziksel bakı, tam kan sayımı ve diğer trombositopeni nedenleri ile ayırıcı tanı yapılarak konulmaktadır (15).

Olgumuzun tıbbi dosyasında bir kez ekimozların yerleşiminin sıra dışı yerlerde olduğunun belirtilmesine rağmen adli tıbbi muayenesi yapılmadığı için ayırıcı tanıya gidilememiştir. Tekrarlayan düşmelerde ve çarpmalarda istismar ve ihmal sorgulanmalıdır. Olgular mutlaka çok disiplinli olarak değerlendirilmelidir.

Fiziksel şiddete uğrayan çocuklarda ruhsal belirtiler olabileceği unutulmamalıdır (16-17). Olgumuzda fiziksel istismarı düşündürecek bir ruhsal patoloji bulunmasa da yapılan görüşmelerde fiziksel istismara yönelik etiyolojik etkenler saptanmıştır. Çocuğun güven ilişkisi kurduktan sonra daha gerçekçi öykü verdiği görülmüştür.

Vücudunda travma ile oluşabilecek lezyon bulunan tüm çocukların fiziksel istismar olabileceği düşünülerek değerlendirilmesi gerekir. Ayırıcı tanıya gidilmesi tedavinin planlanması açısından önemli olduğu gibi, çocuğun gelecekte karşılaşılabileceği tıbbi sorunlar yanı sıra sosyal ve hukuksal açıdan da büyük bir önem taşır.

**Başar Çolak, Işık Karakaya\*, Ekrem Şentürk\*, Servet Yanal, Şahika G. Şişmanlar\*, Ümit Biçer**

*Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Kocaeli, Türkiye  
\*Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları  
Anabilim Dalı, Kocaeli, Türkiye*

## Kaynaklar

1. Bolton-Maggs PH. Idiopathic thrombocytopenic purpura. Arch Dis Child 2000; 83(3):220-2.
2. Aytekin S. Çocuk istismarında dermatolojik bulgular. İçinde: Tüzün Y, Serdaroğlu S, (yazarlar). Dermatolojide gelişmeler-8. İstanbul: Umur Basın ve Kirtasiye Sanayi ve Ticaret A.Ş. 2009: 101-10.
3. O'Hare AE, Eden OB. Bleeding disorders and non-accidental injury. Arch Dis Child 1984; 59(9): 860-4.
4. Maguire S. Which injuries may indicate child abuse? Arch Dis Educ Pract Ed 2010; 95(6): 170-7.
5. Thomas AE. The bleeding child; is it NAI? Ars Dis Child 2004; 89(12): 1163-7.
6. Wardinsky TD. Genetic and congenital defect conditions that mimic child abuse. J Fam Pract 1995; 41(4): 377-83.
7. Jaudes PK, Mackey-Bilaver L. Do chronic conditions increase young children's risk of being maltreated? Child Abuse Negl 2008; 32(7): 671-81.
8. Hindley N, Ramchandani PG, Jones DP. Risk factors for recurrence of maltreatment: a systematic review. Arch Dis Child 2006; 91(9): 744-52.
9. Lee SJ, Bellamy JL, Guterman NB. Fathers, physical child abuse, and neglect: advancing the knowledge base. Child Maltreatment 2009; 14(3): 227-31.
10. Akço S, Aksel Ş, Arman AR ve ark. Çocuk istismarı ve ihmali, UNICEF-Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, İstanbul 2003: 13-32.

11. Lee AC. Bruises, blood coagulation tests and the battered child syndrome. *Singapore Med J* 2008; 49(6): 445-50.
12. Barber MA, Sibert JR. Diagnosing physical child abuse: the way forward. *Postgrad Med J* 2000; 76(902): 743-9.
13. Ermertcan AT, Ertan P. Skin manifestations of child abuse, *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2010; 76(4): 317-26.
14. Ayan S. Aile içinde şiddete uğrayan çocukların saldırganlık eğilimleri. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2007; 8: 206-14.
15. Guerrero AP, Musgrave JE, Lee EK. Immune globulin-responsive thrombocytopenia in acute post-streptococcal glomerulonephritis: Report of a case in Hawaii. *Hawaii Med J* 2009;68(3):56-8.
16. Joshi PT, Daniolos PT, Salpekar JA. Child abuse and neglect. In: Dulcan MK, (ed). *Dulcan's textbook of child and adolescent psychiatry*. First ed. Arlington American Psychiatric Publish, 2010:479-94.
17. Tremblay RE, Nagin DS, Séguin JR, et al. Physical aggression during early childhood: trajectories and predictors. *Pediatrics* 2004;114(1): e43-50.