

## Bölüm 72

# KADIN ALT GENİTAL SİSTEM TRAVMALARI

**Betül DÜNDAR<sup>1</sup>**

### GİRİŞ

Genital travmalar doğum sonrasında, yüksekten düşme ve trafik kazaları nedeniyle ortaya çıkan travmalar sonucunda ve cinsel saldırı veya istismar vakalarında karşımıza çıkabilir. Etiyolojideki çeşitlilik nedeniyle tam bir insidans belirtmek zordur. Doğum sonrası genital trakt travmaları post-partum kanamaların %8-11'den sorumludur ve tüm vajinal doğumların yarısından fazlasında genital trakt yaralanmaları oluşur (1,2,3). Bacaklar açık şekilde gerçekleşen künt travmalar sonucu ortaya çıkan genital travmalar çocukluk çağında sıktır. Tüm çocukluk çağı tavlalarının ise %0.2-0.8'ine karşılık gelmektedir ve zaman zaman cerrahi tedavi gerektirecek kadar ciddi olabilmektedir (4,5,6). Genital travmanın bir diğer nedeni de cinsel saldırı veya istismar olabilir. Dünya Sağlık Örgütü kadına yönelik cinsel şiddeti bir halk sağlığı problemi olarak kabul etmiştir ve tüm dünyada kadınların yaklaşık %35'inin fiziksel veya cinsel olarak şiddete maruz kaldıklarını bildirmiştir. Cinsel saldırı sonrası genital travma insidansı olgunun yaşına, genital bölgenin yapısına, etnik özelliklere ve başka birçok faktöre bağlı olarak değişkenlik göstermekle birlikte olguların %47'sinde genitoanal travma izlendiği bildirilmiştir (7,8).

Vajinal ağrı, genital bölgede şişlik veya kanama şikayetleriyle gelen her kadın, genç kız ya da kız çocuğu yaştan bağımsız olarak mutlaka genital travma açısından değerlendirilmelidir. Genital travma olguları alt sırt bölgesinde ağrı veya karın

ağrısı yakınmalarıyla da başvurabilirler. Genital travma olgularında makroskopik değerlendirmede eksternal lezyonlar kolayca tespit edilebilmesine rağmen internal uzanım gösterebilecekleri de göz önünde bulundurulmalı ve hastalar bu açıdan da detaylı olarak değerlendirilmelidir. Çünkü genital travmalarda ortaya çıkabilecek kanamaların tespit edilemediği durumlar yüksek morbidite ve mortaliteyle ilişkili olabilir.

Hastalar travmanın nasıl oluştuğuyla ilgili her zaman net ve açıklayıcı bir anamnez vermeyebilirler. Bu nedenle anamnez alınırken hastanın hikayesiyle fiziksel bulgu ve semptomlarının ne derece örtüştüğüne özellikle dikkat edilmeli ve uyumsuzluk durumunda cinsel saldırı veya istismar mutlaka akla getirilmeli ve bu çerçevede alınması gereken koruyucu önlemler ve yasal prosedürler ihmal edilmemelidir.

Bu bölümde kadın alt genital sistem travmalarının değerlendirilmesinde izlenecek yaklaşım ve bunların yönetim şekli ele alınacaktır.

### ETİYOLOJİ

Serviks, vajen ve vulvanın normal doğum sırasında travmatize olması ve laserasyonların ortaya çıkması oldukça sık karşılaşılan bir durumdur. Nulliparite, iri bebek, presipite eylem ve operatif doğumlar doğum sonrası genital travma riskini arttırmaktadır.

Obstetrik olmayan hasta grubunda vulvar ve perineal travmalar çoğu zaman künt travmalara

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, mdbetul@hotmail.com

konder iyileşmeye bırakılabileceği gibi dren yerleştirilerek sutüre etmek de bir seçenek olabilir. Vajinal laserasyonların sutürasyonu sonrasında vajene povidon-iyot solüsyonu ile nemlendirilmiş tampon uygulanması ve 24 saat süreyle vajende bırakılması hemostaz sağlanmasını kolaylaştırdığı için önerilmektedir. Ancak bu durumda glob vezikale oluşmasını önlemek için sonda takılması unutulmamalıdır.

Vajinal hematomlarda, özellikle 4 cm'den küçük olanlarda izlem önerilir. Eğer cerrahi tedavi gerekiyorsa hematoma açılarak drene edilmesi, kanayan damarların tek tek bağlanması ve mukozal kenarların potansiyel boşluk kalmasına izin verilmeden karşı karşıya getirilmesi esastır. Vajinal tampon uygulaması hemostazı hızlandırmak açısından faydalıdır. Bu hastalarda da özellikle hemodinamik stabilitenin sağlanamadığı durumlarda retroperitoneal kanama ihtimali göz ardı edilmemelidir.

Peritoneal kaviteye uzanan vajinal laserasyonlarda intraabdominal olayların değerlendirilmesi için laparotomi gerekebilir. Üretra ve mesane yaralanmaları söz konusu ise ürolojiden yardım isteyerek hastanın değerlendirilmesi gerekir. Eğer rektumu da içine alan bir yaralanma oluşmuşsa bir genel cerrah ile birlikte hasta değerlendirilmelidir. Bazı durumlarda kolostomi açılması gerekebilir. Rektal yaralanmalarda sfinkter hasarı ve fistül oluşumu riski de konusudur.

Eğer genital travma bir cinsel saldırı veya istismar sonucunda ortaya çıkmışsa bu olgularda hastaya travmaya yönelik gerekli müdahaleler yapıldıktan sonra ampirik antibiyotik tedavisi olarak Neisseria gonorrhoea ve Chlamydia trachomatis enfeksiyonlarına karşı tek doz 250 mg seftriakson intramusküler yoldan ve tek doz 1 gr azitromisin oral yoldan, Trichomonas vaginalis enfeksiyonuna yönelik de tek doz 2 gr metronidazol veya tinidazol oral yoldan verilir (31). Eğer hasta geçmişte Hepatit B'ye karşı aşılanmamışsa Hepatit B aşısı yapılmalıdır. Eğer hasta geçmişte aşılanmış ancak immünite durumu bilinmiyorsa tek doz Hepatit B aşısı önerilmektedir. Ayrıca Hepatit B aşısı yapılmamış veya aşılanma hikayesi bilinmeyen olgularda ve Hepatit B geçirmemiş veya geçirip geçirmediği bilinmeyen hastalara Hepatit B aşısına ek olarak Hepatit B immunglobulini de

yapılması önerilir (31,35). Antiretoviral ajanlarla HIV profilaksisi cinsel saldırı ile HIV bulaşma ihtimali düşük olmasına ve profilaksinin etkinliği de şüpheli olmasına rağmen önerilmektedir. En etkin uygulama süresinin saldırıdan sonraki ilk 4 saat olduğu belirtilmektedir ve 72 saatten sonra profilaksi önerilmemektedir (40). HPV aşılması cinsel saldırı veya istismar mağduru 9-26 yaş aralığındaki tüm kız çocuklarına önerilmektedir (31). Önceden HPV aşısı yapılmış olması durumunda ise aşılamanın nasıl olacağı ile ilgili bir öneri bulunmamaktadır. Tüm cinsel saldırı olgularında post-koital acil kontrasepsiyon yöntemlerinden birinin uygulanması gerekmektedir.

Cinsel saldırı veya istismar olgularında sinirlilik, anksiyete, depresyon, fiziksel ağrılar, uyku bozuklukları, anoreksi, utanma ve suçluluk duyguları, sosyal izolasyon, intihar ve cinayete eğilim gibi durumlar oldukça sıktır. Bu olguların psikososyal açıdan da değerlendirilmesi ve profesyonel destek almalarının sağlanması şarttır (41,42).

## SONUÇ

Kadın hastalıkları ve doğum pratiğinde oldukça sık karşılaşılan bir durum olan alt genital sistem travmaları obstetrik ve non-obstetrik nedenlerle ortaya çıkabilir. Bu nedenle değerlendirme ve yönetim şeklinin bilinmesi önemlidir. Diğer taraftan alt genital sistem travmaları değerlendirilirken etiolojide cinsel saldırı ve istismar durumlarının yer alıyor olabileceği göz önünde bulundurulmalı ve bu bağlamda yapılacak müdahaleler ve alınacak önlemler göz ardı edilmemelidir.

## Kaynakça

1. Salomon LJ, De Tayrac R, Castaigne-Meary V, et al. Fertility and pregnancy outcome following pelvic arterial embolization for severe post-partum haemorrhage. A cohort study. Human Reproduction. 2003; 18(4): 849-852.
2. Lee HY, Shin JH, Kim J, et al. Primary postpartum hemorrhage: outcome of pelvic arterial embolization in 251 patients at a single institution. Radiology.2012; 264(3): 903-909.
3. Fahmy K, El-Gazar A, Sammour M, et al. Postpartum colposcopy of the cervix: injury and healing. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 1991; 34(2): 133-137.
4. Shnorhavorian M, Hidalgo-Tamola J, Koyle MA, et al. Unintentional and sexual abuse-related pediatric female genital trauma: a multiinstitutional study of free-stan-

- ding pediatric hospitals in the United States. *Urology*. 2012; 80(2): 417-422.
5. Casey JT, Bjurlin MA, Cheng EY. Pediatric Genital Injury: An Analysis of the National Electronic Surveillance System. *Urology*. 2013;82(5):1125-1130.
  6. Scheidler MG, Schultz BL, Schall L, et al. Mechanisms of blunt perineal injury in female pediatric patients. *J Pediatr Surg*. 2000;35:1317-1319.
  7. Lloyd J, Crouch NS, Minto CL, et al. Female genital appearance: 'normality' unfolds. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2005;112(5): 643-646.
  8. Suttipatit P. Genitoanal injury in sexually assaulted adult women: six-year retrospective in Bangkok. *The American journal of forensic medicine and pathology*. 2018;39(4): 312-324.
  9. Jana N, Santra D, Das D, et al. Nonobstetric lower genital tract injuries in rural India. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2008; 103(1): 26-29.
  10. Goldberg J, Horan C, O'Brien LM. Severe anorectal and vaginal injuries in a jet ski passenger. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2004; 56(2): 440-441.
  11. Wilson F, Swartz DP. Coital injuries of the vagina. *Obstetrics & Gynecology*. 1972; 39(2): 182-184.
  12. Friedel, W, Kaiser IH. Vaginal evisceration. *Obstetrics and gynecology*. 1975; 45(3): 315-319.
  13. Lal P, Mohan P, Sharma R, et al. Postcoital vaginal laceration in a patient presenting with signs of small bowel perforation: report of a case. *Surgery today*. 2001; 31(5): 466-467.
  14. McColgin SW, Williams LM, Sorrells TL, et al. Hemoperitoneum as a result of coital injury without associated vaginal injury. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1990;163(5): 1503-1505
  15. Sadler DW, Pounder DJ. Fatal air embolism occurring during consensual intercourse in a non-pregnant female. *Journal of clinical forensic medicine*. 1998; 5(2):77-79.
  16. Kempe CH. Sexual abuse, another hidden pediatric problem: the 1977 C. Anderson Aldrich lecture. *Pediatrics*. 1978; 62(3):382-389.
  17. Lamb ME. The investigation of child sexual abuse: An interdisciplinary consensus statement. *Journal of Child Sexual Abuse*. 1995; 3(4): 93-106.
  18. Hymel KP, Jenny C. Child sexual abuse. *Pediatrics in Review*. 1996; 17(7): 236-249.
  19. Atabaki S, Paradise JE. The medical evaluation of the sexually abused child: lessons from a decade of research. *Pediatrics*, 104(Supplement 1). 1999; 178-178.
  20. Muram D, Elias S. Child sexual abuse-Genital tract findings in prepubertal girls: II. Comparison of colposcopic and unaided examinations. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1989;160(2): 333-335.
  21. Poirier MP. Care of the female adolescent rape victim. *Pediatric emergency care*. 2002;18(1): 53-59.
  22. Santucci KA, Nelson DG, McQuillen KK, et al. Wood's lamp utility in the identification of semen. *Pediatrics*. 1999;104(6):1342-1344.
  23. Gabby T, Winkleby MA, Boyce WT, et al. Sexual abuse of children: the detection of semen on skin. *American Journal of Diseases of Children*. 1992;146(6):700-703.
  24. Young WW, Bracken AC, Goddard MA, et al. Sexual assault: review of a national model protocol for forensic and medical evaluation. New Hampshire Sexual Assault Medical Examination Protocol Project Committee. *Obstetrics and gynecology*. 1992;80(5):878-883.
  25. Jänisch S, Meyer H, Germerott T, et al. Analysis of clinical forensic examination reports on sexual assault. *International journal of legal medicine*. 2010;124(3):227-235.
  26. A national protocol for sexual assault medical forensic evaluations adults/adolescents. US Department of Justice, Office of Violence Against Women. April 2013, NCJ 228119. <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ovw/241903.pdf> (Accessed on April 06, 2014).
  27. Heger A, Ticson L, Velasquez O, et al. Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child abuse & neglect*. 2002;26(6-7): 645-659.
  28. Hobbs CJ, Wynne JM. Sexual abuse of English boys and girls: the importance of anal examination. *Child abuse & neglect*. 1989;13(2):195-210.
  29. Adams JA, Kaplan RA, Starling SP, et al. Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*. 2007;20(3):163-172.
  30. Moody CW. Male child sexual abuse. *Journal of Pediatric Health Care*. 1999;13(3):112-119.
  31. Workowski KA, Bolan GA. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports*, 64(RR-03), 1.
  32. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines, World Health Organization, Geneva 2013.
  33. Jauréguy F, Chariot P, Vessières A, et al. Prevalence of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae infections detected by real-time PCR among individuals reporting sexual assaults in the Paris, France area. *Forensic science international*. 2006;266:130-133.
  34. Hagemann CT, Nordbø SA, Myhre AK, et al. Sexually transmitted infections among women attending a Norwegian Sexual Assault Centre. *Sex Transm Infect*. 2014;90(4):283-289.
  35. Seña AC, Hsu KK, Kellogg N, et al. assault and sexually transmitted infections in adults, adolescents, and children. *Clinical infectious diseases*. 2015;61(suppl\_8):S856-S864.
  36. Mok-Lin EY, Laufer MR. Management of vulvar hematomas: use of a Word catheter. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*. 2009;22(5):e156-e158.
  37. Sachs, PB. Women's diagnostic imaging, case fifteen: Factor II deficiency with vulvar hematoma. [www.uhrad.com](http://www.uhrad.com) (Accessed on May 03, 2012).
  38. Kunishima K, Takao H, Kato N, et al. Transarterial embolization of a nonpuerperal traumatic vulvar hematoma. *Radiation medicine*. 2008;26(3):168.
  39. Lundquist M, Olsson A, Nissen E, et al. Is it necessary to suture all lacerations after a vaginal delivery?. *Birth*. 2000;27(2):79-85.
  40. Smith DK, Grohskopf LA, Black RJ, et al. Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States: recommendations from the US Depart-

ment of Health and Human Services. Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports. 2005;54(2):1-20.

41. Burgess AW, Holmstrom LL. Rape: Crisis and Recovery, Robert J. Brady Co, Bowie 1979.
42. Möller AT, Bäckström T, Söndergaard HP, et al. Identifying risk factors for PTSD in women seeking medical help after rape. PLoS One. 2014; 9(10): e111136.