CİNSEL İSTİSMAR ŞÜPHELİ/ TANILI ÇOCUKLARDA CİNSEL YOLLA BULAŞAN ENFEKSİYONLARA YÖNELİK ÖNERİLER,

ÇOCUK ENFEKSİYON HASTALIKLARI VE BAĞIŞIKLAMA DERNEĞİ, İSTANBUL ŞUBESİ UZLAŞI RAPORU.

Versiyon. 1

Hazırlayanlar:

Zeynep ERGENÇ[1], Önder KILIÇARSLAN[2], Adem KARBUZ[2], Eda KEPENEKLİ[3]

[1]: Great Ormond Street Hospital, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve İmmunoloji Kliniği, Londra.

[2]: Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, İstanbul.

[3]: Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul.

Bu rapor, yalnızca bilgilendirme amacı taşımaktadır ve hukuki olarak bağlayıcı değildir. Raporda sunulan bilgiler; tarama, tanı ve tedavi yöntemleri hakkında genel bir çerçeve sunmakla birlikte, her olguya, çalışılan hastanenin koşullarına ve mikrobiyoloji laboratuvarının imkanlarına göre farklılık gösterebilir. Bu nedenle, güncel kılavuzlar ve kurum içi protokollere göre hareket edilmesi önerilir.

GİRİŞ

Cinsel istismar, cinsel gelişimini tamamlamamış bir çocuğun bir erişkin ya da kendinden yaşça büyük bir çocuk tarafından cinsel haz amacı taşıyan bir aktiviteye dahil edilmesidir. Cinsel istismar dokunma veya penetrasyon şeklinde olabileceği gibi cinsel içerikli konuşma, teşhircilik, röntgencilik gibi temas içermeyen davranışları da kapsamaktadır (1). Kız ve erkek çocuklar için cinsel istismar tanımlamaları, cinsiyete özgü bazı farklılıklar gösterebilir, ancak temelde her iki cinsiyet için de cinsel istismar benzer şekilde ifade edilir.

Cinsel istismar mağduru çocukların çoğunluğu bu durumu gizlemektedir ve olgular genellikle üzerinden uzun süre geçtikten sonra bildirilmektedir. Bu konudaki güncel raporlara göre;

- Amerika Birleşik Devletleri verilerinde en az her 4 kız ve her 20 erkek çocuktan 1'i, çocukluk döneminin bir noktasında cinsel istismara maruz kalmaktadır (2).
- Cinsel istismar durumunda %90 oranında failin, çocuğun ya da çocuğun ailesinin tanıdığı biri olduğu belirlenmiştir (2).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2022 yılında yaklaşık 31 900 çocuk güvenlik birimlerine cinsel suç mağduru olarak gelmiş veya getirilmiştir. Bu sayının 2020 yılında yaklaşık 18 500 olduğu dikkate alındığında, sadece iki yıl içerisinde ciddi bir artışın olduğu görülmektedir (3). ECPAT (End Child Prostitution, Child Pornography and Trafficking of Children for Sexual Purposes) Türkiye Raporu'na göre Türkiye'de nüfusun %29,6'sını 18 yaş altı çocuklar oluştururken, yaklaşık 11 milyon kişi yoksulluk sınırı altında yaşamaktadır, Artan mülteci sayısı ve 15 yaş altındaki 1,4 milyon mülteci çocuk da eklenince, ülkedeki çocukların cinsel istismara maruz kalma riskinin yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (4).

Ülkemizde, mağdur çocuklara bilinçli ve etkin şekilde müdahale edebilmek ve bu çocukların ikincil örselenmelerini azaltabilmek amacıyla Çocuk İzlem Merkezleri (ÇİM) açılmıştır. Pilot uygulama olarak ilk defa Ankara'da 2010 yılında hizmete açılan sonrasında Kayseri, Samsun ve Gaziantep'te kurulan ÇİM'in, 2012 yılında yayınlanan genelge ile ülke içerisinde yaygınlaştırılması hedeflenmiştir. Böylelikle tıbbi ve adli işlemlerin bu alanda eğitimli kişilerce tek bir merkezde ve tek seferde gerçekleştirilebilmesi öngörülmüştür (5). 2024 yılı itibarıyla faaliyet gösteren ÇİM sayısı, 67 ilde toplam 70 olmuştur (6). Çocuk İzlem Merkezi'nde bulunması gereken görevliler adli görüşmeci, aile görüşmecisi, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı İl Müdürlüğü (ASPİM) temsilcisi, hemşire ve sorumlu hekimdir. Adli görüşmeci ve aile görüşmecisi, çocuk psikolojisi ve sosyal hizmet alanlarında görev yapmış hekim, hemşire, psikolog, psikolojik danışman ya da çocuk gelişimi uzmanı gibi meslek grupları içerisinden seçilmektedir. Adli tıp uzmanı, iç ve dış beden muayenesi gerektiğinde bu işlemleri gerçekleştirir. Gerekli görülen durumlarda, adli delil niteliğinde olan giysiler, sperm örnekleri, tükürük, saç, tırnak örnekleri toplanır. Bu muayenenin sonucu, adli tıp uzmanı tarafından rapor halinde düzenlenir (7).

Cinsel istismara maruz kalan çocuklarda post-travmatik stres bozukluğu, depresyon, kaygı bozuklukları, yeme bozuklukları, uyku bozuklukları gibi psikiyatrik hastalıklar ortaya çıkabilir. Yine, doğrudan cinsel istismarın tanımının bir parçası olmamakla birlikte cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE), cinsel istismarın tanımlanmasında ve değerlendirilmesinde dikkate alınmalıdır. Mağdur çocuklarda görülme sıklığının artış gösterdiği CYBE'lerin varlığı, istismarın kanıtlanmasında önemli bir role sahip olabilir (8, 9). Bu enfeksiyonların başlıcaları *Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Trichomonas vaginalis, Treponema pallidum*, İnsan immünyetmezlik virüsü (HIV) ve Herpes simplex virüs tip 2 (HSV-2)'dir.

Cinsel istismara maruz kalan çocuklarda cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların etkenleri bölgesel farklılıklar gösterebilir. Bu durum; CYBE etkenlerin yaygınlığında saptanan farklılıklardan, sosyoekonomik faktörlerden, cinsel sağlık konusundaki farkındalık ve eğitim düzeyinden, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve erişilebilirliğinden, toplumun kültürel yapısından ve benzeri gibi etmenlerden etkilenir. 2016 yılındaki Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre tahmini klamidya, gonore, *Trichomonas vaginalis* ve sifiliz prevelansı sırasıyla Avrupa bölgesi için %3.2, %0.3, %1.6, %0.1; Amerika bölgesi için %7, %0.9, %7.7, %0.9 ve Afrika bölgesi için %5, %1.9, %11.7, %1.6 olarak tespit edilmiştir (10). Global olarak, gonokok hastalığı cinsel istismar mağdurlarında görülen en yaygın cinsel yolla bulaşan hastalıktır ve prevelansı %2-5

arasında olup beraberinde klamidya enfeksiyonu da yaygın olarak eşlik eder. Cinsel istismara uğrayan çocuklarda *C trachomatis* enfeksiyonu prevelansı %2-13 arasında değişir. Cinsel istismara uğradığından şüphelenilen çocuklar arasında sifiliz prevalansı ise %0-1,8 arasındadır. Çocuklarda cinsel istismar sonrası *Trichomonalis vaginalis* prevelansı hakkında sınırlı veri mevcuttur. Bebeklik dönemi dışında bir çocuktan alınan vaginal örnekten bu etkenin tespit edilmesi cinsel istismarı güçlü bir şekilde düşündürmelidir. (11, 12). Ergenlik öncesi çocuklarda, olası cinsel istismar açısından incelenen kız çocukları arasında CYBE yaygınlığı düşüktür; yakın zamanda yapılan bir çalışmada klamidya için %6,7 ve Neisseria gonorrhoeae için %1,8 bulunmuştur (13). Amerika'dan bildirilen başka bir çalışmada cinsel istismara uğrayan kız çocukların %5,9'unda *T vaginalis*, %3,3'ünde gonokok, %3,1'inde klamidya, %0,3'ünde sifiliz tespit edilirken, HIV saptanmamıştır (9).

Burada cinsel istismar mağduru çocuklarda cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların önlenmesi, tespit edilmesi ve tedavisi ile HIV'e yönelik temas sonrası profilaksi yöntemlerine dair öneriler özetlenecektir.

Öneriler

1- Ülkemizde 18 yaşını doldurmamış tüm bireyler yasal olarak çocuk kabul edilmektedir. Türk Ceza Kanunu (TCK) Madde 104'e göre 16 yaşını doldurmamış bir çocuk ile cinsel birliktelik her koşulda cezaya tabii iken 16-18 yaş arası çocuklarda şikayet olması durumunda cezaya tabiidir. On altı yaş altındaki bir çocukta cinsel yolla bulaşan enfeksiyon tanısı konulması durumunda çocuğun yasal vasisi ile tanının paylaşılması gerekmektedir. On altı-18 yaş arasındaki bir çocukta ise yasal vasi ile tanı paylaşımı yapılırken çocuk tanı paylaşımına ikna edilmelidir. Yasal gözetim altında olan çocuklarda CYBE saptanması halinde de yaş durumu gözetilerek yasal vasisi ile tanı paylaşımı yapılmalıdır (14-17).

2- Bir hekim, bir çocuğu değerlendirirken cinsel istismar şüphesi oluşması halinde mutlaka bu şüphenin üzerine gitmeli ve durumu açıklığa kavuşturmalıdır (17). TCK Madde 280'de belirtilen "Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir

belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır" ibaresi hekimlerin cinsel istismar şüphesi halinde durumu aydınlatmasını yasal olarak zorunlu kılmaktadır (14, 17). İstismara maruz kaldığı düşünülen olgulara Tablo 1'de verilen 'bulgulara göre risk sınıflaması' kullanılarak yaklaşılabilir (18, 19).

Çocuk ve/veya aile tarafından verilen bir cinsel istismar öyküsü cinsel istismarın en güçlü göstergesidir. Cinsel istismar şüphesi uyandıran fiziksel bulgular nadirdir. Cinsel istismar öyküsü veren çocukların yalnızca %4 ila %10'unda anormal bir anogenital muayene bulgusu tespit edilmiştir (20). Cinsel istismara uğrayan çocukların %5'inden daha azında CYBE görülmektedir (21). Bununla birlikte, muayenede anormal bir anogenital fizik muayene bulgusunun ve/veya bir CYBE'nin varlığı, cinsel istismar tanısı koymak ve çocukları daha fazla istismardan korumak için çok önemli olabilir. Bundan dolayı, tespit edilen anogenital fizik muayene bulguları ve saptanan belli başlı cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların varlığı özellikle prepubertal çocuklarda kuvvetle olası veya kesine yakın cinsel istismar açısından klinisyenleri uyarıcı olmalıdır (22). Cinsel istismar şüphesi risk sınıflaması tablo 1'de gösterildi (18, 19).

3- Hekim ciddi bir istismar şüphesi oluşması halinde hastane polisine, 112'ye, Çocuk Şube/Büro Amirliğine ya da nöbetçi savcılığı arayarak ihbarda bulunmalıdır. Genel adli muayene formunun doldurularak bildirimin yazılı olarak kapalı zarf içinde kolluk kuvvetlerine iletilmesi ve bir nüshasının da hastane arşivinde saklanması bildirim yükümlülüğünün ispatı açısından önemlidir. İstismar şüphesinin düşük olduğu durumlarda hekim Çocuk Koruma Birimi ile irtibata geçmelidir. İhbar sonrası çocuğun tüm işlemleri Çocuk İzlem Merkezi ya da Çocuk Koruma Birimi'nde gerçekleştirilmelidir (23). Düşük istismar şüphesi durumunda hasta, adli

tıp uzmanı ile, eğer adli tıp uzmanı ulaşılabilir değilse çocuk psikiyatri uzmanı ile birlikte değerlendirilmelidir.

4- İstismar şüphesi olan bir durumda, çocuğu zorlamak yerine güvende hissedeceği bir iletişim ortamı oluşturulmalıdır. Çocuğun kendini rahat hissedeceği, hiyerarşik olmayan bir ortamda, sıcak ve içten bir ilişki oluşturarak, yönlendirici soru sorulmadan kendisini ifade etmesine izin verilerek iletişim kurulmalıdır. Bu yapılırken çocuğa dokunulmamalı ve olayı arkadaşlarına anlatmaması gerektiği belirtilmelidir. Olaya ilişkin bilgileri çocuğun cümleleri ile kaydedip, adli süreçler ile ilgili bilgi verilmelidir. Görüşme odasında sadece görüşmeyi yapan kişi (psikolog, sosyal çalışmacı) ve görüşülen kişi bulunmakta, görüşmeler kamera sistemi ile kayıt altına alınmaktadır. Çocuğun talebi veya ihtiyaç durumunda, istismarcı veya şüpheli kişiler hariç, gizliliği ihlal etmeyecek şekilde bir aile yakını yanında bulunabilir (24). Çocukla iletişimde basit, açık uçlu soru tipi kullanılmalı, istismarın ayrıntıları öğrenilmeli, yönlendirici sorular sorulmamalıdır. Örneğin, NICHD (National Institute of Child Health and Human Development) Protokolü, çocuklarla yapılan görüşmelerde standart bir yaklaşım sunar ve bu protokol çocukların kendilerini ifade etmelerine olanak tanıyan açık uçlu sorulara odaklanır (25).

5- Prepubertal bir çocukta *Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Trichomonas vaginalis*, sifiliz ve İnsan immünyetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonu tanısı konulması, eğer ki çocukta perinatal yolla geçmiş bir enfeksiyon düşünülmüyor ise cinsel istismar olasılığını düşündürmeli ve bildirimi yapılmalı (Bkz. Tablo 2). Çocukta anogenital herpes veya anogenital siğil (*Condyloma accuminata)* saptanması da özellikle otoinokülasyon öyküsü yoksa cinsel istismar açısından uyarıcı olmalıdır. Bu tip olgularda ailede ya da çocuğun bakım

verenlerinde siğil öyküsü olup olmadığı ayrıntılı sorgulanmalıdır. Beş yaş üzeri veya otoinokülasyon düşünülmeyen veya aile-bakım vereninde siğil öyküsü bulunmayan veya fizik muayene ya da öyküsünde cinsel istismar şüpheli bulgusu olan olgularda ileri değerlendirme yapılmalıdır. Çocukta anogenital molluscum ve bakteriyal vajinoz tespiti halinde ise bildirim gerekliliğine klinik izlemde karar verilmelidir ve acil bildirim gerekmez (18).

6- Cinsel istismar mağduru çocukta CYBE taranması, tanı konulabilmesi ve uygun tedavi verilebilmesi için eksiksiz bir öykü alınmaya çalışılmalıdır. Öykü alınan ortamda mümkünse ebeveyn bulunmamalı ancak çocuk isterse ebeveynin eşlik etmesine izin verilmelidir (17). CYBE açısından öyküde tacizcinin yabancı olup olmadığı ve uygulanan tacizin şekli (penetrasyon gerçekleşip gerçekleşmediği, vücut sıvılarına maruziyet) önemlidir. Bu nedenle çocuğun emosyonel durumu göz önünde bulundurularak anamnez derinleştirilmeye çalışılmalı, eğer daha önce Çocuk Koruma Birimi/ Çocuk İzlem Merkezinde alınmış bir anamnez var ise bu dosyadaki detaylar üzerinden ilerlenmelidir.

7- Öykü alındıktan sonra çocuğa, yapılacak olan muayeneler hakkında bilgi verilmeli ve tüm yaş gruplarındaki çocukların en az bir ebeveyninden imzalı onam alınmalıdır. Onam formunda 15 yaş ve üzeri çocukların da imzalı onamı bulunmalıdır (12-15 yaş arası çocuklarda ise çocuğun mental yeterliliğine göre onam alınması düşünülmelidir). Yineleyen muayeneden kaçınmak amacıyla özellikle ciddi şüpheli çocukların muayenesinin ÇİM'de yapılması ideal olandır. Kanunlarda muayeneyi kimin yapacağına dair özel bir ehliyet istemi bulunmamaktadır ve hekim olmak muayene için yeterlidir. Ancak, yetkilendirilmiş hekim mümkünse adli tabip tarafından anogenital bölge de dahil olacak şekilde çocuğun tam ve detaylı fizik muayenesi yapılmalı ve negatif ve pozitif muayene

bulguları not edilmelidir. Yineleyen muayeneleri önlemek için onam alınarak muayene esnasında fotoğraf ya da video ile kayıt alınması önerilir (7). Fizik muayenede çocuğun puberte durumu mutlaka değerlendirilmelidir. Genital, perianal ve orofaringeal bölgeler incelenmeli, kötü koku, akıntı, kanama, hassasiyet, skar, siğil ya da ülser bulunup bulunmadığı değerlendirilmelidir (18).

8- Prepubertal çocuklarda cinsel istismar sonrası CYBE görülme olasılığı düşük olduğundan bu dönemdeki asemptomatik çocuklarda rutin CYBE taraması önerilmemekle birlikte, CYBE taraması açısından tüm olgular ayrıntılı değerlendirilmeli ve olgu bazında karar verilmelidir (17). Prepubertal çocuklarda mutlaka CYBE araştırılması gereken durumlar şunlardır:

   - Çocuğun oral, genital ya da anal penetrasyon tariflemesi ya da penetrasyon gerçekleştiğine dair kanıt bulunması,
   - Failin tanıdık birisi olmaması,
   - Failin CYBE ile enfekte olması ya da CYBE açısından yüksek riskli (intravenöz ilaç bağımlısı olması, homoseksüel erkek olması, çok sayıda partnerinin bulunması) olması,
   - Çocuğun faili aile üyelerinden ya da aynı ev içinde yaşadığı bireylerden birisi olup, onlarda CYBE bulunması,
   - Çocuğun CYBE semptom ya da bulgusu olması (vajinal akıntı, ağrı, kaşıntı vb.),
   - Çocuk ya da ebeveynin CYBE testi talep etmesi,
   - Çocuğun istismara dair detayları anlatamıyor olması (17, 18).

9- CYBE tarama testleri ideal olarak ÇİM muayenesi esnasında gerekli görülen kriminal testler ile birlikte alınmalıdır. Prepubertal dönemde CYBE taramasında dikkat edilmesi gereken noktalar aşağıdadır (18):

- Olguya göre değerlendirmekle birlikte, farinks, anüs, kızlarda vajina, erkeklerde ise idrar örneklerinden *N. gonorrhoeae* ve *C. trachomatis*'e yönelik kültür ya da nükleik asit amplifikasyon testleri (NAAT) [yaygın kullanılan ismi ile polimeraz zincir reaksiyon (PCR) testleri] mümkünse yapılmalıdır. Kültür örneği alımı hazır besiyeri içeren kültür çubukları (Stuart besiyerli taşıma çubuğu) aracılığı ile yapılmalı ve numune ivedilikle mikrobiyoloji laboratuvarına iletilmelidir. CYBE PCR panel kitleri ile birçok CYBE etkenine yönelik tarama aynı anda yapılabilmektedir. Örnek alımı öncesinde mikrobiyoloji ile görüşülerek örneğin alım ve saklanma koşulları kit prospektüsü okunarak incelenmelidir. PCR için örnek alımı özel taşıma besiyeri ve çubuk (Dacron çubuk) ile gerçekleştirilmelidir. Kızlarda servikal örnek alınması önerilmemektedir. Üretral akıntısı olan erkeklerde meatal akıntıdan yeterli miktarda örnek alınmalıdır. Örneğin gram boyanması ve üreme şansını artırması açısından özel agarların (Çikolata agar, kanlı agar vb) kullanılması önemlidir. Bu nedenle numune alımı öncesi mikrobiyoloji laboratuvarı ile görüşülerek numune hakkında bilgi verilmesi gereklidir. *N. gonorrhoeaae* ya da *C. trachomatis* saptanan örneklerde yanlış pozitiflik açısından mutlaka doğrulama testi yapılmalıdır. Ancak bu örneklerin alınması hastane koşulları ve mikrobiyoloji laboratuvarın özellikleri bağlamında her zaman pratikte mümkün olmamaktadır. Kültür veya PCR için örneklemelerin yapılamadığı durumlarda profilaksi ihmal edilmemelidir. Uygun olgulara profilaksi başlanmalıdır.
- Asemptomatik kız çocukları da *Trichomonas vaginalis* ile enfekte olabileceklerinden, vajinal örnek alınma endikasyonu bulunan tüm çocuklarda *T. vaginalis* taranması önerilir. Tarama testi olarak kültür ve lam-

lamel arası direkt incelemeye alternatif olarak PCR kullanılabilir. Örnek alımı öncesi mikrobiyoloji laboratuvarı bilgilendirilmelidir. Lam lamel arası direkt incelemede *T. vaginalis* saptanma şansını artırmak adına taze örnek alınması, numunenin ivedilikle mikrobiyoloji laboratuvarına iletilmesi ve incelemenin hızlı gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Hasta başında yapılabilen hızlı testler prepubertal çocuklarda kullanılmamalıdır. *T. vaginalis* saptanan tüm örneklerde yanlış pozitiflik açısından mutlaka doğrulama testi yapılmalıdır.

- Bir çocukta genital/perianal Herpes simplex virüs (HSV) saptanması, cinsel istismar tanısı koydurabilir. Bu nedenle genital ya da perianal bölgede veziküler ya da ülsere lezyonlar görüldüğünde lezyonlardan PCR ya da viral kültür için örnek alınmalıdır.
- Vajinal akıntı varlığında bakteriyel vajinoz açışından vajinal sürüntü kültürü ya da lam-lamel arası direkt inceleme yapılmalıdır.
- Hastanın serum örneklerinin *Treponema pallidum* (sifiliz) için VDRL ya da RPR, HIV için Anti HIV ve Hepatit B virüs için HBsAg antikorları ile test edilmesi, hem bu mikroorganizmaların varlığının saptanması hem de hastanın ileride yapılacak antikor titre takibinde bazal değer görülmesi açısından önemlidir. Hastaların izleminde Tablo 3'ten yararlanılabilir.

10- Postpubertal dönemdeki mağdurlarda rutin CYBE taraması gereklidir. Penetrasyon ya da penetrasyon girişimine maruz kalan bölgelerden gonore ve klamidya için PCR ile tarama yapılmalıdır. Postpubertal kız çocuklarda idrar ve vajinal örnekten PCR ile *T. vaginalis* taraması da önerilmektedir. Kandidiyaz ve bakteriyel vajinoz taramasında ise hasta başı hızlı test ya da lam-lamel arası direkt inceleme ile vajinal

pH ölçümü ya da KOH uygulanması (Whiff testi) kullanılabilir (15). Homoseksüel erkeklerde son bir yıl içinde oral ya da anal seks öyküsü bulunması halinde, istismar sırasında penetrasyon tariflemese dahi *C. trachomatis* ve *N. gonorrhoeae*'ye yönelik tarama testlerinin idrar ve orofaringeal PCR testleri ile yapılması önerilmektedir. Uluslararası kaynaklarda anal penetrasyona maruz kalan olgularda anoskopi yapılması önerisi de bulunmaktadır. Ancak ülkemizde anoskopi/rektal tuşe rutin olarak uygulanmamakta, anal kanaldan kanama şikayeti olan mağdurlarda genel cerrahi konsültasyonu istenmektedir. Hastanın serum örneklerinin *Treponema pallidum* (sifiliz) için VDRL ya da RPR, HIV için Anti- HIV ve Hepatit B virüs için HBsAg antikorlarının ilk başvuruda bazal değerininin görülmesi ve kontrol muayenelerde antikor düzeyinin takip edilmesi önerilir (18) (Bkz. Tablo 3).

11- İstismara uğrayan çocuk prepubertal dönemde ise, bu dönemde CYBE'ye nadir rastlanması, olası bir CYBE'nin iç genital organlara yayılma olasılığının düşük olması ve bu çocukların genellikle yakın takip edilebilmeleri nedeniyle bu yaş grubundaki mağdurlara CYBE'lere yönelik antimikrobiyal profilaksi verilmesi önerilmemektle birlikte, olgu bazında değerlendirilmelidir. Çocuk ya da ebeveynin CYBE açısından tedirgin olduğu durumlarda ilgili örneklerin alınarak CYBE taraması yapılması ve patojen saptanması halinde tedavinin verilmesi önerilmektedir (18).

12- Postpubertal dönemdeki mağdurlarda önceden asemptomatik enfeksiyon bulunma olasılığının yüksek olması, yeni bir enfeksiyon edinme riski bulunması, CYBE ile pelvik inflamatuvar hastalık gelişme riskinin yüksek olması ve bu yaş grubundaki mağdurların kontrol izlemlerine uyumunun düşük olması nedeniyle rutin CYBE profilaksisi önerilmektedir. Antimikrobiyal profilaksi aşağıda önerildiği şekilde yapılabilir:

*** Gonore profilaksisi: tek doz intramuskuler seftriakson 500 mg,**

*** *C. trachomatis* profilaksisi: 7 gün oral doksisiklin 2x100 mg,**

*** *T. vaginalis* profilaksisi: 7 gün oral metronidazol 2x500 mg kullanılması (yalnızca kızlarda)** (18).

Alternatif antimikrobiyal profilaksi önerisi:

Bazı kaynaklarda cinsel istismar sonrası antimikrobiyal profilaksi rejimi olarak tek doz intramuskuler seftriakson 250 mg, tek doz oral azitromisin 1 gr ve tek doz oral metronidazol 2 gr (yalnızca kızlarda) kullanılması da önerilmektedir (26).

Bu tür olgular için ülkemizde modifiye edilerek kullanılan ICD-10 (Uluslararası Hastalık Sınıflaması-10. Revizyon) sisteminde yer alan Z61.4 "Primer destekleyici grup içindeki kişi tarafından çocuğun cinsel suistimaliyle ilgili problemler", Z61.5 "Primer destekleyici grubun dışındaki kişi tarafından çocuğun cinsel suistimaliyle alakalı problemler", Z61.6 "Çocuğun fiziksel suistimaliyle ilgili problemler" kodları tanımlanmaktadır. Eğer epikrizde veya reçetede "cinsel suiistimal" teriminin geçmesi istenmiyorsa Z20 "Bulaşıcı hastalıklarla temas ve maruz kalma", Z20.2 "Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara temas ve maruz kalma", Z20.9" Bulaşıcı hastalığa tanımlanmamış temas ve maruz kalma", Z20-29 "Bulaşıcı hastalıklarla ilgili potansiyel sağlık tehlikesi olan kişiler", Z29 "Profilaktik diğer tedbirler ihtiyacı" kodları da kullanılarak antibiyotik profilaksisi yazılabilir (27).

Mevcut rehberler çerçevesinde, cinsel istismara uğrayan prepubertal çocuklarda antibiyotik profilaksisinin kullanımı çocuk özelinde değerlendirilmeli, postpubertal

çocuklarda ise tek doz 500 mg intramuskuler seftriakson, 7 gün süre ile günde 2 kez olacak şekilde 100 mg oral doksisiklin (alternatif olarak tek doz 1 gram oral azitromisin) ve kız çocuklarda 7 gün süre ile günde 2 kez olacak şekilde 500 mg oral metronidazol antibiyotiklerinin kombinasyonu kullanılabilinir.

13- Dokuz yaş ve üzerindeki tüm mağdur çocuklara 4 veya ulaşılabilir durumda ise 9 valanlı Human Papillomavirüs aşıları yapılmalıdır (19, 26). 9-14 yaş arası çocuklarda 6 ay ara ile iki doz, 15 yaş ve üzeri çocuklarda ise 0, 2 ve 6. ayda olacak şekilde 3 doz aşı uygulanmalıdır.

14- Mağdur çocuklarda Hepatit B aşılama önerileri failin HBsAg durumuna göre değişir. Failin HBsAg pozitif olduğu ve mağdurun aşılarının tam olduğu durumda mağdura Hepatit B rapel dozu uygulanmalıdır, failin HBsAg pozitif ve mağdurun aşıları tam değilse mağdura hem Hepatit B aşıları hem de Hepatit B immunglobulin uygulanmalıdır. İmmünprofilaksi mümkün olan en kısa sürede, tercihen 24 saat içinde başlatılmalıdır. Maruziyet sonrası profilaksinin etkili olduğu maksimum maruziyet aralığı ile ilgili çalışmalar sınırlıdır. Ancak bu aralığın perkutan maruziyetlerde 7 günü, cinsel maruziyetlerde ise 14 günü aşması olası değildir. Failin HBsAg durumu bilinmiyor ise Hepatit B aşıları eksik olan mağdurlarda, aşıların tamamlanması gerekir. Hepatit B aşıları tam ise anti-HbS antikoru bakılması ve koruyucu titrenin saptanmadığı olgularda aşıların uygulanması gerekir (18) (Bkz. Tablo 4).

15- Mağdura son 5 yıl içinde tetanoz rapeli uygulanmamışsa ve muayenede laserasyon ya da abrazyon görülmüşse tetanoz rapeli uygulanmalıdır (28).

16- Postpubertal yaş grubundaki her çocuk, acil kontrasepsiyon açısından mutlaka değerlendirilmelidir (18).

17- HIV bulaş riski mağdurun bir kez cinsel istismara uğraması halinde düşüktür. Ancak çok sayıda fail bulunan cinsel istismar olgularında, mağdurda oral, vajinal ya da anal travma bulunması durumunda ve özellikle de failin HIV ile enfekte olduğunun bilinmesi ya da HIV taşıma riskinin yüksek olması durumunda mağdurlara HIV temas sonrası profilaksisi (TSP) verilmelidir (18). Temas sonrası profilaksi, temastan sonra HIV ile enfekte olma riskini azaltmak amacıyla kısa süreli antiretroviral tedavinin kullanılmasıdır (29). Cinsel istismar sonrası TSP'nin, yalnızca istismardan sonraki ilk 72 saat içerisinde verilmesi mağduru HIV'den korumada başarılıdır. Bu nedenle yalnızca istismar sonrası ilk 72 saat içinde bulunan olgularda, mümkün olan en kısa zamanda TSP başlanması önerilmektedir (18) (Bkz. Tablo 5). Ancak çoğu istismar olgusu daha geç dönemde başvurmaktadır.

18- Ülkemizde halihazırda kullanımda olan HIV/AIDS tanı ve tedavi rehberi önerilerine göre, TSP için üçlü ilaç kombinasyonları 4 hafta süre ile kullanılmalıdır. TSP başlanan olgular, 72. saatte yeniden değerlendirilmeli, ilaç toksisitesi açısından en az iki hafta izlenmeli; tam kan sayımı, serum kreatinin ile karaciğer fonksiyon testleri başlangıçta ve 4-6. haftada istenmelidir (29).

Profilaksi verilecek kişi raporunda ve reçete de HIV/AIDS tanısının (B20-B24) ICD kodlarını istemiyorsa, Z20.6 "İnsan immün yetmezlik virusuna temas ve maruz kalma" veya Z29 "Profilaktik diğer tedbirler ihtiyacı" kodları kullanılarak ve ilaçların profilaksi amacıyla 1 ay kullanılacağı belirtilerek rapor çıkarılabilir (27).

Temas sonrası antiretroviral profilaksi rejimi (Sağlık Bakanlığının ve uluslararası HIV/AIDS kılavuzlarının güncel verilerine göre değişiklik gösterebileceği unutulmamalı ve güncel kılavıuzlar gözden geçirilmeli) :

*Mağdur 13 yaş ve üzerinde ve kreatin klerensi ≥60 ise => Tenofovir/Emtrisitabin** (1x1 tb) + Raltegravir (2x400 mg).

Alternatif TSP rejimi => Tenofovir/Emtrisitabin** (1x1 tb) ve Darunavir (1x800 mg) ve Ritonavir (1x100 mg) (29).

*Mağdur 13 yaş ve üzerinde ve kreatin klerensi ≤60 ise => kreatin klerensine göre dozu ayarlanacak şekilde Zidovudin + Lamivudin + Raltegravir (2x400 mg

Alternatif TSP rejimi => Zidovudin+Lamivudin+Darunavir (1x800 mg)+Ritonavir (1x100 mg).

*Mağdur 2-12 yaş aralığında ise => Tenofovir/Emtrisitabin** ve Raltegravir

Alternatif TSP rejimi => Zidovudin+Lamivudin+Raltegravir veya Zidovudin+Lamivudin+Lopinavir/ritonavir (29).

TSP verilen olgularda istismardan 6 hafta ve 3 ay sonra anti-HIV antikor testi görülmelidir (18).

**Tedavi öncesi Beta HCG sonucunun negatif olduğu görülmelidir.

19- Cinsel istismar mağduru çocukların maruziyetten sonraki 6. haftada, 3. ayda ve 6. ayda CYBE semptomları açısından sorgulanmaları ve serum örneklerinin *Treponema pallidum* (sifiliz) için VDRL ya da RPR, HIV için anti-HIV ve Hepatit B virüs için HBsAg antikorlarının takip edilmesi önerilir (26).

Kısaltmalar

ASPİM: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı İl Müdürlüğü
Beta HCG: Beta human koryonik gonadotropin
CYBE: Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar

ÇİM: Çocuk İzlem Merkezleri

ECPAT: End Child Prostitution, Child Pornography and Trafficking of Children for Sexual Purposes

HIV: İnsan immünyetmezlik virüsü

HSV: Herpes simplex virüs

NAAT: Nükleik asit amplifikasyon testleri

RPR: Rapid plasma reagin testi

PCR: Polimeraz zincir reaksiyon

TSP: Temas sonrası profilaksi

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

VDRL: Venereal disease research laboratory testi

KAYNAKLAR

1. İmren SG, Ayşe A, Yusufoğlu C, Arman AR. Cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerde klinik özellikler ve intihar girişimi ile ilişkili risk etmenleri. Marmara Medical Journal. 2013;26(1):11-6.
2. Center for Disease and Prevention. [Available from: https://www. https://www. https://www.cdc.gov/child-abuse-neglect/about/about-child-sexual-abuse.html [November, 2024].
3. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuk İstatistikleri 2022 [Available from: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Guvenlik-Birimine-Gelen-veya-Getirilen-Cocuk-Istatistikleri-2022-49662.
4. ECPAT. Türkiye-Ülke Değerlendirmesi-Çocukların cinsel sömürüsünün boyutu, kapsamı ve içeriği hakkında bir rapor 2020 [Available from: https://ecpat.org/wp-content/uploads/2021/08/ECPAT-Country-Overview-Report-Sexual-Exploitation-of-Children-inTurkey-TURKISH.pdf].
5. Resmi Gazete. Genelge. Konu: Çocuk İzlem Merkezi. 2012 [Available from: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/10/20121004-5.htm.
6. Çocuk İzlem Merkezi Listesi. T.C.Sağlık Bakanlığı. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Dairesi Başkanlığı. Available from:https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR-43119/cocuk-izlem-merkezi-cim-listesi.html

7. Bağ Ö, Alşen S. Çocuğun cinsel istismarının değerlendirilmesinde yeni model: Çocuk İzlem Merkezleri. Journal of Dr Behcet Uz Children's Hospital. 2016;6(1), 9-14

8. Jonas S, Bebbington P, McManus S, Meltzer H, Jenkins R, Kuipers E, et al. Sexual abuse and psychiatric disorder in England: results from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. Psychological medicine. 2011;41(4):709-19.

9. Girardet RG, Lahoti S, Howard LA, Fajman NN, Sawyer MK, Driebe EM, et al. Epidemiology of sexually transmitted infections in suspected child victims of sexual assault. Pediatrics. 2009;124(1):79-86.

10. Four curable sexually transmitted infections still affect millions worldwide. World Health Organization. Available from:https://www.who.int/news/item/06-06-2019-four-curable-sexually-transmitted-infections-still-affect-millions-worldwide)

11. Stewart DC. Outline of STDs in child and adolescent sexual abuse. In: Finkel M, Giardino A (eds). Medical Evaluation of Child Sexual Abuse. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2002:111-129,

12. Finkel MA, DeJong AR. Medical findings in child sexual abuse. In: Reece RM, Ludwig S (eds). Child Abuse: Medical Diagnosis and Management. 2nd edition. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2001:207-286.

13. Leder MR, Leber AL, Marcon MJ, et al: Use of Aptima Combo 2: the experience of a child advocacy center. J Child Sex Abus 2013; 22:297

14. Türk Ceza Kanunu. "Türk Ceza Kanunu." 2004:13;sy:1 [Available from:https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5237&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5

15. Türk Medeni Kanunu. Kanun No. 4721 Kabul Tarihi: 22.11. 2001. *Resmi Gazete*, 2001, 24607.

16. United Nations Assembly, General. Convention on the Rights of the Child. *United Nations, Treaty Series*, 1989, 1577.3: 1-23.

17. Jenny C, Crawford-Jakubiak JE, Christian CW, Flaherty EG, Leventhal JM, Lukefahr JL, et al. The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. Pediatrics. 2013;132(2):e558-e67.

18. Kimberlin DW, Barnett ED, Lynfield R, Sawyer MH, Diseases CoI, Pediatrics AAo. Red Book: 2021–2024 report of the Committee on Infectious Diseases. 2021.

19. Adams, J. A., Farst, K. J., & Kellogg, N. D. (2018). Interpretation of medical findings in suspected child sexual abuse: an update for 2018. Journal of pediatric and adolescent gynecology, 31(3), 225-231.

20. Eg, M., Hansen, L., Sabroe, S., & Charles, A. Hymenal lesions andlegaloutcomesinsexuallyabusedgirlswithahistoryofvaginal penetration. Forensic Science International, 2015;252:163-167.

21. Rahman, G., Ocampo, D., Rubinstein, A., & Risso, R. Prevalence of vulvovaginitis and relation to physical findings in girls assessed for suspected child sexual abuse. Archives of Argentina Pediatrics, 2015;113: 390-396

22. Hornor G. Sexually Transmitted Infections and Children: What the PNP Should Know. J Pediatr Health Care. 2017 Mar-Apr;31(2):222-229.

23. Orhan G, Ulukol B, Canbaz H. Çocuk İzlem Merkezi modeli ve bu modelde gözlenen sorunlar. Kriz Dergisi. 2019;27(3):178-86.

24. T.C. Aile ve Sosyal Politiklar Bakanlığı. Çocuk Bakım Kuruluşlarında Çalışan Personele Yönelik İstismar İle Mücadele Rehber Kıtapçığı Available from: https://www.aile.gov.tr/media/2499/cocuk-bakim-kuruluslarinda-calisan-personele-yonelik-istismarla-mucadele-rehber-kitapcigi.pdf

25. National Institute of Child Health and Human Development. Available from: https://nichdprotocol.com/the-nichd-protocol/).

26. Seña AC, Hsu KK, Kellogg N, Girardet R, Christian CW, Linden J, et al. Sexual assault and sexually transmitted infections in adults, adolescents, and children. Clinical infectious diseases. 2015;61(suppl_8):S856-S64.

27. T.C. Sağlık Bakanlığı ICD Kod Listesi Available from: https://skrs.saglik.gov.tr

28. Long SS, Prober CG, Fischer M. Principles and practice of pediatric infectious diseases E-Book: Elsevier Health Sciences; 2023. p 385-387 e2.

29. TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. HIV/AIDS Tanı Tedavi Rehberi. 2019. sayfa 323-332

Tablo 1. Cinsel İstismar Şüphesi Risk Sınıflaması (18,19)

	İstismar şüphesine gerek yok	**Düşük Şüpheli**	**Ciddi Şüpheli**	**Kesin İstismar**
Anogenital muayene bulguları				
Anal-genital eritem	X			
Vestibül ya da himende artmış vaskülarite	X			
Labial adezyon	X			
Perianal venöz konjesyon	X			
Anal fissür	X			
Anal dilatasyon[a]	X			
Vajinal akıntı[b]	X			
Üretral prolapsus	X			
Rektal prolapsus	X			
Liken sklerozus et atroficus	X			
Vulva ülserleri (Behçet vb.)	X			
External anal sfinkter ile birlikte anal dilatasyon[c]			X	
Himende saat 3/9 hizası ve aşağısında çentik/yarık bulunması*			X	
Himende saat 3/9 hizasında kesi (transeksiyon) bulunması*			X	
Labia, skrotum, penis, perineumda laserasyon			X	
Posterior forşet ya da vestibülde laserasyon			X	
Himende peteşi, morluk, abrazyon ya da laserasyon			X	
Labia, skrotum, penis ya da perineumda morluk			X	
Vajinal laserasyon			X	
Perianal laserasyon			X	
Perianal skar			X	
Posterior forşet ya da fossada skar			X	
Himenin uzun aksı boyunca kesilmesi			X	
Vajinal bölgede herhangi bir yapının kesilmiş olması			X	
Enfeksiyonlar				
Vajinit	X			
Genital ülser[d]		X		
Molluscum contagiosum		X		
Condyloma acuminatum (HPV)[e]		X		
Genital ve perianal HSV-1/2 enfeksiyonları[f]			X	
Neisseria gonorrhoeae[g]				X
Sifiliz[g]				X
Chlamydia trachomatis[g]				X
Trichomonas vaginalis				X
HIV[h]				X
Çocuğun/ aile ferdinin beyanı			X	
Gebelik				X
Çocuğun vücudundan alınan örnekte semen saptanması				X

*****Düşük risk/ciddi risk konusunda uzmanlar arasında görüş birliği bulunmamaktadır.

[a] Kabızlık, enikopirezis öyküsü olan ya da sedasyon, anestezi veya nöromuskuler hastalığı olan olgular için geçerlidir.
[b] CYBE ilişkili olmayan vajinal akıntılar için geçerlidir.
[c] Kabızlık, enikopirezis öyküsü olmayan, sedasyon, anestezi veya nöromuskuler hastalığı olmayan olgular için geçerlidir.
[d] Viral enfeksiyonlara bağlı (Epstein Barr virüs ve bazı solunum yolu virüsleri) olarak düşünülen genital ülserlerde istismar şüphesine gerek yoktur.
[e] Otoinokülasyon düşünülmeyen, öykü ve fizik muayene bulgularında istismar açısından şüphe uyandıran ek bir bulgu olan olgular ayrıntılı değerlendirilmelidir. Beş yaş üzeri ilk kez siğil gözlenen olgularda cinsel istismar sıklığı daha fazladır.
[f] Genital ya da perianal bölgede veziküler ya da ülsere lezyonlar görüldüğünde lezyonlardan NAAT ya da viral kültür için örnek alınmalıdır.
[g] Perinatal ya da vertikal geçiş olasılığı düşünülmeyen olgular için geçerlidir.
[h] Perinatal geçiş ya da transfüzyon ile bulaş düşünülmeyen olgular için geçerlidir.

Tablo 2. Bir Çocukta Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyon (CYBE) Saptanmasının Cinsel İstismar Açısından Önemi ve Yapılması Gerekenler (18)

Saptanan etken/hastalık	**Cinsel istismar açısından önemi**	**Yapılması gereken**
Neisseria gonorrhoeae[a]	Tanı koydurucu	Mutlaka bildirilmeli
Sifiliz[a]	Tanı koydurucu	Mutlaka bildirilmeli
Chlamydia trachomatis[a]	Tanı koydurucu	Mutlaka bildirilmeli
Trichomonas vaginalis	Tanı koydurucu	Mutlaka bildirilmeli
HIV[b]	Tanı koydurucu	Mutlaka bildirilmeli
Anogenital herpes	Şüpheli	İleri değerlendirme[c]
Condylomata accuminata (anogenital siğil)[a]	Şüpheli	İleri değerlendirme[c,d]
Anogenital molluscum	Önemsiz	Klinik takip
Bakteriyal vajinoz	Önemsiz	Klinik takip

[a] Perinatal ya da vertikal geçiş olasılığı düşünülmeyen olgular için geçerlidir.

[b] Perinatal geçiş ya da transfüzyon ile bulaş düşünülmeyen olgular için geçerlidir.

[c] Otoinokülasyon düşünülmeyen olgular istismar açısından ayrıntılı değerlendirilmelidir.

[d] Öykü ve fizik muayene bulgularında istismar açısından şüphe uyandıran ek bir bulgu olan olgular bildirilmelidir. 5 yaş üzeri ilk kez siğil gözlenen olgularda cinsel istismar sıklığı daha fazladır.

Tablo 3. Seroloji İzlem Tablosu

	Başvuru anı	6. hafta	3. ay	6. ay
antiHIV*				
antiHBs*				
HBsAg*				
AntiHCV*				
Sifiliz taraması (VDRL/RPR)*				

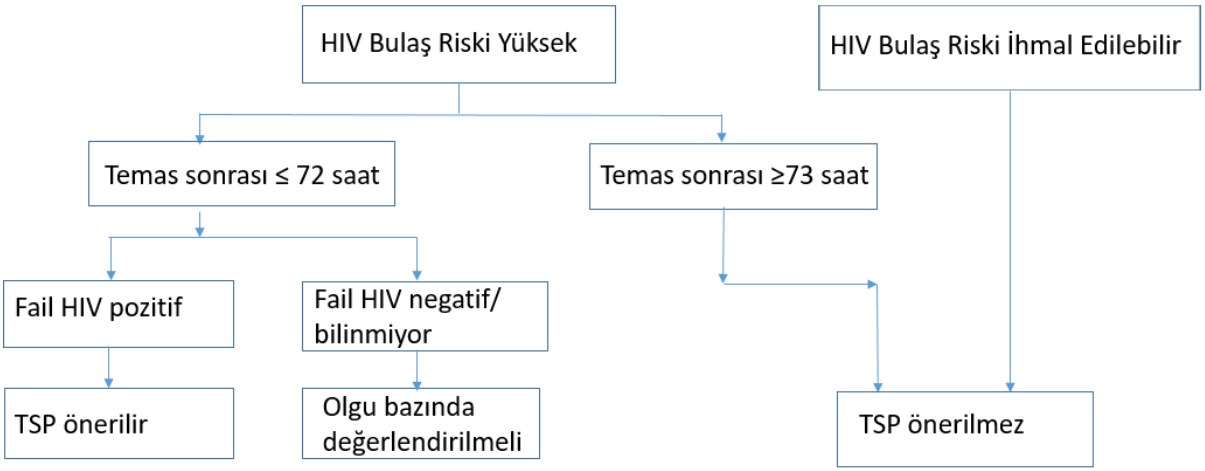
*Antikor titreleri not edilmelidir.

Tablo 4. Cinsel İstismara Maruz Kalan Çocukta Hepatit B Aşı Algoritması

	Mağdurun Hepatit B Profilaksisi	
	Aşısız/Eksik aşılı/ antiHBs negatif	Tam aşılı
Failin Hepatit B durumu		
HBsAg pozitif	Hepatit B aşılarını **ve** Hepatit B Immünglobülin uygula	Tek doz Hepatit B rapeli uygula
HBsAg negatif ya da bilinmiyor	Hepatit B aşılarını uygula	Rapel gerekmez*

*Failin Hepatit B durumu bilinmediği durumda, çocuk mağdur tam aşılı da olsa tek doz Hepatit B aşı rapeli uygulanmalıdır

Tablo 5. Cinsel İstismara Uğrayan Çocukta Temas Sonrası HIV'e Yönelik Antiretroviral Profilaksi Algoritması



HIV Bulaş Riski Yüksek
Failin **HIV pozitif** olduğu biliniyor **ve failin** kan, semen, vajinal sekresyon, rektal sekresyon ya da gözle görülür şekilde kan ile kontamine olmuş herhangi bir vücut sıvısının **mağdurun** vajina, rektum, göz, ağız ya da diğer müköz membranlara, bütünlüğü bozulmuş cilde ya da perkütan teması durumu

HIV Bulaş Riski İhmal Edilebilir
Failin **HIV durumuna bakılmaksızın**, **failin** gözle görülür şekilde kan ile kontamine olmamış idrar, nazal sekresyonlar, tükürük, ter ya da gözyaşının **mağdurun** vajina, rektum, göz, ağız ya da diğer müköz membranlara, bütünlüğü bozulmuş cilde ya da perkütan teması durumu

TSP: Temas sonrası profilaksi