

Triada simptomatică în diagnosticul copilului maltratat

Alexandra Enache^{*1}, M. L. Dressler¹, Magda Petcu², Maria Ciocani², V. Matei², V. Cioban²,
M. Ciobanu², M. Gavrilă², Veronica Belei¹, A. M. Berinde¹, F. Chatzinikolaou³

Abstract: The symptomatic triad in the physically abused child diagnosis. The aim of this study is to identify the criteria to establish the diagnosis in physically abused children. We noticed the existence of the traumatic syndrome (known as Sylvester syndrome or Kempe syndrome), with traumatic lesions of different ages (ecchymoses and superficial wounds). The most frequent lesions are located on the face and auricular pavilions, and in any exposed body parts. The lesions of internal organs are the least frequent. Reported to the total number of cases examined, the physically abused children we found in 2.9% of the cases. The positive diagnosis is based on the following three aspects: different age of lesions, various types of traumatic lesions and behavioral changes.

Key words: child abuse, Sylvester syndrome, Kempe syndrome

Maltratarea sau abuzul este o situație patologică definită de Organizația Mondială a Sănătății ca fiind reprezentată prin "toate formele de rele tratamente fizice și/sau emoționale, abuz sexual, neglijare sau tratament neglijent, exploatare comercială sau de alt tip, produse de către părinți sau orice altă persoană aflată în poziție de răspundere, putere sau încredere, ale căror consecințe produc daune actuale sau potențiale asupra sănătății copilului, supraviețuirii, dezvoltării sau demnității lui" (7). Maltratarea se distinge de oricare dintre formele de violență prin relația de dependență care există între persoana maltrată și cea maltrată (6).

Tipurile de maltratare sau abuz se referă la acte de violență fizică, psihologică sau de diminuare a suportului existențial necesar, precum și limitarea libertăților individuale. Se includ deasemenea diferite forme de neglijență, prin care se înțeleg omisiuni sau privațiuni ale necesităților vieții cotidiene (îngrijiri, supraveghere, tratament medical, hrană, educație, climat afectiv, etc). În literatura medicală inițial a fost descris sindromul copilului bătut de către Henry Kempe, sindromul Silverman sau boala Caffey, care a descris fracturi asociate cu hemoragie subdurală la copii traumatizați. Este utilizat și termenul de copil agresat, noțiune ce include molestarea sexuală sau copilul abuzat. Așa cum se precizează de unii specialiști,

**)Corresponding author*

1) Universitatea de Medicină și Farmacie Victor Babeș Timișoara

2) Institutul de Medicină legală Timișoara

3) Theageneio Anticancer Hospital, Department of Pathology, Thessaloniki, Greece

termenul „abuz” este inadecvat, deoarece ar presupune existența unui nivel „normal” al agresiunii copilului.

Incidența maltratării este mult subestimată, ea variind între limite largi marcate de originea informațiilor folosite sau/și de criteriile de raportare. După datele din literatură maltratarea copiilor afectează în SUA 1 din 4 copii, aici fiind inclus și abuzul prin supozitoare sau exhibiționismul părinților care circulă dezbrăcați, iar în Franța se apreciază la 1 - 2 cazuri la 1000 minori (6).

Factorii de risc sunt variabili, au efecte cumulative și se pot multiplica, fără însă a putea preciza cu certitudine importanța fiecărui factor de risc individual. În sinteză factorii comuni de risc ai maltratării pot fi considerați următorii (tab. I).

În cadrul maltratării care poate interesa grupurile vulnerabile reprezentate prin copii, femeii sau bătrâni, sunt descriși factori de risc specifici pentru maltratarea copilului (tab. II).

Tabelul I Factori comuni de risc pentru maltratarea copilului

Factori sociali și de mediu	Factori privind autorii maltratării	Factori privind grupurile vulnerabile (maltratați)
- izolare socială - nivel socio-economic precar - șomaj - promiscuitate - conflicte intrafamiliale - nivel educațional scăzut - conviețuiri cu generații succesive - părinți suprasolicitați - dezrădăcinări culturale/etnice - lacune legislative	- violențe interparentale - etilism cronic - alte dependențe - boli psihice - tulburări psiho-comportamentale - carențe educaționale - antecedente de maltratare trans-generațională - antecedente de violență	- copii - femei (gravide la prima sarcină) - bătrâni - persoane cu handicap (fizic/psihic)

Tabelul II Factori specifici de risc pentru maltratarea copilului

Particularități ale copilului maltrat	Antecedente ale copilului	Mediul familial
- prematuritate - copil provenit din sarcini multiple - copil provenit din concubinaj sau adulter (copil nedorit) - copil de sex neacceptat - copil cu handicap fizic sau mental - copil cu tulburări de comportament	- spitalizări postnatale prelungite - copil instituționalizat - prezență parentală neregulată, mod de viață dezordonat	- familie numeroasă - familie monoparentală - părinți foarte tineri

Cel mai frecvent persoana care abuzează aparține anturajului apropiat al copilului și poate fi părintele sau o rudă, persoana care îl îngrijește, concubinul sau concubina (3), etc. În cazuistica analizată am întâlnit și cazuri de maltratare practică în instituții specializate (fig 1). Primele semnele indicative pentru maltratare sunt anamnestic, alarmante fiind date de istoric ce nu mai corespund atunci când anamneza este luată în mod repetat, sau nu corespund tipului de leziune găsit sau/și nivelului de dezvoltare mentală a copilului, explicațiile fiind evazive, permanent modificate și confuze. Se recomandă ca anamneza să fie luată separat cu copilul și părinții, respectiv cu alte persoane din anturaj (rude, educatori, vecini), îndeosebi când se suspectează un abuz sexual. (2)

Examinarea clinică a minorului maltratat permite observarea prezenței leziunilor traumatiche, care nu pun probleme medico-legale deosebite în sensul depistării lor, comparativ cu observarea consecințelor psihologice, care sunt dificil de evaluat, mult mai importante și mai grave cu cât copilul este mai mic.

Sindromul traumatic este caracterizat prin prezența unor leziuni de violență de diferite vechimi, acest element fiind esențial în etichetarea sindromului de copil maltratat. Agresiunile repetate la intervale diferite de timp sunt obiectivate în special prin prezența unor echimoze cu viraj coloristic divers, demonstrând producerea lor în momente diferite, a excoriațiilor de diferite vechimi, a cicatricilor (1).

Agresiunile implică folosirea forței fizice asupra copilului și/sau supunerea la munci dificile care depășesc posibilitățile acestuia, având ca rezultat vătămarea integrității sale corporale. (5).

Frecvent cazurile asociază leziuni interne, îndeosebi fracturi ale coastelor și oaselor lungi (fracturi în spirală). Examinarea radiografică remarcă același aspect de producere în secvențe repetate, leziunile osoase putând fi: hematoame periostale sau calcificări, cu calusuri



Fig. 2 Caz 2 IML Timișoara

osoase de vârste diferite. Explicațiile aparținătorilor față de producerea acestor leziuni este de negare și de necunoaștere a împrejurărilor concrete de producere. Se pot remarca neconcordanțe privind momentul producerii. Uneori copilul nici nu a fost prezentat la medic, deci nu pot fi regăsite documente medicale ale cazului, fapt ce îngreunează probatoriul.

Modificările comportamentale includ comunicarea deficitară, comportamentul agresiv, anxietatea și interiorizarea. Atitudinea violentă a agresorului este responsabilă de comportamentul modificat al copilului, acesta va reacționa progresiv devenind tot mai anxios, reținut și se interiorizează, ceea ce crează dificultăți de comunicare (fig. 2).

În cazul copiilor mai mari aceștia pot fi excesivi de fricoși, caută aprobarea adulților



Fig. 1 Caz 1 - IML Timișoara

Medicul legist va proceda la examenul complet și riguros al copilului (4), încercând să evidențieze toate leziunile traumatiche, somatice și din sfera genitală, cât și principalele caracteristici comportamentale.

Examinarea începe prin stabilirea unei comunicări cu minorul, apoi urmează evidențierea leziunilor traumatiche, pentru ca la final să se realizeze examenul genital.

Prin prisma sindromului copilului maltratat am analizat retrospectiv constatările medico-legale din perioada 2002-2004, în total 7628 de cazuri efectuate la Institutul de Medicină Legală din Timișoara și am depistat 160 cazuri de copii maltratați (2,9%), cu o distribuție relativ constantă. (fig. 3)

Incidența pe sexe a fost sensibil egală 51% cazuri de sex masculin și 49% de sex feminin.

Distribuția cazurilor pe grupe de vârstă corespunde datelor cunoscute din literatură în sensul că există un palier vulnerabil până la 5 ani, la

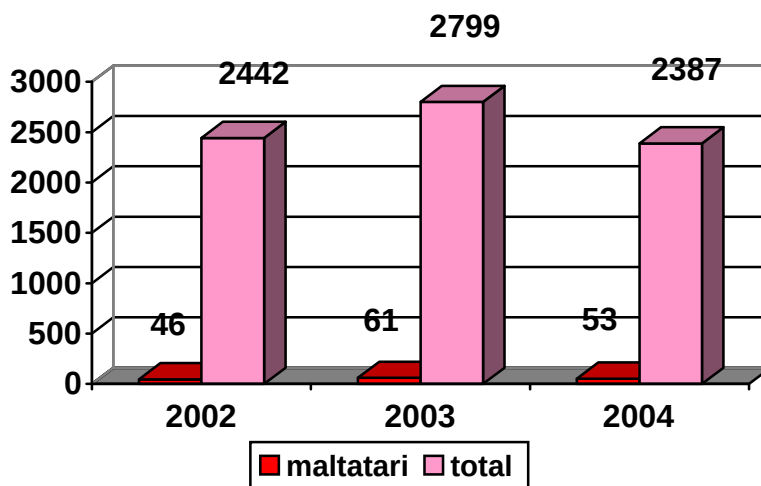


Fig. 3 Ponderea cazurilor de maltratare din totalul examinărilor

care accesul la medic este condiționat de atenția acordată de părinți leziunilor. La cazurile examinate reiese o incidență mult mai mare la grupa de vârstă 11 – 18 ani pe care am încercat să o corelăm cu manifestări agresive și o hiperreactivitate crescută a adolescenților și tinerilor. (fig. 4)

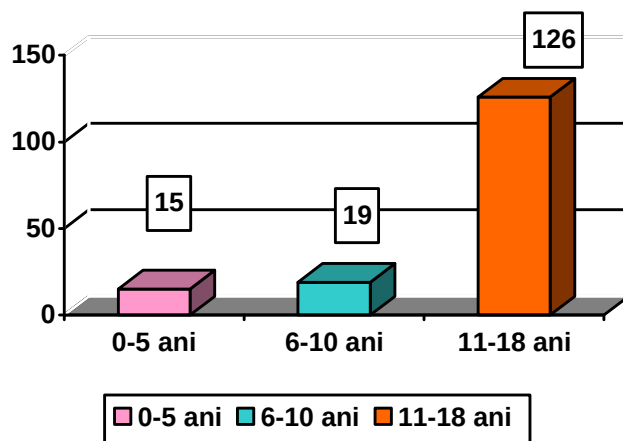


Fig. 4 Incidența cazurilor de maltratare pe grupe de vârstă

regiunea auriculară, scalp), apoi la nivelul membrelor superioare, a toracelui și la nivelul membrelor inferioare. (fig. 5). Ca tipuri de leziuni au fost observate leziuni recente (echimoze, excoriații, plăgi), leziuni pe cale de vindecare (excoriații cu cruste, cicatrici depigmentate) sau cicatrici deja vechi. La trei dintre cazuri maltratarea s-a asociat cu neglijarea, respectiv lipsa sau insuficiența hranei, având ca rezultat hipotrofia ponderală.

Distribuția cazurilor de maltratare pe mediul de proveniență este aproape egală, deși mediul rural (49%) impune un control social mai riguros și păstrează un nivel mai ridicat al normelor tradiționale comparativ cu mediul urban (51%), unde gradul de conectare cu reperele morale este mai scăzut.

Examinările medico-legale au evidențiat cele mai frecvente localizări lezionale la nivelul extremității cefalice (facies,

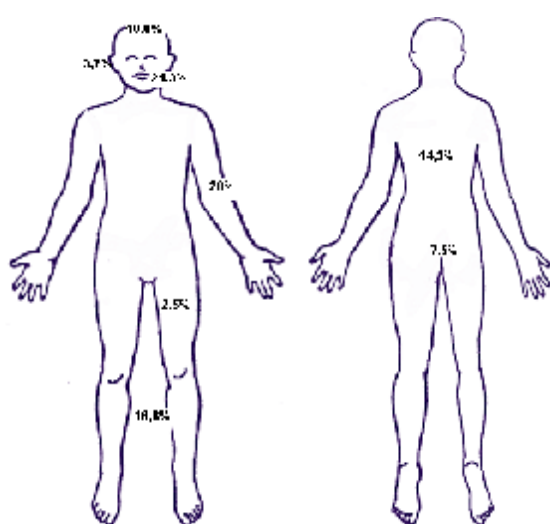


Fig. 5 Cele mai frecvente localizări lezionale

Privitor la gravitatea leziunilor de violență apreciată după criteriul clasic al timpului de îngrijiri medicale observăm că ponderea cea mai mare, 94%, o au leziunile ușoare, 5% dintre cazuri au fost vătămări corporale, iar un singur caz a fost încadrat la vătămare corporală gravă prin consecințele leziunilor inițiale, care au determinat punerea în primejdie a vieții și au condus la pierdere de organ. (fig. 6)

Distribuția leziunilor este în ordinea frecvenței redată grafic și evidențiază diversitatea acestora precum și caracteristica legată de variațiile de vechime tipice sindromului de maltratare.

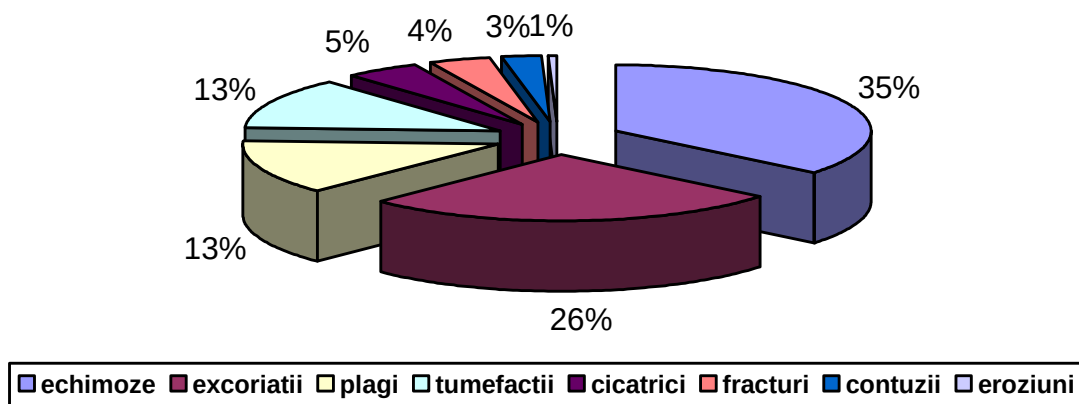


Fig. 6 Incidența și tipul leziunilor la copiii maltratați

Concluzii

În cazurile de maltratare a copilului poate sprijini diagnosticul următoarea triadă:

- q aspect multilezional cuprinzând diferite leziuni diseminate pe mai multe părți ale corpului (multipolar) care poate prezuma maltratarea.
- q prezența a numeroase leziuni traumatiche de diferite stadii de vechime, care pot indica cu un grad mai mare de certitudine violentarea repetată practică într-o perioadă variabilă de timp.
- q atitudinea apatică a copilului maltratat care se asociază cu un comportament particular al acestuia – izolat, cu lipsă de comunicare sau comunicare dificilă, monosilabică, foarte liniștit în timpul examinării, care nu plânge și nu reacționează.

Bibliografie

1. Beliș V. (sub redacția) - Tratat de medicină legală - Ed. Medicală, București, 1995.
2. Ionescu Ș. (coordonator) - Copilul maltratat – Evaluare, Prevenire, Intervenție - Fundația Internațională pentru Copil și familie, București, 2001.
3. Plahteanu Monica - Curs de medicina legală - Ed. Performantica, Iasi, 2000.
4. Scripcaru Gh, Astărăstoae V., Scripcaru C. - Medicina legală pentru juriști - Collegium, Polirom, Iasi, 2005.
5. XXX - Abuzul și neglijarea copilului – Studiu realizat de Organizația „Salvați Copiii” România, București, 2000.
6. XXX - Maltraitance Societe Med Urg 2004
7. XXX - Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, WHO, Geneva, 29-31 March, 1999.