



DERLEME

KULAK BURUN BOĞAZ UYGULAMALARINDA ADLİ TIBBİ YAKLAŞIM VE RAPORLANDIRMA

Dr. İbrahim SAYIN¹, Dr. Oğuzhan EKİZOĞLU², Dr. Ahmet ALTINTAŞ¹, Dr. Fatma Tülin KAYHAN¹,
Dr. Nadir ARICAN³

¹Bakırköy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, İstanbul, Türkiye ²Bakırköy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Adli Tıp Birimi, İstanbul, Türkiye ³İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Adli Tıp Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Kulak Burun Boğaz hastalıkları uygulamalarında adli tıp kapsamında değerlendirilen olgular sıklıkla bilgi güncellemesi gerektirir. Zaman içerisinde gerek yasaların değişmesi gerekse olgulara tıbbi yaklaşımların değişmesi ile adli tıbbi değerlendirmede farklılıklar oluşmaktadır. Ülkemizde de Türk Ceza Kanunu 26/9/2004 tarihinde değişmiş ve Haziran 2005 tarihi itibarı ile adli tıbbi uygulama yeni belirlenen esaslar çerçevesinde uygulanmaya başlanmıştır. Kulak Burun Boğaz alanında da adli tıbbi değerlendirme alanına giren genel ve özel kavramlarda değişiklikler oluşmuştur. Bu yazıda Kulak Burun Boğaz uzman ve asistanlarının yapacakları adli tıbbi değerlendirmelerde ilgili temel hukuki ve adli tıbbi kavramların belirtilmesi, spesifik değerlendirmelerin sınıflandırılmış halde sunulması ve uygulamada dikkat edilmesi gereken noktaların vurgulanarak; yapılandırılmış olgu sunumları ile adli olgu değerlendirmesi ve raporlandırılmasında yardımcı olabilecek bir kaynağın sunulması amaçlanmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Kulak Burun Boğaz uygulamaları, adli tıp, adli rapor

FORENSIC APPROACH AND REPORTING IN ENT PRACTICE

SUMMARY

In Ear, Nose and Throat (ENT) practice, subjects assessed in context of forensic scope, often requires the updating of forensic and legal information. Changes in law and differences in medical approach over time also lead a change in forensic evaluation. In Turkey, the Turkish Penal Code was changed on 26/09/2004 and new forensic medical practice has begun application after June 2005. ENT practices which are in the field of forensic medical evaluation were also changed in terms of general and specific concepts. The aim of this article is to note the basic concepts of legal and forensic medicine and to note the specific assessments as classified with emphasis on the points to be considered in practice. Also with structured case reports this article aimed to present a resource that can help ENT specialists and assistants in forensic medical evaluations and reporting.

Keywords: ENT practice, forensic, forensic reporting

GİRİŞ

Tüm hekimlerin adli olgu ile karşılaştığında yerine getirmekle zorunlu olduğu görevlerden birisi de adli rapor düzenlemektir^{1,2}. Adli rapor, temelinde kişilerin görmüş olduğu zararın yasalar çerçevesinde karşılığının ortaya çıkmasını sağlayan tıbbi dökümantasyondur. Bu dökümantasyon ise genel klinik uygulamaların dışında bazı özel bilgilerin ve prosedürlerin bilinmesini gerektirir. Tüm klinik uygulamalarda zaman içinde değişimler olduğu gibi adli tıbbi uygulamalarda yasaların ve tıbbi uygulamaların değişimine paralel olarak güncellenmektedir.

Hekimler temel klinik uygulamalarındaki değişimleri ve yenilikleri takip ettikleri ve uyguladıkları gibi, yasal ve adli tıbbi uygulamalardaki değişimleri de takip etmeli ve bu alandaki bilgilerini de güncellemelidir. Mevcut temel hukuki ve adli tıbbi bilginin eksikliği adli tıbbi uygulamalarda eksikliklere ve yargı sürecinde hekimin hukuki sorunlarla karşılaşmasına neden olabilir³.

Ülkemizde hekimler açısından adli tıp uygulamaları hekimlerin çalıştığı bölgelere ve merkezlere göre farklılık göstermektedir. Bu farklılığı çalışılan bölgede Adalet Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu'na bağlı birimler, Üniversitelerin Adli Tıp Anabilim Dallarına veya nadir de olsa çalıştığı hastanede adli tıp uzmanı bulunması yaratmaktadır. Bu yapılanmaların olduğu bölgelerde genellikle klinisyenler adli raporlarını geçici rapor (daha doğru tanımlama ile ön rapor) adı altında düzenlemekte ve adli raporun sonuçlandırılmasını bu birimlere bırakmaktadır. Ancak bu birimlerin bulunmadığı

İletişim kurulacak yazar: Dr. İbrahim Sayın, Bakırköy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, İstanbul, Türkiye, E-mail: dibrabrahimsayin@yahoo.com

Gönderilme tarihi: 04 Mart 2012, yayın için kabul edilme tarihi: 21 Nisan 2012



alanlarda çalışan klinisyenler ise adli makamların isteği ile spesifik adli tıbbi değerlendirme yapmak ve daha sık kullanılan adı ile kati-kesin rapor düzenlemek durumunda kalmaktadırlar⁴ Ön rapor kavramında klinisyenlerin adli tıp değerlendirmesine esas oluşturacak korelasyonda veri vermesinde sorunlar yaşanmakta, bu nedenle sıklıkla adli birimlerden eksik/hatalı rapor ya da ek bilgi istemi şeklinde geri dönüşler yaşanmaktadır. Spesifik adli tıbbi değerlendirme yapması istenen klinisyenler ise en sık hazırladıkları raporlardaki bilgi eksikliği ve adli makamlardan yine eksik-hatalı rapor dönüşleri sorunlarını yaşamaktadır. Bu nedenle olgulara medikolegal yaklaşımın bilinmesi ve olgularda gerekli multidisipliner çalışmanın yapılması bu alanda yaşanan sorunları azaltabilecektir⁵.

Türk Ceza Kanunu (TCK)'nın 2004 yılında değişmesini takiben farklılaşan ceza kavramları ile kişilerin üzerinde oluşan zararların adli tıbbi değerlendirmesinde en başta temel kavramlar olmak üzere bir çok spesifik değerlendirmede değişiklik yapılmıştır. Haziran 2005'de Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu; Adli Tıp Uzmanları Derneği ve Adli Tıp Derneği tarafından yeni TCK çerçevesinde düzenlenecek adli raporlar için kılavuz yayınlanmış⁶, ardından 22.09.2005 tarihinde Sağlık Bakanlığı bu kılavuz çerçevesinde "Adli tabiplik hizmetlerinin yürütülmesinde kullanılacak esaslar" başlıklı genelgesini yayınlamıştır⁷.

TCK ilgili değerlendirmeleri

TCK ikinci bölümü vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suçları tanımlamaktadır⁸. Madde 86-87-88 ve 89 kapsamında tanımlanan kavramlar yaralama eyleminin kişi üzerinde yarattığı etkileri temel olarak;

1. Basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif yaralanmalar

2. Başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan yaralanmalar

şeklinde ayırmakta ayrıca ağırlaştırıcı nedenler olarak yaralanmanın;

1. Yaşamını tehlikeye sokan bir duruma

2. İyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine,

3. Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına ya da yitirilmesine,

4. Konuşmasında sürekli zorluğa ya da konuşma yeteneğinin kaybolmasına

5. Yüzünde sabit ize ya da yüzünün sürekli değişikliğine,

6. Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun vaktinden önce doğmasına ya da düşmesine,

7. Çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına neden olup olmamasına göre ceza ağırlığını belirlemektedir. TCK ile gelen yeni kavramlardan birisi de

"Kemik kırılması veya çıkığının, kırık veya çıkığın hayat fonksiyonlarına etkisine" göre cezanın ağırlığını belirleyen faktörlerden birisi olarak ayrı bir yaralanma olarak tanımlanmış olmasıdır

Adli tıbbi persektif

TCK'da belirtilen kavramların tıbben karşılıklarının tanımlanması ve belirli bir standardizasyon oluşturarak hekimler arasında yorum farkına neden olmadan herkes için eşit ve uygulanabilir bir adli tıbbi rehber gereksinimden yola çıkılarak ülkemizde ilk olarak Balcı ve ark. tarafından 2003 yılında anatomik bir skorlama sistemi olan Abbreviated Injury Scale (AIS) üzerine çalışmalar yapılmış⁹, son olarak Balcı, Çetin ve Güzel editörlüğünde bir rehber oluşturulmuştur⁶. Adli tıbbi uygulamalarda sıklıkla yazılı evrak (adli rapor, epikriz, tetkikler vs..) üzerinden değerlendirme yapıldığından fizyolojik skorlama sistemleri yerine anatomik bir skorlama sistemi olan Kısaltılmış Yara Cetvelinden (Abbreviated Injury Scale) yararlanılmıştır¹⁰

Temel olarak adli tıbbi uygulamada yaralanmalar:

• Basit Tıbbi Müdahale (BTM) ile giderilebilir (HAFİF)

• Basit Tıbbi Müdahale ile giderilemez (Yasada belirtilen başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan yaralanmaları karşılar) (ORTA)

• Yaşamını tehlikeye sokacak nitelikte olup olmadığı (AĞIR)

olarak sınıflandırılmış, bu amaçla AIS sınıflandırmasından yararlanılmıştır. AIS tüm yaraları ağırlık açısından en küçük ağırlık birimi 1, en büyüğü 6 olacak şekilde 6 gruba ayırmaktadır, Tablo 1 de AIS ve Modifiye AIS puanları ve adli tıbbi uygulaması gösterilmiştir [AIS skoru 6 En ağır yaralanmalar, ölümün kaçınılmaz olarak beklendiği hastaları (maximum injury-virtually unsurvivable) tanımlamakta olup listede yer verilmemiştir].



Tablo 1. AIS ve Modifiye AIS puanları ve TCK uygulamaları

AIS skoru	Modifiye AIS skoru	Yaralanma Ağırlığı	TCK uygulaması
1	1	Minör yaralanmalar (minor)	(Hafif); BTM ile giderilebilir
2	2	Orta derecede yaralanmalar (moderate)	(Orta); BTM ile giderilemez
3	3	Ciddi yaralanmalar (serious)	(Ağır); Yaşamsal Tehlike
4	3	Ağır yaralanmalar (severe)	(Ağır); Yaşamsal Tehlike
5	3	Durumu kritik olan hastalar (critical)	(Ağır); Yaşamsal Tehlike

Basit Tıbbi Müdahale

Basit bir tıbbi müdahale yasa koyucu tarafından tanımlanmış olmakla birlikte bir hekim için ifade ettiği anlam değişkenlik gösterebilir. Bir yaralanmanın basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilir olup olmaması tanım olarak yoruma açık olsa da; ilgili adli tıp kılavuzu tarafından sınırları netleştirilmiştir.

Yapılandırılmış olgu:

1. Sağ maksillar alandan başlayarak mentum laterale uzanan 6 cm uzunluğunda laserasyon ve sol angulus mandibula üzerinde 5 cm laserasyon izlenmiş olup yaralar suture edilmiştir.

2. Sağ maksillar alandan başlayarak mentum laterale uzanan 7 cm uzunluğunda laserasyon izlenmiş olup yaralar suture edilmiştir.

Tanımlanan iki olgunun adli tıbbi değerlendirmesinde 1 nolu yaralanma BTM ile giderilemez, 2 nolu yaralanma ise BTM ile giderilebilir niteliktedir.

Adli tıp uygulamalarında hekimlerin bir yaranın suture edilmesini BTM kriteri olarak kullanması sıklıkla karşılaşılan bir sorundur. Bu noktada bir yaranın BTM açısından değerlendirmesinde yapılan tedavi şeklinin yeri olmadığını hatırlamak gereklidir. Tedavi şekli ya da tanıya ulaşılırken kullanılan metodun invazivliği ya da kompleksliği yara ağırlığının değerlendirmesinde primer olarak belirleyici değildir. Yapılandırılmış olguda da vurgulanmak istendiği gibi yumuşak doku yaralanmaları açısından yapılacak değerlendirme kriterlerinde yaranın yüz bölgesinde toplam 10cm'den küçük ya da büyük olması dışında BTM'yi etkileyen kriter bulunmamaktadır. Aynı yüz alanlarında aynı tedaviyi gören iki yaradan 1 nolu örnekte verilen yara toplam 12cm (>10cm; BTM ile giderilemez), 2 nolu örnekte verilen yara toplam 7 cm (<10cm; BTM ile giderilebilir) özelliktedir. BTM ile giderilemeyecek nitelikte yaralanmalarda KBB alanı ile ilgili kriterleri Tablo 2.de sunulmuştur.



Tablo 2. BTM ile giderilemeyecek nitelikte yaralanmalar

YARA NİTELİĞİ

Tüm vücut alanına göre yüzey alanı yaklaşık olarak yüz ya da elde %5, vücudun diğer bölgelerinde %10'dan fazla olan abrazyon, kontüzyon ya da avülsiyonlar

Yüz ya da elde toplam 10 cm, vücudun diğer bölgelerinde toplam 20 cm'den büyük laserasyonlar

Saçlı deride 100 cm²'den az pediküllü flep yaralanmaları

Mermi çekirdeği yaralanması; yumuşak doku seyirli; birden fazla

Saçma yaralanması; yumuşak doku seyirli; çok sayıda

1. derece yanık: Beş yaş ve altında % 20'den fazla,

2. derece yanık: %10-20 (5 yaş altı çocuklarda %5-15)

3./4. derece yanık: %10'dan az

Kranial sinir yaralanmaları (Diğer kafa içi değişimlerin eşlik etmediği)

Glasgow Koma Skoru: 9-13 arası

Belirlenmiş 5 dakikadan uzun süren bilinç kaybı,

Travma sonrası bilinç kaybı olmamakla birlikte fokal nörolojik defisit (kranial sinir, hissi- motor belirti),

Travma sonrası 24 saatten uzun amnezi

Yüz bölgesindeki her türlü sinir lezyonu

Kulak kemiklerinde kemik zincir kopukluğu

Denge aygıtında yaralanma (iç kulakta labirent kontüzyonu)

Timpanik membranda yırtık

Kulak kepçesinde kısmi ya da total kopuk

Dilde derin ve geniş laserasyon, kopma ya da kesiler

Stenon kanalı yaralanması

Larinkste (tiroid ve krikoid kartilaj dâhil) perforasyonsuz, tüm katları içermeyen mukozal yırtık tarzındaki laserasyonlar

Tükrük bezlerinde kesi ya da duktal lezyonlarla birlikte olan lezyonlar

Tiroid bezinde laserasyon

Vokal kordlarda lezyon

Tiroid kartilajda kırık veya kesi



Yaşamsal tehlike

Basit tıbbi müdahale kavramı için yaşanan anlamsal sıkıntı yaşamsal tehlike kavramı için de oluşmaktadır. Hasta değerlendirildiği sırada yaşam kavramı, hekim için yaralanmanın ağırlığından daha fazla fizyolojik verilerle cevaplanan bir kavramdır. Yaşamın tanımladığı ve adli tıbbi kılavuz ile sınıflandırılan yaşamsal tehlike olay anında oluşan tehlikeyi tanımlar. Bu açıdan tıbbi desteğe ulaşma süresi, kalitesi veya hiç ulaşamama gibi kavramlar göz önünde bulundurulmamalıdır.

Yapılandırılmış olgu:

Boyun bölgesinden kesici delici alet yaralanması sonucu acil olarak ambulans ile hastaneye getirilen ve V.Jugularis eksterna yaralanması tespit edilerek opere edilen olgu. Olay ile ilgilenen polis memurları ameliyathane çıkışında

sözel olarak ya da serviste yazılı halde Cumhuriyet Savcısı'nın özellikle hayati tehlike sorduğunu ifade ederek bilgi istemektedir.

Hekim post-op herhangi bir sorunu olmayan ve başarılı bir cerrahi sonrası vital bulguları stabil olan hastası için hayati tehlikesi yoktur ya da geçmiş demidir.

Olguda hekimin olguya klinik yaklaşımla vermiş olduğu bilgi; ceza davasının seyrini ilk andan itibaren oldukça etkileyebilir. Büyük damar yaralanmaları yaşamsal tehlike kriteri olarak tanımlanmış ve bu damarlar rehberde tanımlanmıştır. Bu gibi olgularda hekimin yaşamsal tehlike kriterleri ile bilgisi net değilse risk almamak adına yaşamsal tehlike vardır demesi de yanlış bir yaklaşım olacaktır. Yaşamsal tehlikenin KBB alanı ile ilgili kriterleri Tablo 3.de sunulmuştur.

Tablo 3. Yaşamsal tehlike niteliğinde yaralanmalar

YARA NİTELİĞİ

Saçlı deride, kanlanması bozulmuş, 100 cm² den fazla pedikülsüz flep yaralanmaları

Total ya da totale yakın skalp kaybı

Yaklaşık % 20'den fazla kan kaybına işaret eden klinik bulguların mevcut olduğu laserasyon ya da avülsiyonlar

2. derece yanık: %20'den fazla (5 yaş altı çocuklarda %15'ten fazla)

3./4. derece yanık: %10'dan fazla

Vücuttan elektrik akımının geçtiğine dair pozitif bulgular mevcutsa ve/veya Sağlık personeli tarafından kardiopulmoner resusitasyon uygulanmışsa

Kafa içi tüm damarlardaki travmatik değişimler

Tüm kafa içi travmatik değişimler

Başlangıç Glasgow Koma Skoru 8 ve altında (bilinci kapalı)

Larinkste (tiroid ve krikoid kartilaj dâhil) perforasyon ve tüm katları içeren laserasyon ile daha ağır lezyonlar

Farinks ve retrofaringeal bölgede tanımlanmış her tür perporasyon ya da daha ağır lezyonlar

Yaşamsal tehlike niteliğinde damar yaralanmaları

A. Carotis Communis, A. Carotis Interna, A. Carotis Externa, A./V. Facialis, A./V. Maxillaris, A./V. Occipitalis, A./V. Temporalis Superficialis, V. Jugularis Interna, V. Jugularis Externa, Truncus Brachiocephalicus, V. Brachiocephalica, A./V. Subclavia, A./V. Thoracica Interna (A. Mammaria Interna), A. Vertebralis, Truncus Thyreocervicalis, A./V. Thyroidea Inferior, A./V. Thyroidea Superior, A./V. Lingualis, A./V. Axillaris, A./V. Brachialis, A. Ulnaris, A. Radialis, A./V. Femoralis (Superficialis), A. Profunda Femoris, A./V. Poplitea, A. Tibialis Posterior, A. Dorsalis Pedis, A. Dorsalis Penis, V. Dorsalis Penis Profunda, A. Sacralis Media, A. Intercostalis, A. Obturatoria, A. Glutea Superior, A. Glutea Inferior, A. Umbilicalis, V. Saphena Magna, A. Pudenda Interna, A. Spermatica, A. Testicularis/Ovarica, A. Uterina, A. Lienalis, A. Renalis.



Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflaması/yitirilmesi

Tanımlama olarak duyular açısından KBB alanı ile ilgili üç temel kavramı “İşitme-Koklama-Tatma” içermektedir. Tanımın içinde de belirtildiği üzere her bir kulak ayrı bir duyu organı olarak değerlendirilir. Organdaki anatomik kayıp ve/veya fonksiyonel bozukluğun o organın kendi anatomik yapısı ve/veya fonksiyonuna göre %10-50 arasındaysa işlevin sürekli zayıflaması, % 50'nin üstünde ise işlevin yitirilmesi olarak değerlendirilir. KBB alanı için oldukça geniş bir alanı kaplayan bu değerlendirmeler için sadece 50-80 dB arası işitme kaybı işlevde sürekli zayıflama, 80 dB üzeri işitme kaybı işlev kaybı olarak tanımlanmış diğer olası tüm değerlendirmeler için herhangi bir somut kriter getirilmemiştir.

Yüzde sabit ize - yüzün sürekli değişikliğine neden olma

Yüz bölgesi ile değerlendirmelerde öncelikli olarak adli tıbbi açıdan yüz sınırları bilinmelidir. Yüz kişiye cepheden bakıldığında üstte saçlı deri sınırı (saçı dökülen ya da azalan kişilerde görülebilen frontal bölge dahil), yanlarda kulaklar dahil olmak üzere kulakların arkasından inen hayali düz çizgilerin her iki klavikula ile kesiştiği noktalar ile altta fossa jugularisten başlayıp yanlara doğru klavikularını takip eden çizgiler arasında kalan bölge olarak tanımlanmaktadır. Yüz bölgesi yaralanmaları açısından yaralanma esnasında, yüz sınırları içerisinde oluşan yaranın iyileştikten sonra bıraktığı iz, gün ışığında veya iyi aydınlatılmış bir ortamda, insanlararası sözel diyalog mesafesinden (1-2 metre) ilk bakışta belirgin bir şekilde fark edilebilir durumda ise yüzde sabit izden bahsedilir. Sabit iz değerlendirmesi için temel kriter iyileşmenin tamamlanmış olmasıdır. Bu açıdan hekim en az 6 ay ya da kendi uygun göreceği daha uzun bir süre sonra değerlendirme yapılmalıdır. Değerlendirme yapılacak kişi daha önce görülmeyen bir hasta ise yetkili makam onaylı olay öncesi tüm yüzün net değerlendirildiği fotoğrafları ve olay sonrası tüm tıbbi belgeleri istenilmeli ve değerlendirme bu verilere göre yapılmalıdır. Eğer, yüz sınırları içinde

oluşan yaralanmanın bıraktığı iz, o kişiyi önceden tanıyanların onu tanımada duraksamaya yol açacak şekilde yüzün doğal görünümünü bozmuş ise bu durumda yüzde sürekli değişiklikten bahsedilir.

Konuşmada sürekli zorluk / konuşma yeteneğinin kaybı

KBB açısından özellikle dil ve ses telleri ile yardımcı anatomik yapıların yaralanması halinde değerlendirilmelidir. Konuşmanın kafa içi patolojiler nedeni ile bozulduğu durumlarda bu değerlendirme nörolog ve beyin cerrahları ile birlikte yapılmalıdır. Duyu organlarının işlevinin değerlendirilmesi açısından ortaya çıkan kriter yokluğu konuşma kavramı içinde geçerli olup değerlendirmeye esas bir kriter yoktur.

Kişinin iyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa/ bitkisel hayata girmesine neden olma

Yaralanma ağırlığı tek başına bir organ ve/veya yapının kaybına neden olabileceği gibi tedavi sonrasında da geri dönüşümsüz bir şekilde bir kayba neden olabilir. Boyun bölgesinde bir kesici delici alet yaralanması vokal kordların geri dönüşümsüz bir şekilde hasarına yol açarak kişide iyileşmesi olanağı bulunmayan bir durum yaratabilir.

Vücutta kemik kırılmasının değerlendirilmesi

Vücuttaki kemik kırıkları, kırığın hayat fonksiyonlarına etkisine göre sınıflandırılır. Bu sınıflandırmada AIS sistemi içinde tanımlanan puanların karşılığı HAFİF (1), ORTA (2-3) ve AĞIR (4-5-6) şeklindedir. Eklem çıkıkları bu sınıflama içinde değerlendirilmiştir.

Kişide birden fazla kemik kırığı bulunuyorsa özel bir skorlama sistemi uygulanmalıdır. Bu sistemde kırılan her bir kemiğin ağırlık derecesinin kareleri alınarak toplanacak ve sonucun karekökü alınacaktır. Sonuç yuvarlama açısından 0.5 altı ve üstü olarak yapılacaktır. KBB alanı ile ilgili olarak kemik kırıklarının puanlandırması Tablo 4 de sunulmuştur.



Tablo 4. Kırık tipi ve puanlaması

KIRIK TİPİ	PUAN
Kafa kaidede kırık	4
Etmoid kemiği kırığı (Kafa tabanını ilgilendirmeyen)	2
Etmoid kemiği kırığı (kafa tabanında kırık varsa)	4
Mastoidde çökme	4
Frontal sinüs dış lamina kırığı	2
Frontal sinüs iç lamina kırığı	3
Frontal sinüs iç-dış lamina kırığı	4
Styloid kırığı (müstakil)	1
Petros kemik kırıkları	4
Burun kemiğinde lineer kırık veya uçta kopma kırığı	1
Burun kemiğinde parçalı kırık, çökme kırığı	2
Zigomatik kemikte lineer kırık	2
Zigomatik kemikte parçalı veya çökme kırığı	3
Maxillada kırık (Kapalı)	2
Maxillada kırık (Açık)	3
Lefort I	2
Lefort II	3
Lefort III	4
Mandibulada kırık	2
Mandibulada parçalı kırık	3
Mandibulada açık kırık	3
Temporo-mandibular eklem çıkığı	1
Alveol kırığı	2
Hyoid kırığı	2
Troid kırık/kırık kırığı veya kesigi	2

Yapılandırılmış olgu

Trafik kazası sonucu zigomatik kemikte lineer kırık ve mandibulada parçalı kırığı bulunan kişinin kemik kırıklarının yaşam fonksiyonlarına etkisi;

Zigomatik kemik lineer kırığı (2) puan (Orta)

Mandibula parçalı kırığı (3) puan (Orta)

Sonuç: $\sqrt{2^2+3^2}=\sqrt{4+9}=\sqrt{13}=3,6 \rightarrow 4$ (Ağır)

Vücuttaki kemik kırıklarının hayat fonksiyonlarına etkisi Hafif (1), Orta (2-3) ve Ağır (4-5-6) olarak sınıflandırıldığında ve birden fazla kırık olması nedeni ile skorlama yapılarak; şahısta saptanan kırıkların müştereken; hayat fonksiyonlarını AĞIR (6) derecede etkileyecek nitelikte olduğu bildirilmelidir.

Kemik kırılmalarında tek başına klinik bulgular ile karar vermek adli tıbbi açıdan kırığın belgelendirilmesi için sorun oluşturmaktadır. Gerek aksi iddiaların ispatlanması gerek geriye dönük soruşturmalar açısından adli olgu niteliğinde bulunan maksillofasiyal kırıklar mutlaka radyolojik görüntüleme ile desteklenmelidir. Nasal kırıklar gibi fizik muayene ile karar verilebilen ve tedavisi uygulanan durumlar en sık sorunlu durumları oluşturmaktadır¹¹. Diğer taraftan raporlandırmadan önce mümkünse radyoloji raporunun beklenmesi mümkün değilse adli raporda radyoloji raporunun da değerlendirilmesi gerektiği belirtilmelidir.

SONUÇ

Adli olay sonucu yaralanan hastanın iyileşme sürecinde yapılan tıbbi müdahalelerin yanısıra o kişinin yasal süreçte hak kaybına uğramaması da önemlidir. Hekim, sorumlulukları gereği, hak kaybı



yaratmamak için hastasının gördüğü zararı doğru, anlaşılabilir ve eksiksiz şekilde belgelemekle yükümlüdür. Doğru bir adli tıbbi yaklaşım kişilerin haklarının korunması kadar hekimin eksik veya hatalı uygulamalar ve bunun sonucu oluşan adli tıbbi eksiklikler nedeniyle ortaya çıkabilecek soruşturmalardan kaçınması için de önemlidir. Hekimin adli olgu ile karşılaştığı zaman bildirim yükümlülüğü ile başlayan sorumluluğu adli raporun doğru ve eksiksiz şekilde yazılması ile devam eder. Hekimin adli olgularda idari sorumluluğu dışında mesleki ve cezai sorumluluğunu da ortaya çıkaran bu kavramlara dikkat etmesi gerekmektedir. Adli olgular ile ilgili eksikliklerin idari cezalardan (uyarı, kınama vs.) hapis cezasına varan bir çerçevede değerlendirilebilecek kusurlar olduğu akıldan çıkarılmamalıdır. Adli tıp ile ilgili olarak temel unsurlardan birisi yara kavramıdır. Hasar ve yara ilişkisi ile yaranın temel özelliklerini, adli tıbbi sınıflandırmalarını ve olay ile ilgili nedensellik bağı, yazı içerisinde belirtilen sınıflandırmalarda kullanılan terminolojileri dikkate alarak değerlendirmek gerekir¹². Tek başına karar verilemeyen durumlarda konsültasyon gerekliliği tüm tıbbi uygulamalarda ortaya çıkan bir zorunluluktur. Gerekli olduğu hallerde konsültasyon istememek ise hekime sorumluluk yüklemektedir. Adli tıbbi değerlendirmelerde ruhsal değerlendirmenin önemini de hatırlamak gereklidir. Fiziksel sağlığın bozulması kadar ruhsal sağlığın da travma sonrası bozulabileceği unutulmamalı ve psikiyatrik değerlendirme travma hastalarında istenilmelidir. Diğer hatırlatılması gereken husus yine tüm tıbbi durumlarda önemli olmakla birlikte özellikle adli olgularda yasal delil niteliği taşıdığından; dökümantasyonun hazırlanması, saklanması ve ayrintılandırılmasının önemidir.

Yazı içerisinde sunulduğu gibi birçok kavram sınıflandırılmış olmakla birlikte, sınıflandırılmayan, tam olarak sınıflandırılmamış ya da sınıflandırılmış olsa da detaylandırılmaya gerek duyan alanlar dikkat çekmektedir. Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflaması/yitirilmesi kavramı başta olmak üzere konuşma ve iyileşmesi olanağı bulunmayan hastalık kavramlarında eksiklikler bu durumlara örnektir. Rehber içinde sınıflandırılan alanlar bilimsel açıdan tartışmaya açılabilmesi gibi eksik ya da hiç sınıflandırılmamış alanların belirlenmesi için bilimsel toplantı ve çalışma gruplarının oluşturulması faydalı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Tuğcu H, Toygar M, Can İÖ, Safalı M. Hekimin adli ve tıbbi rapor hazırlama sorumluluğu. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2006;5(6):466-475.
2. 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/451.html> erişim tarihi 11.02.2012
3. Günaydın İG, Demirci Ş, Doğan KH, Aynacı Y. Konya ilinde çalışan acil servis hekimlerinin adli raporlara yaklaşımı: bir anket çalışması. Adli Tıp Dergisi 2005;19(2):26-32.
4. Balcı Y, Eryürük M. Adli raporların hazırlanmasında temel kurallar, kavramlar; hukuki ve tıbbi açıdan hekim sorumluluğu. Klinik Gelişim Adli Tıp Özel Sayısı 2009;22:48-55.
5. Sayın İ, Ekizoğlu O, Kayhan FT, Yazıcı ZM. Boyun kesilerinde medikolegal yaklaşım: Bir olgu sunumu. Adli Tıp Bülteni 2010;15(2):64-67
6. Yeni Türk Ceza Kanunu'nda tanımlanan yaralama suçlarının adli tıp açısından değerlendirilmesi ve adli rapor tanzimi için rehber. Editörler: Yasemin Günay Balcı, Gürsel Çetin ve Sadullah Güzel. <http://atud.org.tr/kutuphane/Rehber.pdf> erişim tarihi 11.02.2012
7. Adli Tabiplik Hizmetlerinin Yürütülmesinde Uyulacak Esaslara Dair Genelge (22.09.2005). <http://atud.org.tr/kutuphane/adlitabiplikuyulacakesaslargenelge.pdf> erişim tarihi 11.02.2012
8. Türk Ceza Kanunu. <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html> erişim tarihi 11.02.2012
9. Günay Y, Yavuz MF, Eşiyok B. Comparison of Turkish Injury Scale (TIS) with the (AIS). Forensic Sci Int 2003;132(1):1-4.
10. Abbreviated Injury Scale. <http://www.trauma.org/archive/scores/ais.html> erişim tarihi 11.02.2012
11. Sayın İ, Ekizoğlu O, Yazıcı ZM, Erdim İ, Kayhan FT. Nazal fraktürlerin değerlendirilmesi ve adli tıp yaklaşımı. Adli Tıp Bülteni 2010;15(3):99-103
12. Ekizoğlu O, Arıcan N. Yaralar. Klinik Gelişim Adli Tıp Özel Sayısı 2009;22:33-43.