

## Fiziksel Çocuk İstismarı Şüpheli Olgunun Klinik Yönetimi: Pediatrik Ortopedik Travma Perspektifi

### Clinical Management of a Suspected Case of Physical Child Abuse: Pediatric Orthopedic Trauma Perspective

Mehmet Burtaç Eren<sup>1</sup>, Erkal Bilgiç<sup>1</sup>, Tahir Öztürk<sup>1</sup>, Orhan Balta<sup>1</sup>, Eyüp Çağatay Zengin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Tokat

#### Sorumlu Yazar:

Mehmet Burtaç Eren  
Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Tokat

#### Email:

mehmetburtac@hotmail.com

Tel: 03562129500

Dahili: 1282

#### Özet

Fiziksel çocuk istismarı tanımı bir ebeveyn veya bakım üstlenen kişi tarafından darp yoluyla gerçekleştirilmiş yaralanmayı ifade eder. Fiziksel istismar şüpheli olguya uygun yaklaşım ve yasal mercilere bildirim; tekrar eden istismarı koruyucu tedbirlerle engelleyebilecektir. Bu olguların doğru tanınması, risk faktörleri ve özgü yaralanmaların tanınması ile mümkün olabilir. Hastanın hikayesinde, fizik muayenesinde ve klinik bulgularındaki uyarıcı bulguların tanınması bu nedenle önemlidir. Mevcut literatür gözden geçirmesi ile fiziksel çocuk istismarı şüphesini arttıran klinik karakteristik bulguları ve bu konunun sağlık çalışanları açısından yasal çerçevesini derlemeyi amaçladık.

**Anahtar kelimeler:** çocuk istismarı, fiziksel çocuk istismarı, çocuk ihmali, pediatrik travma, kaza dışı yaralanmalar, tıbbi yasal konular

#### Abstract

Pediatric injuries caused by beating by a parent or caregiver are referred to as physical child abuse. Suspicion of physical child abuse and reporting to legal authorities can prevent repetitive abuse. Appropriate legal notification can only be possible with accurate diagnosis of cases, recognition of risk factors and understanding of specific injuries. Therefore, it is important to recognize the specific features in the history, physical examination and clinical findings of possible cases. With the current literature review, we aimed to compile the clinical characteristic findings that increase the suspicion of physical child abuse and the legal importance of this issue for healthcare professionals.

**Keywords:** Child abuse, physical child abuse, child neglect, pediatric trauma, non-accidental injuries, medical legal issues

## Giriş

Fiziksel çocuk istismarı tanımı bir ebeveyn veya bakım üstlenen kişi tarafından darp yoluyla gerçekleştirilmiş yaralanmayı ifade etmek için kullanılmakta olan genel bir tanımdır (1, 2). Dünya Sağlık Örgütü tanımına göre ise: “çocuğun sağlığını, fiziksel gelişimini olumsuz yönde etkileyen, bir yetişkin, toplum veya ülkesi tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan davranışlar” çocuk istismarı olarak kabul edilmektedir (3).

Dünyanın birçok ülkesinde çocuk istismarının tespiti ve bildirilmesi çocuğun tıbbi bakımını sağlayan sağlık profesyonellerinin yükümlülüğündedir. Bu bildirim yapılması sırasında sağlık çalışanı veya çocuğun tekrar şiddete maruz kalabileceği akılda tutularak kolluk kuvvetleri veya güvelik görevlileri uyarılmalıdır.

Çocuk ihmali özellikle son zamanlarda öne çıkan bir kavram olmakla birlikte fiziksel şiddet içermeksizin gerekli temel ebeveyn yükümlülüklerinin gerçekleştirilmediği durumları tanımlamaktadır. Çocuk ihmali fiziksel, sağlık, duygusal, eğitimsel, beslenme ve diş bakımı gibi alt başlıklarla değerlendirilmektedir. Fiziksel istismardan şüphelenilen olgularda, çocuk ihmali bulgularının eşlik etmesi şüpheyi güçlendirmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) verilerine göre yılda 700.000 ila 1.250.000 çocuk istismara veya ihmale uğramaktadır. Bu olguların %18'i fiziksel istismar vakalarıdır.

ABD ve gelişmiş Avrupa ülkelerindeki çocuk koruma kurumlarınca çocuk istismarı oranı herhangi bir çocukluk evresinde %5 olarak bildirilmiştir (4,5). Yıllar içerisinde çocuk koruma aktivitelerindeki artışa rağmen 1970'lerden bu yana ihmal ve istismar oranlarının azalmadığı bilinmektedir (6,7). Ülkemizde yapılan bir saha çalışmasında farklı gelir grupları ve yerleşimlerdeki 7-18 yaş arası 2216 çocuğun %56'sının fiziksel istismara uğradığı veya tanık olduğu bildirilmiştir (3).

ABD'de dayak nedeni ile yılda 2500 çocuk hayatını kaybetmekte ve bu olguların büyük bir kısmı 1 yaş altındaki çocuklardan oluşmaktadır (4). Ölümle sonuçlanan çocuk istismarının raporlanmış olanlardan çok daha fazla sayıda olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (8). Ülkemizde bu konudaki veriler Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ve Çocuk İzleme Merkezi verileri ile sınırlıdır. Ocak 2011 – Mayıs 2016 aralığında toplam Çocuk İzleme Merkez başvuru sayısı 21.068'dir. TÜİK verilerine göre 2014-2016 yılları arasında yaralanma mağduru olarak güvenlik birimlerine intikal etmiş 0-17 yaş aralığındaki toplam olgu sayısı 150252'dir (9). Basına yansıyan çocuk ölümlerinin değerlendirildiği bir çalışmaya göre 2005-2019 yılları arasında 2645 çocuk ölüm haberi tespit edilmiştir (10).

Fiziksel çocuk istismarının erken tanısı ve gerekli yasal mercilere bildirim, tekrar eden istismar ve buna bağlı meydana gelebilecek ölümü engelleyebilmesi nedeni ile önem arz etmektedir.

Fiziksel çocuk istismarı sonrasında edilmiş olan çocukların tanı almaksızın tekrar aynı ortama dönmesi nedeni ile tekrar eden istismar ve hatta ölümler görülebildiği bilinmektedir(11-15).

Tekrar eden yanlış tedavi 3'te 1 oranında görülmektedir. Özellikle ilk başvuruda tanının atlanma oranı oldukça yüksektir (16,17).

Mevcut gözden geçirme çalışmasında, özellikle fiziksel çocuk istismarı şüpheli olguların klinik başvuruları sırasında şüpheyi arttıracak veya tanıyı destekleyecek tehlike işaretleri, risk faktörleri, istismara özgü kırık çeşitleri ve yaralanma karakteristiklerinin ortaya konulması amaçlanmıştır. Ayrıca bu konu ile ilgili ülkemizdeki yasal düzenlemelere de yer verilmiştir.

**Fiziksel istismar şüpheli olguya genel yaklaşım ve şüpheyi arttıran tehlike işaretlerinin değerlendirilmesi:**

Fiziksel istismar şüphesi olan olgunun öncelikli olarak tıbbi acil durumunu giderilmelidir.

Nonspesifik bir bilinç durumu, kusma, açıklanamayan ağrı, açıklanamayan yaralanma mekanizması varsa; olguda eşlik eden istismar bulguları olup olmadığının değerlendirilmesi gereklidir.

Eğer mevcut durumun bir yaralanmaya sekonder olarak tarif edilmişse mutlaka bakımla mükellef olan kişilerden olayın oluş şekli ayrı ayrı dinlenmelidir.

Fiziksel istismar şüphesi mevcutsa, ağız içi, kulak kepçesi, saçlı deri, kalça, anogenital bölge ve boyun katlantıları değerlendirilmelidir.

Tanıda genel bir standart sağlamak ve evrensel bir yaklaşım ortaya koymak için tehlike işaretleri belirlenmiştir. Bu işaretlerin mevcudiyeti değerlendirilirken 3 temel soruya yanıt bulunmalıdır.

1. Yaralanma paterni veya şekli fiziksel istismar kaynaklı görünmekte midir?

(kablo döngüsü işaretleri, tokat işaretleri, kemer tokası işaretleri, ısırıklar, daldırma yanıkları)

2. İstatistiksel olarak sistematik yaralanmalarında fazla görüldüğü bilinen bir yaralanma mevcut mudur? (subdural hematoma, kaburga kırıkları, yürümeyen çocukta femur kırığı, pankreas veya ince bağırsak yaralanması ve daldırma yanıkları)

3. Verilen travma öyküsü mevcut yaralanmayı açıklamakta mıdır?

Sosyal hikâyeyi sorgulamak ve gerekli görüldüğü durumlarda çocuk koruma servisleri ile iletişime geçmek önem arz etmektedir.

Eğer sosyal hikâye ve klinik değerlendirme fiziksel istismar endişelerine yol açıyorsa detaylı istismar değerlendirmesi yapmak uygun olacaktır. Bu tür bir değerlendirme gerçekleştirilmesi için gereken kanıt eşiği düşük olmalı, toplumsal ve mesleki baskılardan çekinilmemelidir.

### Öyküde tehlike işaretleri:

American Academy of Pediatrics kılavuzuna göre anlamlı düzeyde yaralanmış bir çocukta aşağıdaki bulguların olması fiziksel istismar açısından detaylı değerlendirme gerektirir(2):

1. Travma öyküsü bulunmaması veya travmanın reddi
2. Yaralanmanın türü ve şiddeti açısından mantıksız açıklamalar
3. Çocuğun gelişim düzeyi ile uyumsuz yaralanma şekilleri
4. Tıbbi başvuruda açıklanamayan aşırı gecikme
5. Evde resüsitasyona bağlı ek yaralanma (18)
6. Yeniden sorgulama ile değişen ve diğer gözlemcilerle çelişen açıklamalar
7. Suçun evcil hayvanlara veya diğer çocuklara yüklenmeye çalışılması

### Fizik muayenede tehlike işaretleri: Çocuk istismarından şüphelenildiğinde özellikle muayene edilmesi gereken alanlar:

1. Skalp ve fontaneler
2. Kulaklar
3. Oral kavite, bukkal mukoza, labia – labial frenula, dişler ve posterior farangeal duvar
4. Boyun katlantıları
5. Kalçalar
6. Genital bölge
7. Avuç içi ve taban

Belirtilen bölgelerde fiziksel şiddete bağlı ekimoz görülebilir. Ekimoz çocuk istismarının yaygın bir bulgusudur.

### Fiziksel istismar şüphesini arttıran ekimoz tipleri:

1. 6 ay ve küçük çocukta herhangi bir ekimoz (19-21)
2. Mobil olmayan çocukta birden fazla ve emekleyen çocukta ikiden fazla yerde ekimoz görülmesi(22)
3. Gövde, kulak, boyun ve kalçada lokalize ekimoz olması (21)

4. Vurma objesinin izimi taşıyan ekimoz (tokat, kayış, kemer tokası, kaşık, spatula) (23)

5. İnsan ısırığı işareti (24, 25)

Bu bölgelerin ve yaş aralığının aksine kasıtsız ekimozların çoğu mobil çocuklarda saçlı deri, diz, bacak, uyluk, önkol ve sırtta görüldüğü bilinmektedir (20,23,25,26).

### **Fiziksel istismarda risk faktörleri:**

Yapılan birçok çalışmada fiziksel istismarla ilişkilendirilmiş birçok risk faktörü belirlenmiştir. Bu risk faktörleri ailesel ve mağfurla ilişkili olanlar olarak iki ana başlıkta değerlendirilebilir.

Her ne kadar bu risk faktörlerinin istismarla olan ilişkisi kanıtlanmış olsa da çocuk istismarı tanısı koyabilmek için tek dayanak olmamalıdır.

### **Fiziksel istismarda mağdur ile ilişkili risk faktörleri:**

Perinatal hastalık

Konuşma bozuklukları, gelişim bozuklukları, psikiyatrik hastalıklar (27), Mental retardasyon, kronik veya rekküren hastalık (28), Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (29, 30), Kesintisiz ağlayan kolikli bebek (31-34).

Erkek cinsiyet (35)

### **Aile ilişkili risk faktörleri:**

Alkol veya uyuşturucu kullanımı

Psikiyatrik hastalık (depresyon, dürtü bozukluğu öyküsü) (36, 37)

Genç anne olma yaşı (35)

Aile içi anlaşmazlıklar veya ayrı yaşayan ebeveynler (38)

Normal çocuk davranışlarının olumsuz algılanması (39)

Evdeki ilgisiz ergen veya yetişkin erkek bakıcı (40)

Ev içi veya yakın partner şiddeti (41)

Akut veya kronik aile stresörleri (boşanma, kişiler arası anlaşmazlıklar veya meslek kaybı)

### **Çocuk istismarı ile ilişkili kırık tipleri**

Tüm iskeletin değerlendirilmesi susitmalden şüphelenilen olgularda önerilen oldukça kabul edilebilir bir metottur.

Fiziksel istismara uğradığı düşünülen 24 aydan küçük her çocukta tüm iskelet değerlendirme yapılmalıdır. Tüm iskelet değerlendirmesi; kafatası-toraks anteroposterior ve lateral grafileri, kaburgaların oblik görüntülenmesi, omurganın lateral görüntüsü, pelvis, uzun kemikler, ekstremitelerin anteroposterior grafileri, elin oblik ve posteroanterior grafilerinin çekilmesi ile sağlanır (42).

Özellikle tüm iskelet değerlendirmenin ilk değerlendirmeden 2 hafta sonra tekrarlanması tanı koyma oranını arttırmaktadır. (42)

### **Çocuk istismarı açısından yüksek şüphe doğuran kırıklar:**

1. Metafizyel köşe kırıkları
2. Kaburga kırıkları
3. Sternum, skapula veya spinöz proses kırıkları
4. Mobil olmayan çocukta uzun kemik kırıkları
5. Farklı iyileşme evrelerindeki çok sayıda kırık
6. Travma öyküsü olmaksızın vertebral cisim kırık veya çıkıkları
7. 36 aylıktan küçük çocukta parmak kırıkları
8. Epifizyal ayrışma kırıklar

9. 18 ay altında ciddi kafatası kırıkları

**Daha düşük özgüllüğe sahip kırık tipleri:**

1. Mobil çocukta uzun kemik kırıkları
2. Doğrusal kafatası kırıkları
3. Köprücük kemiği kırıkları
4. Subperiosteal yeni kemik oluşumu

Her çocuk kırığında istismar olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır.

Çocuk kaburgaları oldukça esnek olduğundan özellikle posterior kaburgada görülen kırıklar majör travma veya çocuk istismarı ile ilişkilidir (43-45). Özellikle 1. kaburgada kırık görülmesi tipiktir. Çocuk sternum, skapula ve pelvis kırıkları da ancak yüksek enerji ile meydana gelebilir bu nedenle çocuk istismarı açısından şüpheli kırıklardır (45-50).

Mobilize olmayan bebekte elde ve ayakta kırıklar görülmesi de çocuk istismarı açısından uyarıcıdır (51, 52). Metabolik hastalığı olmayan çocuklarda farklı evrelerde görülen kırık olması çocuk istismarı için tipiktir (22, 53). 3 veya daha fazla kırık görülmesi istismar olasılığını 6 kat arttırır (53). 1 yaş altındaki istismar olgularının %80 ininde çoklu kırıkların görüldüğü bildirilmiştir. (45, 54). Bu bilgiye karşın birçok istismar olgusunda sadece tek bir kırık görülebileceği de göz önünde bulundurulmalıdır (55, 56).

**Fiziksel istismarda eşlik eden yaralanmalar:**

Özellikle istismara bağlı kafa travmalarının öldürücü olduğu bilinmektedir ve bu tür yaralanmalarda çoğu zaman dışardan bir bulgu yoktur (57). Kazaya bağlı kafa yaralanmaları ile karşılaştırıldığında fiziksel istismara bağlı olgularda muayene bulguları oldukça seyrek olarak görülmektedir(18).

İstismara bağlı kafa içi kanamalar çoğu zaman diffüz, ince tabakalı ve konveksite

boyunca uzanır tarzdadır. Diffüz çok tabakalı retinal hemoraji ve diffüz beyin hasarı bu tür yaralanmalar eşlik eder (31, 36, 58, 59). Özellikle bebeklerde görülmesi rotasyonel travmalara sekonder hasar oluşumuna yatkınlıkları ile açıklanabilir (60). Bu yatkınlığın nedeni bebek kafatasının düz olması, ani hareketlerle ivmeli olarak sarsılması, ince ve dayanıksız kafatası yapısı, vücuda oranla daha büyük, ağır ve ansitabil olması olarak sayılabilir.

Fiziksel istismardan şüphelenildiğinde mutlaka retinal kanama açısından muayene gerçekleştirilmelidir. Geriye dönük gerçekleştirilen bir çalışmada suistimal vakalarında % 14.7 oranında kafa travması ile retinal hemoraji birlikteliği tespit edilmiştir (61).

Dayağa bağlı kafa travması özellikle ilk 12 aylık olgularda önemli bir ölüm nedeni olarak görülmektedir. Çoğu zaman eksternal bulgusu olmayan bu yaralanmalarda şüphe halinde ileri tetkiklerle inceleme gerçekleştirilmelidir.

**Fiziksel istismar ilişkili kırıklarda ayırıcı tanısı :**

Fiziksel istismar ayırıcı tanısında metabolik ,genetik, immünolojik enfeksiyöz hastalıklar ve toksikolojik patolojiler düşünülmez.

**Metabolik hasatlıklar;** Rikets, Vitamin C eksikliği Bakır metabolizma bozuklukları (62-65)

**Genetik hastalıklar;** Osteogenezis imperfekta, Konjenital ağrı yokluğu ve Menkes hastalığı.

**İmmünolojik ve enfeksiyöz hastalıklar;** İnfantil kortikal hiperosteozis (Caffey hastalığı), konjenital sifiliz, osteomyelit ve hiper imminoglobilin E sendromudur (66).

**Toksikolojik hastalıklar:** Vitamin A, metotreksat, prostaglandin ve interleukin-11 toksisiteleridir (67-69). (Tablo 1)

**Tablo 1: Fiziksel İstismara Bağlı Kırıklarda Ayırıcı Tanı**

Hastalık	Benzer patoloji	Ayrıcı tanıda kullanılacak yöntem
1 <b>Rikets</b>	Periosteal reaksiyon, osseöz kaynaklı ağrı	Serum ALP, kalsiyum ve fosfat düzeyleri Muayenede raşitik rozary görünümü
2 <b>Vitamin C eksikliği</b>	Cilt morluğu, eklem hassasiyeti	Serum <b>Vitamin C ölçümü</b>
3 <b>Bakır metabolizma bozukluğu</b>	Eklemde kama şeklinde kalsiyum birikimi	Serum bakır ve seruloplazmin ölçümü
4 <b>Osteogenezis imperfekta</b>	Çoklu kırık, subdural hematom ve cilt altı ekimoz oluşumuna yatkınlık	COL1A1 ve COL1A2 gen analizleri
5 <b>İnfanıl kortikal hiperosteozis (Caffey hastalığı)</b>	Periosteal reaksiyon	Artmış akut faz reaktanları
6 <b>Konjenital sifiliz</b>	Metafizler lezyonlar	Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) veya rapid plasma reagin (RPR) testleri
7 <b>Osteomyelit</b>	sub periorsteal apse kaynaklı periost reaksiyonları ve ağrı.	Artmış akut faz reaktanları
8 <b>Vitamin A, Metotreksat, Prostaglandin ve Interleukin-11 toksisiteleri</b>	periosteal reaksiyon, osteopeni, metafizler lezyon	Toksikolojik analiz
9 <b>Konjenital ağrı yokluğu:</b>	Tekrar eden kırık ve yanıklar	<i>NTRK1</i> gen analizi, cilt biyopsisi ve aksonal flare testi

## Tartışma

Majör travma ve öyküde açıklanamayan kırık olması istismar için kuvvetli bir belirteçtir. Bu durumun birlikte görülmesinin %69 duyarlılık ve % 97

özgüllüğe sahip olduğu bildirilmiştir (18). Birçok düşme mekanizmasının araştırıldığı bir çalışmada yükseklik ve çocuk erişkinliği ile birlikte yaralanmalar şiddetlense de ev içi düşmeler sonrasında intrakraniyal yaralanma görülmesi oldukça nadirdir (70-72). Özellikle intestinal perforsayon düşmeye bağlı olarak gelişmesi düşük

olasılıklı bir yaralanmadır (73). Düşük mesafelerden düşme sonrasında ölüm 2.000.000'da 1 görülecek kadar nadir raporlanmıştır (74, 75).

9 aylık bir çocuğun sıcak su musluğunu açması, 3 yaşındaki bir çocuğunun kardeşini kolundan sürüklemesi gibi çocukların gelişimleriyle çelişen ifadeler çocuk istismarında sık görüldüğü bilinmektedir. Kaza yaralanmalarına kıyasla fiziksel istismar olgularında geç başvuru oldukça sık görülür(76, 77). 121 karın içi yaralanmalı çocuk olgunun değerlendirildiği bir çalışmada 12 saat üzerinde başvuru gecikmesinde %54 oranında çocuk istismarı görüldüğü ortaya konulmuştur (77). 8 saatten fazla süre geçtikten sonra başvuran 6 yaş altı uzun kemik kırıklarında %21 oranında fiziksel istismar olduğu görülmüştür (76). Ancak gecikmeyi tek başına değerlendirilmenin özgüllüğünün düşük olduğu akılda tutulmalıdır(78).

Diğer çocukların suçlanmasının potansiyel bir fiziksel istismar belirteci olduğu bilinmektedir. Özellikle kardeş tarafından gerçekleştirildiği ifade edilmiş olan yanıklarda fiziksel istismar olasılığın daha yüksek olduğu bildirilmiştir (78).

Kulak, boyun, gövde ve kalçalarda görülen ekimozla çocuk istismarı ile birlikte daha sık görülmektedir. Çocuk yoğun bakımda yatışı gerçekleştirilen hastalar üzerinde yapılan çalışmada 4 yaş altında gövde, kulak veya boyunda ekimoz olması ve 4 ay altında herhangi bir ekimoz olmasının çocuk istismarı açısından %97 duyarlılık ve %66 özgüllüğe sahip olduğu ortaya konulmuştur (21).

Fiziksel çocuk istismarından şüphelenilen olgularda kas iskelet sistemi patolojilerinin değerlendirilmesi için ilk başvuracak metot direkt grafilerle tüm iskeletin değerlendirilmesi olmalıdır. Klinik şüphenin yüksek olduğu olgularda tüm iskelet değerlendirmenin 2hafta sonra tekrarlanması tanı koyma olasılığını arttıracaktır(42). Klinik şüphe olması halinde olası intrakraniyal kanamanın

değerlendirmesi için Bilgisayarlı tomografi tetkiki gerçekleştirmek uygun olacaktır. Batın içi yaralanma şüphesinde ilk başvurulacak modalite tüm batın ultrasonografisi (USG) olmalıdır. USG'nin kas iskelet sistemi yaralanmalarındaki katkısı osteokondral kırıklar ve subperiosteal hematomların erken evrede tespiti ile sınırlıdır (79-81).

Sintigrafi bazı yazarlar tarafından çocuk istismarından şüphe duyulan olgularda ilk tetkik olarak önerilse de (51, 82, 83) düşük özgüllüğü nedeni ile tanıya sunacağı katkı kısıtlı görünmektedir.

İstismara bağlı olan kırıklarda cerrahi tedavi endike değilse bile istismar şüphesinin sosyal hizmetler görevlileri ve yetkili mahkemelerce değerlendirilmesi tamamlanan kadar olgunun korunması adına yatış uzatılabilir. Bu süre zarfında olgular sosyal hizmetler departmanına bildirilmelidir. Ülkemizde 5395 nolu Çocuk Koruma Kanununun 3'üncü maddesinde "korunma ihtiyacı olan çocuk" tanımlaması yapılmıştır. Yine ilgili kanunun 5 ila 7. maddeleri ile destekleyici tedbirler tanımlanmış ve 8. Madde ile tedbir kararının alınması için bulunulan yerdeki çocuk hâkimi yetkili kılınmıştır. Bu durum cerrahi tedavi endike olmayan bir fiziksel istismar olgusunun ilgili mahkeme süreci tamamlanana kadar aynı fiziksel çevreye dönmesine yol açabilecektir. Ülkemizde daha önce gerçekleştirilmiş bir olgu sunumunda bu süreç 16 kırıklı 8 aylık olguda 48 olarak bildirilmiştir. Tıbben tedavisi 5 günde tamamlanmış olan hasta 48 gün boyunca yatarak takip edilmiş, mahkeme sonrasında koruma kararı başvuru sonrasındaki 48. günde alınmıştır(84).

Eğer istismar nedeniyle ağır bir yaralanma meydana gelmişse diğer çocukların da

istismara uğruyor olma olasılığı %72 olarak bildirilmiştir (85, 86). Bu nedenle olguların kardeşleri de muayene edilmelidir.

Ülkemizde fiziksel istismara uğramış olma şüphesi olan çocuk olguların bildirilmesi için sağlık çalışanlarının sorumluluklarının belirlenmesine yönelik yasal düzenleme, 5395 nolu Çocuk Koruma Kanununun ilgili maddesine düzenlenmiştir. Bu maddede: “Madde 6- (1) Adlî ve idarî merciler, kolluk görevlileri, sağlık ve eğitim kuruluşları, sivil toplum kuruluşları, korunma ihtiyacı olan çocuğu Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumuna bildirmekle yükümlüdür.” ifadesi ile düzenlenmiştir.

Korunma ihtiyacı olan çocuk, bir suçun mağduru olan çocuk olabileceği gibi, ihmal veya istismar edilen, bedensel, zihinsel, ahlaki, sosyal ve duygusal gelişimi ile kişisel güvenliği tehlikede olan çocuklar da olabilir. Böyle bir çocuğa ÇKK'nın 6. maddesinin 1. fıkrasında sayılan kişilerden birisi rastlar ve ihbar yükümlülüğünü yerine getirmezse, fiili TCK'nın 278, 279 ve 280. maddelerini ihlal etmediği takdirde; kamu görevlileri bakımından TCK'nın 257.maddesinin 2. fıkrasında düzenlenen görevin ihmali davranışla kötüye kullanılması suçu oluşacaktır (87).

Özellikle fiziksel istismardan şüphelenilen olgularda fotoğrafla kayıt almak ileride ortaya çıkabilecek mahkeme süreçlerinde oldukça önem arz eder. Bu nedenle fiziksel istismar olgularının yakın, orta ve uzak mesafeden fotoğraflanması önemlidir (88).

### **Sonsöz:**

Fiziksel istismar şüpheli olgularının bildirilmesi tüm sağlık profesyonellerinin vicdani, insani ve kanuni görevidir. Bu olgulardan şüphelenmesine yol açan risk

faktörlerini, tehlike işaretlerini ve ayrııcı tanıda gerekli olan yaklaşımı bilmek, klinik şüpheyi rasyonel bir zemine oturtabilecektir. Ülkemizdeki kanuni düzenlemelerin farkına vararak, çocukların ikincil şiddete ve istismara başvurmalarını önlemek için gereklilik halinde, yetkili mahkeme kararına kadar mağdur olduğundan şüphelenilen olgu yatarak izlenebilir.

### **Kaynaklar**

1. Dubowitz H, Bennett S. Physical abuse and neglect of children. *The Lancet*. 2007;369(9576):1891-9.
2. Christian CW, Abuse CoC, Neglect. The evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics*. 2015;135(5):e1337-e54.
3. UNICEF. Research study on child abuse and domestic violence in Turkey— Summary report, 2010. Summary Report. 2010.
4. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The lancet*. 2009;373(9657):68-81.
5. Finkelhor D, Turner HA, Shattuck A, Hamby SL. Prevalence of childhood exposure to violence, crime, and abuse: Results from the national survey of children's exposure to violence. *JAMA pediatrics*. 2015;169(8):746-54.
6. Gilbert R, Fluke J, O'Donnell M, Gonzalez-Izquierdo A, Brownell M, Gulliver P, et al. Child maltreatment: variation in trends and policies in six developed countries. *The Lancet*. 2012;379(9817):758-72.
7. Farst K, Ambadwar PB, King AJ, Bird T, Robbins JM. Trends in hospitalization rates and severity of injuries from abuse in young children, 1997–2009. *Pediatrics*. 2013;131(6):e1796-e802.



8. Crume TL, DiGiuseppi C, Byers T, Sirotnak AP, Garrett CJ. Underascertainment of child maltreatment fatalities by death certificates, 1990–1998. *Pediatrics*. 2002;110(2):e18-e.
9. Polat O. Çocuk istismarına yönelik rapor. İstanbul: Asume&İmdat. 2016.
10. İErden G, Baştuğ G, Gidemem H, Kuru Ş, Şen E. 2005-2019 Yılları Arasında Türkiye’de Basında Yer Almış Çocuk Ölümlerinin İncelenmesi. *Turk J Child Adolesc Ment Health*. 2021;28(3):174-81.
11. Deans KJ, Thackeray J, Askegard-Giesmann JR, Earley E, Groner JJ, Minneci PC. Mortality increases with recurrent episodes of nonaccidental trauma in children. *Journal of trauma and acute care surgery*. 2013;75(1):161-5.
12. Jenny C, Hymel KP, Ritzen A, Reinert SE, Hay TC. Analysis of missed cases of abusive head trauma. *Jama*. 1999;281(7):621-6.
13. Ellaway B, Payne E, Rolfe K, Dunstan FD, Kemp AM, Butler I, et al. Are abused babies protected from further abuse? *Archives of disease in childhood*. 2004;89(9):845-6.
14. Connell CM, Bergeron N, Katz KH, Saunders L, Tebes JK. Re-referral to child protective services: The influence of child, family, and case characteristics on risk status. *Child abuse & neglect*. 2007;31(5):573-88.
15. Oral R, Yagmur F, Nashelsky M, Turkmen M, Kirby P. Fatal abusive head trauma cases: consequence of medical staff missing milder forms of physical abuse. *Pediatric emergency care*. 2008;24(12):816-21.
16. Sheets LK, Leach ME, Koszewski IJ, Lessmeier AM, Nugent M, Simpson P. Sentinel injuries in infants evaluated for child physical abuse. *Pediatrics*. 2013;131(4):701-7.
17. Petska HW, Sheets LK. Sentinel injuries: subtle findings of physical abuse. *Pediatric Clinics*. 2014;61(5):923-35.
18. Hettler J, Greenes DS. Can the initial history predict whether a child with a head injury has been abused? *Pediatrics*. 2003;111(3):602-7.
19. Harper NS, Feldman KW, Sugar NF, Anderst JD, Lindberg DM, Investigators ESTRA. Additional injuries in young infants with concern for abuse and apparently isolated bruises. *The Journal of pediatrics*. 2014;165(2):383-8. e1.
20. Sugar NF, Taylor JA, Feldman KW. Bruises in infants and toddlers: those who don't bruise rarely bruise. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 1999;153(4):399-403.
21. Pierce MC, Kaczor K, Aldridge S, O’Flynn J, Lorenz DJ. Bruising characteristics discriminating physical child abuse from accidental trauma. *Pediatrics*. 2010;125(1):67-74.
22. Kemp AM, Dunstan F, Nuttall D, Hamilton M, Collins P, Maguire S. Patterns of bruising in preschool children—a longitudinal study. *Archives of disease in childhood*. 2015;100(5):426-31.
23. Dunstan F, Guildea Z, Kontos K, Kemp AM, Sibert JR. A scoring system for bruise patterns: a tool for identifying abuse. *Archives of Disease in Childhood*. 2002;86(5):330-3.
24. Sirakova MA, Debelle G. Identifying human bite marks in children. *Paediatrics and Child Health*. 2014;24(12):550-6.
25. Kemp A, Maguire S, Sibert J, Frost R, Adams C, Mann M. Can we identify abusive bites on children? *Archives of disease in childhood*. 2006;91(11):951.
26. Carpenter R. The prevalence and distribution of bruising in babies. *Archives of Disease in Childhood*. 1999;80(4):363-6.
27. Van Horne BS, Caughy MO, Canfield M, Case AP, Greeley CS, Morgan R, et al. First-time maltreatment in children ages 2–10 with and without specific

- birth defects: A population-based study. *Child abuse & neglect*. 2018;84:53-63.
28. Spencer N, Devereux E, Wallace A, Sundrum R, Shenoy M, Bacchus C, et al. Disabling conditions and registration for child abuse and neglect: a population-based study. *Pediatrics*. 2005;116(3):609-13.
  29. Rosenberg L, Wissow L. Effects of maltreatment on the child. *Child Advocacy for the Clinician: An Approach to Child Abuse and Neglect* Baltimore, Md: Williams & Wilkins. 1990;12.
  30. Klein M, Stern L. Low birth weight and the battered child syndrome. *American Journal of Diseases of Children*. 1971;122(1):15-8.
  31. Adamsbaum C, Grabar S, Mejean N, Rey-Salmon C. Abusive head trauma: judicial admissions highlight violent and repetitive shaking. *Pediatrics*. 2010;126(3):546-55.
  32. Krugman RD. Fatal child abuse: analysis of 24 cases. *Pediatrician*. 1983;12(1):68-72.
  33. Barr RG, Barr M, Fujiwara T, Conway J, Catherine N, Brant R. Do educational materials change knowledge and behaviour about crying and shaken baby syndrome? A randomized controlled trial. *Cmaj*. 2009;180(7):727-33.
  34. Reijneveld SA, van der Wal MF, Brugman E, Sing RAH, Verloove-Vanhorick SP. Infant crying and abuse. *The Lancet*. 2004;364(9442):1340-2.
  35. Gumbs GR, Keenan HT, Sevick CJ, Conlin AMS, Lloyd DW, Runyan DK, et al. Infant abusive head trauma in a military cohort. *Pediatrics*. 2013;132(4):668-76.
  36. Vinchon M, Defoort-Dhellemmes S, Desurmont M, Dhellemmes P. Accidental and nonaccidental head injuries in infants: a prospective study. *Journal of Neurosurgery: Pediatrics*. 2005;102(4):380-4.
  37. Egami Y, Ford DE, Greenfield SF, Crum RM. Psychiatric profile and sociodemographic characteristics of adults who report physically abusing or neglecting children. *The American journal of psychiatry*. 1996.
  38. Ghahreman A, Bhasin V, Chaseling R, Andrews B, Lang EW. Nonaccidental head injuries in children: a Sydney experience. *Journal of Neurosurgery: Pediatrics*. 2005;103(3):213-8.
  39. Young A, Pierce MC, Kaczor K, Lorenz DJ, Hickey S, Berger SP, et al. Are negative/unrealistic parent descriptors of infant attributes associated with physical abuse? *Child abuse & neglect*. 2018;80:41-51.
  40. Fingarson AK, Pierce MC, Lorenz DJ, Kaczor K, Bennett B, Berger R, et al. Who's watching the children? Caregiver features associated with physical child abuse versus accidental injury. *The Journal of pediatrics*. 2019;212:180-7. e1.
  41. Herrenkohl TI, Sousa C, Tajima EA, Herrenkohl RC, Moylan CA. Intersection of child abuse and children's exposure to domestic violence. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2008;9(2):84-99.
  42. Di Pietro M, Brody A, Cassady C, Kleinman P, Wyly J, Applegate K, et al. Section on radiology; American Academy of Pediatrics. Diagnostic imaging of child abuse *Pediatrics*. 2009;123(5):1430-5.
  43. Garcia VF, Gotschall CS, Eichelberger MR, Bowman LM. Rib fractures in children: a marker of severe trauma. *The Journal of trauma*. 1990;30(6):695-700.
  44. Offiah A, van Rijn RR, Perez-Rossello JM, Kleinman PK. Skeletal imaging of child abuse (non-accidental injury). *Pediatric radiology*. 2009;39(5):461-70.
  45. Kocher MS, Kasser JR. Orthopaedic aspects of child abuse. *JAAOS-Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*. 2000;8(1):10-20.
  46. Akbarnia B, Torg JS, Kirkpatrick J, Sussman S. Manifestations of the battered-child syndrome. *The Journal of*

- bone and joint surgery American volume. 1974;56(6):1159-66.
47. Kogutt MS, SWISCHUK LE, FAGAN CJ. Patterns of injury and significance of uncommon fractures in the battered child syndrome. *American Journal of Roentgenology*. 1974;121(1):143-9.
  48. Merten D, Radkowski M, Leonidas JC. The abused child: a radiological reappraisal. *Radiology*. 1983;146(2):377-81.
  49. Starling SP, Heller RM, Jenny C. Pelvic fractures in infants as a sign of physical abuse. *Child abuse & neglect*. 2002;26(5):475-80.
  50. Ablin D, Greenspan A, Reinhart M. Pelvic injuries in child abuse. *Pediatric radiology*. 1992;22(6):454-7.
  51. Nimkin K, Kleinman PK. Imaging of child abuse. *Radiologic Clinics of North America*. 2001;39(4):843-64.
  52. Nimkin K, Spevak MR, Kleinman PK. Fractures of the hands and feet in child abuse: imaging and pathologic features. *Radiology*. 1997;203(1):233-6.
  53. Leventhal JM, Gaither JR. Incidence of serious injuries due to physical abuse in the United States: 1997 to 2009. *Pediatrics*. 2012;130(5):e847-e52.
  54. Krishnan J, Barbour PJ, Foster BK. Patterns of osseous injuries and psychosocial factors affecting victims of child abuse. *Australian and New Zealand journal of surgery*. 1990;60(6):447-50.
  55. King J, Diefendorf D, Apthorp J, Negrete V, Carlson M. Analysis of 429 fractures in 189 battered children. *Journal of pediatric orthopedics*. 1988;8(5):585-9.
  56. Loder RT, Bookout C. Fracture patterns in battered children. *Journal of orthopaedic trauma*. 1991;5(4):428-33.
  57. Piteau SJ, Ward MG, Barrowman NJ, Plint AC. Clinical and radiographic characteristics associated with abusive and nonabusive head trauma: a systematic review. *Pediatrics*. 2012;130(2):315-23.
  58. Caffey J. The whiplash shaken infant syndrome: manual shaking by the extremities with whiplash-induced intracranial and intraocular bleedings, linked with residual permanent brain damage and mental retardation. *Pediatrics*. 1974;54(4):396-403.
  59. Biron D, Shelton D. Perpetrator accounts in infant abusive head trauma brought about by a shaking event. *Child abuse & neglect*. 2005;29(12):1347-58.
  60. Raghupathi R, Margulies SS. Traumatic axonal injury after closed head injury in the neonatal pig. *Journal of neurotrauma*. 2002;19(7):843-53.
  61. Maguire SA, Watts P, Shaw A, Holden S, Taylor R, Watkins WJ, et al. Retinal haemorrhages and related findings in abusive and non-abusive head trauma: a systematic review. *Eye*. 2013;27(1):28-36.
  62. Perez-Rossello JM, Feldman HA, Kleinman PK, Connolly SA, Fair RA, Myers RM, et al. Rachitic changes, demineralization, and fracture risk in healthy infants and toddlers with vitamin D deficiency. *Radiology*. 2012;262(1):234-41.
  63. Zeiss J, Wycliffe N, Cullen B, Conover S. Simulated child abuse in drug induced rickets. *Am J Dis Child*. 1988;142:1367-68.
  64. Shaw J. Copper deficiency and non-accidental injury. *Archives of disease in childhood*. 1988;63(4):448.
  65. Cordano A. Clinical manifestations of nutritional copper deficiency in infants and children. *The American journal of clinical nutrition*. 1998;67(5):1012S-6S.
  66. Gensure RC, Mäkitie O, Barclay C, Chan C, DePalma SR, Bastepe M, et al. A novel COL1A1 mutation in infantile cortical hyperostosis (Caffey disease) expands the spectrum of collagen-related disorders. *The Journal of clinical investigation*. 2005;115(5):1250-7.
  67. Radkowski MA, Merten DF, Leonidas JC. The abused child: criteria for the

- radiologic diagnosis. *Radiographics*. 1983;3(2):262-97.
68. Roebuck DJ. Skeletal complications in pediatric oncology patients. *Radiographics*. 1999;19(4):873-85.
69. Letts M, Pang E, Simons J. Prostaglandin-induced neonatal periostitis. *Journal of pediatric orthopedics*. 1994;14(6):809-13.
70. Mack KA, Gilchrist J, Ballesteros MF. Bunk bed-related injuries sustained by young children treated in emergency departments in the United States, 2001–2004, National Electronic Injury Surveillance System–All Injury Program. *Injury prevention*. 2007;13(2):137-40.
71. Powell EC, Jovtis E, Tanz RR. Incidence and description of high chair-related injuries to children. *Ambulatory pediatrics*. 2002;2(4):276-8.
72. Schalamon J, Ainoedhofer H, Saxena AK, Petnehazy T, Singer G, Höllwarth ME. Falls from highchairs. *European journal of pediatrics*. 2006;165(10):732.
73. Huntimer CM, Muret-Wagstaff S, Leland NL. Can falls on stairs result in small intestine perforations? *Pediatrics*. 2000;106(2):301-5.
74. Ehsani JP, Ibrahim JE, Bugeja L, Cordner S. The role of epidemiology in determining if a simple short fall can cause fatal head injury in an infant: a subject review and reflection. *The American journal of forensic medicine and pathology*. 2010;31(3):287-98.
75. Chadwick DL, Bertocci G, Castillo E, Frasier L, Guenther E, Hansen K, et al. Annual risk of death resulting from short falls among young children: less than 1 in 1 million. *Pediatrics*. 2008;121(6):1213-24.
76. Farrell C, Rubin DM, Downes K, Dormans J, Christian CW. Symptoms and time to medical care in children with accidental extremity fractures. *Pediatrics*. 2012;129(1):e128-e33.
77. Wood J, Rubin DM, Nance ML, Christian CW. Distinguishing inflicted versus accidental abdominal injuries in young children. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2005;59(5):1203-8.
78. Clark KD, Tepper D, Jenny C. Effect of a screening profile on the diagnosis of nonaccidental burns in children. *Pediatric emergency care*. 1997;13(4):259-61.
79. Chapman S. Radiological aspects of non-accidental injury. *Journal of the royal society of medicine*. 1990;83(2):67-71.
80. Kelloff J, Hulett R, Spivey M. Acute rib fracture diagnosis in an infant by US: a matter of child protection. *Pediatric radiology*. 2009;39(1):70-2.
81. Smeets A, Robben S, Meradji M. Sonographically detected costochondral dislocation in an abused child. *Pediatric radiology*. 1990;20(7):566-7.
82. Howard JL, Barron BJ, Smith GG. Bone scintigraphy in the evaluation of extraskelatal injuries from child abuse. *Radiographics*. 1990;10(1):67-81.
83. Smith FW, Gilday D, Ash J, Green M. Unsuspected costo-vertebral fractures demonstrated by bone scanning in the child abuse syndrome. *Pediatric radiology*. 1980;10(2):103-6.
84. Eren MB, Bilgiç E, Çetin S, Deresoy FA, Öztürk T, Balta O. Sixteen Fractures in a Seven-Month-Old Child Caused by Nonaccidental Trauma. *Case Reports in Orthopedic Research*. 2021;4:185-91.
85. Hamilton-Giachritsis CE, Browne KD. A retrospective study of risk to siblings in abusing families. *Journal of Family Psychology*. 2005;19(4):619.
86. Baldwin JA, Oliver J. Epidemiology and family characteristics of severely-abused children. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 1975;29(4):205-21.
87. Mahmut K. Çocuk istismarında ihbar yükümlülüğü. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*. 2012;3(1):113-28.
88. Ricci LR. Photographing the physically abused child: principles and practice.

American Journal of Diseases of  
Children. 1991;145(3):275-81.

