

BÖLÜM 133

İSTİSMARA BAĞLI KAFA TRAVMASI

Mehmet Ali EKİCİ¹
Mesut ÇELİK²

GİRİŞ

Çocuk istismarı, çocuğun bakımından sorumlu kişiler tarafından bilerek ya da bilmeyerek yapılan davranışların çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel ve sosyal açıdan güvenliğini tehlikeye sokması olarak tanımlanır.¹ İstismara bağlı kafa travması, çocuğun bakımından sorumlu olan kişiler tarafından genellikle huzursuz ve ağlayan çocukları susturmak için aşırı sarsması ve sallaması sonucu kranial ve retinal hemorajiler ile sonuçlanan durum olarak tanımlanır.² Kaza dışı kafa travması genellikle 1 yaşından önce görülüp bebeklik çağının doğal olmayan en sık ölüm nedenidir.³

TARİHÇE

Çocuk istismarı kavramının modern tıp ile ilk tanışması 19. yüzyılda Fransız Dr.Tardie tarafından olmuştur. Tardie, istismara uğramış çocuklarda beyin korteksinde hemoraji olduğunu ortaya koymuştur.⁴ 1962 yılında Kempe hırpalanmış bebek sendromu ile ilgili ilk bilimsel makaleyi yayınlamıştır.⁵ Ludwin ve Warman'da ilk kez "sarsılmış bebek sendromu" kavramını kullanmışlardır.⁶

EPİDEMIYOLOJİ

Dünya da ve ülkemizde istismara bağlı kafa travması verilerin tek elde toplanmaması, istismara bağlı kafa travması kavramının sağlık çalışanları tarafından ön planda düşünülmemesi, olguların kaza nedenli ölüm kabul edilip otopsi yapılmaması gibi etkenler insidansını belirlemede güçlüklerle sebebiyet verip, güvenilir sonuçlar ortaya çıkmasını zorlaştırmaktadır.⁷ Bebeklik döneminde görülen ciddi kafa travmalarının %90'ından fazlası ve 2 yaşından küçük çocuklarda kafa travmasından ölen çocukların %80'inde kaza dışı kafa travması etkidir.⁸ Dünya da sıklığı %1-10 iken, Türkiye'de çok az sayıda çalışma vardır. Oral ve ark. bilinç değişikliği nedeniyle hastaneye müracaat eden <36 ay çocuklar yaptıkları retrospektif çalışmanın detaylı dökümünde (subdural kanama, subaraknoid kanama (SAK), kafa kırığı, koma, retinal kanama) altta yatan sebebin; olguların %48'inde kaza, %7'sinin istismara bağlı kafa travması şüphelisi, %22'si istismara bağlı kafa travması olarak ve %23'ünde neden saptanamadığını belirtmişler.⁷

¹ Prof. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Tıp Fakültesi, Bursa Şehir Hastanesi SUAM, mehmetali.ekici@gmail.com

² Uzm. Dr., Muş Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği, mesut_celik4495@outlook.com

TEDAVİ

İstismara bağlı kafa travması durumunda çoğu zaman sekeller geri dönüşümsüzdür. O yüzden en önemli tedavi yaklaşımı çocukların korunmasıdır. Ebeveynlerin eğitimi istismarı önlemede önemli yer tutmaktadır. Gelişen patolojiye göre tedavi ve takip uygulanmalıdır. İstismara bağlı kafa travmasında en sık görülen kafaiçi patolojisi subdural hematom-efüzyon olup, tedavisinde burr-hole ile drenaj ya da subduraperitoneal şant takılması tercih edilebilir.

KAYNAKLAR

1. Aksoy E, Çetin G, İnanıcı MA, Polat O, Sözen MŞ, Yavuz F: Çocuk İstismarı ve İhlali – Birinci Basamak için Adli Tıp El Kitabı, Türk Tabipler Birliği (ed), Ankara: Adli Tıp Uzmanları Derneği, 1999:84-88
2. Chiesa A, Duhaime AC. Abusive head trauma. *Pediatr Clin North Am* 2009; 56: 317-331.
3. American academy of pediatrics: committee on Child Abuse and Neglect. Shaken baby syndrome: rotational cranial injuries-technical report. *Pediatrics* 2001; 108(1): 206-210.
4. Labbé J. Ambroise Tardieu: the man and his work on child maltreatment a century before Kempe. *Child Abuse Negl* 2005; 29(4): 311-324.
5. Christian CW, Block R; committee on child Abuse and Neglect; American Academy of Pediatrics. Abusive head trauma in infants and children. *Pediatrics* 2009; 123(5): 1409-1411.
6. Ludwig S, Warman M. Shaken baby syndrome: a review of 20 cases. *Ann Emerg Med* 1984; 13(2): 104-107.
7. Oral R, Sahin F, Gazioglu N, et al. Tackling denial of abusive head trauma in Turkey International shaken baby syndrome. Abusive head trauma. Concurrent workshop, 13 september 2010, Tue 3:30-4-30 PM. Atlanta, Georgia-USA.
8. Bruce DA, Zimmerman RA. Shaken impact syndrome. *Pediatr Ann* 1989; 18(8): 482-484.
9. Barr RG, Paterson JA, MacMartin LM, Lehtonen L, Young SN. Prolonged and unsoothable crying bouts in infants with and without colic. *J Dev Behav Pediatr* 2005; 26(1): 14-23.
10. Maguire S, Pickerd N, Farewell D, Mann M, Tempest V, Kemp AM. Which clinical features distinguish inflicted from non-inflicted brain injury? A systematic review. *Arch Dis Child* 2009; 94(11): 860-867.
11. Carbaugh SF. Understanding shaken baby syndrome. *Adv Neonatal Care* 2004; 4(2): 105-114.
12. Duhaime AC, Gennarelli TA, Thibault LE, Bruce DA, Margulies SS, Wisner R. The shaken baby syndrome. A clinical, pathological, and biomechanical study. *J Neurosurg* 1987; 66(3): 409-415.
13. King WJ, MacKay M, Sirnack A; Canadian shaken baby study group. Shaken baby syndrome in Canada: clinical characteristics and outcomes of hospital cases. *CMAJ* 2003; 168(2): 155-159.
14. Starling SP, Holden JR, Jenny C. Abusive head trauma: the relationship of perpetrators to their victims. *Pediatrics* 1995; 95(2): 259-262.
15. Starling SP, Patel S, Burke BL, Sirotinak AP, Stronks S, Rosquist P. Analysis of perpetrator admissions to inflicted traumatic brain injury in children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 158(5): 454-458.
16. Duhaime AC, Gennarelli TA, Thibault LE, Bruce DA, Margulies SS, Wisner R. The shaken baby syndrome. A clinical, pathological, and biomechanical study. *J Neurosurg* 1987; 66(3): 409-415.
17. Brennan LK, Rubin D, Christian CW, Duhaime AC, Mirchandani HG, Rorke-Adams LB. Neck injuries in young pediatric homicide victims. *J Neurosurg Pediatr* 2009; 3(3): 232-239.
18. Geddes JF, Hackshaw AK, Vowles GH, Nickols CD, Whitwell HL. Neuropathology of inflicted head injury in children. I. Patterns of brain damage. *Brain* 2001; 124: 1290-1298.
19. Barlow KM, Minns RA. The relation between intracranial pressure and outcome in non-accidental head injury. *Dev Med Child Neurol* 1999; 41(4): 220-225.
20. Morad Y, Kim YM, Armstrong DC, Huyer D, Mian M, Levin AV. Correlation between retinal abnormalities and intracranial abnormalities in the shaken baby syndrome. *Am J Ophthalmol* 2002; 134(3): 354-359.
21. Jenny C, Hymel KP, Ritzen A, Reinert SE, Hay TC. Analysis of missed cases of abusive head trauma. *JAMA* 1999; 281(7): 621-626.
22. Eisenbrey AB. Retinal hemorrhage in the battered child. *Childs Brain*. 1979;5(1):40-44.
23. Bhardwaj G, Chowdhury V, Jacobs MB, Moran KT, Martin FJ, Coroneo MT. A systematic review of the diagnostic accuracy of ocular signs in pediatric abusive head trauma. *Ophthalmology* 2010; 117(5): 983-992.
24. American academy of Pediatrics; Section on Radiology. Diagnostic imaging of child abuse. *Pediatrics* 2000;105(6):1345-1348.
25. Jacobi G, Dettmeyer R, Banaschak S, Brosig B, Hermann B. Child abuse and neglect: diagnosis and management. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107(13): 23140.
26. Barlow KM, Thomson E, Johnson D, Minns RA. Late neurologic and cognitive sequelae of inflicted traumatic brain injury in infancy. *Pediatrics* 2005; 116(2): 174-185.
27. Sato Y, Yuh WT, Smith WL, Alexander RC, Kao SC, Ellerbroek CJ. Head injury in child abuse: evaluation with MR imaging. *Radiology* 1989; 173(3): 653-657.
28. Nagler J. Child abuse and neglect. *Curr Opin Pediatr* 2002; 14(2): 251-254.
29. Prasad MR, Ewing-Cobbs L, Swank PR, Kramer L. Predictors of outcome following traumatic brain injury in young children. *Pediatr Neurosurg* 2002; 36(2): 64-74.