

Pediyatrik Ortopedik Yaralanmalar ve Çocuk İstismarı Orijinal Çalışma

Sadullah Turhan MD.¹

¹ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji
Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye,

Giriş:

Çocuk istismarı, çocuklarda ciddi morbidite ve mortaliteye neden olan sosyal ve medikal bir problemdir. Çocuk istismarının içinde ihmal, fiziksel suistimal, cinsel suistimal ve/veya duygusal suistimal olabilir. İstismar nedenli kırıkların %52-63'ünde travma öyküsü bulunmamaktadır[1].

Ortopedi hekimleri primer olarak iskelet sistemini etkileyen fiziksel suistimale ilgilenmek zorundadır. Fiziksel şiddete uğrayan çocuklardan en az üçte biri ortopedistle karşılaşır [2].

Bu çalışmada, ortopedi hekimlerinin çocuk suistimaline bağlı gelişen hasarları olan hastaların başvuru özellikleri, yaralanma mekanizması, kırık tipi ve olası kötüye kullanım belirtileri üzerinde farkındalıklarını çalışmayı amaçladık.

Yöntem:

2016 aralık – 2018 ocak tarihleri arasında Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisine başvuran uzun bir kemik kırığı nedeniyle tedavi edilen 3 yaş altı tüm çocukların tıbbi kayıtlarını retrospektif olarak analiz ettik. Acil serviste değerlendirilip fizik muayeneleri tamamlanan hastaların tümüne kontralatreal ekstremitesinde dahil olma üzere AP ve lateral grafileri çekilerek (tablo 1) radyolojik olarak yorumlandı. Demografik detaylar, şikâyetle bulunma, yaralanma mekanizması, kırılma tipi, diğer tarihi ve muayene verileri ve yapılan işlemler not edildi. Bu veriler kullanılarak, hastaların acil notları, kötüye kullanım için şüpheli uzun kemik kırıklarını belirlemek için gözden geçirilmiştir.

şekillerini oluşturur. İstismar sonucu en sık tek, transvers uzun kemik kırıkları görülmektedir [8]. Çocuk istismarı sonrası görülen kırıklar diyafizyel ve epifizyo-metafizyel olarak ikiye ayrılır. İnfantlarda epifizyo-metafizyel, bir yaş üstü çocuklarda diyafizyel kırıklar sık görülür. Bizim çalışmamızda kırıklardan 68 (%64) tanesi epifizyo-metafizyel, 39 (%36) tanesi diyafizyel kırıklardır.

Son çalışmalar çocuğun maruz kaldığı devam etmekte olan risk nedeniyle suistimalde erken tanının önemini vurgulamaktadır. Önceki bir dizi olaydan kaynaklanan tekrarlayan bir kötü muamele riski vardır, kötü davranış formu bir yana ebeveyn şiddeti veya mental sağlık sorunları olabilir. Rapor edilen çocuklar yinelenen kötü muamele riskine altı kez daha fazla sahiptirler ve kötü muameleden sonraki ilk otuz gün içinde daha yüksek oranda aynı muamele ile karşılaşma olasılığı vardır [9]. Herhangi bir kötü muamele ile rapor edilen çocukların 18 yaşına kadar ölüm riski rapor edilmemiş olanlara göre iki kattır. Bu çalışmada ilk rapor edilmeden ölüme kadar olan ortalama süre 9 aydır [10]. Eğer çocuklar bunu erken çocuklukta yaşarsa, yaşamlarında travma benzeri sürekli stres faktörleri olursa, ileride yüksek oranda depresyon, sigara, aşırı içme ve adölesanlıkta şiddet eğilim riski taşımaktadırlar [11].

Gölge ve ark. 112 hekimin katıldığı çocuk istismarına yönelik farkındalığı araştırdıkları araştırmalarında hekimlerin n %43,8'inin Çocuk istismarı olgusuyla karşılaştıklarını göstermişler ve hekimlerin %70,9'unun böyle bir olguya karşılaştıklarında nasıl bir prosedür izlemeleri gerektiğini bilmedikleri saptamışlardır [12]. Bizim çalışmamızın eksik tarafı belirli bir ortopedi hekim sayısının olmayışıdır. Bizim çalışmamızda, 21 çocuğun bir suistimal göstergesi olduğunu ortaya konulmuş fakat 12 hastada (%57) adli olarak dosya kaydı açıldığı gözlenmiştir. Ortopedi hekimleri de istismar göstergelerini atlayabilmektedirler. Başka bir adli tıp değerlendirmesinin yapılması için istismar şüphesi uyandıran göstergelere dair bilgi gereklidir. Ortopedi hekimlerinin hastaya sadece yaralanmanın tedavisi amaçlı odaklandıkları kanısındayım. Özel sevk kılavuzlarının, sürekli eğitimin ve kapsamlı bir yaralanma formunun geliştirilmesi, çocukların adli çocuk korumasına yönlendirilmesini geliştirebilir.

Kaynaklar

1. Hymel KP. Committee on Child Abuse and Neglect. When is lack of supervision neglect? Pediatrics 2007; 118:1296-1298.
2. Akbarnia BA, Akbarnia NO. the role of the orthopedist in child abuse and neglect. Orthop Clin North Am 1976; 7:733-742.
3. Loder RT, O'Donnell PW, Feinberg JR. Epidemiology and mechanisms of femur fractures in children. J Pediatr Orthop 2006; 26:561-566.
4. Garrusi B, Safizadeh H, Bahramnejad B. Physicians' perception regarding child maltreatment in Iran. the Internet Journal of Health 2007; 6. 18.

5. Korbin J.E. Child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect* 1991; 15: 67-77
6. Ayvazlı M, Aksoy MC, Çocuk istismar. ve ihmali: Ortopedik yönleri Hacettepe Tıp Dergisi 2004; 35:27-33
7. Loder RT, Bookout C. Fracture patterns in battered children. *J Orthop Trauma* 1991; 5:428-33.
8. American Academy of Pediatrics, Section on Radiology. Diagnostic imaging of child abuse. *Pediatrics* 2000; 105:1345– 1348.
9. Jonson-Reid M, Chance T, Drake B. Risk of death among children reported for nonfatal maltreatment. *Child maltreatment* 2007; 1:86–95
10. Hussey JM, Chang JJ, Kotch JB. Child maltreatment in the United States: prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. *Pediatrics* 2006; 118:933–942
11. Ojo P, Palmer J, Garvey R, et al. Pattern of burns in child abuse. *Am Surg* 2007; 73:253–255.
12. Golge ZB, Hamzaoglu N, Turk B. Assessment of medical staff awareness about child abuse and neglect. *J For Med* 2012;26(2): 86-96