

Yleislausunto somaattisten löydösten yleisyydestä, merkityksestä ja parantumisesta emättimeen kohdistuneessa seksuaalisessa hyväksikäytössä lapsilla ja nuorilla

Sisällysluettelo

1 Tiivistelmä

2 Lausunnon kirjoittajat

3 Johdanto

4 Tytön ulkosynnyttimien normaali rakenne

5 Murrosiän normaali kehitys ja sukupuolihormonien vaikutus ulkosynnyttimiin

6 Löydökset emätinyhdyntöissä

6.1 Erotusdiagnostiikka

6.2 Löydösten ilmaantuvuus

6.3 Limakalvovaurioiden ja mustelmien paraneminen

6.4 Kipu

7 Johtopäätökset

8 Kirjallisuusviitteet

1 Tiivistelmä

Lasten ja nuorten seksuaalinen hyväksikäyttö voi ilmetä erilaisin tavoin, joista useat eivät aiheuta fyysisiä löydöksiä.

Mitä pidempi aika hyväksikäytön ja somaattisen tutkimuksen välillä kuluu, sitä harvinaisempia löydökset ovat, sillä vammat paranevat yleensä nopeasti.

Somaattisen tutkimuksen tekeminen ja löydösten tulkinta vaatii erityisosaamista.

Löydösten tarkastelussa pitää huomioida tutkittavan ikä ja murrosiän kehitysaste.

Fyysisille löydöksille on useimmiten monia mahdollisia syitä, joiden todennäköisyyttä tutkimuksen yhteydessä arvioidaan.

Fyysisistä löydöksistä seksikontaktin yksinään varmistavia ovat vain lapsen / nuoren kehosta löydetty siemenneste tai todettu raskaus.

Pieni lapsi ei yleensä osaa kuvata anatomisen tarkasti, mihin häntä on kosketettu. Kevytkin sukuelinten ja immenkalvon kosketus tuntuu pienestä lapsesta usein kivuliaalta. Lapsen kertoman perusteella saattaa herätä epäily penetraatiosta, vaikka hyväksikäyttö olisi kohdistunut ulkosynnyttimiin.

2 Lausunnon kirjoittajat

Elina Holopainen, naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri, nuorisogynekologi, nuorisolääketieteen erityispätevyys, lääketieteen tohtori. HUS Naistenklinikka, erikoislääkäri.

Minna Kanervo, lastentautien ja yleislääketieteen erikoislääkäri, sosiaalipediatri, lääketieteen lisensiaatti. HUS Uusi lastensairaala, osastonlääkäri.

Anna Kotiranta, lastentautien erikoislääkäri, nuorisolääketieteen erityispätevyys, lääketieteen tohtori. HUS Uusi lastensairaala, erikoislääkäri.

Eeva Nikkola, lastentautien erikoislääkäri, sosiaalipediatri, lääketieteen tohtori. HUS Uusi lastensairaala, erikoislääkäri.

3 Johdanto

Tämä on yleislausunto, jonka tarkoituksena on kuvata sukupuolielinten kypsymistä tytön kasvaessa ja murrosiän edetessä sekä yhdynnän mahdollisia vaikutuksia ulkosynnyttimiin ja emättimeen.

Tämä lausunto on laadittu ajankohtaiseen tieteelliseen tutkimustietoon perustuen. Näin ollen lausunto saattaa joiltain osin tarvita myöhemmin päivittämistä, mikäli jostain asiasta saadaan uutta tai tarkempaa tieteellistä näyttöä.

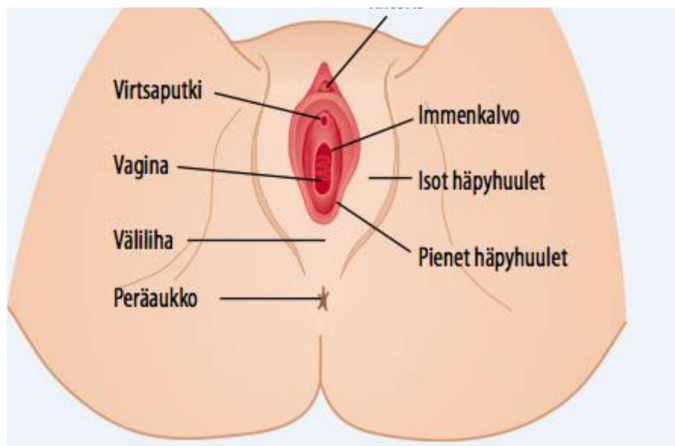
Tämä lausunto ei suoraan ole sovellettavissa jokaiseen yksittäiseen tapaukseen, vaan kutakin tapausta tarkasteltaessa tulee huomioida siihen mahdollisesti liittyvät erityispiirteet.

Murrosikä etenee tytöillä yksilölliseen tahtiin ja löydösten tulkinta vaatii niiden suhteuttamista murrosiän vaiheeseen. Siksi tytöt jaotellaan tässä lausunnossa kalenteri-iän sijaan murrosiän kehitysvaiheen perusteella kolmeen ryhmään:

1. Esmurrosikäiset, joilla murrosikä ei ole käynnistynyt.
2. Murrosikä on käynnistynyt, mutta tytöllä ei ole vielä kuukautisia.
3. Tytön kuukautiset ovat alkaneet ja murrosiän fyysinen kehitys on loppuillaan / läpikäyty.

4 Tytön ulkosynnyttimien normaali rakenne

Ulkosynnyttimet koostuvat ulommista ja sisemmistä häpyhuulista ja klitoriksesta. Klitoriksen alapuolelle avautuu virtsaputki ja sen alapuolella on emätinaukko (vagina). Emätinaukon alapuolella on väliliha, joka erottaa emätinaukon peräaukosta (Kuva 1, viite 1).

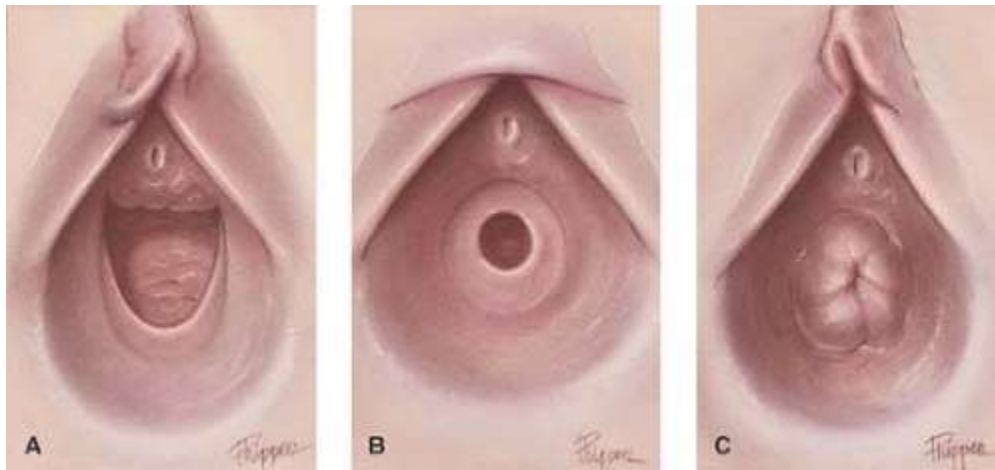


Kuva 1. Tytön ulkoisten sukuelinten rakenne.

Tytöillä on syntyessään immenkalvo (hymen) (viite 2). Immenkalvo on emättimen ulkosuuta ympäröivä limakalvorakenne. Se ei normaalisti ole yhtenäinen kalvo, joka peittää emättimen aukon ja ”puhkeaa” emätinyhdyntäessä. Sekä emättimen aukon koko että immenkalvon muoto ovat yksilöllisiä.

Immenkalvo voi kiertää koko emättimen ulkosuun ympäri tai se voi sijaita vain tietyssä osassa emätinaukkoa, esimerkiksi sen alaosassa. Immenkalvossa voi olla poimuja tai se voi olla sileä. Se voi olla ohut tai paksu, matala tai korkea.

Normaaleja immenkalvon muotoja ovat mm. puolikuun muotoinen (crescent), aukon ympäröivä (annular), poimuileva (fimbriated), liiljamainen (sleeve-like), välikalvoinen (septate) ja seulamainen (cribriform) muoto. Yleisimpiä muotoja lapsilla ovat puolikuun muotoinen (A), annulaarinen (B), poimuileva (C) tai liiljamainen immenkalvo. Vastaavat piirroskuvat lainattuna alkuperäisjulkaisusta (viite 3) on esitetty alla.



Harvinaisissa tilanteissa immenkalvo voi olla umpinainen, emättimen ulkosuun kokonaan peittävä (imperforate). Tällainen tilanne todetaan noin 0.3%:lla vastasyntyneistä (viite 2). Tällöin immenkalvo menee puhki viimeistään ensimmäisessä emätinyhdyntäessä, mutta usein immenkalvo joudutaan avaamaan jo aiemmin kirurgisesti, jotta kuukautisveri pääsee poistumaan.

Lapsella ja nuorella emättimen aukko voi olla supussa, jolloin ulkosynnyttimiä tarkasteltaessa emätinaukko voi vaikuttaa suljetulta ja immenkalvo yhtenäiseltä, umpinaisalta kalvolta emättimen ulkosuulla. Somaattisen tutkimuksen yhteydessä keittosuolaliuosta emätinaukon päälle tiputettaessa immenkalvo useimmiten avautuu, jolloin sen todellinen rakenne on luotettavammin tarkasteltavissa.

5 Murrosiän normaali kehitys ja sukupuolihormonien vaikutus ulkosynnyttimiin

Sukupuolihormoneja erittyy munasarjoista. Niiden eritystä säätelevät aivoista erittyvät hormonit. Tytön murrosikä käynnistyy näiden säätelyhormonien ansiosta, jotka puolestaan stimuloivat munasarjojen sukupuolihormonien (estrogeeni eli naishormoni) eritystä.

Tyttöjen murrosikä alkaa rintojen kasvulla ja pituuskasvun pyrähdyksellä. Ulkosynnyttimiin ilmaantuu valkovuotoa ja limakalvot kostuvat. Kuukautiset alkavat (=menarke) keskimäärin 2-3 vuoden kuluttua rintojen kasvun alkamisesta. Naishormonivaikutuksen lisääntyessä immenkalvo muuttuu joustavaksi ja poimuilevaksi. Häpy- ja kainalokarvoitus ilmaantuu useimmiten rintojen kasvun alettua. Normaalin murrosiän aikataulussa on suurta yksilöllistä vaihtelua. Taulukkoon 1 on kuvattu normaali vaihteluväli murrosiän alkamisessa (viite 4).

Murrosiän kehitystä kuvataan ns. Tannerin asteikolla, jonka perusteella luokitellaan tytön rintojen kehitysaste (M1-M5) sekä häpykarvoituksen ilmaantuminen (P1-P5). M1P1 tarkoittaa tilannetta, missä murrosikä ei vielä ole alkanut ja M5P5 puolestaan tilannetta, jossa murrosiän fyysinen kehitys on kokonaan läpikäyty.

Taulukko 1.

Normaali vaihtelu murrosiän alkamisessa (viite 4)

| | Ei ennen | Viimeistään |
|------------------|----------|-------------|
| Tytöt | | |
| • M2 | 8 v | 13 v |
| • P2 | 8 v | 13 v |
| • Kasvu nopeutuu | 9 v | 13 v |
| • Menarke | 10.5 v | 16 v |

6 Löydökset emätinyhdyntöissä

Ulkosynnyttimien ulkonäkö, immenkalvon malli ja joustavuus, emättimen limakalvojen kosteus ja hankauksen kestävyys sekä emättimen happamuus ja normaali bakteeristo muuttuvat naishormonin vaikutuksesta. Siksi löydösten tarkastelussa pitää huomioida tutkittavan ikä ja murrosiän kehitysaste.

6.1 Erotusdiagnostiikka

Seksuaalisen hyväksikäytön lisäksi moni muu syy, kuten esimerkiksi tulehdukset, vaatteiden hankaus, erilaiset ihosairaudet ja fyysiset traumat voivat aiheuttaa ulkosynnyttimiin fyysisiä löydöksiä. Erilaisten fyysisten löydösten esiintymistä ja niiden yhteyttä seksuaalisen hyväksikäytön todennäköisyyteen on pyritty luokittelemaan seuraavasti (viite 5):

- 1. Normaalit, lapsen ikään tai normaaliin anatomiaan liittyvät löydökset*
- 2. Löydökset, jotka eivät ole normaaleja, mutta joiden taustalla on yleensä muu syy kuin seksuaalinen hyväksikäyttö, ja jotka vaativat tarkempia lääketieteellisiä tutkimuksia*
- 3. Löydökset, jotka helposti sekoitetaan seksuaaliseen hyväksikäyttöön, mutta eivät johdu siitä vaan niille on jokin muu, lääketieteellinen syy*
- 4. Löydökset, joiden merkittävydestä ei ole asiantuntijoiden konsensusta tai toistaiseksi riittävästi tieteellistä tietoa, mutta jotka on liitetty osassa tutkimuksista hyväksikäyttöön*
- 5. Hyväksikäytön tai muun fyysisen trauman aiheuttamat muutokset*

Vastaavasti sukuelinten alueella ilmaantuvat tulehdustaudit ja niiden aiheuttajat on jaoteltu sen mukaisesti, kuinka todennäköisesti kyseinen tulehdus tarttuu vain sukupuoliyhteydessä.

Seksuaalirikosepäilyjen vuoksi tehdyissä somaattisissa tarkastuksissa esiin tulevien löydösten tulkinnessa käytetään apuna tätä jaottelua (viite 5). Fyysisistä löydöksistä seksikontaktin yksinään varmistavia ovat vain lapsen / nuoren kehosta löydetty siemenneste tai todettu raskaus.

6.2 Löydösten ilmaantuvuus

Julkaistuissa tieteellisissä tutkimuksissa on todettu, että fyysisten löydösten esiintyvyys riippuu tutkitusta potilasryhmästä, potilaiden iästä sekä epäillyn hyväksikäyttö- ja tutkimusajankohdan välisestä ajasta. Melko tuoreessa 1160 0-17 -vuotiasta tyttöä koskevassa tutkimuksessa hyväksikäytölle diagnostisia fyysisiä löydöksiä löytyi 21,4 %:lla akuutisti tutkituista (73/340) ja 2,2 %:lla (26/1160) myöhemmin tutkituista tytöistä (viite 6).

Esimurrosikäiset: Esimurrosikäisen tytön limakalvot ovat luontaisesti punoittavat eikä valkovuotoa normaalisti esiinny. Immenkalvon malli vaihtelee, kuten edellä on kuvattu. Immenkalvo joustaa huonosti ja repeytyy helposti venytyksessä. Fyysiset vauriot kuitenkin parantuvat yleensä nopeasti. Somaattisia löydöksiä todetaankin harvoin >72 tuntia vammoja aiheuttaneen tapahtuman jälkeen (viite 7). Akuutin seksuaalisen hyväksikäytön epäilyn vuoksi tutkituista 3569 lapsesta fyysisiä löydöksiä todettiin 14,2 %:lla, kun tutkimus tehtiin <72 tuntia tapahtumasta. Yli 72 tuntia tapahtuman jälkeen löydöksiä todettiin vain 4,5 %:lla (viite 8).

Murrosikä käynnistynyt: Murrosiän käynnistymisen jälkeen limakalvot muuttuvat estrogeenin vaikutuksesta paksummiksi ja venytystä paremmin kestäviksi, jolloin vammoja ei niin herkästi synny. Pinnalliset vauriot myös paranevat nopeasti. Murrosiän kehityksessä pidemmällä olevien tyttöjen hyväksikäyttö on useammin penetratiivista kuin pienillä lapsilla. Tätä puoltaa esimerkiksi tutkimus (viite 8), jossa fyysisiä löydöksiä sukuelimissä todettiin akuuttitilanteessa >12-vuotiailla tytöillä selvästi useammin kuin tätä nuoremmilla (13,9 vs 2,2 %).

Murrosiän fyysinen kehitys on loppuillaan tai läpikäyty: Limakalvojen joustavuuden ja venyvyyden vuoksi emättimeen kohdistunut yhdyntä (vapaaehtoinen tai pakotettu) ei välttämättä jätä mitään jälkiä akuutisti tai pitkäaikaisesti. Esimerkiksi tutkimuksessa, jossa tarkasteltiin 36 raskaana olevan teini-ikäisen tytön ulkosynnyttimiä, pysyvä traumaan sopiva löydös todettiin vain kahdella (5,5 %) (viite 9).

6.3 Limakalvovaurioiden ja mustelmien paraneminen

Limakalvovauriot paranevat nopeasti. Verenkierto limakalvoilla on runsasta, joten limakalvon solujen uusiutumiskyky on erinomainen. Pinnalliset hankaumat, naarmut ja verenpurkaumat (petekkiat) paranevat yleensä 1-3 vuorokaudessa. Pinnalliset repeämät immenkalvossa paranevat usein viikossa. Limakalvojen verirakot ilmaantuvat muutaman päivän kuluessa vammasta ja häviävät viimeistään kuukauden kuluessa (viite 10).

Mustelmien ilmaantuminen ja paraneminen vaihtelevat yksilöllisesti. Mustelmat voivat ilmaantua iholle tai limakalvolle vasta 1-2 päivää trauman jälkeen ja ne häviävät yleensä viimeistään kahdessa viikossa. Mustelmat paranevat limakalvoilta nopeammin kuin iholta. Mustelman ulkonäön perusteella ei voida määrittää sen syntymisajankohtaa.

6.4 Kipu

Immenkalvo on esimurrosikäisellä lapsella herkkä kosketukselle ja lapsi kokee pienenkin koskettamisen immenkalvoon usein kivuliaana. Murrosiässä hormonien vaikutuksesta immenkalvo paksuuntuu, tulee myötäväksi ja kipuherkkyys vähenee. Murrosiän alkamisen jälkeen yhdynnässä koettuun kipuun voivat vaikuttaa hyvin monet seikat, kuten kipuherkkyys ja muut yksilölliset ominaisuudet, tilanteessa käytetty väkivalta, käytetyt liukasteet ja päihtymys. Näihin seikkoihin ei oteta tässä lausunnossa kantaa.

7 Johtopäätökset

Valtaosa erityisesti esimurrosikäisen tytön ulkosynnyttimiin ja emättimeen kohdistuvasta hyväksikäytöstä on sormin tai suulla koskettelua, eikä emättimeen työntyvää penetraatiota (viite 7). Tällainen hyväksikäyttö ei useimmiten aiheuta mitään ulkoisia jälkiä.

Mitä nuoremmasta lapsesta on kyse, sen vaikeampi hänen on hahmottaa, onko hyväksikäyttö suuntautunut ulkosynnyttimien pinnalle vai emättimeen sisälle (viite 7). Kuten edellä on kuvattu, pieni lapsi kokee immenkalvon vähäisenkin koskettamisen usein kivuliaana. Lapsen kertoman perusteella saattaa herätä epäily penetraatiosta, vaikka hyväksikäyttö olisi kohdistunut ulkosynnyttimiin. Tämä voi osaltaan selittää löydösten puuttumista ja herättää vaikutelman ristiriidasta lapsen kertomuksen ja löydösten välillä.

Murrosiässä pidemmällä olevilla ja murrosiän läpikäyneillä tytöillä hyväksikäyttö on useammin penetroivaa. Tuolloin akuuttitilanteessa voidaan joskus, mutta ei kuitenkaan aina, todeta fyysisiä muutoksia. Mahdolliset muutokset paranevat nopeasti, joten myöhemmin tehtävässä tutkimuksessa niitä ei usein enää todeta. Fyysisten muutosten puuttuminen ei poissulje emätinyhdyntäen mahdollisuutta, mikä on osoitettu mm. raskaana olevien teini-ikäisten tutkimuksessa (viite 9).

Erytisesti pienten lasten kohdalla iso osa hyväksikäyttöepäilyistä herää ja tutkimuksia tehdään, kun viimeisestä mahdollisesta tapahtumasta on viikkoja tai kuukausia. Tuolloin mahdolliset fyysiset vammat ovat useimmiten parantuneet. Mitä pidempi aika hyväksikäyttötilanteen ja somaattisen tutkimuksen välillä on, sitä epätodennäköisemmin todetaan fyysisiä vammoja. Tämä pätee kaikenikäisiin tutkittaviin.

Fyysisten vammojen puuttumiseen somaattisessa tutkimuksessa on edellä esitetyn mukaisesti useita syitä. Mahdollisten löydösten tulkinta vaatii erityisosaamista.

8 Kirjallisuusviitteet

1. Unkila-Kallio L, Vuori-Holopainen E. Seksuaalirikosuhrien somaattinen tutkiminen – uhrina nainen. *Duodecim*, 2015;26-32.
2. Berenson A et al. Appearance of the Hymen in Newborns. *Pediatrics* 1991 Apr;87(4):458-65.
3. Pokorny SF. Configuration of the Prepubertal Hymen. *Am Obst Gynecol* 1987 Oct;157(4 Pt 1):950-6.
4. Raivio, Taneli. Puberteettikehitys ja sen häiriöt. Lääkärin käsikirja. <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/ykt00674/search/puberteetti>
5. Adams JA, Farst KJ, Kellogg ND. Interpretation of medical findings in suspected child sexual abuse: an update for 2018. *J ped Adolesc Gynecol* 2018;31:225-231.
6. Gallion HR, Milam LJ, Littrel LL. Genital findings in cases of child sexual abuse: genital vs vaginal penetration. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2016;29:604-611.
7. Adams JA. Sexual abuse in children: what the general practice OB/Gyn Needs to know? *Clin Obst Gyn* 2020; May1.
8. Smith TD, Ramen SR, Madigan S, et al. Ano-genital findings in 3569 pediatric examinations for sexual abuse/assault. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2018;31:79-83.
9. Kellogg ND, Menard SW, Santos A. Genital anatomy in pregnant adolescents: "normal" doesn't mean "nothing happened". *Pediatrics* 2004;223:e67-e69.
10. McCann J, Voris J, Simon M. Genital injuries resulting from sexual abuse: a longitudinal study. *Pediatrics* 1992;89:307.