

Çocuk İstismarına Bağlı Ölümcül Kafa Travması: İki Vaka

Ayşe Berna ANIL *, Murat ANIL *, Görkem ASTARCIOĞLU **, Semra ŞEN **, Nejat AKSU ***

Çocuk İstismarına Bağlı Ölümcül Kafa Travması: İki Vaka

Çocuk istismarı çocuklarda ciddi morbidite ve mortaliteye neden olan sosyal ve tıbbi bir sorundur. Genellikle gizlenme eğilimi olduğundan, çocuk istismarının tanısının konmasında ve ölümcül sonuçların önlenmesinde hekimin farkındalığı, bilgi birikimi ve motivasyonu çok önemlidir. Bu makalede çocuk istismarı sonucu ölümcül kafa travması gelişen iki vaka nedeniyle çocuk istismarı tanısı ve yaklaşımının önemi vurgulanmak istenmiştir.

Birinci vaka kanepeden düşme sonrası uyuklama nedeniyle (sekiz aylık; erkek), ikinci vaka ise nöbet geçirme (iki yaş dokuz ay; erkek) yakınmalarıyla çocuk yoğun bakım ünitemize kabul edildi. İki vakaya, ayrıntılı tıbbi öykü, fizik bakı (ekimozlar, peteşiler ve retinal hemoraji) ve radyolojik tetkikler (subaraknoid kanama) ile fiziksel çocuk istismarı tanısı konuldu. Birinci vakada babanın, ikinci vakada ise annenin erkek arkadaşının istismarı gerçekleştirildiği saptandı. Her iki vaka çocuk yoğun bakım ünitesindeki izlemleri sırasında kaybedildiler.

Sonuç olarak, başka nedenlerle sağlık kuruluşlarına getirilen ve fizik bakısında öykü ile uyumsuz travma bulguları saptanan çocuklarda ölümcül sonucu olabilen çocuk istismarı mutlaka düşünülmelidir.

Anahtar kelimeler: Çocuk istismarı, kafa travması, subaraknoid kanama

Çocuk Dergisi 2009; 9(4):199-202

Fatal Head Trauma Due to Child Abuse: Two Cases

Child abuse is a social and medical problem that leads to serious morbidity and mortality in children. Because of the hiding tendency, physician's awareness, knowledge and motivation are very important factors for recognition of child abuse and prevention of its results. We, herein report on the occurrence of fatal head trauma in two children and highlight the importance of the recognition and approach of child abuse.

First case with somnolence after falling from the couch (8 months old, male) and second case with seizures (2 years 9 months, male) were admitted to our pediatric intensive care unit. In these two cases, physical abuse was diagnosed by detailed medical history and physical signs (bruises, petechiae and retinal hemorrhages) as well as radiological examinations (subarachnoid bleeding). Cases 1 and 2 were exposed to fatal physical trauma by his father and by his mother's boyfriend, respectively.

In conclusion, in cases who were admitted to health institutions with irrelevant complaints and trauma signs incompatible by the medical history, child abuse which could be fatal should be considered.

Key words: Child abuse, head trauma, subarachnoid bleeding

J Child 2009; 9(4):199-202

GİRİŞ

Çocuk istismarı, Dünya Sağlık Örgütü tarafından "Çocuklara sorumluluk, güven ya da güç ilişkisi kapsamında bedensel ve/veya psikolojik sağlıklarına zarar verecek ve gelişimlerini engelleyecek biçimde

Alındığı tarih: 17.07.09

Kabul tarihi: 19.08.09

* S.B. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Klinikleri, Dr.

** S.B. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Klinikleri, Ass. Dr.

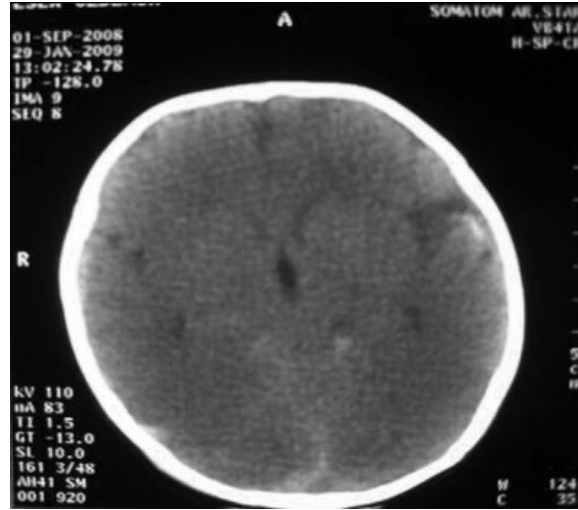
*** S.B. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Klinikleri, Doç. Dr.

uygulanan tüm fiziksel, duygusal ya da cinsel tutumlar" olarak tanımlanmıştır. Dünyada sıklığı % 1-10 iken, ülkemizde % 10-53 arasında görülmektedir. Fiziksel istismar sonucu yaralanmalarla kalıcı bedensel ya da zihinsel sakatlıklar, hatta ölüm görülebilmektedir. İstismar vakalarının tıbbi ve psikolojik tedavileri yasal işlemleri nedeniyle oldukça zordur (1,2).

Bu yazıda çocuk istismarına bağlı ciddi kafa travması nedeniyle kaybedilen iki vaka ile çocuk istismarı tanısı ve yaklaşımının gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

VAKA I

Sekiz aylık erkek vaka kanepeden düşme sonrası genel durumunda bozulma nedeniyle babası tarafından hastanemize getirildi. Özgeçmişinde özellik belirtilmeyen vakanın soygeçmişinde anne-babanın resmi nikahlı, annenin 17, babanın 24 yaşında olduğu ve başka kardeşinin olmadığı belirtildi. Başvuru anında ağırlığı: 8 kg (25-50 persantil), genel durumu kötü, solunumu yüzeysel 80/dk, oksijen saturasyonu (SaO₂): % 90, kalp tepe atımı: 168/dk, kan basıncı: 84/50 mmHg, kapiller dolun zamanı > 3 sn, vücut sıcaklığı: 36.7 °C (aksiler), Glaskow Koma Skoru (GKS): 5 (E1M3V1), pupiller bilateral midriyatik ve ışık refleksi yoktu. Sağ zigomatik kemik hizasında 1x1 cm, her iki meme ucunda 3x3 cm, sırtta sol lomber bölgede 2x3 cm boyutlarında eski ve yeni çok sayıda ekimoz alanları saptandı. Bilateral derin tendon refleksleri artmış, babinski ve klonus pozitif. Kan gazında metabolik asidoz saptandı (pH: 7.29, pCO₂: 30 mmHg, pO₂: 51 mmHg, HCO₃: 12 mmol/L, BE: -14 mmol/L, laktat: 4 mmol/L). Laboratuvar tetkiklerinde beyaz kan hücresi (BKH): 22.000/m³, kırmızı kan hücresi (KKH): 3.860.000/m³, hemoglobin (Hb): 9.5 gr/dL, hematokrit (Htc): % 27.9, trombosit: 128.000/mm³, kan şekeri: 112 mg/dL, üre: 12 mg/dl, kreatinin: 0.4 mg/dL, alanin aminotransferaz (ALT): 26 U/L, aspartat aminotransferaz (AST): 105 U/L, sodyum: 132 mmol/L, potasyum: 4.4 mmol/L, klor: 106 mmol/L, kalsiyum: 9.4 mg/dL, tam idrar tetkiki normal, protrombin zamanı (PZ): 19.2 sn, international normalization ratio (INR): 1.6, aktive parsiyel tromboplastin zamanı (aPTZ): 28.8 sn olarak tespit edildi. Hasta entübe edilerek çocuk yoğun bakım servisinde izleme alındı. Kraniyal, servikal, toraks, lomber, pelvis, uzun kemikler, el ve ayak grafileri, batın ultrasonografisi (USG) normaldi. Bilgisayarlı beyin tomografisinde (BBT) sol temporal bölgede tentorium lokalizasyonunda ve orta hatta falks boyunca subaraknoid kanama (SAK) (Resim 1), göz dibi bakısında sağda geç ve erken kanamaya ait retinal hemoraji, solda venöz dvakanluk saptandı. Beyin cerrahisi tarafından operasyon düşünülmeydi. Yoğun bakımda ventilatörde izleme alınan vakanın konvülsiyonları nedeniyle fenitoin (15 mg/kg yükleme, 5 mg/kg/gün 2x1 idame, İV), beyin ödemi nedeniyle antiödem (mannitol 0.5 gr/kg/doz 4 dozda, % 3 sodyum klorür 0.1 mL/kg/saat, İV infüzyon) tedavileri başlandı. Çocuk istismarı düşünülen vaka adli

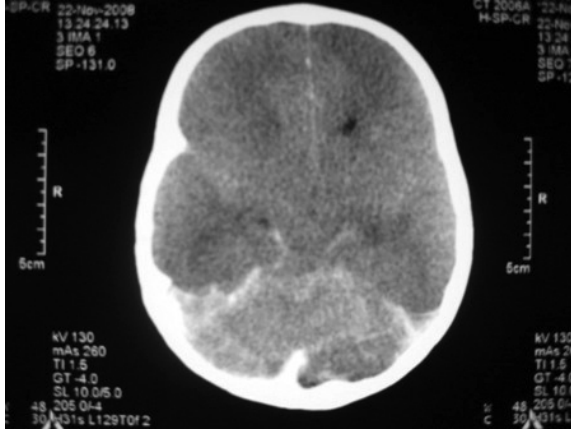


Resim 1. Vaka 1'in beyin tomografisinde subaraknoid kanama görülmektedir.

rapor tutularak hastanemiz Sosyal Hizmetler birimine bildirildi. Bu bölüm tarafından yapılan görüşmeler sonucu çocuğun babası tarafından uzun süredir dövüldüğü, olay günü ise kanepeden yere fırlatıldığı öğrenildi. Babanın işsiz olduğu, ailenin maddi sıkıntı çektiği tespit edildi. Vaka izleminin 15. günü kaybedildi.

VAKA II

İki yaş dokuz aylık erkek vaka, havale geçirme yakınmasıyla annesi tarafından hastanemize getirildi. Öykü derinleştirildiğinde vakanın bir gün önce annesinin birlikte yaşadığı kişi tarafından dövüldüğü öğrenildi. Özgeçmişinde şüpheli bir epilepsi öyküsü belirtildi. Soygeçmişinde anne ve babanın altı ay önce ayrılmış olduğu öğrenildi. Anne 22 yaşında, ilkökul mezunu olup, bir gece kulübünde çalıştığını belirtti. Fizik bakıda; ağırlık: 14 kg (50-75 persantil), genel durumu kötü, solunum sayısı: 70/dk, SaO₂: % 91, kalp tepe atımı: 200/dk, kan basıncı: 90/40 mmHg, kapiller dolun zamanı > 3 sn, vücut sıcaklığı: 37°C (rektal) saptandı. GKS 4 (E1M2V1), pupiller bilateral hafif midriyatik, ışık refleksi bilateral zayıf olarak tespit edildi. Başında frontal bölgede sağ, sol ve orta bölümden 3x4 cm boyutlarında 3 adet ekimoz mevcuttu. Her iki gözde korneada opasite, sol üst göz kapağında peteşiler ile üç cm'lik laserasyon, sağ üst göz kapağı lateralinde 0.5 cm'lik laserasyon, dudakta ve yanaklarda sayılamayacak kadar çok peteşiler tespit edildi. Sistem bakısında sinüzal taşı-



Resim 2. Vaka 2'nin beyin tomografisinde subaraknoid kanama, ödem ve kontüzyon görülmektedir.

kardi, batın distansiyonu, solda Babinski refleksi pozitifliği ve derin tendon reflekslerinde (DTR) artış dışında patolojik bulguya rastlanmadı. Başvuru anındaki kan gazında metabolik asidoz saptandı (pH: 7.30, pCO₂: 29 mmHg, pO₂: 51 mmHg, HCO₃: 14.3 mmol/L, BE: -12.1 mmol/L, laktat: 3.5 mmol/L). İlk laboratuvar değerlendirmelerinde BKH: 18.600/m³, KKH: 3.220.000/m³, Hb: 9.2 gr/dL, Htc: % 26.3, trombosit: 280.000, kan şekeri: 245 mg/dL, üre: 62 mg/dL, kreatinin: 0.6 mg/dL, sodyum: 135 mmol/L, potasyum: 4.8 mmol/L, klor: 106 mmol/L, kalsiyum: 8.8 mg/dL, AST: 105 U/L, ALT: 47 U/L idi. Kanama testleri (PZ: 13.3 sn, aPTZ: 21.1 sn, INR:1.1) ve tam idrar tahlili normal bulundu. Kranial, servikal, toraks, lomber, pelvis, uzun kemikler, el ve ayak grafileri ile batın USG normaldi. BBT'de özellikle oksipital bölgede yaygın SAK ve ödem tespit edildi. Vaka bu klinik ve laboratuvar bulgularıyla, çocuk istismarına bağlı ciddi kafa travması olarak düşünüldü. Adli rapor tutularak hastanemiz Sosyal Hizmetler birimine bildirildi. Bu bölüm tarafından yapılan görüşmede annenin erkek arkadaşının hem anneye hem çocuğa şiddet uyguladığı öğrenildi. Vaka entübe edilerek yoğun bakımda ventilatörde izleme alındı. Beyin cerrahisi konsültasyonu sonucunda cerrahi girişim düşünülmeydi. Göz hastalıkları konsültasyonu sonucu bilateral retinal hemorajiler saptandı. Konvülsiyonu gözlenen vakaya fenitoin (15 mg/kg yükleme, 5 mg/kg/gün 2x1 idame, İV) tedavisi başlandı. Beyin ödemi nedeniyle antiödem tedavi (mannitol 0.5 gr/kg/doz 4 dozda, % 3 sodyum klorür 0.1 mL/kg/saat, İV infüzyon) başlandı. İzlemin 12. saatinde pupiller fiks dilate olarak tespit edilen vakaya ikinci kez çekilen BBT'de SAK ve ödemin yaygınlaştığı, kontüz-

yon bulgularının eklendiği görüldü (Resim 2). Yinelene beyin cerrahisi konsültasyonunda da operasyon düşünülmeydi. GKS 3, spontan solunum aktivitesi olmayan ve pupiller fiks dilate olarak devam eden vakada izlemin 60. saatinde beyin ölümü düşünüldü. İzlemin 92. saatinde beyin ölümü tanısı keskinleşti. Ailenin izniyle vaka organ vericisi olarak değerlendirildi.

TARTIŞMA

Türkiye'de çocuk istismarı ve ihmali çok önemli bir sağlık sorunu olmasına karşın sağlık alanında ve kamuoyunda yeterince ele alınmamaktadır. Çocuk istismarının Amerika Birleşik Devletleri'ndeki insidansı yılda 12.1/1000 olarak bildirilmektedir. Ülkemizde ise bu konudaki veriler kısıtlı olmakla birlikte sekiz ilde 16.100 çocukta yapılan bir çalışmada fiziksel istismar sıklığı % 13.9-54 arasında saptanmıştır. Bununla beraber konunun yeterince bilinmemesi, bildirilmemesi, tanı koymadaki güçlükler ve inkar nedeniyle vakaların saptanandan çok daha fazla olduğu düşünülmektedir⁽³⁻⁵⁾.

Çocuk istismarı oluşumunda birtakım risk faktörleri söz konusudur. Bunlar ebeveynin, özellikle anne yaşının küçük olması, düşük sosyoekonomik düzey, eğitim yetersizliği, ebeveynlerde kişilik bozukluğu, madde bağımlılığı, geçmişlerinde istismara uğramaları, evlilik ve işle ilgili sorunlar, çocuğun anne ve babasının olmaması veya üvey olması, istenmeyen gebelik, gayrimeşru çocuk, çocuğun süregen fiziksel veya mental hastalığının bulunmasıdır^(2,3). Vakalarımızın ikisinde de sosyoekonomik düzey düşüklüğü, ilk vakada babanın işsiz olması, ikinci vakada ise üvey baba modeli dikkati çekmektedir. Vakalarımızın yaşlarının küçük olması da istismar olasılığını arttırmıştır⁽⁶⁾.

İstismara uğramış çocuklar tanınmadığında ya da yeterli önlemler alınmadan evlerine geri gönderildiklerinde ilerleyen dönemde % 5-10'unun öldürüldüğü, % 35-50'sinin ise ciddi olarak hasara uğratıldığı gözlenmiştir⁽⁶⁾. İki vakamızın da öyküsünde yineleyen fiziksel istismar olması ve sonunda çok ağır bir klinik tabloda acil servise getirildikleri dikkat çekmektedir.

Tıbbi açıdan çocuk istismarı ve ihmali vakalarına tanı konması ancak şüphelenme ve tanıyı doğrulayıcı

ayrıntılı öykü, fizik muayene, laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri sonucu olabilmektedir. Çocuğun muayenesinde saptanan klinik bulgular ve bu lezyonların oluş mekanizması ile ailenin ileri sürdüğü öykü arasında çelişki olması, aileden detaylı bilgi alınmaması, aile üyelerinin birbirini suçlaması, çelişkili veya sürekli değişen öykü ve hastaneye geç başvuru istismar ve ihmal olasılığını akla getirmelidir ^(2,3). İlk vaka kanepeden düşme sonrası getirilmekle beraber yüzde, her iki meme ucunda, sırtta sol lomber bölgede eski ve yeni çok sayıda ekimoz alanları saptanması şüphe uyandırmıştır. İkinci vakada ise konvülsiyon yakınmasıyla getirilmesine rağmen başta ekimozlar, göz kapaklarında laserasyon ve peteşiler, dudakta ve yanaklarda sayılamayacak kadar çok peteşiler dikkati istismar yönüne çekmiştir.

İstismar düşünülen vakalardan laboratuvar tetkikleri olarak tam kan sayımı, ayrıntılı biyokimya ve tam idrar tahlili, kanama ve pıhtılaşma testleri, kırık ve yumuşak doku travmasını göstermek amacıyla tüm vücut iskelet grafileri (beş yaş altı çocuklarda), organ hasarını göstermek için batın USG, intrakraniyal hasar tespiti için BBT ve/veya kraniyal manyetik rezonans görüntülemesi, göz dibi bakısı yapılmalı ve adli yönden tüm lezyonların fotoğrafı çekilmelidir ^(3,7). Yapılan tetkikler sonucu ilk vakada BBT’de sol temporal bölgede tentorium lokalizasyonunda ve orta hatta falks boyunca SAK tespit edilmiştir. İkinci vakada ise BBT’de özellikle oksipital bölgede yaygın SAK ve ödem tespit edilmiştir.

Çocuk istismarına bağlı yaralanmaların % 40-50’si kafa travmalarıdır. Kafa travmaları, fiziksel istismar vakalarında en sık ölüm nedenidir ⁽⁷⁾. İki yaş altı ölümcül kafa travmalarının % 80’ni çocuk istismarına bağlıdır. Bu tehlikeli duruma rağmen, çocuk istismarına bağlı kafa travmalı vakalar tipik bulgular vermediklerinden, başlangıçta bunların % 30’u tanınamayabilmektedirler. Retinal hemoraji ve subdural hematom çocuk istismarına bağlı kafa travmasının işaretleridirler ^(8,9). Vakalarımızda çocuk istismarının kafa travması dışı fizik muayene bulguları tipik olduğundan tanı güçlüğü yaşanmamıştır. Her iki vakamızda da SAK ve göz dibi bakısında retinal hemorajiler

fiziksel istismara bağlı kafa travmasını açıkça göstermiştir.

İstismar vakalarının yetkili makamlara bildirimini hem çocuğun bir sonraki istismardan korunması için gereklidir hem de yasal bir zorunluluktur. Türk Ceza Yasası’nın 280. maddesine göre sağlık çalışanları mesleklerini icra ettikleri sırada tanık oldukları suç delillerini bildirmekle yükümlüdürler ⁽¹⁾. İki vakamız da adli makamlara ve Sosyal Hizmetler Kurumu’na bildirilmiş olup, gerekli yasal işlemler başlatılmıştır.

Türkiye’de çocuk istismarı ve ihmalini düzenleyen ayrı bir yasa bulunmamaktadır. Türk Medeni Yasası, istismara uğramış çocuğun kendi ailesi içinde korunmasına önem vermekte ve kurum bakımı yalnızca zorunlu hallerde öngörülmektedir ⁽³⁾. Fakat vakalarımız bu süreci bile yakalayamamış ve kaybedilmişlerdir.

Sonuç olarak, başka nedenlerle sağlık kuruluşlarına getirilen ve fizik bakısında öykü ile uyumsuz travma bulguları saptanan çocuklarda ölümcül sonucu olabilen çocuk istismarı kesinlikle düşünülerek, tedavi ve koruma süreci başlatılmalıdır. Tanı konulmasında doktorun farkındalığı, bilgi birikimi ve motivasyonu çok önemli olduğundan konunun vaka sunumları ve derlemelerle tıp literatüründe sürekli gündemde tutulması gerektiğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Şahin F. İstismara uğrayan çocuklar. Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci 2008; 4:1-5.
2. Yılmaz G, İşiten N, Ertan Ü, Öner A. Bir çocuk istismarı vakası. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2003; 46:295-8.
3. Vatansver Ü, Duran R, Yolsal E, Aladağ N, Öner N, Biner B ve ark. Pediatrik acilde çocuk istismarı ve ihmal olasılığını akıldan turalım. Türk Ped Arş 2004; 39:120-4.
4. Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. STED 2006; 15:153-7.
5. Shipman K, Taussiq H. Mental health treatment of child abuse and neglect: the promise of evidence-based practice. Pediatr Clin North Am 2009; 56:417-28.
6. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2004; 47:140-51.
7. Johnson CF. Abuse and neglect of children. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF (eds). Nelson Textbook of Pediatrics. 18th. Philadelphia Saunders; 2007. p.171-8.
8. Gupta S, Kumar A. Child abuse: inflicted traumatic brain injury. Indian Pediatr 2007; 44:783-4.
9. Case ME. Abusive head injuries in infants and young children. Leg Med 2007; 9:83-7.