

**CİNSEL İSTİSMAR ŞÜPHELİ/ TANILI ÇOCUKLARDA CİNSEL YOLLA
BULAŞAN ENFEKSİYONLARA YÖNELİK ÇOCUK ENFEKSİYON
HASTALIKLARI VE BAĞIŞIKLAMA DERNEĞİ, İSTANBUL ŞUBESİ ÖNERİLERİ,**

Versiyon. 1

Hazırlayanlar:

Dr. Zeynep Ergenç, Dr. Önder Kılıçarslan

Doç. Dr. Adem Karbuz, Doç. Dr. Eda Kepenekli

Giriş

Cinsel istismar, cinsel gelişimini tamamlamamış bir çocuğun bir yetişkin 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 davranışlar da cinsel istismar kavramı içerisinde değerlendirilmektedir.(1)

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

- Her 4 kız ve her 13 erkek çocuktan 1'i, çocukluk döneminin bir noktasında cinsel istismara maruz kalmaktadır.
- Cinsel istismar durumunda %91 oranında failin, çocuğun ya da çocuğun ailesinin tanıdığı biri olduğu belirlenmiştir.(2)

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2020 yılında 18375 çocuk güvenlik birimlerine cinsel suç mağduru olarak getirilmiştir.(3) ECPAT (End Child Prostitution, Child Pornography and Trafficking of Children for Sexual Purposes) Türkiye Raporu'na göre

Türkiye’de nüfusun %29,6’sının 18 yaş altı çocuklardan oluşması, yaklaşık 11 milyon kişinin yoksulluk sınırı altında bulunması, artan mülteci sayısı ve 15 yaş altında 1,4 milyon mülteci çocuk bulunması, ülkemizde çocukları cinsel sömürüye savunmasız bırakan belli başlı faktörlerdendir.(4)

Mağdur çocuklara bilinçli ve etkin şekilde müdahale edebilmek ve bu çocukların ikincil örselenmelerini azaltabilmek amacıyla ülkemizde 2010 yılında pilot uygulama ile 2012 yılından itibaren ise sürekli olarak Çocuk İzlem Merkezleri (ÇİM) hizmet vermeye başlamıştır. Böylelikle tıbbi ve adli işlemler bu alanda eğitilmiş kişilerce tek bir merkezde ve tek seferde gerçekleştirilebilmektedir.(5) 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 içerisinde seçilmektedir.(6)

Cinsel istismara maruz kalan çocuklarda post travmatik stres bozukluğu, depresyon, kaygı bozuklukları, yeme bozuklukları, uyku bozuklukları gibi psikiyatrik hastalıkların yanı sıra cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (CYBE) görülme sıklığı da artmıştır.(7, 8) Bu enfeksiyonların başlıcaları *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, *Treponema pallidum*, İnsan immünyetmezlik virüsü (HIV) ve Herpes simplex virüs tip 2’dir (HSV-2).

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. Bu nedenle 18 yaş altındaki bir bireyde cinsel yolla bulaşan enfeksiyon tanısı konulması durumunda çocuğun yasal vasisi ile tanının paylaşılması gerekmektedir. (9-11)
- 2- Bir hekim bir çocuğu değerlendirirken cinsel istismar şüphesi oluşması halinde mutlaka bu şüphenin üzerine gitmeli ve durumu açıklığa kavuşturmalıdır.(12)
- İstismara maruz kaldığı düşünülen olgulara Tablo 1 kullanılarak yaklaşılabılır. (13,14)

Tablo 1. Cinsel İstismar Şüphesi Risk Sınıflaması (13,14)

	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 forset 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 forset 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		
<i>Molluscum contagiosum</i>		X		
Condyloma acuminatum (HPV) ^e		X		
Genital ve perianal HSV-1/2 enfeksiyonları ^f			X	
<i>Neisseria gonorrhoeae</i> ^g				X
Sifiliz ^g				X
<i>Chlamydia trachomatis</i> ^g				X
<i>Trichomonas vaginalis</i>				X
HIV ^h				X
Çocuğun/ aile ferдинin 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 nöromusküler hastalığı olan olgular için geçerlidir.

^b CYBE ilişkili olmayan vajinal akıntılar için geçerlidir.

^c Kabızlık, enikopirezis öyküsü olmayan, sedasyon, anestezi veya nöromusküler 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 sigil gözlenen olgularda cinsel istismar sıklığı daha fazladır.

^f Genital ya da perianal bölgede veziküler ya da ülser 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.

3- Hekim ciddi bir istismar şüphesi oluşması halinde hastane polisine ya da Çocuk

Şube/Büro Amirliğine ihbarda bulunmalıdır. 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.(15) Düşük istismar şüphesi durumunda hastanın adli tıp uzmanına, eğer adli tıp uzmanı ulaşılabilir değilse çocuk psikiyatri uzmanı ile birlikte değerlendirilmesi gerekir.

- 4- 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 düşünülüyor ise cinsel istismar için kesin tanı koydurucudur ve mutlaka bildirim gerekir. (Bkz. Tablo 2) Çocukta anogenital herpes veya anogenital siğil (*Condyloma accuminata*) saptanması da özellikle otoinokülasyon öyküsü yoksa cinsel istismar açısından uyarıcıdır. 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 mutlaka yapılmalıdır. Çocukta anogenital molluscum ve bakteriyel vajinoz tespiti halinde ise bildirim gerekliliğine klinik izlemde karar verilmelidir ve acil bildirim gerekmez.(13)

Tablo 2. Bir Çocukta Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyon (CYBE) Saptanmasının Cinsel İstismar Açısından Önemi ve Yapılması Gerekenler (13)

Saptanan etken/hastalık	Cinsel istismar açısından önemi	Yapılması gereken
<i>Neisseria gonorrhoeae</i> ^a	Tanı koydurucu	Mutlaka bildirilmeli
Sifiliz ^a	Tanı koydurucu	Mutlaka bildirilmeli
<i>Chlamydia trachomatis</i> ^a	Tanı koydurucu	Mutlaka bildirilmeli
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Tanı koydurucu	Mutlaka bildirilmeli
HIV ^b	Tanı koydurucu	Mutlaka bildirilmeli
Anogenital herpes	Şüpheli	İleri değerlendirme ^c
<i>Condylomata accuminata</i> (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.

- 5- 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.(12) CYBE açısından öyküde tacizcinin yabancı olup olmadığı (tacizcinin CYBE açısından taranabilir olması bakımından) 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.
- 6- 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). Yetkilendirilmiş hekim 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.(6) 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.(13)

7- Prepubertal çocuklarda cinsel istismar sonrası CYBE görülme olasılığı düşük olduğundan bu dönemdeki asemptomatik çocuklarda rutin CYBE taraması önerilmemektedir. CYBE taraması açısından tüm olgular ayrıntılı değerlendirilmeli ve olgu bazında karar verilmelidir.(12) Prepubertal çocuklarda mutlaka CYBE araştırılması gereken durumlar şunlardır:

- Çocuğun oral, genital ya da anal penetrasyon tariflemesi ya da penetrasyon gerçekleştiğine dair kanıt bulunması,
- Failin yabancı olması,
- Failin CYBE ile enfekte olması ya da CYBE açısından yüksek riskli (intravenöz ilaç bağımlısı olması, homoseksüel erkek olması, çok sayıda partnerinin bulunması) olması,
- Çocuğun aile üyelerinden ya da aynı ev içinde yaşadığı bireylerden birinde 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.(12, 13)

8- Prepubertal dönemde CYBE taramasında dikkat edilmesi gereken noktalar şunlardır(13):

- 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) mutlaka yapılmalıdır. Kızlarda servikal örnek alınması önerilmemektedir. Üretral akıntısı olan erkeklerde meatal akıntıdan yeterli miktarda örnek alınmalıdır. *N. gonorrhoeae* ya da *C.*

trachomatis saptanan örneklerde yanlış pozitiflik açısından mutlaka doğrulama testi yapılmalıdır.

- 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. 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 ülser lezyonlar görüldüğünde lezyonlardan PCR ya da viral kültür için örnek alınmalıdır.
- Vajinal akıntı varlığında bakteriyel vajinoz açısından 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.

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.

- 9- 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.(10)
- 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. 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.(13)
- (Bkz. Tablo 3)
- 10- 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 önerilmemektedir. Çocuk ya da ebeveynin CYBE açısından tedirgin olduğu durumlarda ilgili örneklerin alınarak CYBE taraması yapılması ve patojen saptanması halinde tedavinin verilmesi önerilmektedir.(13)
- 11- 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 doksisisiklin 2x100 mg,

* *T. vaginalis* profilaksisi: 7 gün oral metronidazol 2x500 mg kullanılması (yalnızca kızlarda).(13)

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.(16)

12-9 yaş ve üzerindeki tüm mağdur çocuklara 4 valanlı Human papilloma virüs aşuları yapılmalıdır.(14, 16) 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.

13- Mağdur çocuklarda Hepatit B aşılama önerileri failin HBsAg durumuna göre değişir. Failin HBsAg pozitif olduğu ve mağdurun aşularının tam olduğu durumda mağdura Hepatit B rapel dozu uygulanmalıdır, failin HBsAg pozitif ve mağdurun aşuları tam değilse mağdura hem Hepatit B aşuları hem de Hepatit B immunglobulin uygulanmalıdır. Failin HBsAg durumu bilinmiyor ise Hepatit B aşuları eksik olan mağdurlarda, aşuların tamamlanması gerekir. Hepatit B aşuları tam ise anti-HbS antikor bakılması ve koruyucu titrenin saptanmadığı olgularda aşuların uygulanması gerekir.(13) (Bkz. Tablo 4)

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

	Mağdurun Hepatit B Profilaksisi	
Failin Hepatit B durumu	Aşısız/Eksik aşı/antiHBs negatif	Tam aşı
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.

14- Mağdura son 5 yıl içinde tetanoz rapeli uygulanmamışsa ve muayenede laserasyon

ya da abrazyon görülmüşse tetanoz rapeli uygulanmalıdır.(17)

15- Postpubertal yaş grubundaki her çocuk, acil kontrasepsiyon açısından mutlaka

değerlendirilmelidir.(13)

16- 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.(13) Temas sonrası

profilaksi, temastan sonra HIV ile enfekte olma riskini azaltmak amacıyla kısa

sürelili antiretroviral tedavinin kullanılmasıdır.(18) Cinsel istismar sonrası TSP'nin,

yalnızca istismardan sonraki ilk 72 saat içerisinde verilmesi mağduru HIV'den

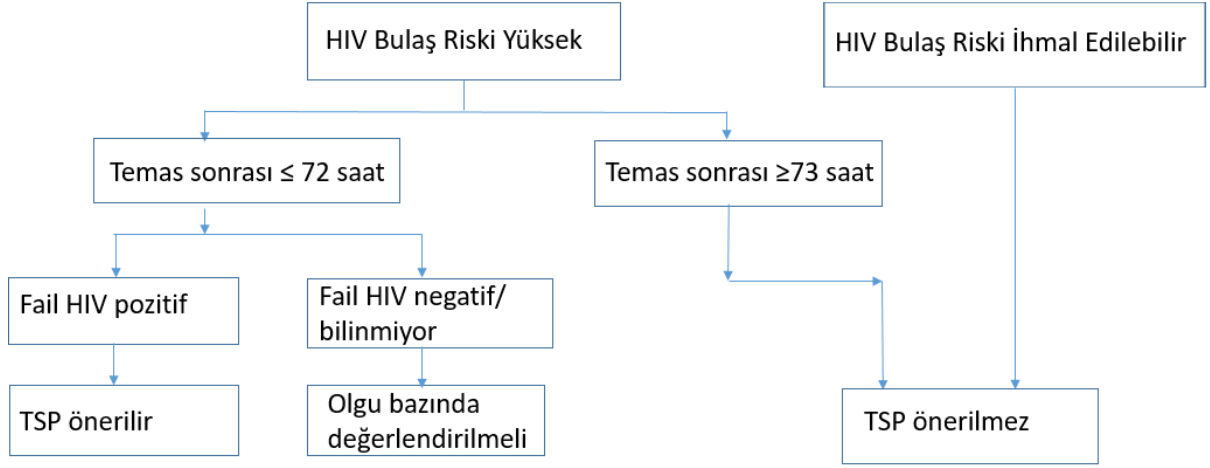
korumada başarılıdır. Bu nedenle yalnızca istismar sonrası ilk 72 saat içinde

bulunan olgularda, mümkün olan en kısa zamanda TSP başlanması

önerilmektedir.(13) (Bkz. Tablo 5) Ancak çoğu istismar olgusu daha geç dönemde

başvurmaktadır.

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

17- 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

toksitesi açısından en az iki hafta izlenmeli; tam kan sayımı, serum kreatinin ile

karaciğer fonksiyon testleri başlangıçta ve 4-6. haftada istenmelidir.(18)

Temas sonrası antiretroviral profilaksi rejimi:

*Mağdur 13 yaş ve üzerinde ise, ve kreatin klerensi ≥ 60 ise =>

Tenofovir/Emtrisitabin** (1x1 tb) + Dolutegravir (1x50 mg) veya Raltegravir (2x400 mg).

Alternatif TSP rejimi => Tenofovir/Emtrisitabin** (1x1 tb) ve Darunavir (1x800 mg) ve Ritonavir (1x100 mg). (18)

*Mağdur 13 yaş ve üzerinde ise ve kreatin klerensi ≤ 60 ise => kreatin klerensine göre dozu ayarlanacak şekilde Zidovudin + Lamivudin + Raltegravir (2x400 mg) / Dolutegravir(1x50 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.(18)

TSP verilen olgularda istismardan 6 hafta ve 3 ay sonra anti-HIV antikor testi görülmelidir.(13)

**Tedavi öncesi Beta HCG sonucunun negatif olduğu görülmelidir.

18- 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.(16)

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, Yusufoglu 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.cdc.gov/violenceprevention/childsexualabuse/fastfact.html>] [Internet]. 2021.
3. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuk İstatistikleri 2020 [Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Juvenile-Statistics-Received-Into-Security-Unit-2020-37200#:~:text=G%C3%BCvenlik%20birimlerine%20su%C3%A7%20ma%C4%9Fduru%20olarak,ise%20h%C4%B1rs%C4%B1zl%C4%B1k%20su%C3%A7%20lar%C4%B1ndan%20ma%C4%9Fduriyet%20ya%C5%9Fad%C4%B1>].
4. ECPAT. Türkiye-Ülke Değerlendirmesi-Çocukların cinsel sömürsünün 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. Bağ Ö, Alşen S. Çocuğun cinsel istismarının değerlendirilmesinde yeni model: Çocuk İzlem Merkezleri. *Journal of Dr Behcet Uz Children's Hospital*. 2016;6(1).
7. 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.
8. 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.
9. Türk Ceza Kanunu. "Türk Ceza Kanunu." sy:1. 2004,13: 2012.
10. Türk Medeni Kanunu. Kanun No. 4721 Kabul Tarihi: 22.11. 2001. *Resmi Gazete*, 2001, 24607.

11. United Nations Assembly, General. Convention on the Rights of the Child. *United Nations, Treaty Series*, 1989, 1577.3: 1-23.
12. 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.
13. Kimberlin DW, Barnett ED, Lynfield R, Sawyer MH, Diseases CoI, Pediatrics AAo. Red book: 2021–2024 report of the Committee on Infectious Diseases. 2021.
14. 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.
15. Orhan G, Ulukol B, Canbaz H. Çocuk İzlem Merkezi modeli ve bu modelde gözlenen sorunlar. *Kriz Dergisi*. 2019;27(3):178-86.
16. 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.
17. Long SS, Prober CG, Fischer M. Principles and practice of pediatric infectious diseases E-Book: Elsevier Health Sciences; 2017.
18. TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. HIV/AIDS Tanı Tedavi Rehberi. 2019.

Ek-1. Yetkilendirilmiş Hekim Tarafından Alınacak Muayene ve/veya İzlem Onam

Formu

Aşağıda imzası olan ben,

veli, vasi veya kanuni temsilcisi olduğum

adına Dr. ile görüşüm.

Yapılacak muayene ve değerlendirmeler hakkında bilgilendirildim. Tıbbi değerlendirme

yapılması amacıyla; öykümün alınıp muayenemin yapılmasına, gerekli laboratuvar

incelemeleri için örnek alınmasına, gerekli kliniklerden konsültasyonlar istenmesine,

gerektiğinde saptanan bulguların uygun yöntemlerle görüntülenmesine

izin veriyorum

izin vermiyorum

Kimlik bilgilerimin saklı kalması koşuluyla, tıbbi kayıtlarımın yalnızca bilimsel amaçlı olarak

kullanılmasına

izin veriyorum

izin vermiyorum

ÇOCUĞUN (15 yaş ve üzerinde çocuğun onamı alınmalı, 12-15 yaş arasında çocuğun mental yeterliliği var ise imza alınmalı)

Adı

Soyadı:

İmzası:

VELİ, VASİ VEYA KANUNİ TEMSİLCİSİNİN

Adı:

Soyadı:

İmzası:

Yakınlık Derecesi: