

# Gestasyonel Trofoblastik Hastalıklarda Adli Tıbbi, Obstetrik ve Hukuki Yaklaşım: Ensest Sonucu Bir Komplek Mol Olgusu

## Forensic, Obstetric and Legal Aspects on Gestational Trophoblastic Diseases: An Incest Case of Complete Mole

Dr. Hakan KAR,<sup>a</sup>  
Dr. Nursel GAMSIZ BİLGİN,<sup>a</sup>  
Dr. Halis DOKGÖZ,<sup>a</sup>  
Dr. Umut DİLEK,<sup>b</sup>  
Dr. Çağlar ÖZDEMİR<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Adli Tıp AD,  
<sup>b</sup>Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,  
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Mersin  
<sup>c</sup>Adli Tıp AD,  
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Kayseri

Geliş Tarihi/Received: 17.11.2009  
Kabul Tarihi/Accepted: 04.03.2010

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Dr. Hakan KAR  
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Adli Tıp AD, Mersin,  
TÜRKİYE/TURKEY  
hakankar@mersin.edu.tr

**ÖZET** Gestasyonel trofoblastik hastalıklar (GTH); anormal gametogenez sonucu oluşan bir gebelik komplikasyonu olan ve malignite potansiyeli içeren bir grup hastalıktır. GTH olguları nadiren de olsa cinsel saldırı sonucu adli olgu olarak karşımıza çıkabilmektedir. GTH tanısı konulan 15 yaş altı tüm olgular adli olgu olarak nitelendirilmeli ve cinsel saldırı açısından değerlendirilmelidir. Çalışmamızda olgu üzerinden gestasyonel trofoblastik hastalıklarda adli tıbbi, obstetrik ve hukuksal yaklaşımın tartışılması amaçlanmıştır. Olgu, 14 yaşında, kız çocuğu, karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. GTH tanısı konuldu. Mağdura vajinal yolla dilatasyon ve küretaj uygulandı. Yapılan patolojik incelemede komplek mol hidatiform tanısı konuldu. Küretaj materyalinden yapılan DNA analizinde; mağdurenin teyzesinin oğlundan alındığı belirtilen kan örneği ile babalık ilişkisi bakımından uyumlu olduğu saptandı. Adli olgu niteliğindeki GTH'lara yaklaşım; klinisyenler, adli tıp uzmanları ve hukukçuların disiplinler arası işbirliği içinde çalışmasını gerektiren ve hastanın yüksek yararını gözetken ilkeler doğrultusunda olmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Gestasyonel trofoblastik tümörler; hidatiform mol; adli tıp; cinsel suçlar; ensest; küretaj

**ABSTRACT** Gestational trophoblastic diseases (GTD) are gestational complications which arise as a result of abnormal gametogenesis and include potential malignancy. GTD cases may rarely presented as a forensic case. All GTD cases below 15 years old have to be described as a forensic case and have to be evaluated for sexual assault. To discuss patients with gestational trophoblastic diseases through forensic, obstetric and legal approach are aimed in our study. Our case, 14 years old female patient, was admitted to emergency service with complaint of stomachache and diagnosed as GTD. Dilatation and curettage was performed vaginally and the pathological diagnosis was mole hydatidiform. The DNA analysis of material indicated that the blood sample of her cousin was completely affiliated. Clinicians, forensic medicine experts and legal practitioners should work in multidisciplinary collaboration and should consider high benefits of child patient when GTD cases are presented as a forensic case.

**Key Words:** Gestational trophoblastic neoplasms; hydatidiform mole; forensic medicine; sex offenses; incest; curettage

Turkiye Klinikleri J Foren Med 2010;7(2):97-103

**G**estasyonel trofoblastik hastalıklar (GTH) anormal gametogenez sonucu meydana gelen trofoblast proliferasyonunun görüldüğü heterojen bir grup hastalıktır. Gebelik komplikasyonu olarak kabul edilirler. Gestasyonel trofoblastik hastalıklar; Mol Hidatiform, İnvaziv Mol, Koryokarsinom, Plasental Yerleşim Bölgesinden Gelişen Trofoblastik Tümör olarak sınıflanmıştır. Bu grubun benign ucunda hidatiform moller bu-

lunurken malign olan ucunda malign karakterli plasenta yerleşim bölgesinden gelişen trofoblastik tümör (PSTT) ve koryokarsinomlar yer alır. Gestasyonel trofoblastik hastalık oluşumunda etkili olduğu pek çok araştırmacı tarafından bildirilen predispozan faktörler: menarş, parite, ilk gebelik yaşı, geçirilmiş mol gebelik öyküsü, önceki gebelikler arasındaki süre, genetik faktörler, malnütrasyon, viral enfeksiyonlar ve düşük sosyoekonomik düzeydir. Gestasyonel trofoblastik hastalıkların %90'ı Mol hidatiform şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Mol Hidatiform, İnvaziv Mol, Koryokarsinom, Plasenta Yerleşim Bölgesinden Gelişen Trofoblastik Tümör 2 ana gruba ayrılır; Komplet mol (Fetus olmaksızın anormal plasenta), Parsiyel mol (Anormal fetüs ile birlikte anormal plasenta). Komplet molde; sperm boş yumurtayı döllemekte, dolayısıyla, embriyo oluşmamaktadır (46 XY ya da 46 XX). Parsiyel molde ise; iki sperm bir yumurtayı döllemekte, ancak ikiz gelişimi yerine anormal fetüs (sıklıkla triploidi, 69 XXX ya da 69 XXY) ve anormal plasenta gelişmektedir.

Mol hidatiformda klinik; %27 oranında vajinal kanama, %22 oranında vajinal kanama ve parça düşürme, %21 oranında vajinal kanama ve ağrı, %14 oranında vajinal kanama ve preeklampsi, %2 oranında vajinal kanama ve akut karın, %1 oranında vajinal kanama ve hipertiroidi olarak karşımıza çıkmaktadır. Mol hidatiform tanısı, bimanuel muayene, ultrasonografi ve beta-HCG değerleri ile konur. Tedavisi; genellikle küretajdır. İleri yaş ve sterilizasyon istemi söz konusu olursa histerektomi de uygulanabilir. Küretaj; oksitosin infüzyonu, servikal dilatasyon, vakum küretaj ve keskin küretaj şeklinde uygulanabildiği gibi, komplike hallerde laparotomi şeklinde de uygulanabilmektedir. Mol hidatiformda %12-15 oranında invazif mol, %5-8 oranında koryokarsinom gelişme riski mevcuttur. Bu nedenle mol hidatiformun malinite riski açısından küretaj sonrası mutlaka beta-HCG değerleri ile takip edilmesi gerekir.<sup>1-14</sup>

Bu tür olgular normalde klinik birimlere tedavi amacıyla başvurmaktadırlar. Klinisyenler olguya tedavi amaçlı tıbbi girişim açısından yaklaşmakta ve bazen olgulara adli olgu tanısı konulmamakta ve adli bildirim yapılmamaktadır. Halbuki gestasyo-

nel trofoblastik hastalık bir gebelik komplikasyonu olduğundan, çocuk yaş grubunda 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun (TCK) 103. maddesi gereğince bir suç unsuru ortaya çıkmaktadır. TCK 280. maddesi kapsamında adli olguların bildirim zorunlu olup çocukluk çağı yaş grubunda saptanan GTH'larda adli olgu bildirimini yapılması gerekmektedir.

Ayrıca Savcılıklar tarafından cinsel saldırı muayenesi için gönderilen olgularda da hem gebelik ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hem de GTH'lar vb. gebelik komplikasyonları açısından mutlaka kadın hastalıkları ve doğum konsültasyonu istenilmelidir.

Çalışmamızda 14 yaşında, kız çocuğunda GTH tespit edilmesi üzerine yaşanan süreçte karşı karşıya kalınan problemler irdelenerek, gestasyonel trofoblastik hastalıklarda adli tıbbi, obstetrik ve hukuksal yaklaşımın tartışılması amaçlanmıştır.

## OLGU SUNUMU

Olgumuz 14 yaşında, kız çocuğu, 08.02.2008 tarihinde karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Öyküsünde; 4 aydır menstürasyon kanaması olmadığını ifade etti. Fizik muayenede; pelvik hassasiyet dışında bulgu saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde beta-HCG>10000 gelmesi üzerine kadın doğum konsültasyonu istendi. Kadın Doğum bölümünce alınan öyküsünde; kesinlikle hiç kimseyle cinsel ilişki yaşamadığını, bazen teyzesinde kaldığını, uykusunun çok ağır olduğunu, belki uyurken bir şey yapılmış olabileceği ama böyle bir durum hissetmediğini ifade etti. Yapılan muayene, laboratuvar ve USG neticesinde; gestasyonel trofoblastik hastalık (parsiyel mol hidatiform?) tanısı konuldu. Yapılan kontrol tetkiklerde; beta-HCG>10000 ve beta-HCG: 32300 ölçüldü. Adli Tıp Anabilim Dalı'ndan görüş alınarak adli olgu olarak değerlendirildi ve hastane polisi tarafından adli olgu bildirimi yapıldı. 11.02.2008 tarihinde kadın doğum poliklinik kontrolü önerilerek gönderildi.

Olgu 09.02.2008 tarihinde Cumhuriyet Savcılığı'nın yazısı ile Adli Tıp polikliniğine gönderildi. Polikliniğimizde aydınlatılmış onam alındıktan sonra alınan öyküde, kesinlikle hiç kimse ile hiç-

bir şekilde cinsel ilişki yaşamamış olduğunu, bu durumun nasıl meydana geldiğini bilmediğini ifade etti. Jinekolojik pozisyonda yapılan vajinal muayenesinde; himen annüler vasıfta olup fehvasının çapı 1.2 cm olarak ölçüldü, saat 4 hizasında vajina kaidesine kadar ulaşmayan 2 mm'lik doğal çentik saptandı, himende eski ya da yeni herhangi bir laserasyon saptanmadı. Diz dirsek pozisyonunda yapılan anal muayenesinde; anal sfinkter tonusu ve mukozal pililer doğal olup akut veya kronik fiili livata bulgusuna rastlanmadı. Yapılan genel vücut muayenesinde; herhangi bir travmatik lezyon saptanmadı. Çocuktan anal ve vajinal sürüntü örneği alındı.

13.02.2008 tarihli Kadın Doğum konsültasyonunda; hastanın mevcut klinik, laboratuvar ve görüntüleme bulguları ile değerlendirildiği, buna göre olguda genellikle gebeliğe ve çok daha nadir olarak over ve karaciğer tümörlerinde yükselen HCG hormonunun yükselmiş olduğunun izlendiği, hastanın 4-5 aydır adet olmadığını ifade ettiği, bu bulgular ışığında kişide öncelikle gebelik düşünüldüğü, hastanın ultrasonografik değerlendirilmesinde overin normal olarak izlendiği, uterus içinde gebelik kesesi izlenmediği ancak endometrium duvarının 18 mm kalınlıkta, sıvı içeren görünümde olup kanlanmasının ileri derecede arttığı, gebelik veya malign tümörlerinde izlenebilen kan akımı (düşük dirençli, artmış kan akımı şekli) olduğunun gözlemlendiği, bu bulgular ile öncelikle "gestasyonel trofoblastik neoplazi" olabileceği düşünüldüğü, bu hastalıklar ne şekilde sonuçlanırsa sonuçlansın bir gebeliği takiben ortaya çıkan, iyi huylu olduğu kadar kötü huylu tipleri de barındıran ve hayati tehlike arz edebilen bir hastalık grubu olduğu, tedavileri, kesin tanıları ve tip ayrımı ancak histopatolojik örnekleme yöntemiyle mümkün olup bu amaçla rahim içinden doku alınmasının gerekli olduğu, bu amaçla tercih edilen yol daha düşük tıbbi komplikasyon oranı olan vajinal yaklaşım ile alınması ancak himeni sağlam olan olgularda bu yöntemle doku alınması hasta reşit olmadığından mahkeme kararına ve/veya aile rızasına bağlı olduğu, himenin bozulma kaygısı yüksek ise ikinci bir yol olarak genel anestezi altında laparotomi ve uterusu girilerek, uterus kavitesinin boşaltılarak inceleme materyali

alınması, sonuç olarak bu yaş grubundaki bir hastada var olan bulgular anormal bulgular ve hasta için hayati tehlike arz edebilecek nitelikte bir durum olup kesin tanı ve tedavi için mutlaka rahim içinde bulunan dokuların tahliyesi ve histopatolojik incelenmesinin tıbbi zorunluluk olduğu belirtildi.

13.02.2008 tarihli Çocuk Psikiyatri konsültasyonunda; yapılan ruhsal muayenesi sonucunda; herhangi bir psikopatoloji saptanmadığı, cinsel istismar olduğuna yönelik bir öykü alınmadığı belirtildi.

Anabilim dalımızca düzenlenen adli raporumuzda sonuç olarak; himenin sağlam olduğunu, herhangi bir eski ya da yeni laserasyona rastlanmadığını, Anal muayenede akut ve/veya kronik fiili livatanın tıbbi delillerine ait bulguya rastlanmadığını ancak kişinin yaşı ve fiziksel gelişimi dikkate alındığında; kaydırıcı madde kullanılarak ve/veya rızaen gerçekleşen fiili livata olgularında fiili livatanın tıbbi delillerine rastlanamayabileceği ve akut livata olgularında oluşabilen lezyonların 3-5 günde iz bırakmaksızın iyileşebileceği de tıbben bilindiğinden, bu durumlar arasında tıbben ayırım yapılmadığı, konunun adli tahkikat ile aydınlatılmasının uygun olacağını, kişinin yapılan genel vücut muayenesinde; herhangi bir travmatik lezyon saptanmadığını, Yapılan ruhsal muayenesi sonucunda; herhangi bir psikopatoloji saptanmadığını, kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında yapılan muayenesinde; hastanın mevcut klinik, laboratuvar ve görüntüleme bulguları ile değerlendirildiğinde, kişide öncelikle gebelik düşünüldüğü, hastanın ultrasonografik değerlendirilmesinde ise "Gestasyonel Trofoblastik Neoplazi" olabileceği düşünüldüğü, "Gestasyonel Trofoblastik Neoplazi" hastalıkları bir gebeliği takiben ortaya çıkan, iyi huylu olduğu kadar kötü huylu tipleri de barındıran ve hayati tehlike arz edebilen bir hastalık grubu olduğu, tedavileri, kesin tanıları ve tip ayrımı ancak histopatolojik örnekleme yöntemiyle mümkün olabileceği, bu amaçla rahim içinden doku alınmasının gerekli olduğunu, bu yaş grubundaki bir hastada var olan bulgular anormal bulgular ve hasta için hayati tehlike arz edebilecek nitelikte bir durum olup kesin tanı ve tedavi için mutlaka rahim içinde bulunan dokuların tahliyesi

ve histopatolojik incelenmesinin tıbbi zorunluluk olduğunu, bu amaçla tercih edilen yolun daha düşük tıbbi komplikasyon oranı olan vajinal yaklaşım ile alınması olduğu, ancak himen sağlam olan olgularda bu yöntemle doku alınması hasta da reşit olmadığından mahkeme kararına ve/veya aile rızasına bağlı olduğu, hastanın himenin bozulma kaygısı yüksek ise ikinci bir yol olarak genel anestezi altında laparotomi ve uterusu girilerek, uterin kavitenin boşaltılarak inceleme materyali alınması olduğu bu hususta aile ile görüşülerek uygun yöntemin belirlenmesi ve mahkeme kararı çıkarılmasının tıbben acil bir zorunluluk olduğunu, doku örneği alındıktan sonra, gebeliğin hangi şüphelinin DNA'sı ile uyumlu olduğunun tespiti açısından gebelik materyalinin Savcılık tarafından DNA tetkiki yaptırılmak üzere en yakın DNA laboratuvarına soğuk zincir kurallarına riayet edilerek acilen gönderilmesi gerektiği şeklinde rapor düzenlendi.

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı'nın 20.02.2008 tarihli raporunda; 09.02.2008 tarihinde yapılan cinsel muayenesi sırasında alınan 1 adet vajinal ve 1 adet anal yayma örneklerinin incelenmesi sonucunda; vajinal ve anal yaymalarda sperm izlenmediği belirtildi.

Cumhuriyet Savcılığı tarafından aile ile görüşülerek olgunun opere olmasının tıbbi ve hukuki bir zorunluluk olduğunun anlatılması üzerine, aile Kadın Hastalıkları ve Doğum bölümüne operasyon için tekrar başvurdu. Olgu 17.02.2008 tarihinde Kadın Doğum servisine yatırıldı. Aile ve olgu ile yapılan görüşmeler neticesinde küretajın vajinal yolla yapılmasına karar verilerek ailenin ve olgunun ayrı ayrı yazılı olarak aydınlatılmış onamı alındı. Yapılan preoperatif tetkiklerde; beta-HCG:32300 ölçüldü. 18.02.2008 tarihinde genel anestezi altında, vajinal yoldan dilatasyon ve küretaj operasyonu uygulandı. Küretaj materyalinin bir kısmı patoloji bölümüne gönderildi, Küretaj materyalinin geri kalanı ve mağdureye ait bir tüp kan Cumhuriyet Savcılığı'na iletilmek üzere hazır bulunan görevli polis memuruna tutanak ile soğuk zincir şeklinde teslim edildi. Postoperatif problemi olmayan hasta 19.02.2008'de kontrol önerileri ile taburcu edildi.

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı'nın 29.02.2008 tarihli raporunda; komplet mol hidatiform tanısı konulduğu belirtildi.

Yapılan kontrollerinde; 06.03.2008 tarihinde beta-HCG:20,09 ve 17.03.2008 tarihinde beta-HCG:15,36 ölçüldü.

Ankara Kriminal Polis Laboratuvarları Müdürlüğü'nün 29.02.2008 tarihli ekspertiz raporunda; olgudan alındığı belirtilen materyalin PCR tekniği ile çoğaltılıp DNA "Sequencer" Genetik Analiz cihazında Gen Haritalama programıyla tiplendirmeyle elde edilen genotipin mukayeselenilmesi neticesinde; mağdurenin teyzesinin 13 yaşındaki oğlundan alındığı belirtilen kan örneği ile babalık ilişkisi bakımından uyumlu olduğu belirtildi.

İlgili Cumhuriyet Savcısı, bu delillere dayanarak sanığın 18 yaş altı olması nedeniyle dosyayı çocuk suçlarından sorumlu Cumhuriyet Savcısına devretti. Olgu ve sanık ile yapılan görüşmeler neticesinde, her ikisi de sanığın evinde kimse yok iken rızaları dahilinde sürünme şeklinde bir cinsel temas yaşadıklarını belirttiler. Olgu ve ailesi sanıktan şikayetçi olmadılar. Dava süreci halen devam etmektedir.

## TARTIŞMA

Gestasyonel trofoblastik hastalıkların insidansı oldukça düşüktür (1000 gebelikte 0.7-10).<sup>1,3,6</sup> Bu olguların adli olgu olarak karşımıza gelmesi ise daha da nadirdir. Literatürde adli olgu niteliğinde bir Gestasyonel trofoblastik hastalık sunumu bulunmamaktadır.

Özellikle çocukluk çağı GTH'lar söz konusu olduğunda yasal düzenlemeler ve etik yaklaşımlar açısından klinisyenler, adli tıp uzmanları ve hukukçular olguya yaklaşım konusunda yetersiz kalabilmekte ve çelişkiye düşebilmektedirler. Olgunun çocukluk çağı yaş grubunda olması, enstest mağduru olması, himenin sağlam olması ve cinsel ilişki öyküsünün negatif olması nedeniyle çok boyutlu ve multidisipliner işbirliği içerisinde bir yaklaşımı zorunlu kılmaktadır. Olgumuzla ilk karşılaşılan acil ve kadın doğum doktorlarının, ön tanılarını neticesinde, cinsel ilişki öyküsünün negatif

olmasına ve ailenin tepkisine rağmen tanılarında ısrarcı olarak olguyu adli vaka olarak bildirmeleri yerinde bir davranış olmuştur. İstismar olguları, sağlık çalışanlarının önüne farklı yollarla gelebilir. Adli olgu olarak mahkemeler ya da cumhuriyet savcılıklarınca (ya da onların talimatı ile hareket eden kolluk kuvvetlerince) gönderilen olgularda yapılması gerekenler genelde bilinir ve yerine getirilir. Ancak, yakınları ile birlikte ya da doğrudan başvuran aile içi şiddet-cinsel istismar olgularında ve tıbbi nedenlerle başvuran olgularda istismar şüphesi düşünüldüğünde tereddütler yaşanmakta, bu olgulara çoğunlukla görmezden gelme ve karışmama şeklinde yaklaşmaktadır. Bu yaklaşımın pek çok nedeni vardır. Adli olgu kavramı hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaktan ziyade; aile içi şiddetin aile içinde kalması ve aile üyelerince çözülmesi gereken bir sorun gibi algılanmasından kaynaklanmaktadır. Hastalar belirtilerin istismara ait olduğunu klinisyenlere bildirebilir, ancak temel beklentileri adli yardım değil, tıbbi yardımdır. Kimi zaman da belirtilerin istismara bağlı olduğu herkesten özenle saklanır. Bunun aileyi korumak, istismarcıyı korumak, utanç, istismarın yinelenmesinden ya da damgalanmaktan korkmak gibi birçok nedeni olabilir.<sup>15,16</sup> “Gestasyonel trofoblastik hastalık” bir gebelik komplikasyonu olduğundan ve olgumuz 14 yaşında olduğundan 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu’nun (TCK) 103. maddesi gereğince bir suç unsuru ortaya çıkmaktadır. 5237 sayılı TCK 280. maddesi kapsamında adli olguların bildirim zorunlu olup özellikle çocuklarda saptanan GTH’larda da adli olgu bildirimini yapılması gerekmektedir. GTH olguları ile ilk karşılaşan doktorların bu tür olguların gebelik komplikasyonu olduğunu düşünerek olası bir cinsel istismar yönünden farkındalığının olması bu tür olguların atlanmasını önleyecektir. Devam eden süreçte olgunun Cumhuriyet Savcılığı’nın Adli Tıp Anabilim dalımıza göndermesi neticesinde alınan öykü, yapılan muayene ve tetkikler, istenilen konsültasyonlar sonucunda olgu multidisipliner işbirliği içerisinde ele alınmıştır.

5237 sayılı Türk Ceza Kanununun 103. maddesinin 6. fıkrasında “Suçun sonucunda mağdurun beden veya ruh sağlığının bozulması hâlinde, on

beş yıldan az olmamak üzere hapis cezasına hükümlenir.” ibaresi yer almaktadır. Bu madde olgumuz açısından irdelendiğinde, yapılan psikiyatrik muayenesi sonucunda; herhangi bir psikopatoloji saptanmadığından olaya bağlı ruh sağlığının bozulmadığı tespit edilmiştir. Ancak, mol hidatiform nedeniyle olaya bağlı beden sağlığının bozulup bozulmadığı konusu belirsizdir ve bu konu ile ilgili adli tıp içtihatlarında objektif kriterler mevcut değildir. Bu durum 765 sayılı eski TCK’nın 418. madde 2. fıkrasında yer alan “filin, bir marazın sırayetini veya mağdurun sıhhatine sair büyük bir nakisa irasını veya maluliyetine müstelzim olması” haline karşılık gelmektedir. Yani 5237 sayılı yeni TCK’unda sözü geçen beden sağlığının bozulması halinin cinsel saldırının ve/veya beraberinde uygulanan fiziki şiddetin direkt etkisi olarak mağdurun bedeninde oluşan yaralanmanın sekel ya da maluliyet oluşturması açısından ele alınması gerektiğini düşünüyoruz. Dolayısıyla olgumuzda olduğu gibi gebeliğin bir komplikasyonu olan “mol hidatiform” nedeniyle çocuğun beden sağlığının bozulduğunu söylemek yerinde olmayacaktır.

Ayrıca 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu’nun 99. maddesinin 2. fıkrasında tıbbi zorunluluk bulunmadığı hallerde on haftadan fazla bir gebeliğin sonlandırılması suç teşkil etmekte olup 6. fıkrada ise “Kadının mağduru olduğu bir suç sonucu gebe kalması hâlinde, süresi yirmi haftadan fazla olmamak ve kadının rızası olmak koşuluyla, gebeliği sona erdirene ceza verilmez. Ancak, bunun için gebeliğin uzman hekimler tarafından hastane ortamında sona erdirilmesi gerekir” denilmektedir. Olgumuzda gebelik komplikasyonu olan ve tıbben tahliyesi zorunlu olan mol hidatiform mevcut olduğundan gebeliğin sonlandırılmasıyla ilgili olarak hukuksal açıdan bir sorun yaşanmamıştır.

Olgumuzda ve benzer olgularda; mağdurun ve/veya ailenin GTH ürününün küretaj işlemine rıza göstermemesi durumundaki klinik, adli tıbbi ve hukuksal yaklaşımın ne olması gerektiği konusu tartışılmalıdır. Bu konuda 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanununun 76-79 maddeleri kapsamında “Bir suça ilişkin delil elde etmek amacıyla, mağdurun vücudundan kan veya benzeri biyolojik örnekler alınabilmesine; sağlığını tehlikeye düşürmemek

ve cerrahi bir müdahalede bulunmamak koşuluyla; Cumhuriyet savcısının istemiyle ya da re'sen hakim veya mahkeme, gecikmesinde sakınca bulunan hallerde Cumhuriyet Savcısı tarafından karar verilebilir. Mağdurun rızasının varlığı halinde ise bu işlemlerin yapılabilmesi için karar alınmasına gerek yoktur. Ancak çocuğun soy bağının araştırılmasına gerek duyulması halinde; bu araştırmanın yapılabilmesi için yine karar alınması gerekmektedir. Moleküler genetik incelemeler yapılmasına ise sadece hakim karar verebilmektedir” denilmektedir. 01/06/2005 tarih ve 25832 sayılı resmi gazete de yayınlanarak yürürlüğe giren Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğin Tespiti Hakkında Yönetmelik'in İlgilinin Rızası başlıklı 5. Bölüm Madde 18'de; “Mevzuatta aranan tüm koşulların gerçekleşmiş olmasına ve şüpheli sanık veya diğer kişilerin bu konuda aydınlatılmış olmalarına rağmen muayene yapılmasına ya da örnek alınmasına rıza vermemeleri halinde, kararın infazı için ilgilinin muayenesini veya vücudundan örnek alınmasını sağlamak üzere ilgili Cumhuriyet başsavcılığınca gerekli önlemler alınır”, Madde 19'da; “Sağlık mevzuatı ve taraf olunan uluslararası sözleşmeler uyarınca tabip tarafından yapılması gereken tedavi amaçlı tıbbî muayene ve müdahaleler için Cumhuriyet savcısı ya da hâkim kararı aranmaz” denilmektedir. Olgumuzda küretaj yapılması, hem çocuğun sağlığı açısından bir tıbbi zorunluluk, hem de suça yönelik delil elde etmeğe yönelik moleküler genetik inceleme yaptırılabilmesi için hukuki bir gerekliliktir. Ancak küretaj invazif bir cerrahi müdahale olup CMK 76. maddede “sağlığını tehlikeye düşürmemek ve cerrahî bir müdahalede bulunmamak koşuluyla” şartıyla çelişmektedir. Cinsel saldırı sonucu normal bir gebelik gelişmiş olsaydı, gebelik sürecinde sanığın belirlenmesine yönelik fetustan biyolojik materyal alımı kararı tamamen çocuğa ve/veya aileye ait olacaktı, ailenin aksi yönde bir karar olmadıkça doğum beklenilecekti. Olgumuzda çocuğun yaşamını tehdit eden bir gebelik

komplikasyonu olan “mol hidatiform” söz konusu olduğundan küretaj acil tıbbi bir zorunluluk olarak ortaya çıkmıştır. Bu durumda hastanın hayati tehlikesi olduğundan acil koşullarda rıza aranmaksızın, hastanın yüksek yararı göz önünde bulundurularak cerrahi girişim yapılmasının doğru bir yaklaşım olduğunu düşünüyoruz. Ayrıca olgumuzda olduğu gibi ensest olgularında, mağdurun yasal vasisi konumundaki kişilerin aynı zamanda şüpheli durumunda olduklarının da göz önünde bulundurularak çocuğun küretaj işlemi kararında ailenin rızası aranmamalıdır. Ancak olgumuzda olduğu gibi himeni sağlam olan gestasyonel trofoblastik hastalıklarda yapılacak olan küretajda tercih edilen yolun daha düşük tıbbi komplikasyon oranı olan vajinal yaklaşım ile alınması olduğu konusunda çocuk ve çocuğa bakmakla yükümlü kişi veya aile aydınlatılmalı ancak küretajın yöntemi konusunda karar çocuğa ve/veya ailesine bırakılmalıdır.<sup>17,18</sup>

## SONUÇ

Klinik birimlerde, GTH tanısı konulan çocukluk çağı olgularında, cinsel nitelikte bir eylem ve/veya cinsel saldırı açısından olguya yaklaşım bir zorunluluk olmalıdır. Bu tür olguların adli olgu yapılarak yasal sürecin başlaması yanı sıra tedaviye yönelik tıbbi girişimlerin de planlanması ve ayrıca olası saldırının kimliklendirilmesine yönelik DNA örneklemesinin de planlanması gerekmektedir. Çünkü bu tür olgularda ilgili klinisyenler tedavi planlamasının yanı sıra adli olgu bildirimini yapmaması neticesinde, çocukta cinsel istismar ve hatta ensest olguları atlanabilmekte ve buna bağlı olarak da saldırının kimliklendirilememesine neden olmaktadır.

Adli olgu niteliğindeki çocukluk çağı gestasyonel trofoblastik hastalıklara yaklaşım; klinisyen, adli tıp uzmanı ve hukukçuların disiplinler arası işbirliği içinde çalışmasını gerektiren ve çocuğun yüksek yararını gözeten ilkeler doğrultusunda olmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Grimes DA. Epidemiology of gestational trophoblastic disease. *Am J Obstet Gynecol* 1984;150(3):309-18.
2. Bracken MB, Brinton LA, Hayashi K. Epidemiology of hydatidiform mole and choriocarcinoma. *Epidemiol Rev* 1984;6(3):52-75.
3. Agüero O, Kizer S, Pinedo G. Hydatidiform mole in Concepcion Palacios Maternity Hospital. *Am J Obstet Gynecol* 1973;116(8):1117-20.
4. Dodson MG. New concepts and questions in gestational trophoblastic disease. *J Reprod Med* 1983;28(11):741-9.
5. Brisson J, Fabia J. Occurrence of hydatidiform mole and malignant trophoblastic diseases in eastern Quebec. 1969-1973. *Union Med Can* 1976;105(8):1238-40.
6. Hayashi K, Bracken MB, Freeman DH, Hellenbrand K. Hydatidiform mole in the United States (1970-1977): A statistical and theoretical analysis. *Am J Epidemiol* 1982;115(1): 67-77.
7. McCarrison CC. Racial incidence of hydatidiform mole. *Am J Obstet Gynecol* 1968;101(3): 377-82.
8. Parazzini F, La Vecchia C, Pampallona S, Franceschi S. Reproductive patterns and risk of gestational trophoblastic disease. *Am J Obstet Gynecol* 1985;152(7 Pt 1):866-70.
9. Poen HT, Djojopranoto M. The possible etiologic factors of hydatidiform mole and choriocarcinoma. *Am J Obstet Gynecol* 1965;92: 510-3.
10. Ayhan A, Özalp S. [Benign trophoblastic diseases (Hydatidiform mole) Clinical analysis of 100 cases]. *Hacettepe Tıp/Cerrahi Bülteni* 1982;15(1):56-62.
11. Özalp SS. [Follow up in gestational trophoblastic diseases]. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2004;14(3):182-6.
12. Oğuz S, Karakoca GA, Aydoğdu T, Gökmen O. [Clinical analysis of 165 gestational trophoblastic disease cases]. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2002;12(1):87-94.
13. Çetin M, Balta Ö, Duran B, Güvenal T, Yanar O. [A retrospective study of molar pregnancy cases submitted to our clinic]. *Cumhuriyet Medical Journal* 2004;26(1):18-22.
14. Oltulu P, Gezginç K, Yılmaz O, Çelik Ç. [The importance of AgNOR method in the prognosis and comparison with some clinic parameters in gestational trophoblastic disease]. *Journal of Turkish Society of Obstetric and Gynecology* 2006;3(3):195-201.
15. Avcı A, Yolga Tahiroğlu A. [Sexual Abuse]. *Aysev AS, Taner YI, editörler. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. 2. Baskı. İstanbul: Golden Print; 2007. p.719-26.*
16. Simon TR, Mercy JA, Barker L. Can we talk? Importance of random-digit-dial surveys for injury prevention research. *Am J Prevent Med* 2006;31(5):406-10.