

DERLEME

Çocuklarda Cinsel İstismar ile Karıştırılabilecek Anogenital Bulgular*

Mehmet ATILGAN¹, Okan KILINÇ², İrem Tuğçe TOKSOY¹, Tansu Bensu TATAR¹

¹ Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye.

² Etlük Şehir Hastanesi, Adli Tıp Birimi, Ankara, Türkiye.

ÖZET

Çocuğun cinsel istismarının tanı ve tedavisinde etik, ahlaki ve kanuni açıdan sorumlulukları olan hekimlerin, cinsel istismarın bulgu ve semptomlarını iyi bilmeleri gerekmektedir. Anatomik varyasyonlar ve fizyolojik durumlar, hiperpigmentasyon oluşturabilen durumlar, dermatitler, cinsel istismar dışı travmalar, travma veya cinsel temas dışı nedenlerle oluşan durumlar (labial adezyon, anal fissürler, kabızlık, anal dilatasyon, üretral prolapsus, liken sklerozus, hematolojik/otoimmün hastalıklar, rektal prolapsus), anogenital bölge neoplazileri ve enfeksiyonların bazılarında görülebilen anogenital bulgular (eritem, ekimoz, sıyrık, purpura-peteşi, laserasyon vb.), çocuğun cinsel istismarıyla karışabilecek niteliktedir. Cinsel istismarda görülebilen bulgular spesifik olmadığından benzer şekilde bulgu veren tıbbi durumların; güvenilir ve detaylı anamnez, ayrıntılı ve tam fizik muayene, özgeçmiş ve soygeçmiş sorgulama, temel ve ileri laboratuvar tetkikleri ile gerekli konsültasyon/sevklar ile ayırıcı tanısının yapılması, hem asılsız cinsel istismar iddialarının önüne geçilmesi hem de cinsel istismarın atlanmaması ve aydınlatılması açısından oldukça önemlidir. Bu makalede, ulusal ve uluslararası literatür gözden geçirilerek çocuğun cinsel istismarıyla benzer bulgu verebilen normal ve patolojik durumların değerlendirilmesi, ayırıcı tanıda dikkat edilmesi gereken hususların vurgulanması ile konu hakkındaki bilgi düzeyinin artırılması hedeflenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Cinsel istismar. Anogenital travma. Adli tıp.

Anogenital Findings That Can Be Confused with Sexual Abuse in Children

ABSTRACT

Physicians, who have ethical and moral obligations in the diagnosis and treatment of child sexual abuse, must be aware of sexual abuse symptoms. Anatomical variations and physiological conditions, conditions that may cause hyperpigmentation, dermatitis, traumas other than sexual abuse, conditions caused by reasons other than trauma or sexual contact (labial adhesion, anal fissures, constipation, anal dilatation, urethral prolapse, lichen sclerosus, hematological/autoimmune diseases, rectal prolapse), anogenital area neoplasms and anogenital findings (erythema, ecchymosis, abrasions, purpura-petechiae, laceration, etc.) that can be seen in some infections can be confused with sexual abuse of the child. Due to the lack of specificity in sexual abuse findings, a differential diagnosis of similar symptomatic medical conditions should be made using a reliable and detailed anamnesis, detailed and comprehensive physical examination, background and family history inquiry, basic and advanced laboratory tests, and consultation/referrals as necessary. These are crucial for both avoiding spurious sexual abuse complaints and identifying and explaining sexual assault. The purpose of this article is to increase the level of knowledge on the subject by reviewing the national and international literature, evaluating normal and pathological conditions that may give rise to similar findings to child sexual abuse, and highlighting the points that should be emphasized in the differential diagnosis.

Keywords: Sexual abuse. Anogenital trauma. Forensic medicine.

Geliş Tarihi: 20.Mart.2024

Kabul Tarihi: 10.Haziran.2024

* 3. Uluslararası ve 19. Ulusal Adli Bilimler Kongresinde (3-6 Kasım 2022, Aydın) Poster Bildiri olarak sunulmuştur.

Dr. Okan KILINÇ
Etlük Şehir Hastanesi,
Adli Tıp Birimi,
Ankara, Türkiye.
Tel: 0505 545 52 42
E-posta: okan48_kilinc@hotmail.com

Yazarların ORCID Bilgileri:

Mehmet ATILGAN: 0000-0002-5182-3301

Okan KILINÇ: 0000-0002-5313-653X

İrem Tuğçe TOKSOY: 0000-0002-9900-353X

Tansu Bensu TATAR: 0000-0001-8266-5492

Çocuğun cinsel istismarı, çocuğun gelişimsel olarak hazır olmadığı, rıza gösteremeyeceği veya tam olarak anlayamadığı cinsel eylemlere katılması olarak tanımlanmaktadır. Bu eylemler, çocuktan yaşça daha büyük bir yetişkin veya çocuğa bakmakla sorumlu kişiler tarafından tatmin olma amacıyla yapılan temas içermeyen cinsel davranışlar, cinsel dokunma, cinsel sömürü veya cinsel penetrasyon şekillerinde gerçekleşebilmektedir^{1,2}. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) Türkiye ile Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'nun iş birliği içinde yayınladığı rapora göre Türkiye'deki 7 ile 18 yaş aralığındaki çocukların yaklaşık %3'ünün cinsel istismar mağduru olduğu bildirilmektedir³. Çocukluk

çağında görülen cinsel istismarın insidans ve prevalansını kesin olarak saptamak zordur. Bunun nedenleri olarak adli makamlara yeterli bildirim yapılmaması, çocukların çeşitli nedenlerle istismarı anlatmaktan kaçınması, etiketlenme endişesi ile sonradan yaşanacak sıkıntılardan çekinmesi ve adli makamlara ulaşmadaki zorluklar sayılabilir⁴. Ülkemizde bildiri yapılan çocuğun cinsel istismarı olgularının, buzdağının görülen kısmı olduğunu söylemek mümkündür. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2021 verilerinde, suç mağduru çocuk sayısının yılda 207 bin civarında olduğu, bunların %24,4'ünün cinsel suçlar olduğu bildirilmektedir⁵.

Anatomik varyasyonlar ve fizyolojik durumlar, anogenital bölgede hiperpigmentasyon oluşturan durumlar, dermatitler, cinsel istismar dışı travmalar, travma veya cinsel temas dışı nedenlerle oluşan durumlar (labial adezyon, anal fissürler, kabızlık, enkoprezis gibi predispozan durumlar ile postoperatif veya anestezi altında görülen anal dilatasyon, üretral prolapsus, liken sklerozus, hematolojik/otoimmün hastalıklar, rektal prolapsus), anogenital bölge neoplazileri ve enfeksiyonların bazılarında görülebilen anogenital bulgular (eritem, ekimoz, sıyrık, purpura-peteşi, laserasyon vb.) çocuğun cinsel istismarıyla karışabilecek niteliktedir⁶⁻²⁹ (Tablo I). Çalışmamızda, ulusal ve uluslararası kaynaklar gözden geçirilerek, çocuğun cinsel istismarında da görülebilen bulgulara sahip olabilecek normal ve patolojik durumların değerlendirilmesi, ayırıcı tanıda dikkat edilmesi gereken hususların vurgulanması ile konu hakkındaki bilgi düzeyinin artırılması amaçlanmıştır.

Anatomik varyasyonlar ve fizyolojik durumlar

Himen yapısındaki anatomik varyasyonlar

Vajinal açıklığı çevreleyen, skuamöz epitelyum ile çevrili ve kollajen bağ dokusu tarafından oluşturulan himen, çocukta ilk iki yaşa kadar ince ve genelde yarı saydam olarak izlenmektedir. Prepubertal dönemde ise östrojen eksikliğine bağlı pembe-kırmızı renktedir. Himenin anatomik yapısında görülen bazı farklılıklar, çocuğun cinsel istismarı bulguları ile karıştırılabilmektedir. Bunun önüne geçebilmek için himenin anatomik varyasyonları (anüler, kresentik ya da semilunar, septalı, labial, fimbriyal, kribriform, dentriküler, imperfore, infantil tip ve bazı durumlarda doğuştan gözlenmeyen himen) tanınmalı ve ayırt edilebilmelidir³⁰.

Himende doğal çentikler

Himende, çoğu kez eski yırtıklar ile karıştırılabilen doğal çentikler, vajina duvarına uzanmamakta ve saat yönüne göre her kadranda görülebilmektedir. Bunun yanı sıra jinekolojik pozisyon itibarıyla yırtıklar, sıklıkla saat kadranına göre üç ile dokuz hizasında izlenmektedir. Doğal çentiklerin vajen duvarına çok

yakınlaşsa bile kolposkop kullanılarak ayrıntılı incelendiğinde vajen duvarına tam olarak ulaşmadığı, arada milimetrik ebatlarda olsa dahi ince bir himen dokusu mevcudiyetinin olduğu tespit edilebilmektedir³¹. Himende doğal çentik-eski yırtık ayırımında pamuklu çubuk kullanımının da faydalı olacağı belirtilmektedir³².

Tablo I. Çocuklarda cinsel istismarla karışabilecek nitelikte anogenital bulgu oluşturan durumların görülme sıklıkları⁶⁻²⁹

Anogenital bulgu oluşturan durumlar	Görülme sıklığı (%)	İlişkili Çalışma
1. Anatomik varyasyonlar ve fizyolojik durumlar		
1.1. Himen yapısındaki anatomik varyasyonlar		
a. Anüler himen	~80-85	Hudson ve ark. (6), Amerika; Demirci ve ark. (7), Türkiye; Dogan ve ark. (8), Türkiye
b. Kresentrik himen	~5-10	
c. Septalı himen	~2-3	
d. Fimbriyal himen	~2-3	
e. Dentriküler himen	~2-3	
f. Labial himen	~0,5-1	
g. Kribriform himen	~0,1-1	
h. İmperfore himen	~0,1-1,2	
i. İnfantil tip ve bazı durumlarda doğuştan gözlenmeyen himen	<1	
1.2. Himende doğal çentikler	~25-30	
1.3. Anal bölgedeki anatomik varyasyonlar ve fizyolojik değişiklikler	~7-35	Demirci ve ark. (9), Türkiye
1.4. Diğer durumlar		
a. İnvajinal çıkıntılar	~90	Heger ve ark. (10), Amerika
b. Himende dış çıkıntı	~30	
c. Periüretal veya vestibüler bantlar	~90	
d. Himenal/perianal cilt kıvrımları	~3	
2. Anogenital bölgede hiperpigmentasyon oluşturan durumlar	5-20	Okumuş ve Nur (11), Türkiye
2.1. Fakomatozis pigmentovasküleris (Fpv-mongol lekeleri)	13-30	Güneş ve ark. (12), Türkiye
3. Dermatitler		
3.1. Kontakt dermatitler	10-20	Türsen (13), Türkiye
a. İritan kontakt dermatitler (İKD)		
b. Alerjik kontakt dermatitler (AKD)		
3.2. Atopik dermatitler	7,5-17,1	Aksu ve ark. (14), Türkiye
4. Cinsel istismar dışı travma	Anogenital travmayla gelen olguların %98'i	Baysal (15), Türkiye
5. Travma veya cinsel temas dışı nedenlerle oluşan durumlar		
5.1. Labial adezyon	1,8-3,3	Öztorun ve ark. (16), Türkiye
5.2. Anal fissürler	0,05-12	Patkova ve Wester (17), Avrupa
5.3. Kabızlık, enkoprezis gibi predispozan durumlar ile postoperatif veya anestezi altındaki çocuklarda anal dilatasyon	0,5-32,2	Koppen ve ark. (18), Derleme

Cinsel İstismar ve Anogenital Bulgular

Tablo I. Devamı

5.4. Üretral prolapsus	~0,03	Ateş ve ark. (19), Türkiye
5.5. Liken sklerozus	0,1-0,2	Coşkun ve ark. (20); Kurt ve ark. (21), Türkiye
5.6. Behçet hastalığı	0,003-0,09	Ekici ve ark. (22), Türkiye
5.7. Rektal prolapsus	<0,01	Yıldırım ve Baykan (23), Türkiye
5.8. Anogenital bulguları olan diğer tıbbi durumlar		
a. İnflamatuvar barsak hastalıkları	0,003-0,009	Beşer ve ark. (24), Türkiye
b. Pyoderma gangrenosum	0,000003-0,00001	Soleimani ve ark. (25), Amerika
c. Otoimmün büllöz hastalıklar (pemfigus, pemfigoid, lineer IgA büllöz dermatozu, edinsel epidermolizis büllöza)	<0,001	Alpsoy (26), Türkiye
d. Bazı hematolojik hastalıklar (idiopatik trombositopenik purpura, hemofili, infantın akut hemorajik ödemi, Von Willebrand hastalığı, Henöch Schönlein purpurası)	~0,1	Türk Milli Pediatri Derneği Kılavuzu (27), Türkiye
6. Anogenital bölge neoplazileri	0,001-0,01	Arslan ve Derya İpek (28), Türkiye
7. Anogenital enfeksiyonlar	1-5	Kılıç ve Çakıroğlu (29), Türkiye

Anal bölgedeki anatomik varyasyonlar ve fizyolojik değişiklikler

Anal bölgede anatomik varyasyon olarak görülebilen orta hattaki deri kıvrımı ya da katlantısı, orta hat füzyon eksiklikleri, anal pililerdeki renk veya şekil değişiklikleri, minör anal dilatasyon ya da fizyolojik değişiklikler sonucu bu bölgede oluşabilen eritem veya venöz konjesyonun cinsel istismardan ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Diğer taraftan rektumda gaita bulunmasına bağlı gelişen refleks dilatasyon, anal muayenenin uzamasına bağlı oluşan venöz konjesyon ile pediatrik popülasyonda sıklıkla büyük çocuklarda izlenen ve poliklinik muayenelerinde en sık görülen anal bölge artefaktı olan hemoroid pakelerinin bilinmesi ve ayırıcı tanıda düşünülmesi gerekmektedir.

Diğer durumlar

İntravajinal çıkıntılar (intravaginal ridge or column), himende dış çıkıntı (external ridge on the hymen), periüretral veya vestibüler bantlar, himenal/perianal cilt kıvrımları (hymenal/perianal skin tag), spesifik olmayan cinsel istismar bulguları ile karışabilecek nitelikte bulgu veren fakat sıklık ve görünüşlerinin bilinmesi ve ayrıntılı fizik muayene ile ayırıcı tanısı yapılabilecek diğer durumlardır³³.

Anogenital bölgede hiperpigmentasyon oluşturan durumlar

Çocukluk çağında anogenital bölgede hiperpigmentasyon oluşturan durumlar spesifik olmayan klinik özellikleriyle tanı ve ayırıcı tanıda

zorluklara neden olmaktadır³⁴. Anjiokeratom, melanom, nevüsler gibi makül/papül; melanozis, akantozis nigrikans gibi plak/yama ile seyreden cilt hastalıkları, konjenital adrenal hiperplazi ve bazı fizyolojik durumlar (rölatif hemoglobin yüksekliği, ağlama, üşüme ile görülebilen akrosiyanoz), anogenital bölgede hiperpigmentasyon oluşturabildiğinden benzer şekilde bulgu verebilen cinsel istismarın ayırıcı tanısında değerlendirilmelidir^{11,34,35}.

Fakomatozis pigmentovaskularis (Fpv-mongol lekeleri)

Fpv, epidermise göçünü tamamlamayıp dermiste takılı kalmış melanositlerden kaynaklanan yaygın vasküler nevuslar olarak tanımlanmaktadır ve yenidoğan döneminde sık görülen pigmentasyon değişikliklerinden biridir³⁶. En sık gluteal ve sakral bölgede görülmek üzere sırt, omuz ve bacaklarda da bulunabilmektedir. Keskin sınırlı, mavimsi-gri tonda, boyutları birkaç milimetreden 10-15 santimetreye kadar değişen, nadiren daha büyük boyutlu, tek ya da çok sayıda maküller şeklinde izlenmektedir ve bu özellikleriyle ekimozlar ile karıştırılabilmektedir. Mongol/Moğol lekeleri olarak da adlandırılabilen bu lezyonlar çoğunlukla puberte öncesi dönemde kaybolmaktadır. Malign dönüşümleri yoktur, ayrıca tedavi ve izlem gerektirmemektedir¹¹.

Dermatitler

Kontakt dermatitler

Kontakt dermatitler, iritan veya alerjik tipte görülebilen çocukluk döneminin önemli deri problemleri arasında yer almaktadır. Yenidoğanlarda derinin ince olması, vücut ağırlığı ile deri yüzey alanı oranındaki farklılıklar, giysilerin temas ettiği bölgelerin fazla olması ve deriden emilimin fazla olması gibi nedenlerle anogenital bölge de dâhil olmak ciltte eritem, ödem gibi bulgular görülebilmektedir³⁷.

İritan kontakt dermatitler (İKD)

Erken infant döneminde iritan kontakt dermatitin en sık görülen şekli diaper dermatitidir. Diaper dermatiti, bebek bezinin altında kalan bölgede nem, üre, dışkı ve friksiyon gibi faktörlerin etkisiyle gelişmektedir. Ayrıca bu faktörlerin etkisiyle deri bariyeri zayıflamakta ve deri sekonder bakteriyel ve fungal enfeksiyonlara daha açık bir hale gelmektedir.

Perianal dermatitler ise hayatın ilk yıllarında ortaya çıkan diğer bir tablo olup mekanik nedenler ve sindirilmemiş gıdaların temasıyla ortaya çıkmaktadır.

Fitofotodermatitler ise güneş maruziyeti ile ilişkili olup oral bir foto duyarlandırıcı alımı veya bir bitki teması sonrası görülmekte ve özellikle ev dışına çıkmaya başlayan çocuklarda egzama tabloları

oluşturabilmektedir³⁷. İKD tanısı, sıklıkla öykü ve diğer tanılarının dışlanması ile konulmaktadır. Bu tablonun nedeni olabilecek tüm iritanlar gözden geçirilmeli ve tanı koydurmamakla birlikte tanıya yardımcı olabilecek iritasyon testleri kullanılmalıdır^{37,38}.

Alerjik kontakt dermatitler (AKD)

Alerjik kontakt dermatit (AKD), fiziksel, kimyasal veya biyolojik bir alerjen madde ile daha önceden duyarlanmış kişinin sonraki temaslarıyla ortaya çıkan geç tip hipersensitivite reaksiyonuna bağlı gelişen deri reaksiyonlarıdır³⁹.

Çocukluk döneminde AKD, en sık olarak yüz, eller, bacaklar, ayaklar ve perianal bölgeye yerleşmektedir. Kimyasal antiseptik mendiller, bebek bezi ve mendilleri, tuvalet ve araba oturakları, metaller, topikal ilaçlar ve kozmetik ürünler bu dönemde önemli alerjen maddelerden bazılarıdır. AKD, büyük çocuklarda uyluk posteriorunun proksimalinde, daha küçük çocuklarda uyluk posteriorunun distalinde gözlenmektedir³⁷.

AKD'nin tanısının konulması benzer şekilde bulgu veren durumların ayırıcı tanısı açısından oldukça önemlidir. Çocukta belirli alerjenlere karşı geç tip reaksiyonun, deri yama testleri ile gösterilmesi gerekmektedir. Herhangi bir nedenle deriye temas eden her türlü maddenin kontakt duyarlılığın nedeni olabileceği bilindiğinden tanının konulabilmesi için öncelikle ayrıntılı bir öykü ve fizik muayene gerekmektedir⁴⁰.

Atopik dermatitler

Çocuklardaki sıklığı %10-20 arası değişen oranda gözlenen atopik egzama olarak da bilinen atopik dermatit; eritem, kaşıntı, soyulma, likenifikasyon ve papüloveziküler lezyonlar ile karakterize, sık gözlenen bir deri hastalığıdır¹³. Çocukluk çağında sıklıkla ekstremitelerde ekzansör ve fleksör yüzlerini tutan, genital bölgede nadir bulgu veren atopik dermatitin tanısında; morfoloji ve dağılım, kaşıntı, tekrarlayan dermatit, ailesel atopi öyküsü ve artmış IgE seviyeleri önemli parametrelerdir⁴¹.

Cinsel istismar dışı travmalar

Gelişmiş ülkelerde önlenemez yaralanmaların azlığına bağlı olarak en sık anogenital travma sebebinin cinsel istismar, gelişmekte olan ülkelerde ise trafik kazaları, yüksekte düşme, bisiklet ve oyun aletlerine yanlış veya sürekli binme, spor travmaları, yabancı cisim teması olduğu belirtilmektedir^{42,43}. Cinsel istismar dışı anogenital travmalarda bu bölgede fissür, ekimoz, laserasyon, hematoma, rüptür/fragmantasyon ve cilt avülsiyonu gibi yaralanmalar görülebilmektedir. Hem asılsız cinsel istismar iddialarının önüne geçmek hem de nedenin cinsel istismar olduğu durumların tespiti

ve aydınlatılması açısından konuşabilen çocuklardan açık, uygun ve güvenilir bir öykü alınmalı, tanık ifadeleri ile olay yeri kayıtları, travmanın lokalizasyonu, şiddeti ile yaygınlığı değerlendirilmeli, ayrıntılı anogenital sistem muayenesi yapılmalı ve eşlik eden organ veya sistem yaralanması varlığı sorgulanmalıdır⁴².

Travma veya cinsel temas dışı nedenlerle oluşan durumlar

Labial adezyon

Labial adezyon, kızlarda labia minoraların orta hatta kısmen veya tamamen yapışması sonucu oluşan benign bir jinekolojik patolojidir ve sıklıkla 0-2 yaş aralığında görülmektedir¹⁶. Etiyolojide, prepubertal dönemdeki hipoöstrojenizm düşünülse de kötü hijyen, ishal, pişik, idrar yolu enfeksiyonları, mantar enfeksiyonları, alerjik dermatit, düşük vücut yıkama suyu sıcaklığı, bebek bezi değişiklikleri, vajinal akıntı, travma ve tahriş de labial yapışıklıklara neden olabilmektedir⁴⁴.

Anal fissürler

Anal fissürler, çocukluk çağında en sık görülen anal kanama nedeni olup genellikle sert dışkılama ya da defekasyon sırasında ıkmama ile ortaya çıkan anodermal yırtık ya da kesilerdir. Kötü hijyen, aşırı ıkmama, lif ve sıvıdan fakir diyet, kronik konstipasyon, diyare, travma ve enfeksiyonların anal fissür oluşumuna yatkınlığı artırdığı bilinmektedir. Ayrıca bazal internal sfinkter bozuklukları da oluşturdukları spazm nedeniyle rektum arka duvarında iskemi oluşturup anal fissüre neden olabilmektedir^{45,46}.

Kabızlık, enkoprezis gibi predispozan durumlar ile postoperatif veya anestezi altındaki çocuklarda anal dilatasyon

Anal cerrahi sonrası fekal inkontinansı olan, anestezi altında bulunan veya kabızlık, enkoprezis (dışkı kaçırma) gibi predispozan bir duruma bağlı anal sfinkter yaralanması olan çocuklarda anal dilatasyon görülebilmektedir⁴⁷.

Üretral prolapsus

Sıklıkla kız çocuklarında görülen üretral prolapsus, distal üretral mukozanın üretra ağzından dışarıya doğru prolabe olması hali olarak tanımlanmaktadır. Prepubertal dönemdeki kız çocuklarında genital kanama nedenlerinden birisidir. Ayrıca üretral meatustan prolabe kitle veya dizüri şeklinde de bulgu oluşturabilmektedir¹⁹. Etiyolojisi tam olarak bilinmese de kronik öksürük, solunum yolu hastalıkları, kabızlık, nöromusküler bozukluklar, vajinal mukoza atrofi, üretral malpozisyon, artmış üretral çap ve östrojen eksiklikleri bu duruma yatkınlık oluşturan nedenlerdir⁴⁸. İlk başvuru anında 5 hastadan yaklaşık

Cinsel İstismar ve Anogenital Bulgular

İ'ine doğru tanı konulabilmesi, bazı hastalarda asemptomatik seyir göstermesi nedeni ile genital kanama şikâyeti ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken bir patoloji olduğu unutulmamalıdır⁴⁹.

Liken sklerozus

Liken sklerozus, büyük bir kısmı prepubertal ve perimenopozal dönemde görülen etiyojisi net olarak bilinmeyen, kronik, enflamatuvar ve progresif bir dermatozdur. Anogenital lezyonları, kaşıntılı ve ağrılı, beyaz ya da kırmızı yamalar şeklindedir. Ekstragenital bulgular çocuklarda nadir görülmekle birlikte asemptomatik beyaz papül ya da yamalardır⁵⁰. Tedavi edilmeyen olgularda introital daralma, vulvar sineşi, defekasyon güçlükleri, anal fonksiyonlarda bozulma ve fissürler gelişebilmektedir²¹. Genetik yatkınlık, immün fonksiyon bozuklukları, eşlik eden otoimmün hastalıklar, lezyon yerlerinden alınan örneklerden yapılan histopatolojik inceleme ayırıcı tanıda yardımcı olacaktır^{21,50}.

Behçet hastalığı

Behçet hastalığı, her tip ve boyuttaki damarları etkileyerek çoklu organ tutulumu ile seyreden enflamatuvar, kronik ve multisistemik bir hastalıktır. Etiyopatogeneizde genel olarak cinsiyet, yaş, enfeksiyöz, psikolojik, immünolojik ve genetik faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir⁵¹. Çocukluk çağında Behçet hastalığına nadir olarak rastlanıldığı bildirilse de bu olgularda rekürren oral aft, genital ülserler ve cilt lezyonları en sık görülen bulgulardır²². Genital bulgulara (genital ülser veya lekeler, erkeklerde büyümüş testisler ve epididimitis) ek olarak oral aftöz ülserler, deri lezyonları (papülopüstüller, folikülit, eritema nodosum, akne), göz enflamasyonları (iritis, üveitis, retinal vaskülit, vitreus) ve paterji reaksiyonu ayırıcı tanıda yardımcı belirteçlerdir²².

Rektal prolapsus

Rektal prolapsus, rektumun tüm katlarıyla beraber anüsten çıkması ile karakterize nadir rastlanan bir durumdur⁵². Rektal prolapsus gelişimi konusunda en fazla kabul gören görüş, pelvik organ ve dokular arasındaki anatomik ilişkilerin zayıflamasına kabızlık veya aşırı ıkınma gibi barsak alışkanlıklarındaki anormal fizyolojik güçlerin eklenmesiyle oluştuğu şeklindedir. Rektal prolapsus, anal kanaldan sarkma şeklinde görüldüğünden her ne kadar tanı konulması kolay olsa da anal bölgede meydana gelen kanama, yırtık ve ödem nedeniyle akut livata ile, anal sfinkterde aktivite kaybı ve genişleme nedeniyle ise kronik livata ile kolayca karışabilecek niteliktedir⁵³.

Anogenital bulguları olan diğer tıbbi durumlar

İnflamatuvar barsak hastalıkları (crohn, ülseratif kolit), pyoderma gangrenosum, otoimmün büllöz hastalıklar

(pemfigus, pemfigoid, lineer IgA büllöz dermatozu ve edinsel epidermolizis büllöza vb.) ve bazı hematolojik bozukluklarda (idiyopatik trombositopenik purpura, hemofili, infantın akut hemorajik ödemi, Von Willebrand hastalığı, Henoch Schönlein purpurası) izlenebilen çeşitli anogenital lezyonlar (ülser, kanama, fissür, leke vb.), çocuğun cinsel istismarında da görülebilmektedir⁵⁴. Ayırıcı tanıda detaylı özgeçmiş ve soygeçmiş sorgulama, hastalığa özgü cilt ve sistem muayene bulgularının bilinmesi, tanıya yardımcı cilt testleri, temel ve ileri laboratuvar tetkikleri ile konuda uzman hekimlerden istenilecek gerekli konsültasyonlar önemlidir.

Anogenital bölge neoplazileri

Çocukluk çağında anogenital bölgede oluşan bir kanama durumunda, tümör olasılığı mutlaka dışlanmalıdır. Çocukta tekrarlayan genital ülserler, travma olmaksızın dış genital organlarda oluşan şişlikler, dışarı sarkan dokular, anogenital kanama, karında ağrı ve şişlik görüldüğünde anogenital tümör akla getirilmelidir. Teratomlar, hemanjiyomlar, himenin basit kistleri, paraüretral kanalların retansiyon kistleri, perinenin selim granülomları ve kondiloma akuminata benign; endodermal karsinom, mezonefrik karsinom ve berrak hücreli adenokarsinom malign neoplazilerin bazılarıdır. Ayrıca hemanjiyomlar, içlerinde daha belirgin damar yapıları içerdiğinden istismar veya travma ile ciddi kanama riski gösterebileceği unutulmamalıdır. Anestezi altında yapılabilen vajinoskopi, pelvik muayene ve biyopsi sonucu yapılan histopatolojik inceleme ile tümörler, yabancı cisimler ve yerel lezyonların ayırt edilmesi mümkündür⁵⁵.

Anogenital enfeksiyonlar

Çocukluk çağında görülen anogenital enfeksiyonlar, cinsel temasla ilgili olmayan enfeksiyonlar [mantar enfeksiyonları (*Candida albicans*), bakteriyel enfeksiyonlar (*Streptococcus tip A ve tip B*, *Stafilococcus sp.*, *Escherichia coli*, *Shigella sp.*), viral enfeksiyonlar (*Epstein Barr virüsü*)] ve cinsel yolla olduğu gibi cinsel olmayan yolla da yayılabilen enfeksiyonlar [*Molluscum contagiosum*, *Human papillomavirüs (HPV)*, *Herpes simpleks virüs (HSV) tip 1-2*, *Neisseria gonore*, *Treponema pallidum*, *Chlamydia trachomatis*, *Human immunodeficiency virüs (HIV)*] olarak kategorize edilebilmektedir³². Her ne kadar anogenital enfeksiyonların, cinsel istismar ile ayırıcı tanısının yapılması gerekse de bu bölgede görülen enfeksiyon varlığının, cinsel istismarın delillerinden biri olduğu gerçeği de unutulmamalıdır⁵⁶. Anogenital enfeksiyonlarda; lezyonların morfoloji ve dağılım şekilleri (örn. HPV'ye bağlı oluşan kondiloma akuminatada pediküllü karnabahar veya çilek benzeri

keratinize siğiller, diaper kandidiazisde görülen satellit papül ve püstüller), grsn (örn. gram negatif organizmalar), karanlık saha mikroskopisi (örn. sifiliz), enfekte bölgeden veya kandan alınan kültür (örn. büllöz impetigo, viral enfeksiyonlar), serolojik testler (örn. sifiliz), polimeraz zincir reaksiyonu (örn. HSV) veya parazitin saptanması (örn. scabies) ile de tanı konulabilmektedir⁵⁷.

Tartışma ve Sonuç

Genellikle tespiti oldukça zor olan çocuğun cinsel istismarı, kısa ve uzun dönemde mağdur ve toplum üzerinde oluşturduğu ağır tahribatlar nedeniyle önemli bir sorundur. Cinsel istismar pek çok aşamada çocukta fiziksel ve psikolojik açıdan travma oluşturabilecektir. Çocukta oluşabilecek fiziksel ve tıbbi etkileri en aza düşürmek adına cinsel istismar iddiası bulunan olguları tanıyabilmek, titizlikle ele almak ve multidisipliner yönetmek oldukça önemlidir. Ayrıca çocuğun cinsel istismarında da görülebilen ve anogenital bulguları olan fizyolojik ve patolojik durumların seyir ve kliniklerinin bilinmesi, hem cinsel istismarla ayırıcı tanısının yapılması hem de asılsız cinsel istismar iddialarının önüne geçilmesi açısından oldukça önemlidir.

Cinsel istismara yönelik öykü alınması, cinsel istismarı değerlendirme sürecinin en değerli ve kritik kısmıdır. Çocukla yapılacak etkin görüşme ile cinsel istismar açısından adli süreç başlatılabilecektir. Görüşme öncesi olaya ilişkin ön bilgilere, çocuğun eğitim durumu, özgeçmiş ve aile yapısına sahip olmak görüşmenin daha etkin olmasını sağlayacaktır. Görüşmenin akışı ve sorulacak sorular çocuğun gelişimi ve yaşına uygun şekilde seçilmelidir. Çocuktan aldığımız öyküye ek olarak çocuktan sorumlu ve çocuğa bakmakla yükümlü kişi/kişilerden de öykü alınmalıdır. Bu öykü ayrıntılı olmalı, öyküde çocuğun tıbbi öyküsü, gelişim aşamaları, aile ve sosyal ilişkileri yer almalıdır. Son dönemlerde yaşadığı davranış değişiklikleri, rutini dışında gerçekleşen farklılıklar, uyku düzeni bozukluğu, mesane ve barsak alışkanlıklarındaki değişiklikler ve bu değişimlerin ortaya çıktığı zaman sorgulanmalıdır. Öykü alınımından sonra yapılacak fizik muayenede, çocuğun boyu ve kilosu, Tanner gelişim evresi kaydedilmeli, ağız/farenks (özellikle damakta peteşi, frenulumda yırtık varlığı açısından), göğüs bölgesi, cinsel organlar, kalçalar, iç uyluklar, perineal bölge ve anüs ayrıntılı şekilde, bulgular kayıt altına alarak değerlendirilmelidir. Saptanan bulguların anatomik yeri, rengi, şekli, boyutu gibi özellikleri kayıt edilmeli, vücut diyagramları üzerinde belirtilmelidir. Ayrıca her bulgu uygun şekilde ölçek eşliğinde fotoğraflanmalı ve kayıt altına alınmalıdır. Anogenital muayene, bu alanın en iyi değerlendirildiği diz/dirsek ve supin pozisyonlarında gerçekleştirilmelidir. Travmatize

olmaması açısından 7 yaşından daha küçük çocuklar, anne veya babalarının kucağında muayene edilebilmektedir. İyi bir anogenital muayene yapabilmek için öncelikle bu bölgenin anatomisine hakim olmak gerekmektedir. Anogenital bölgenin anatomisinin ve doğal varyasyonlarının hekim tarafından bilinmesi, saptanan bulguların doğru şekilde tanımlanmasını sağlayacak ve hatalı yorumlamaların önüne geçmiş olacaktır. Himende, çocuğun gelişiminde görülen hormonal maruziyete bağlı değişikliklerin (kalınlık, esneklik ve renk) bilinmesi, adölesan dönemdeki pubertal değişikliklerin tespiti, değerlendirmede ve ayırıcı tanıda önemlidir⁵⁸.

Öyküsünde özellik bulunmayan ve spesifik olmayan davranışsal değişiklikler, çocuk ve/veya bakıcısı tarafından anogenital bölgedeki yaralanmanın kaza olduğuna yönelik ikna edici açıklama veya o bölgeye uygulanmış cerrahi müdahale varlığını gösteren tıbbi kayıtlar, annenin jinekolojik enfeksiyon öyküsü, çocuktaki oral lezyon öyküsü veya vücudun başka yerlerindeki lezyon varlığı, öyküde özellik bulunmayan ve laboratuvar tetkikleriyle tanısı konulabilen anogenital bulgu oluşturabilen tıbbi durumlar, istismarın ayırıcı tanısında dikkate alınmalıdır. Ayırıcı tanıda düşünilecek ve cinsel istismarla karıştırılabilecek nitelikte anogenital bulgu verebilen hastalıkların sıklık, seyir ve kliniklerinin bilinmesi gerekmektedir. Bu konuda çelişkiye düşülmesi halinde konuda uzman hekimlerden istenilecek konsültasyon ve sevkler ile konunun aydınlatılması önemli olacaktır. Çocuğun vücudunda sperm ya da seminal sıvının tespit edilmesi, cinsel istismarı kanıtlayan delil ve tanıkların varlığı, kaza dışı gelişen anogenital bölgedeki penetrasyon yaraları, çocukta gebeliğin tespit edilmesi cinsel istismarı kanıtlayıcı niteliktedir. Ayrıca muayenede herhangi bir lezyon izlenmemesinin cinsel istismarı dışlamayacağı da bilinmelidir.

Etik Kurul Onay Bilgisi:

Onaylayan Kurul: Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Onay Tarihi: 20.07.2022
Karar No: KAEK-450

Araştırmacı Katkı Beyanı:

Fikir ve tasarım: O.K., İ.T.T., T.B.T.; Veri toplama ve işleme: İ.T.T., T.B.T.; Analiz ve verilerin yorumlanması: M.A., O.K.; Makalenin önemli bölümlerinin yazılması: M.A., O.K.

Destek ve Teşekkür Beyanı:

Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Çıkar Çatışması Beyanı:

Makale yazarlarının çıkar çatışması beyanı yoktur.

Kaynaklar

1. Meyer S, Poryo M, Clasen O, Schlote J, Schmidt P, Schöndorf D, Lehmann-Kannt S, Gortner L. Kindesmisshandlung aus pädiatrischer Sicht [Child abuse from a pediatric perspective]. *Radiologe* 2016;56(5):406-13.
2. Alabay E. Cinsel istismar ve cinsel istismarı önleme amaçlı oluşturulmuş erken müdahale program örnekleri. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi* 2020;7(12):32-43.
3. UNICEF Türkiye. Türkiye'de çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması-Özet raporu 2010. <https://www.unicef.org/turkiye/media/5221/file/%20T%C3%99CRK%C4%B0YE'DE%20%C3%87OCUK%20%C4%B0ST%C4%B0SMARI%20VE%20A%C4%B0LE%20%C4%B0C3%87%C4%B0%20C5%9E%C4%B0DDET%20ARA%C5%9ETIRMASI%20-%20C3%96zet%20Raporu%202010.pdf>, Erişim Tarihi: 04.01.2023.
4. Geçkil E. Çocuklarda fiziksel istismar ve hemşirelik yaklaşımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017;6(1):129-39.
5. TÜİK Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuk İstatistikleri, 2021. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Guvencuk-Birimine-Gelen-veya-Getirilen-Cocuk-Istatistikleri-2021-45586>, Erişim Tarihi: 04.01.2023.
6. Hudson MJ, Swenson AD, Kaplan R, Levitt CJ. Medical conditions with genital/anal findings that can be confused with sexual abuse. In *Child Abuse and Neglect*. Elsevier Inc., 2011;93-105.
7. Demirci Ş, Doğan Hakan K, Deniz İ, Ünver Doğan N, Günaydın Gürsel İ. Sağlam himen morfolojilerinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Foren Med.* 2008;5(3):93-100.
8. Dogan O, Senturk M, Aslan S, Oge T, Aydın Y. Abdominal kitle ile başvuran imperfore himen olgusu. *Osmangazi Tıp Dergisi* 2015;36(3):1-4.
9. Demirçin S, Karagöz MY, Sargın ÖO, Atılgan M. İki olgu nedeniyle fiili livata bulgularını taklit eden lezyonların değerlendirilmesi: İki olgu sunumu. *Adli Tıp Bülteni* 2007;12(1):25-31.
10. Heger AH, Ticson L, Guerra L, Lister J, Zaragoza T, McConnell G, Morahan M. Appearance of the genitalia in girls selected for nonabuse: review of hymenal morphology and nonspecific findings. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 2002;15(1):27-35.
11. Okumuş N, Nur G. Yenidoğanda sık rastlanan dermatolojik sorunlar. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi* 2018;10(4):7-17.
12. Güneş AT, Akarsu S, Fetil E, Gürler AN, Erdem Y, Birgin B. Moğol lekesi ve eşlik eden dermatozların sıklığı. *Türkiye Klinikleri J Dermatol* 2010;20(1):1-6.
13. Türsen Ü. Pediyatristler için dermatoloji: Sık ve nadir gözlenen deri hastalıklarında tanı ve tedavide gelişmeler. *Pediatri* 2018;10(6):1-5.
14. 14-Aksu K, Arga M, Asilsoy S, Avcil S, Çetinkaya F, Civelek E, Öner Erkeköl F, Gelincik A, Gül Ü, Harmancı K, Ertoay Karagöl Hİ, Kocabaş CN, Kurt E, Mungan V, Kacatürk Öncü E, Yılmaz Özbek Ö, Razi CH, Ercan Sarıçoban H, Uysal Soyer Ö, Şekerel BE, Tahan F, Tamay ZÜ, Topal E, Tuncel T, Uysal P, Uzuner N, Yılmaz İ, Yılmaz Ö. Diagnosis and management of atopic dermatitis: national guideline 2018. *Asthma Allergy Immunol* 2018;16(2):1-95.
15. Baysal İ. 2015-2017 yılları arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesine genitouriner travma öyküsü ile başvuran çocuk olguların özellikleri. Uzmanlık Tezi. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Antalya, 2019.
16. Öztoran Cİ, Erten EE, Bostancı SA, Demirkaya Ş, Ertürk A, Demir S, Güney D, Keskin G, Azılı MN, Şenel E. Approach to labial fusion in children: 16 years of experience. *Pediatric Practice and Research* 2022;10(1):6-10.
17. Patkova B, Wester T. Anal fissure in children. *Eur J Pediatr Surg* 2020;30(05):391-4.
18. Koppen IJN, Vriesman MH, Saps M, Rajindrajith S, Shi X, Etten-Jamaludin FS, Lorenzo CD, Benninga MA, Tabbers MM. Prevalence of functional defecation disorders in children: A systematic review and meta-analysis. *J Pediatr* 2018;198:121-30.
19. Ateş U, Ekberli G, Özbiçer C, Gurbanov A, Sözdüyar S, Çakmak M. Genital kanamanın nadir bir nedeni: Üretral prolapsus. *Haseki Tıp Bülteni* 2019;57(4):429-31.
20. Coşkun BK, Saral Y, Ataseven A, Özercan İ, Çiçek D. Çocukluk çağında görülen ekstremiteler yerleşimli liken sklerozis olgusu. *Fırat Tıp Dergisi* 2004;9(2):62-4.
21. Kurt S, Saygılı U, Doğan ÖE, Avşar HA, Okyay RE. Genital liken sklerozisin komplikasyonu olarak gelişen vulvar fimozisin tıbbi tedavisi: Olgu sunumu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2017;31(3):177-80.
22. Ekici Tekin Z, Çelikel E, Aydın F, Kurt T, Sezer M, Tekgöz N, Karagöl C, Coşkun S, Kaplan M, Acar B. Çocukluk çağı Behçet hastalığında mukoza ve cilt tutulumu. *Osmangazi Tıp Dergisi* 2022;44(3):323-9.
23. Yıldırım S, Baykan A. Rektal prolapsus, editör Menteş B, Bulut T, Alabaz Ö, Leventoğlu S. Anorektal bölgenin selim hastalıkları. 1. Baskı, Ankara, BAYT yayınları, 2011;233-46.
24. Beşer ÖF, Kutlu T, Çokuğraş FÇ, Erkan T. İnflamatuvar barsak hastalığı tanılı çocukların uzun süreli izlemi: 53 olgunun değerlendirilmesi. *Güncel Pediatri* 2015;13(2):81-8.
25. Soleimani T, Sasor SE, Spera L, Eppley BE, Socas J, Chu MW, Tholpady SS. Pediatric pyoderma gangrenosum: Is it just big wounds on little adults?. *Journal of Surgical Research* 2016 Nov;206(1):113-7.
26. Alpsoy E. Otoimmün büllöz hastalıkların epidemiyolojisi. *Türkderm* 2011;45(Özel Sayı1):3-7.
27. Türkiye Milli Pediatri Derneği ve yan dal dernekleri iş birliği ile çocuk sağlığı ve hastalıklarında tanı ve tedavi kılavuzları (8), Kasım 2014. <https://www.millipediatri.org.tr/Custom/Upload/files/kilavuzlar/kilavuz-8.pdf>, Erişim Tarihi: 10.01.2023.
28. Arslan Ş, Derya İpek K. Çocukluk çağı kanseri. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2022;5(3):97-108.
29. Kılıç M, Çakıroğlu B. Çocuk hastalarda üreter sistem enfeksiyonu etkeni olarak saptanan *Escherichia coli* izolatlarının antibiyotik duyarlılıkları. Emen H, editör. 4. Uluslararası Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırmaları Kongresi; 22-23 Ağustos 2020; Çorum, Türkiye: Asos yayınları; 2020, s.129-33.
30. Gündüz M, Sekmenli T. Çocuklarda jinekolojik belirti ve bulgular. İlhan H, editör. *Pediyatrik Jinekoloji*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, 2018:9-13.
31. Dokgöz H, Kar H. Çocukta cinsel istismar. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics* 2017;3(3):169-74.
32. Adams JA, Farst KJ, Kellogg ND. Interpretation of medical findings in suspected child sexual abuse: an up date for 2018. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 2018;31(3):225-31.
33. Adams JA. Understanding medical findings in child sexual abuse: An update for 2018. *Acad Forensic Pathol.* 2018;8(4):924-37.
34. Açıkgöz G, Demirci ÇÇ, Arca, E. Vulvanın pigmentle lezyonları. *Turkish Journal of Dermatology/Turk Dermatoloji Dergisi* 2012;6(2):39-44.
35. Mecarini F, Fanos V, Crisponi G. Genital anomalies in newborns. *Journal of Perinatology* 2021;41(9):2124-33.

36. Turan E, Yeşilova Y, Sürücü HA, Tanrıku O. Fakomatozis Pigmentovaskülaris Ila Cesioflamma. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2014;11(2):184-5.
37. Adışen E, Önder M. Çocuklarda kontakt dermatitler. Türk derm 2011;45(2): 87-9.
38. Özçeker D. Çocuklarda kontakt dermatitin tanı ve tedavisine güncel yaklaşım. Klinik Tıp Pediatri Dergisi 2018;10(2):62-7.
39. Özçelik S. Nitrofurazona bağlı alerjik kontakt dermatit: 22 olgudan oluşan bir çalışma. Balıkesir Medical Journal 2021;5(1):18-22.
40. Koca R. Alerjik kontakt dermatit tanısında yama (epikutan) testi uygulama prensipleri ve değerlendirme. Türkiye Klinikleri Dermatology-Deri Alerjileri Özel Sayısı 2012;5(2):68-74.
41. Sipahi S. Atopik dermatit: Klinik, tanı ve fizyopatoloji. Pediatri 2017;9(2):95-102.
42. Akçan R, Ketten A, Karacaoğlu E, Gitmiş G, Balseven Odabaşı A, Tümer AR. Şiddetli genital travma bulguları olan bir çocuk: Cinsel istismar mı? kaza mı? Adli Tıp Dergisi 2012;26(3):203-7.
43. İsbir C, Taşkınlar H, Avlan D, Naycı A. Çocukluk çağı genital travmalarının üç yıllık retrospektif analizi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;7(3):80-5.
44. Singh P, Han HC. Labial adhesions in postmenopausal women: Presentation and management. Int Urogynecol J 2019;30(9):1429-32.
45. Özen MA, Eroğlu E. Anal fissür: Kabızlığın bir komplikasyonu mu? Pamukkale Medical Journal 2020;13(1):163-7.
46. Çetinkurşun S, Kürekçi E, Demirbağ E, Atay AA. İnfant ve çocukluk döneminde gastrointestinal sistem kanamaları. Ayın kitabı, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, 2005;47-9.
47. Lindsey I, Jones O, Smilgin-Humphreys M, Cunningham C, Mortensen NJ. Patterns of fecal incontinence after anal surgery. Diseases of the Colon & Rectum 2004;47(10):1643-9.
48. Orhan A, Aslan K. Pelvik organ prolapsusunda semptomlar ile kliniğe başvuru süreleri arasındaki ilişki. Osmangazi Journal of Medicine 2020;42(5):532-40.
49. Charlotte H, Devesh M. Surgical management of urethral prolapse in girls: 13 years' experience. BJUI 2011;110(1):132-4.
50. Oğrum A, Dürer P. Spontan regresyon gösteren pediatrik ekstragenital liken sklerozus: Olgu sunumu. Türkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi 2019;53(3):113-5.
51. Aytuğar E, Namdar Pekiner F. Behçet hastalığı. Clinical and Experimental Health Sciences 2011;1(1):65-73.
52. Bordeianou L, Hicks CW, Kaiser AM, Alavi K, Sudan R, Wise PE. Rectal prolapse: An overview of clinical features, diagnosis, and patient-specific managementstrategies. J Gastrointest Surg. 2014;18:1059-69.
53. Temiz M, Aslan A, Erdoğan S, Canbolat E. Rektumda yırtık ve aşırı kanamaya sebep olan inkarsere rektal prolapsus. Bakırköy Tıp Dergisi 2008;4(4):166-9.
54. Sehgal VN, Panhdi D, Khurana A. Nonspecific genital ulcers. Clinics in Dermatology 2014;32(2):259-74.
55. Gezer A, Uludağ S. Çocuklarda jinekolojik sorunlar Derleme. Türk Pediatri Arşivi, 2007;42(1):1-5.
56. Yakut Hİ, Korkmaz E. Çocuklarda cinsel istismar. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 2013;10(39):1630-2.
57. Sarıcaoğlu H. Çocuklarda bez bölgesi enfeksiyonları-Derleme. Güncel Pediatri 2008;6(1):31-9.
58. Aksay EY. Çocuk cinsel istismar olgularının medikolegal değerlendirilmesinde güncel teknolojinin kullanımı ve multidisipliner perspektif yaklaşımı. Uzmanlık Tezi. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Mersin, 2021.