

RICHTLIJN 'DIAGNOSTIEK BIJ (EEN VERMOEDEN VAN) SEKSUEEL MISBRUIK BIJ KINDEREN'

Mei 2016

In samenwerking met:

Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland
Forensisch Medisch Genootschap
Nederlandse Huisartsen Genootschap
Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
Nederlandse Vereniging voor Microbiologie
Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
Nederlands Instituut voor Psychologen
Nederlandse Vereniging Spoedeisende hulp artsen
Vereniging Vertrouwensartsen inzake Kindermishandeling
Openbaar Ministerie, afdeling huiselijk geweld en zeden
Nationale politie
Ervaringsdeskundigen

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde

SAMENSTELLING WERKGROEP

KERNWERKGROEP

Mw. Drs. A.H. Teeuw, kinderarts sociale pediatrie, Emma Kinderziekenhuis- Academisch Medisch Centrum

Mw. Dr. M.W. Langendam, klinisch epidemioloog, Academisch Medisch Centrum

Mw. Drs. T.F. Bosschaart, arts-onderzoeker sociale pediatrie, Emma Kinderziekenhuis- Academisch Medisch Centrum

WERKGROEP

Mevr. Drs. A. Asmiyati, jeugdarts, Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland

Mevr. Drs. G. de Boer, GZ psycholoog, Nederlands Instituut voor psychologen

Mevr. Drs. M. van den Berg, gynaecoloog, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

Mevr. Dr. I. Bicanic, GZ psycholoog i.o. tot klinisch psycholoog, hoofd Landelijk Psychotraumacentrum UMC Utrecht/Centrum Seksueel Geweld (CSG).

Mevr. Drs. J.M. Bosman-Vermeeren, kinderarts en vertrouwensarts, Vereniging Vertrouwensartsen inzake Kindermishandeling

Dhr. Drs. W.A. Karst, Forensisch arts, Forensisch Medisch Genootschap

Dhr. Drs. W.P. van Kleef, Programmamanager, Programma Zeden Kinderporno en Kindersekstoerisme, Politie

Mevr. Mr. E.H.G. Kwakman, Openbaar ministerie

Mevr. L.M. van Lier, Operationeel Specialist Zeden, Landelijk Programma Zeden – Kinderporno – Kindersekstoerisme, Politie

Dhr. Dr. R. Lindauer, kinder- en jeugdpsychiater, Nederlandse vereniging voor psychiatrie

Mevr. Drs. I.M.B Russel, kinderarts sociale pediatrie, Sectie Sociale en Psychosociale Kindergeneeskunde

Mevr. Drs. N.J. Schoonenberg, vertrouwensarts, Vereniging Vertrouwensartsen inzake Kindermishandeling

Dhr. Dr. L.C. Smeets, microbioloog, Nederlandse vereniging voor microbiologie

Mevr. Drs. R. van Tuyl, jeugdarts, Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland

Mevr. Drs. S. Wolt-Plompen, kinderarts, Flevoziekenhuis/ De Kinderkliniek, Almere

Mevr. Drs. M.W.P. Zaanen-Bink, Spoedeisende Hulp arts, KNMG

PATIËNTEN PARTICIPATIE

Therese Bravenboer (coach, secretaris Stichting Revief, www.revief.nl), Roos Haase

Janneke, Ted Kloosterboer (Stichting Praat, <http://www.praatoverkindermishandeling.nl>),

John Kusters, Kim van Laar, Anita Lankamp, Hanny Lynch, Ivonne Meeuwssen, Albert Jan Post, Joyce Stobbe en 14 ervaringsdeskundigen die niet met naam genoemd wilden worden.

MET DANK AAN

Dhr. A. Leenders, uitvoering literatuur onderzoek, AMC

Mevr. Dr. M.M. Tabbers, kinderarts, waarnemend voorzitter eerste werkgroep vergadering

Mevr. K. te Hofsté, Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde

Mevr. Drs. E.M.M. Hoytema- van Konijnenburg, arts-onderzoeker sociale kindergeneeskunde, AMC

Mevr. Dr. S.N. Brilleslijper-Kater, orthopedagogisch specialist kindermishandeling, AMC

Mevr. Drs. K. van Ham, arts-onderzoeker sociale kindergeneeskunde, AMC

Colofon

Concept Richtlijn Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.

© 2016, Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde

Postbus 20059

3502 LB UTRECHT

Tel: 030-282 3306

www.nvk.pedinet.nl

nvk@medweb.nl



Alle rechten voorbehouden.

De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever.

Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen. Adres en e-mailadres: zie boven.

De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), opgericht in 1892, is een vereniging van kinderartsen, artsen in opleiding tot kinderarts, en andere professionals werkzaam op het gebied van gezondheidszorg voor kinderen. Doel van de NVK is het bevorderen van de kwaliteit van de zorg voor zieke en gezonde kinderen van geboorte tot volwassenheid (18 jaar).

INHOUDSOPGAVE

Inhoudsopgave.....	iv
1 Aanbevelingen.....	2
2 Stroomdiagrammen	11
3 Afkortingen	13
4 Inleiding	15
4.1 Achtergrond.....	15
4.2 Doelgroep en doelstelling	17
4.3 Samenstelling kernwerkgroep en werkgroep	18
4.4 Werkwijze richtlijnontwikkeling (zie hoofdstuk 5)	19
4.5 Totstandkoming van de aanbevelingen.....	20
4.6 Patiënten perspectief.....	20
4.7 Consultatieronde en autorisatie	20
4.8 Juridische betekenis van deze richtlijn	21
4.9 Herziening.....	22
5 Methoden ‘evidence-based’ richtlijn ontwikkeling.....	23
5.1 Werkwijze van de werkgroep	23
5.2 Patiënten perspectief.....	23
5.3 Uitgangsvragen	23
5.4 Algemene uitgangspunten voor de werkwijze.....	24
5.5 Opbouw van de richtlijn.....	25
Resultaten: De Richtlijn	26
6 Uitgangsvraag 1 Wat is de definitie van seksueel misbruik bij kinderen?	27
6.1 Inleiding	27
6.2 Resultaten.....	27
7 Uitgangsvraag 2 Welke gedragssignalen bij kinderen zijn geassocieerd met seksueel misbruik bij kinderen?	28
7.1 Inleiding	28
7.2 Methoden	28
7.3 Resultaten.....	31
7.4 Discussie kwaliteit literatuur	34
7.5 Conclusie literatuur.....	36
7.6 Overige overwegingen.....	36

Richtlijn ‘Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.

Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde

7.7	Aanbevelingen	37
8	Uitgangsvraag 3 Welke lichamelijke symptomen bij kinderen zijn geassocieerd met seksueel misbruik bij kinderen?	38
8.1	Inleiding	38
8.2	Methode	39
8.3	Resultaten.....	42
8.4	Discussie kwaliteit literatuur	51
8.5	Conclusie literatuur onderzoek	52
8.6	Overige overwegingen.....	54
8.7	Aanbevelingen	56
9	Uitgangsvraag 4 Welke anogenitale bevindingen kunnen de diagnose seksueel misbruik bij kinderen ondersteunen?	57
9.1	Inleiding	57
9.2	Methoden	58
9.3	Resultaten.....	59
9.4	Samenvattende conclusies.....	107
9.5	Overige overwegingen.....	109
9.6	Aanbevelingen	110
10	Uitgangsvraag 5 Aan welke vereisten moet een lichamelijk onderzoek door de (kinder)arts bij een kind met een vermoeden van seksueel misbruik voldoen?	112
10.1	Inleiding	112
10.2	Methoden	114
10.3	Resultaten.....	115
10.4	Overige overwegingen.....	127
10.5	Aanbevelingen	128
11	Uitgangsvraag 6 Welk aanvullend onderzoek moet er worden verricht bij een vermoeden van seksueel misbruik bij kinderen?	130
11.1	Inleiding	130
11.2	Methoden	132
11.3	Resultaten.....	133
11.4	Overige overwegingen.....	154
11.5	Aanbevelingen	159
12	Uitgangsvraag 7 Forensisch Medisch onderzoek, wat moet men doen en laten?	164
12.1	Inleiding	164
12.2	Methoden	164
12.3	Resultaten.....	165

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.

Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde

12.4	<i>Overige overwegingen</i>	166
12.5	<i>Aanbevelingen</i>	167
13	Uitgangsvraag 8 Welke instrumenten zijn er beschikbaar t.b.v. het diagnostisch onderzoek (anders dan laboratorium- en lichamelijk onderzoek) naar een vermoeden van seksueel misbruik bij kinderen?	168
13.1	<i>Inleiding</i>	168
13.2	<i>Methoden</i>	169
13.3	<i>Resultaten</i>	171
13.4	<i>Overige overwegingen</i>	181
13.5	<i>Aanbevelingen</i>	182
14	Patiënten perspectief	183
14.1	<i>Inleiding</i>	183
14.2	<i>Methode</i>	183
14.3	<i>Resultaten</i>	184
14.4	<i>Samenvatting adviezen ervaringsdeskundigen</i>	187
14.5	<i>Aanbevelingen</i>	188
15	Juridische aspecten	189
15.1	<i>Inleiding</i>	189
15.2	<i>Resultaten</i>	190
16	Aanbevelingen voor de toekomst	193
16.1	<i>Voorlichting</i>	193
16.2	<i>Samenwerking</i>	193
16.3	<i>Vervolg onderzoek</i>	193
16.4	<i>Update van de richtlijn</i>	194
16.5	<i>Beleid</i>	194
17	Bijlagen	196
	Referenties	197

1 AANBEVELINGEN

Onderstaande aanbevelingen zijn geschreven voor kinderartsen die te maken krijgen met (een vermoeden) van seksueel misbruik bij kinderen (0-18 jaar). Ze zijn gebaseerd op evidence uit literatuur onderzoek (L) en consensus onder experts (C) of een combinatie van beide (LC).

UITGANGSVRAAG 1: WAT IS DE DEFINITIE VAN SEKSUEEL MISBRUIK BIJ KINDEREN? (C)

Seksueel misbruik van kinderen is aan de orde in de volgende gevallen:

- Kind tot 12 jaar: elk seksueel contact, zowel seksueel binnendringen als betasten, al dan niet gepaard gaande met dwang of geweld (met uitzondering van seksueel spel tussen kinderen onder de twaalf jaar van dezelfde leeftijd (minder dan 3 jaar verschil) en ontwikkelingsniveau).
- Kind tussen 12-16 jaar: elk seksueel contact, zowel binnendringen als betasten in beginsel al dan niet gepaard gaande met dwang of geweld, tenzij het een vrijwillige relatie tussen gelijkwaardige seksuele partners van ongeveer gelijke leeftijd betreft.
- Kind tussen 16-18 jaar: elk seksueel contact, zowel binnendringen als betasten, waarbij sprake is van:
 - dwang/geweld
 - giften van geld of goederen
 - als de pleger een bijzondere hoedanigheid heeft (ouders, verzorgers, leerkrachten, hulpverleners etc.)
 - als de minderjarige zich prostitueert of in spelshows werkt
 - als de minderjarige door een derde wordt gedwongen om seks met iemand te hebben
- Kind onder de 16 jaar: indien pornografische afbeeldingen worden getoond of als het kind aanwezig is geweest bij seks tussen anderen, of als er een afspraak met het kind gemaakt wordt met het doel om seks te hebben.
- Kind onder de 18 jaar: als er van hen kinderpornografische afbeeldingen worden vervaardigd of een andere vorm van seksuele uitbating zoals kinderprostitutie plaatsvindt.

NB/ Met dwang wordt ook bedoeld de psychologische dwang ten gevolge van een afhankelijkheidsrelatie van de minderjarige ten opzichte van een volwassene.

UITGANGSVRAAG 2: WELKE GEDRAGSSIGNALEN BIJ KINDEREN ZIJN GEASSOCIEERD MET SEKSUEEL MISBRUIK?

1 - Wanneer sprake is van internaliserende problemen (zoals onbegrepen angst, nachtmerries, terug getrokken gedrag, weglopen, zelfbeschadiging, zelfmoordpogingen, middelen misbruik of post traumatisch stress syndroom), externaliserende problemen (zoals wreedheid, seksueel ongepast/risicovol gedrag), regressie in zindelijkheid of regressie in gedrag of algemene gedragsproblemen, moet de hulpverlener alert zijn op de mogelijkheid van seksueel misbruik. Echter, aan- of afwezigheid van bovengenoemde signalen alleen is niet voldoende om de diagnose seksueel misbruik te bevestigen dan wel te verwerpen. (L)

2 - Bij (een vermoeden van) seksueel misbruik wordt aangeraden na te vragen of er internaliserende klachten (angst, nachtmerries, terug getrokken gedrag, weglopen, zelfbeschadiging, zelfmoordpogingen, middelen misbruik en post traumatisch stress syndroom), externaliserende klachten (wreedheid, seksueel ongepast/risicovol gedrag), regressie (zindelijkheid en gedrag), of algemene gedragsproblemen zijn. (L)

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.

Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde

3 - Interpretatie van psychosociale signalen binnen het diagnostisch proces naar (een vermoeden van) seksueel misbruik moet worden gedaan door (kinder)artsen en psychologische hulpverleners (tenminste WO-niveau geschoold als diagnosticus en BIG geregistreerd) (in onderling overleg) bevoegd en bekwaam in het diagnosticeren van seksueel misbruik bij kinderen. (C)

UITGANGSVRAAG 3: WELKE LICHAAMELIJKE SYMPTOMEN BIJ KINDEREN ZIJN GEASSOCIEERD MET SEKSUEEL MISBRUIK BIJ KINDEREN?

4 - Voor alle in hoofdstuk 8 - Uitgangsvraag 3 Welke lichamelijke symptomen bij kinderen zijn geassocieerd met seksueel misbruik bij kinderen? beschreven lichamelijke klachten (eetstoornissen, gewichtsproblematiek, neurologische-, gastro-intestinale-, urogenitale- en overige lichamelijke klachten) geldt dat het hebben van één signaal/ symptoom niet voldoende is voor een vermoeden van seksueel misbruik bij kinderen. (L)

5 - Medische professionals moeten alert zijn op seksueel misbruik bij kinderen met een eetstoornis (purgerend gedrag alleen, purgerend gedrag in combinatie met restrictief eetgedrag, binge eating en restrictief eetgedrag). (L)

6 - Medische professionals moeten alert zijn op het ontstaan van obesitas, eetstoornissen (purgerend gedrag, binge eating, restrictief eetgedrag alleen of in combinatie met purgeren) bij kinderen die slachtoffer zijn van seksueel misbruik. (L)

UITGANGSVRAAG 4: WELKE ANOGENITALE BEVINDINGEN KUNNEN DE DIAGNOSE SEKSUEEL MISBRUIK BIJ KINDEREN ONDERSTEUNEN?

7 - Onderzoek een kind zo vroeg mogelijk (lieft <24 uur) na doorgemaakt seksueel misbruik, de kans om acute (anogenitale) letsels te vinden neemt hierdoor toe. Een normaal lichamelijk (genitaal) onderzoek sluit seksueel misbruik nooit uit. (L)

8 - Maak bij elke bevinding bij het lichamelijk onderzoek een differentiaal diagnose. (L)

9 - Vervolg acute afwijkingen gevonden bij lichamelijk onderzoek in de tijd. (L)

10 - Gebruik de aanbevolen terminologie om (anogenitale) afwijkingen en normaal varianten waargenomen bij het lichamelijk onderzoek te beschrijven. (L)

Diepte	Terminologie te gebruiken in het acute stadium	Terminologie te gebruiken in het niet-acute stadium
Partieel	Laceratie	Inkeping/ Notch *
Compleet tot aan de basis van het hymen	Laceratie	Transsectie

* Kan diep of oppervlakkig zijn

Externe dilatatie	Een opening van de anus waarbij het anale kanaal zichtbaar is.
Complete dilatatie	Een opening van de anus waarbij ook het rectum zichtbaar is.
Statische anale dilatatie	De omvang varieert niet tijdens de eerste 30 seconden van de observatie, gefixeerd.
Dynamische anale dilatatie	De omvang varieert tijdens de eerste 30 seconden

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.

Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde

	van de observatie.
'Gapende' anus Reflex anale dilatatie Laxiciteit van de anus Trechtersvorming van de anus (funneling) Zichtbaar gerelaxeerde anus Een 'knipogende' anus (winking) Spiertrekkingen van de anus (twitching) Intermitterende anale dilatatie	Terminologie die niet gebruikt dient te worden.

11 - Onderneem geen pogingen de opening van het hymen of de breedte van het hymen op te meten, dit is niet betrouwbaar en heeft geen betekenis in de diagnostiek. (L)

12 - Bij elk vermoedelijk accidenteel letsel waarbij een verklaring ontbreekt of een verklaring niet past bij het letsel dat wordt waargenomen moet seksueel misbruik worden overwogen. (L)

13 - Als er petechiën zijn, gebruik deze om het letsel te dateren, overige bevindingen zijn slechts in geringe mate te gebruiken om het letsel te dateren. (L)

14 - Alle bevindingen van het lichamelijk onderzoek moeten in de volledige context worden geïnterpreteerd. (C)

UITGANGSVRAAG 5: AAN WELKE VEREISTEN MOET EEN LICHAMELIJK ONDERZOEK DOOR DE (KINDER)ARTS BIJ EEN KIND MET EEN VERMOEDEN VAN SEKSUEEL MISBRUIK VOLDOEN?

15 - Als een kind gepresenteerd wordt met een vermoeden van seksueel misbruik binnen een afhankelijkheidsrelatie, dan dient in een vroeg stadium contact opgenomen te worden met de vertrouwensarts van Veilig Thuis. Het doel van dit contact is adviesoverleg ofwel het doen van een melding, zoals dat past binnen de stappen van de KNMG Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling. (C)

16 - Bij het onderzoek van kinderen met een vermoeden van seksueel misbruik moet een medisch fotograaf beschikbaar zijn of de arts moet zelf in staat zijn en over het juiste materiaal beschikken om kwalitatief goede foto's te maken. Foto's dienen zo snel mogelijk te worden opgeslagen in het medisch dossier en te worden verwijderd van de harde schijf van de camera. (LC)

17 - Verwijs een kind met een vermoeden van seksueel misbruik naar een kinderarts met expertise. (C)

18 - Voer een onderzoek wanneer het seksueel misbruik tot en met 7 dagen geleden heeft plaatsgevonden bij voorkeur gecombineerd met de forensisch arts uit. (C)

19 - Zorg voor professionele ondersteuning van het kind tijdens het onderzoek. (C)

20 - Idealiter wordt een onderzoek <24 uur na incident verricht. (L)

21 - Denk aan de vereisten voor toestemming volgens de WGBO voor het doen van lichamelijk onderzoek en het maken van foto's. Het is belangrijk bij een vermoeden van seksueel misbruik conform de WGBO bij kinderen onder de 16 jaar toestemming te hebben van beide gezaghebbers (zie 10.3.2 p.115), zeker wanneer een van de gezaghebbers vermoedt dat de andere gezaghebber het seksueel misbruik zou hebben gepleegd. Indien de

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.

Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde

gezaghebber onderzoek weigert kan er, wanneer dit het belang van het kind niet dient, vervangende toestemming worden gevraagd bij de kinderrechter. Overleg met spoed met VT. (C)

22 - Indicaties voor een spoedonderzoek zijn: noodzaak tot medisch handelen, vermoedelijk hoog risicoprofiel plegger voor HIV en hepatitis B, veiligstellen sporen (i.o.m. forensisch arts) en een kind/ jongere die zo snel mogelijk onderzocht wil worden. (LC)

23 - Het anogenitaal onderzoek moet bij pre puberale meisjes plaatsvinden in rugligging en knie-borsthouding. (L)

24 - Bij puberale meisjes kan een techniek (ballonkatheter, (natte) wattenstaaf) worden toegepast om het hymen uit te vouwen. Ook inspuiten van fysiologisch zout kan behulpzaam zijn. Het onderzoek kan door de kinderarts of de (kinder)gynaecoloog worden uitgevoerd. (L)

25 - Onderzoek onder anesthesie is aangewezen indien er sprake is van: 1. penetrerend letsel waarbij er mogelijk diepere structuren zijn geraakt; 2. een bloeding van onduidelijke origine; 3. een verdenking op letsel passend bij mishandeling maar het is niet mogelijk het kind te onderzoeken en de voordelen van onderzoek onder narcose wegen zwaarder dan de nadelen van de narcose; 4. onderzoek naar persisterend/hevig bloederige en/ of riekende afscheiding bij pre puberale meisjes waardoor een corpus alienum moet worden uitgesloten; 5. indien het niet lukt het onderzoek uit te voeren zonder anesthesie, nadat voldoende tijd is genomen om het vertrouwen te winnen en ondanks professionele begeleiding. In de praktijk moet dit slechts zeer zelden voorkomen (patiënt met zeer hevige angst al dan niet met bijkomende ontwikkelingsachterstand). Beoordeling van anus dilatatie is onder anesthesie onbetrouwbaar. (LC)

UITGANGSVRAAG 6: WELK AANVULLEND ONDERZOEK MOET ER WORDEN VERRICHT BIJ EEN VERMOEDEN VAN SEKSUEEL MISBRUIK BIJ KINDEREN?

26 - seksueel misbruik bij kinderen moet overwogen worden indien er sprake is van een seksueel overdraagbare aandoening en een andere manier van transmissie en consensuele seks bij een ouder kind zijn uitgesloten. (LC)

Gonorrroe	Zeer hoge verdenking	Positieve genitale en/of anale en/of nasofaryngeale NAAT, op kweek, en perinatale of intra-uteriene overdracht is uitgesloten.	Melden bij jeugd-beschermingsinstantie
Syfilis	Zeer hoge verdenking	Positieve serologie, en perinatale of hematogene overdracht is uitgesloten.	Melden bij jeugd-beschermingsinstantie
HIV	Zeer hoge verdenking	Positieve serologie, en perinatale of hematogene overdracht is uitgesloten.	Melden bij jeugd-beschermingsinstantiestaat
Chlamydia	Zeer hoge verdenking	Positieve NAAT/kweek van urine, anogenitale gebied, en perinatale of intra-uteriene overdracht is uitgesloten.	Melden bij jeugd-beschermingsinstantie
Trichomonas vaginalis	Hoge verdenking	Mits aangetoond door NAAT, kweek of direct	Melden bij jeugd-

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.

Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde

		preparaat van exsudaat, fluor vaginals of urine, als perinatale of intra-uteriene overdracht is uitgesloten.	beschermingsinstantie
Genitale herpes	Hoge verdenking	Tenzij er een aannemelijke verklaring voor auto-inoculatie bestaat.	Melden bij jeugd-beschermingsinstantie
Condylomata acuminata	Verdacht	Bij oudere kinderen (meestal niet-seksuele overdracht), als perinatale of intra-uteriene overdracht si uitgesloten. Bij niemand bewijzend.	Overweeg melden bij jeugd-beschermingsinstantie
Bacteriële vaginose	Geen uitsluitel mogelijk		Follow-up

27 - Denk bij het afnemen van SOA diagnostiek, zwangerschapstest en profylactische behandeling altijd aan de privacy van de patiënt. Op verzoek van de patiënt mag worden afgezien van informed consent bij de gezaghebber indien 12-15 jaar, in uitzonderingen indien < 12 jaar oud. Overleg met medisch jurist en ethicus indien noodzakelijk. Stem met de bedrijfsvoering af over de facturatie. (LC)

28 - Indien mogelijk gaat de voorkeur uit naar het testen van verdachte/pleger boven het testen van het kind. (C)

29 - Indien SOA testen geïndiceerd zijn moeten monsters laagdrempelig van meerdere locaties, genitaal (vestibulair – meisjes, urine – jongens), oro-pharyngeaal en anaal, afgenomen worden. (LC)

Groep	Criteria voor SOA diagnostiek	Direct	2 weken	4-6 weken	8 weken	3 maanden
Pre puberale en puberale meisjes intolerant voor speculum	SOA diagnostiek moet worden overwogen bij alle kinderen met: - een vermoeden van of bewezen seksueel misbruik seksueel misbruik - symptomen of klachten van een SOA - onbeschermd consensueel seksueel contact - anogenitaal letsel	Vestibulaire uitstrijk en/of eerste straal urine (20 ml): - NAAT op CT, Ng (sommige laboratoria hebben >1 uitstrijk nodig) - Kweek TV Op indicatie: - Orale uitstrijk: NAAT op CT, Ng (sommige laboratoria hebben >1 uitstrijk nodig) - Anale uitstrijk: NAAT op CT, Ng (sommige laboratoria hebben >1 uitstrijk nodig) Open zweer/blaar/ulcera - uitstrijk – NAAT HSV en syfilis en serologie syfilisIndien hoog risico: - Serologie: Nieuwe generatie test HIV, HBV, HCV, syfilis.	Herhaling uitstrijken zoals beschreven bij 'Direct'	Nieuwe generatie test HIV en serologie voor syfilis indien hoog risico en onbehandeld.	Nieuwe generatie test HIV, HBV en HCV indien hoog risico en onbehandeld.	Nieuwe generatie test HIV indien hoog risico.
Puberale meisjes (eventueel tolerant voor speculum)		Vulvovaginale of vestibulaire uitstrijk: - NAAT op CT, Ng (sommige laboratoria hebben >1 uitstrijk nodig) - Kweek TV Op indicatie: - Orale uitstrijk: NAAT op CT, Ng (sommige laboratoria hebben >1 uitstrijk nodig) - Anale uitstrijk: NAAT op CT, Ng (sommige laboratoria hebben >1 uitstrijk nodig) - Open zweer/blaar/ulcera - uitstrijk – NAAT HSV en syfilis en	Herhaling uitstrijken zoals beschreven bij 'Direct'			

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

		serologie syfilis - Afscheiding: hoog vaginale uitstrijk (indien speculum onderzoek wordt verricht dan cervicaal) Indien hoog risico: Serologie: Nieuwe generatie test HIV, HBV, HCV, syfilis.				
Pre puberale en puberale jongens		Eerste straal urine (20 ml): - NAAT: CT en Ng Op indicatie: - Orale uitstrijk: NAAT op CT, Ng (sommige laboratoria hebben >1 uitstrijk nodig) - Anale uitstrijk: NAAT op CT, Ng (sommige laboratoria hebben >1 uitstrijk nodig) - Open zweer/blaar/ulcera - uitstrijk – NAAT HSV en syfilis en serologie syfilis - Afscheiding meatale uitstrijk (pre puberaal) of tip urethra uitstrijk (puberaal) – NAAT op CT en Ng	Herhaling uitstrijken zoals beschreven bij 'Direct'			
Algemeen: - Indien NAAT positief voor CT en/of Ng tweede NAAT met een andere sequentie inzetten (liefst uit hetzelfde monster) en kweek afnemen voor resistentie bepaling van gonokokken. Op indicatie na tenminste 4 weken herhalen. - Er is geen indicatie voor speculum onderzoek met primair doel afnemen van SOA diagnostiek Speculum onderzoek is nooit bij pre puberale meisjes geïndiceerd. Overleg met lokale arts-microbioloog over de beschikbare laboratorium testen en het lokale laboratorium over afname medium en transport voor lokale protocollen.						

30 - Profylactische behandeling moet overwogen worden: 1. Neisseria gonorrhoea en C. trachomatis alleen op indicatie, niet routine matig; 2. Syfilis indien de vermoedelijke pleger bekend is met besmettelijke syfilis; 3. Hepatitis B vaccinatie overwegen indien het kind niet eerder is gevaccineerd en <6 weken na het laatste vermoedelijke misbruik wordt gepresenteerd; Hepatitis B immunoglobulinen overwegen indien de vermoedelijke pleger Hepatitis B e Ag/sAg positief is en het kind liefst <48-72 uur gezien wordt, maar in ieder geval t/m 7 dagen na het incident; 4. HIV-PEP overwegen wanneer er onbeschermd anale of vaginale penetratie met een penis heeft plaatsgevonden. Risicofactoren moeten meegewogen worden. Altijd in overleg met SOA specialist of (kinder) infectioloog. (LC)

31 - Zwangerschapspreventie moet overwogen worden bij risico op zwangerschap. Een positieve zwangerschapstest(urine bèta hCG) toont een zwangerschap aan, maar een negatieve zwangerschapstest sluit deze niet uit. Zwangerschapsprofylaxe overwegen in overleg met (kinder)gynaecoloog: 1. levonorgestrol indien seksueel contact <72 uur na incident, (evt. tot max. 96 uur geleden, echter niet bewezen effectief); 2. ulpristalacetate indien seksueel contact tussen 72 en 120 uur geleden heeft plaatsgevonden; 3. IUD is mogelijk indien tijdstip mogelijke ovulatie <120 uur geleden heeft plaatsgevonden. (LC)

UITGANGSVRAAG 7: FORENSISCH MEDISCH ONDERZOEK, WAT MOET MEN DOEN EN LATEN?

32 - Om de kans op verlies of vervuiling van sporen zo klein mogelijk te houden: Vermijd lichamelijk contact met het kind. Geef het kind als medisch professional dus geen hand, strijk het kind niet door de haren en pak het niet op. Dat klinkt wellicht onbeleefd, maar de overdracht van eigen DNA via huidschilfers of haren is niet ondenkbaar. Leg uiteraard uit waarom deze afstand bewaard wordt.

33 - Om de kans op verlies of vervuiling van sporen zo klein mogelijk te houden, adviseer zolang dat redelijkerwijs mogelijk is, om niet naar het toilet te gaan en om niet te eten of te drinken voor het onderzoek. Als het kind nog naar de onderzoeksruimte moet komen, zorg ervoor dat het kind zich dan niet wast (of laat wassen) en geen tanden poetst. Mocht er kleding of beddengoed zijn dat onderzocht zou kunnen worden, laat die spullen dan niet in de was terecht komen. Laat ze liever in een papieren zak zitten, en stop ze niet in een plastic zak; Laat de kleding die het kind aan heeft, niet uittrekken. Een set schone kleren kan zekerheidshalve meegenomen worden, voor het geval de kleding onderzocht gaat worden op sporen.

34 - Bij slachtoffers van seksueel misbruik tot en met de 7e dag na het incident, kan een forensisch medisch onderzoek geïndiceerd zijn. Overleg hierover laagdrempelig met politie of een forensisch arts.

35 - Een forensisch medisch onderzoek wordt altijd uitgevoerd door een forensisch arts in opdracht van politie en in bijzijn van politie. Vaststellen van sporen wil niet zeggen dat er strafrechtelijk onderzoek wordt uitgevoerd; Het heeft de voorkeur om een kinderarts bij het forensisch medisch onderzoek aanwezig te laten zijn die na het veiligstellen van de sporen het medisch (lichamelijk) onderzoek overneemt. Bij puberale meisjes kan overwogen worden om een (kinder)gynaecoloog bij het onderzoek te betrekken.

UITGANGSVRAAG 8: WELKE INSTRUMENTEN ZIJN ER BESCHIKBAAR T.B.V. DIAGNOSTISCH ONDERZOEK (ANDERS DAN LABORATORIUM- EN LICHAAMELIJK ONDERZOEK) NAAR EEN VERMOEDEN VAN SEKSUEEL MISBRUIK BIJ KINDEREN?

36 - Het wordt afgeraden conclusies over vermoeden van seksueel misbruik bij kinderen te trekken op basis van niet gevalideerde instrumenten en vragenlijsten.

37 - Wij raden af de 'Anatomical dolls' en 'projectieve drawings' te gebruiken als diagnostisch instrument naar een vermoeden van seksueel misbruik bij kinderen omdat deze instrumenten niet gevalideerd zijn.

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

38 - Slachtoffers van seksueel misbruik moeten gescreend worden op PTSS m.b.v. de CRIES-13.

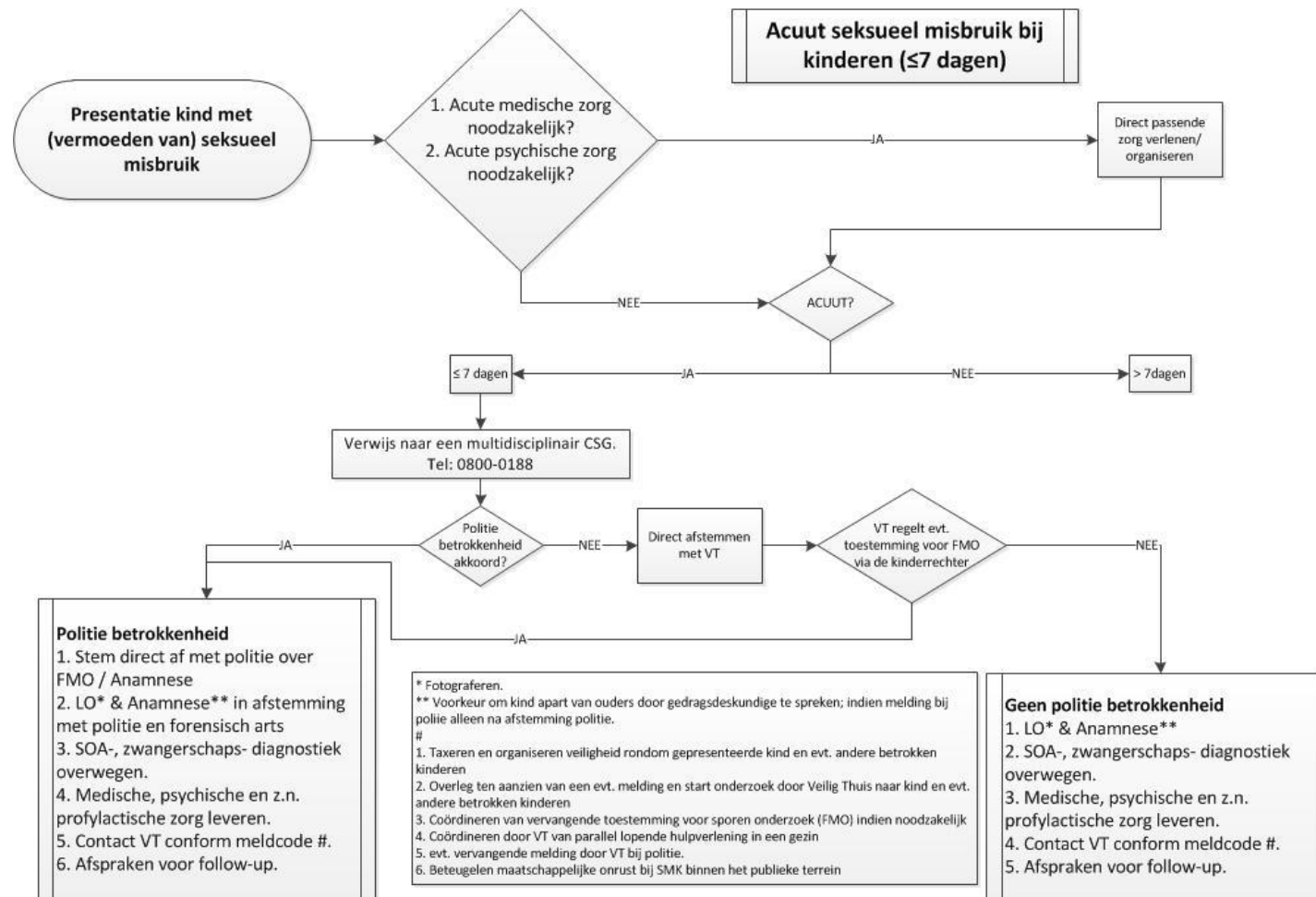
PATIËNTEN PERSPECTIEF

39 - Ervaringsdeskundigen bevelen aan wanneer het gaat om diagnostiek bij een vermoeden van seksueel misbruik te zorgen voor een kind vriendelijke aanpak, waarbij de arts zorgvuldig de tijd neemt om naar het kind te luisteren.

40 - In praktijken waarin regelmatig kinderen worden onderzocht, moet er voorlichtingsmateriaal ontwikkeld worden om ouders en kinderen vooraf te informeren over hoe het consult zal verlopen.

41 - Na de diagnostiek komt er nog een lange weg voor patiënten en hun ouders, het is erg belangrijk dat ook bij aanvang van de diagnostiek er aandacht is voor een zorgvuldige begeleiding van het vervolg traject.

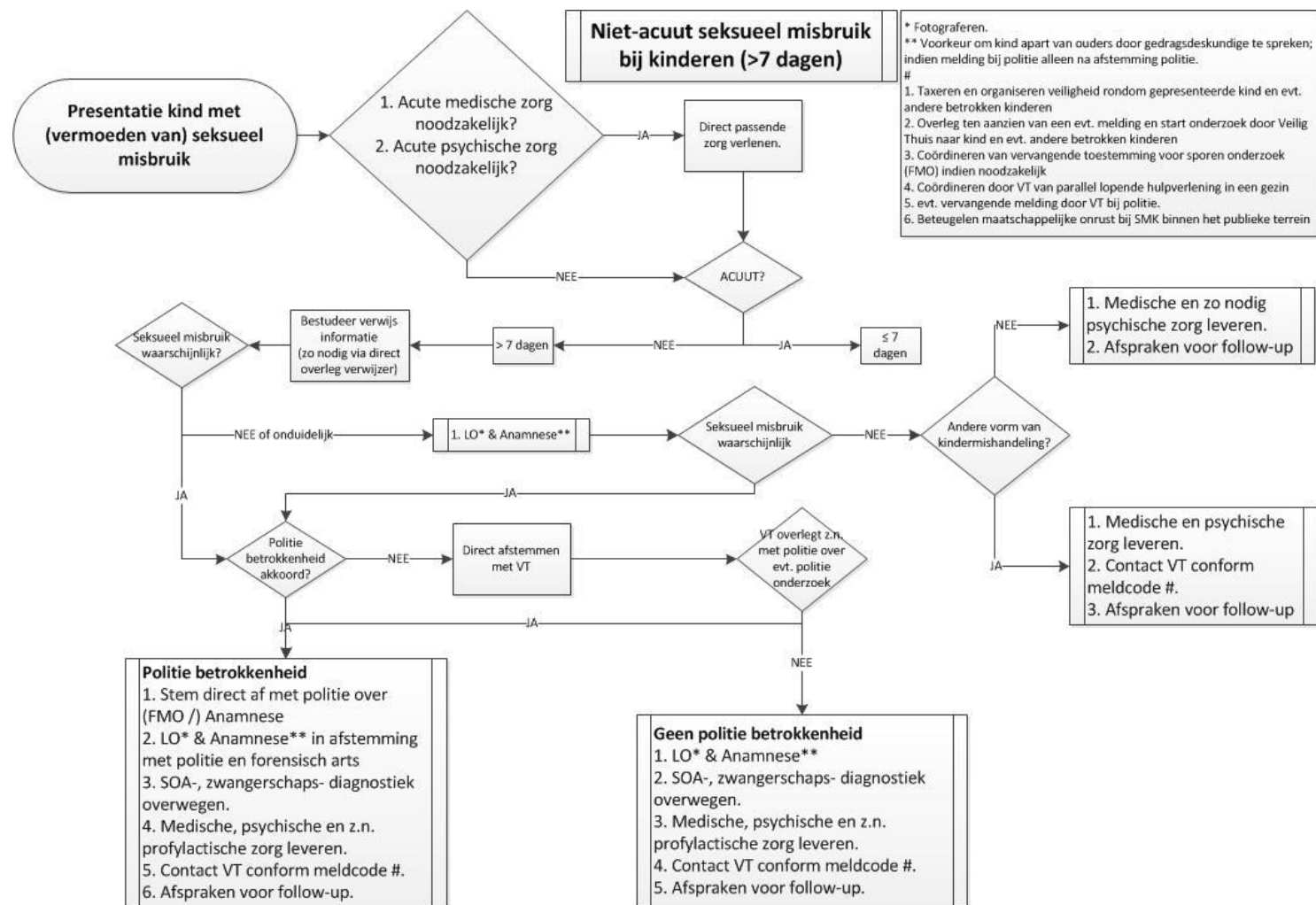
2 STROOMDIAGRAMMEN



Figuur 2-1 Stroomdiagram acuut seksueel misbruik

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde



Figuur 2-2 Stroomdiagram niet-acuut seksueel misbruik

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.

Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde

3 AFKORTINGEN

Adult Attachment Interview	AAI
Anxiety Disorder Interview Schedule	ADIS
Bacteriële Vaginose	BV
Binge Eating (Disorder)	BED
Bulimia Nervosa	BN
Centrum Seksueel Geweld	CSG
Child Abuse Risk Evaluation instrument	CARE-NL
Child Behavior Checklist	CBCL
Child Sexual Behavior Inventory	CSBI
Childhood Experiences of Violence Questionnaire	CEVQ
Childhood Trauma Questionnaire	CTQ
Children's Revised Impact of Event Scale -13	CRIES – 13
Chlamydia trachomatis	CT
Cohort studie	Coh
Cross-sectionele studie	CSS
European Conference on Child Abuse and Neglect	EUCCAN
Forensisch medisch onderzoek	FMO
Forensische polikliniek kindermishandeling	FPKM
Hepatitis B virus	HBV
Hepatitis C virus	HCV
Herpes simplex virus	HSV
Humaan chorion gonadotrofine	beta-hCG
Humaan Immunodeficiëntie virus	HIV
Humaan papilloma virus	HPV
Kiddie-SADS-lifetime versie	K-SADS
Landelijk Expertise Centrum Kindermishandeling	LECK
Landelijk Opleidingscentrum Kindermishandeling	LOCK
Lichamelijk onderzoek	LO
Lichen sclerosis	LS
Mayer Rokitanski Kuster-Hauser	MRKH
Nederlands Forensisch Instituut	NFI
Nederlands Huisartsen Genootschap	NHG
Nederlandse Vereniging van Kindergeneeskunde	NVK
Neisseria gonorrhoeae	Ng
Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'	
Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde	

Niet nader omschreven	N.N.O.
Nucleic acid amplification test (ook bekend als PCR)	NAAT
Patiënt controle onderzoek	PCO
Post traumatische stress syndroom	PTSS
Raad voor de Kinderbescherming	RvdK
Schokverwerkingslijst voor Kinderen – Kind versie	SVLK-k
Schokverwerkingslijst voor Kinderen – ouder versie	SVLK-o
Seksueel Overdraagbare Aandoeningen	SOA
Sexual Knowledge Picture Instrument	SKPI
Systematische Review	SR
Trauma Symptom Checklist for Children	TSCC
Trauma Symptom Checklist for Young Children	TSCYC
Trichomonas vaginalis	TV
Veilig Thuis	VT
Visceral Pain-Associated Disability Syndrome	VP-ADS

4 INLEIDING

4.1 ACHTERGROND

Seksueel misbruik bij kinderen is een vorm van kindermishandeling, maar komt ook voor onder leeftijdsgenoten (seksueel geweld, seksueel- overschrijdend gedrag, sexting). Deze richtlijn beperkt zich tot seksueel misbruik bij kinderen, indien er over seksueel misbruik wordt gesproken wordt daar seksueel misbruik bij kinderen (0-18 jaar) mee bedoeld. De exacte prevalentie is niet bekend en verschillende studies tonen grote verschillen zien. Een recente meta-analyse toont een range in prevalentie van seksueel misbruik van 8-31% voor meisjes en 3-17% voor jongens onder de 18 jaar in Azië, Noord Amerika, Europa, Afrika en Centraal en Zuid Amerika [1]. Een prevalentie studie in Nederland toonde dat ongeveer 0.8 per 1000 kinderen uit de algemene populatie slachtoffer is van seksueel misbruik[2]. In residentiële instellingen wordt een hoger percentage geschat, namelijk 4.3 per 1000 kinderen [3]. Informanten studies (studies waarbij professionals als bron gebruikt worden) rapporteren over het algemeen een lagere prevalentie dan studies gebaseerd op zelfrapportage. Hierin rapporteren ongeveer 20% van de vrouwen en 5-10% van de mannen als kind slachtoffer te zijn geweest van seksueel misbruik seksueel misbruik[3, 4]. De WHO schat in dat in Europa de prevalentie van seksueel misbruik seksueel misbruik ongeveer 9.6% is (13.4% onder meisjes en 5.7% onder jongens). Dit zou betekenen dat in Europa 18 miljoen kinderen slachtoffer zijn van een vorm van seksueel misbruik[5]. De meest recente cijfers over de prevalentie van seksueel misbruik komen van de Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen betreffende mensenhandel en seksueel geweld tegen kinderen. Op basis van zelfrapportages in het bevolkingsonderzoek Seksuele gezondheid in Nederland (De Haas, 2012), en dan specifiek het deel dat ziet op seksueel grensoverschrijdend gedrag, schat de Nationaal Rapporteur dat 32% van de Nederlandse kinderen ooit (tussen 0-18 jaar) te maken heeft met een vorm van seksueel geweld, 10% van de meisjes maakt ooit ongewilde manuele seks mee en 5% orale of genitale seks [6].

Er worden verschillende definities gebruikt voor 'seksueel misbruik bij kinderen. Denk hierbij aan seksueel misbruik met of zonder lichamelijk contact, seksueel misbruik binnen het gezin of seksueel misbruik buiten het gezin en seksueel misbruik met of zonder een relatie tussen dader en slachtoffer. Voor deze richtlijn is een definitie geformuleerd op basis van de definitie uit het Medisch Handboek Kindermishandeling en de definitie uit de Whitepaper Seksuele grensoverschrijding en seksueel geweld: feiten en cijfers [7, 8]. Deze wordt nader besproken in Hoofdstuk 6: Uitgangsvraag 1 Wat is de definitie van seksueel misbruik bij kinderen?.

We weten dat de signalen en symptomen van (doorgemaakt) seksueel misbruik uiteenlopen. Het merendeel van de kinderen zal na doorgemaakt seksueel misbruik niet of nauwelijks afwijkingen tonen bij lichamelijk onderzoek inclusief genitaal onderzoek, zeker als het misbruik langer geleden is (>72 uur) [9-11]. Een normaal lichamelijk en genitaal onderzoek sluit (doorgemaakt) seksueel misbruik dan ook niet uit [12-14]. Ongeveer een derde van de jonge seksueel misbruikte kinderen laat geen gedragssignalen zien [15-18].

Psychosociale symptomen zijn vaak aspecifiek. Er bestaat geen lijst met symptomen of gedragingen die eenduidig wijzen op (doorgemaakt) seksueel misbruik. Een deel van de kinderen vertoont helemaal geen signalen [19]. Bij kinderen met een gedragsstoornis komt seksueel misbruik vaker voor [20]. Echter, er zijn veel gedragsproblemen die bij kinderen kunnen worden waargenomen, met vele verschillende oorzaken.

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.

Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde

Ook lichamelijke klachten kunnen wijzen op seksueel misbruik. Hierbij wordt vooral gedacht aan functionele klachten als buikpijn, obstipatie, eetproblemen en hoofdpijn waarbij geen organische oorzaak wordt aangetroffen [21, 22].

Onderzoek toont aan dat (doorgemaakt) seksueel misbruik op de kinderleeftijd vaak negatieve consequenties heeft voor het verdere leven. Zowel op de lichamelijke als op de mentale gezondheid heeft het een negatieve invloed [23, 24]. Ook moet er rekening gehouden worden met de gevolgen van een verdenking van seksueel misbruik op de omgeving, denk hierbij aan paniek, verkeerde interpretaties, etc. Gerichte voorlichting aan ouders/verzorgers kan dit effect enigszins indammen en zo bijdragen aan een voor het kind rustige en vertrouwen wekkende aanpak.

De diagnose (doorgemaakt) seksueel misbruik is niet makkelijk te stellen, zeker niet als er geen sprake is van een zogenaamde 'heterdaad' situatie. Vaak kan de diagnose, ook na een compleet diagnostisch traject, niet volledig vast komen te staan, maar kan op grond van de signalen en symptomen wel een gewogen oordeel worden gevormd over de sterkte van het vermoeden en de daaruit voortvloeiende consequenties voor behandeling, bescherming en opsporing. Er is bijna altijd gebrek aan harde 'bewijzen'.

Middels deze richtlijn willen wij in kaart brengen wat het wetenschappelijk bewijs is voor de signalen en symptomen die met behulp van verschillende diagnostische methoden kunnen worden vastgelegd ((hetero-)anamnese, lichamelijk-, aanvullend- en sporen onderzoek). Met andere woorden: hoe waarschijnlijk is het dat deze symptomen en signalen worden gevonden gegeven de hypothese dat er sprake is van seksueel misbruik en hoe waarschijnlijk zijn deze signalen en symptomen gegeven de hypothese dat er geen sprake is van seksueel misbruik.

Deze richtlijn bespreekt nauwkeurig hoe het diagnostisch onderzoek dient plaats te vinden. Hierdoor is het mogelijk meer gewogen vast te stellen hoe sterk het vermoeden op seksueel misbruik na het diagnostisch traject is. Tegelijkertijd brengen we hiermee de hiaten en kennis lacunes in kaart met betrekking tot het diagnostisch proces bij vermoedens van seksueel misbruik.

Het onderzoek naar seksueel misbruik binnen de muren van een gezondheidszorginstelling kan echter nooit op zichzelf staan.

Er is daarnaast ook grote behoefte aan duidelijkheid rondom de aanpak en ketensamenwerking bij een vermoeden van seksueel misbruik. Er is veel verwarring over wie wat moet doen en op welk moment. Er zijn veel verschillende spelers met verschillende taken die in principe hetzelfde belang dienen, namelijk de bescherming van het kind. Denk hierbij aan hulpverlening en veiligheid, maar ook aan opsporing en vervolging van plegers.

De expertise van professionals binnen en buiten de gezondheidszorg maar ook binnen andere sectoren met diagnostiek, behandeling, hulpverlening, bescherming en opsporing bij een vermoeden van seksueel misbruik loopt zeer uiteen. In de praktijk zijn meestal meerdere disciplines betrokken, denk hierbij bijvoorbeeld aan medewerkers van Veilig Thuis (VT) waaronder de vertrouwensarts, andere artsen (huisarts, kinderarts, gynaecoloog, medisch microbioloog, forensisch arts, jeugdarts), de zedenpolitie, de officier van justitie, en medewerkers Raad voor de Kinderbescherming (RvK) enz. Voorkomen moet worden dat kinderen onnodig meerdere malen onderzocht worden door gebrek aan ervaring en kennis of door onvoldoende afstemming tussen hulpverleners en doordat er niet gezamenlijk wordt opgetrokken.

Goede verslaglegging van het onderzoek is essentieel. Wat niet vergeten moet worden is ook de precieze aanleiding van de het ontstaan van de verdenking op seksueel misbruik

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.

Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde

goed te beschrijven voordat men start met verder onderzoek. Aanwijzingen voor verslaglegging worden gegeven in een concept protocol in bijlage 1.A Voorbeeld protocol.

4.2 DOELGROEP EN DOELSTELLING

4.2.1 DOELGROEP

De richtlijn 'Diagnostiek bij een vermoeden van seksueel misbruik' is vervaardigd in opdracht van de Nederlandse Vereniging van Kindergeneeskunde (NVK), en is in eerste instantie bestemd voor kinderartsen. Echter, de problematiek rondom de diagnostiek naar (vermoedens van) seksueel misbruik vereist een multidisciplinaire aanpak. Om deze reden is er gekozen voor een multidisciplinaire werkgroep en is de richtlijn daarmee ook bestemd voor andere artsen, paramedici, psychologen, orthopedagogen en verpleegkundigen die kinderen en hun ouders behandelen of bij hen diagnostiek verrichten. Samengevat: alle zorgverleners die te maken hebben met deze groep kinderen waarbij een verdenking is op seksueel misbruik in zowel de eerste-, tweede-, als derdelijns gezondheidszorg. Om de richtlijn aan te laten sluiten bij de werkzaamheden van jeugdzorg en politie/ openbaar ministerie hebben zij ook mee gewerkt aan de totstandkoming van deze richtlijn.

4.2.2 CATEGORIE PATIËNTEN

De doelgroep omvat alle kinderen van 0 tot 18 jaar waarbij sprake is van (een vermoeden van) seksueel misbruik zowel acuut als chronisch. Kinderen met een handicap en/of verstandelijke beperking zijn extra kwetsbaar voor seksueel misbruik. Signalen van seksueel misbruik zijn in deze groep kinderen moeilijk te interpreteren en behoeven een andere aanpak echter deze valt buiten de scope van deze richtlijn.

4.2.3 DOELSTELLING

Het missen van seksueel misbruik kan zeer schadelijke gevolgen hebben voor de gezondheid en veiligheid van het kind en mogelijk ook van andere kinderen. Aan de andere kant kan een onterechte diagnose van seksueel misbruik ernstige sociale gevolgen hebben. Een onterechte diagnose kan het kind en de ouders onder hoge druk zetten, kan leiden tot onnodige veiligheidsmaatregelen, behandelingen en opsporingsactiviteiten en stigmatisering van vermeende plegers. De ervaring leert dat er relatief vaker klachtenprocedures spelen bij dit onderwerp.

Met deze richtlijn over de diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik worden de volgende resultaten beoogd:

1. Voorkomen van lichamelijke en psychische schade voor het kind en het gezin en mogelijke andere kinderen. Dit wordt bereikt door een betere vaststelling van (de sterkte van een vermoeden van) seksueel misbruik en daaruit volgend een betere bescherming en behandeling van het kind en het gezin en een betere opsporing van de verdachte. Overigens, de opsporing van de verdachte is geen doel op zich.
2. Onderbouwing van het beleid met kennis uit de literatuur.
3. Kennislacunes inzichtelijk maken, waardoor een gezamenlijke agenda voor wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de diagnostiek bij een vermoeden van seksueel misbruik gemaakt kan worden.
4. Ontwikkeling van indicatoren ter verbetering van de gezondheidszorg.
5. De richtlijn kan dienen als ondersteuning in het besluitvormingsproces rondom diagnostiek bij een vermoeden van seksueel misbruik, bij de interpretatie van signalen en symptomen en bij de te nemen maatregelen. De richtlijn moet leiden tot

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.

Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde

een verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid van het medisch handelen en moet meer uniformiteit in de praktijkvoering van zorgverleners teweegbrengen en beter aansluiten op werkzaamheden van jeugdzorg, RvK en politie. De aanbevelingen die in de richtlijn staan vermeld en het protocol in de bijlage 1.A - Voorbeeld protocol, zijn te vertalen in lokale protocollen die zijn toegespitst op de eigen situatie. De behandelaar heeft de autonomie om, wanneer hij/zij dat nodig acht, beargumenteerd van de geformuleerde richtlijn af te wijken.

4.3 SAMENSTELLING KERNWERKGROEP EN WERKGROEP

4.3.1 KERNWERKGROEP

Mw. Drs. A.H. Teeuw, kinderarts sociale pediatrie, Emma Kinderziekenhuis- Academisch Medisch Centrum

Mw. Dr. M.W. Langendam, klinisch epidemioloog, Academisch Medisch Centrum

Mw. Drs. T.F. Bosschaart, arts-onderzoeker sociale pediatrie, Emma Kinderziekenhuis- Academisch Medisch Centrum

4.3.2 WERKGROEP

Mevr. Drs. A. Asmiyati, jeugdarts, Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland

Mevr. Drs. G. de Boer, GZ psycholoog, Nederlands Instituut voor psychologen

Mevr. Drs. M. van den Berg, gynaecoloog, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

Mevr. Dr. I. Bicanic, GZ psycholoog i.o. tot klinisch psycholoog, hoofd Landelijk Psychotraumacentrum UMC Utrecht/Centrum Seksueel Geweld (CSG).

Mevr. Drs. J.M. Bosman-Vermeeren, kinderarts en vertrouwensarts, Vereniging Vertrouwensartsen Kindermishandeling

Dhr. Drs. W.A. Karst, Forensisch arts, Forensisch Medisch Genootschap

Dhr. Drs. W.P. van Kleef, Programmamanager, Programma Zeden Kinderporno en Kindersekstoerisme, Politie

Mevr. Mr. E.H.G. Kwakman, Openbaar ministerie

Mevr. L.M. van Lier, Operationeel Specialist Zeden, Landelijk Programma Zeden – Kinderporno – Kindersekstoerisme, Politie

Dhr. Dr. R. Lindauer, kinder- en jeugdpsychiater, Nederlandse vereniging voor psychiatrie

Mevr. Drs. I.M.B. Russel, kinderarts sociale pediatrie, Sectie Sociale en Psychosociale Kindergeneeskunde

Mevr. Drs. N.J. Schoonenberg, vertrouwensarts, Vereniging Vertrouwensartsen Kindermishandeling

Dhr. dr. L.C. Smeets, microbioloog, Nederlandse vereniging voor microbiologie

Mevr. Drs. R. van Tuyl, jeugdarts, Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland

Mevr. Drs. S. Wolt-Plompen, kinderarts, Flevoziekenhuis/ De Kinderkliniek, Almere

Mevr. Drs. M.W.P. Zaanen-Bink, Spoedeisende Hulp arts, KNMG

4.3.3 DEELNEMERS FOCUS GROEPEN (IN WILLEKEURIGE VOLGORDE):

Ervaringsdeskundigen:

Therese Bravenboer (coach, secretaris Stichting Revief, www.revief.nl)

Roos Haase

Janneke

Ted Kloosterboer (Stichting Praat, <http://www.praatoverkindermishandeling.nl>)

John Kusters

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.

Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde

Kim van Laar
Anita Lankamp
Hanny Lynch
Ivonne Meeuwssen
Albert Jan Post
Joyce Stobbe
14 ervaringsdeskundigen die niet met naam genoemd wilden worden

Professionals:

Alexa Breurken
Ronald van Rooy & Ans Gerritsen (politie Amsterdam)
Linda van Kooij (Stichting Seksueel Kindermisbruik Instellingen Pleeggezinnen)
Leo Rijpstra & Paul Smit (VT), Karin van Zon (psycholoog)

4.3.4 MET DANK AAN:

Dhr. A. Leenders, uitvoering literatuur onderzoek, AMC
Mevr. Dr. M.M. Tabbers, kinderarts, waarnemend voorzitter eerste werkgroep vergadering
Mevr. K. te Hofsté, Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde
Mevr. Dr. E.M.M. Hoytema- van Konijnenburg, arts-onderzoeker sociale kindergeneeskunde, AMC
Mevr. Dr. S.N. Brilleslijper-Kater, orthopedagogisch specialist kindermishandeling, AMC
Mevr. Drs. K. van Ham, arts-onderzoeker sociale kindergeneeskunde, AMC

De werkgroep is multidisciplinair samengesteld: zoveel mogelijk beoefenaars uit uiteenlopende disciplines, betrokken bij diagnostiek naar en behandeling van seksueel misbruik in de eerste, tweede en derde lijn, of betrokken bij opsporing van daders, en creëren van bescherming en veiligheid verdachten, zijn verzocht te participeren.

Leden van de werkgroep werden via de betreffende wetenschappelijke- en beroepsverenigingen verzocht zitting te nemen in de werkgroep op grond van hun persoonlijke expertise en/of affiniteit met het onderwerp. Mevr. Dr. I. Bicanic werd persoonlijk benaderd gezien haar coördinerende functie bij de uitrol van de landelijke Centra voor Seksueel Geweld (CSG). Dankbaar maakten wij gebruik van de inzet van Mevr. Drs. S. Wolt-Plompen die op eigen initiatief wilde participeren aan de ontwikkeling van deze richtlijn. Leden ontvingen voor hun aanwezigheid bij werkgroep vergaderingen vacatiegelden. De werkgroep leden hebben onafhankelijk gehandeld en waren gemandateerd door hun vereniging voor deelname aan de werkgroep. Alle werkgroep leden hebben een verklaring ondertekend omtrent belangenverstrengeling. Er was geen sprake van belangenverstrengeling.

4.4 WERKWIJZE RICHTLIJNONTWIKKELING (ZIE HOOFDSTUK 5)

Gedurende 2 jaar (november 2013-november 2015) is aan de ontwikkeling van de richtlijn gewerkt door leden van de werkgroep en de kernwerkgroep.

De richtlijn is gefinancierd door subsidie van Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS).

Voor de beantwoording van de door de werkgroep opgestelde uitgangsvragen is veelal een combinatie van literatuur onderzoek en consensus gebruikt. Per uitgangsvraag wordt aangegeven of deze op basis van literatuur onderzoek, consensus of een combinatie is beantwoord. Zo is uitgangsvraag 1 een basis definitie uit de literatuur genomen, de definitie is vervolgens middels overleg door de werkgroep aangepast (consensus).

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.

Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde

Uitgangsvragen 2 en 3 worden voornamelijk beantwoord op basis van de evidence in de literatuur (evidence based). Daar waar de literatuur te kort schiet in de beantwoording van een uitgangsvraag is gebruik gemaakt van een combinatie van evidence- en consensus based.

Voor de beantwoording van uitgangsvragen 4, 5 en 6 is met toestemming gebruik gemaakt van richtlijn: *'The Physical Signs of Child Sexual Abuse. An updated evidence-based review and guidance for best practice'* [25]. Deze richtlijn is gebaseerd op het op dat moment best beschikbare wetenschappelijke bewijs. De aan deze Richtlijn deelnemende organisaties zijn de American Academy of Pediatrics, Faculty of Forensic and Legal Medicine, Royal College of Physicians en de RCPCH. De auteurs van de huidige richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik' dragen de verantwoordelijkheid voor de inhoud hiervan.

4.5 TOTSTANDKOMING VAN DE AANBEVELINGEN

De aanbevelingen zijn geformuleerd op basis van wetenschappelijk bewijs en overige overwegingen, zoals: praktijk aanwijzingen gericht op goede ketensamenwerking en inzet op hoogst mogelijke expertise. Er werden aanbevelingen geformuleerd voor de patiëntenzorg en voor wetenschappelijk onderzoek in de toekomst. Bij elke aanbeveling wordt aangegeven of deze is gebaseerd op evidence uit de literatuur (L), consensus (C), of een combinatie (LC).

4.6 PATIËNTEN PERSPECTIEF

Het perspectief van patiënten (kinderen en ouders) is van groot belang. Er bestaat in Nederland geen patiëntenvereniging specifiek voor mensen die seksueel misbruik op de kinderleeftijd hebben meegemaakt of voor betrokken ouders. Om het patiënten perspectief te borgen zijn hebben daarom een drietal focusgroepen plaatsgevonden. Dit is uitgewerkt in hoofdstuk 14- Patiënten perspectief¹⁴.

4.7 CONSULTATIERONDE EN AUTORISATIE

4.7.1 INITIËRENDE PARTIJ

Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde

Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten

4.7.2 PARTICIPERENDE AUTORISERENDE VERENIGINGEN/ORGANISATIE

Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

Vereniging Vertrouwensartsen Kindermishandeling

Forensisch Medisch Genootschap

4.7.3 PARTICIPERENDE NIET AUTORISERENDE VERENIGINGEN/ORGANISATIES

Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland

Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen

Nederlandse Huisartsen Genootschap

Nederlandse Vereniging voor Microbiologie

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.

Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde

Nederlands Instituut voor Psychologen
Nederlandse Vereniging Spoedeisende hulp artsen
Centrum Seksueel Geweld (CSG)
Nationale politie, Team Zeden en Forensische opsporing
Openbaar ministerie

4.7.4 OVERIGE INSTANTIES BETROKKEN BIJ SEKSUEEL GEWELD

Landelijk Expertise Centrum Kindermishandeling (LECK)
Taskforce kindermishandeling en seksueel misbruik

4.7.5 OVERIGE

Professionals die aan de focusgroep hebben deelgenomen: Alexa Breurken, Ronald van Rooy & Ans Gerritsen (zedenpolitie Amsterdam), Linda van Kooij (Stichting Seksueel Kindermisbruik Instellingen Pleeggezinnen), Leo Rijpstra & Paul Smit (VT), Karin van Zon (psycholoog)

Elise van de Putte, projectleider ontwikkeling richtlijnen 'Blauwe plekken bij kinderen' en 'Signalering kindermishandeling in de spoedeisende medische zorg' en voorzitter Landelijk Expertise Centrum Kindermishandeling (LECK).

Yet van Mastrigt, vakspecialist / senior adviseur, Politie, Landelijk Programma Zeden – Kinderporno – Kinderseksstoerisme. Implementatie

Implementatie zal in de alle eigen instellingen apart vorm worden gegeven. Deze richtlijn maakt het mogelijk de aanbevelingen te vertalen naar de eigen omgeving. De richtlijn zal onder de aandacht gebracht worden middels verschillende media: congressen en symposia (LECK symposium, European Conference on Child Abuse and Neglect congres (EUCCAN)), medische tijdschriften (zoals Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde en Medisch Contact) en de ministeries van VWS en Veiligheid en Justitie.

Het Medisch handboek kindermishandeling [7] zal op basis van de 3 richtlijnen ('Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik', 'Blauwe plekken bij kinderen' en 'Signalering kindermishandeling in de spoedeisende medische zorg') bij een nieuwe editie worden gereviseerd evenals de WOKK scholing voor kinderartsen (in opleiding).

4.8 JURIDISCHE BETEKENIS VAN DEZE RICHTLIJN

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften maar wetenschappelijk onderbouwde en breed gedragen inzichten en aanbevelingen. Hieraan worden zorgverleners geacht te voldoen om kwalitatief goede zorg te verlenen. Zorgverleners kunnen op basis van hun professionele autonomie afwijken van de richtlijn. De aanbevelingen zijn immers hoofdzakelijk gebaseerd op de 'gemiddelde patiënt'. Afwijken van richtlijnen is, als de situatie van de patiënt dat vereist, soms zelfs noodzakelijk. Wanneer van de richtlijn wordt afgeweken moet dit echter beargumenteerd, gedocumenteerd en, waar nodig, in overleg met de patiënt worden gedaan.

Dit onderwerp beweegt zich op het snijvlak van gezondheidszorg en justitie. Binnen het gemeenschappelijk belang, namelijk de bescherming van en beste zorg voor het kind, kunnen er soms conflicterende taken/rollen bestaan bij de verschillende spelers, bijvoorbeeld medische behandeling met het patiënten beroepsgeheim versus opsporing en juridische vervolging van vermoedelijke plegers. Professionals moeten handelen binnen de eigen wettelijke mogelijkheden. Men moet zich houden aan wet- en regelgeving, en meldcodes. Deze worden nader toegelicht in hoofdstuk 15 - Juridische aspecten.

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.

Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde

4.9 HERZIENING

De richtlijn dient elke 3 jaar gereviseerd te worden. Dit zal in 2019 voor de eerste keer plaatsvinden. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de richtlijn te herzien. De geldigheid van de richtlijn komt eerder te vervallen als nieuwe ontwikkelingen aanleiding geven een herzieningstraject te starten.

5 METHODEN ‘EVIDENCE-BASED’ RICHTLIJN ONTWIKKELING

5.1 WERKWIJZE VAN DE WERKGROEP

De werkgroep werkte gedurende een periode van 24 maanden, van november 2013 tot november 2015, aan de richtlijn. In deze periode vonden 3 bijeenkomsten plaats. Voorafgaand aan de eerste bijeenkomst werden door de werkgroep leden vanuit de verschillende beroepsgroepen knelpunten in de diagnostiek bij een vermoeden van seksueel misbruik geïnventariseerd. Tijdens de eerste werkgroep vergadering zijn op basis van de resultaten van de knelpuntanalyse de knelpunten geprioriteerd en voorlopige uitgangsvragen vastgesteld. De ingebrachte knelpunten werden geclusterd en geanalyseerd door de kernwerkgroep waarna deze besproken werden op de eerste werkgroep bijeenkomst. Op deze bijeenkomst werd een voorstel gedaan door de kernwerkgroep voor uitgangsvragen. De uitgangsvragen konden worden verdeeld in diagnostiek met betrekking tot lichamelijke symptomen, psychosociale symptomen (gedragssignalen), lichamelijk / genitaal onderzoek, aanvullend onderzoek (seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA) en zwangerschap) en forensisch medisch onderzoek (FMO).

In de eerste bijeenkomst zijn vier sub werkgroepen gevormd waarin de betreffende uitgangsvragen zijn uitgewerkt, rekening houdend met de benodigde expertise. Tussen de eerste en tweede bijeenkomst zijn de definitieve uitgangsvragen vastgesteld. In de tweede bijeenkomst is de definitie van seksueel misbruik vastgesteld en rapporteerde iedere sub werkgroep voorlopige resultaten voor de uitgangsvragen. Tussen tweede en derde bijeenkomst zijn alle uitgangsvragen beantwoord, voorlopige aanbevelingen geformuleerd en het complete concept versie van de richtlijn is voor feedback aan de werkgroep verstuurd. Voorafgaand aan de derde bijeenkomst zijn alle commentaren verwerkt. In de derde bijeenkomst werden de antwoorden op de uitgangsvragen besproken en de aanbevelingen vastgesteld.

5.2 PATIËNTEN PERSPECTIEF

Ervaringsdeskundigen werden benaderd om deel te nemen aan een focusgroep ter ondersteuning van de richtlijn ontwikkeling. Er werden 3 focusgroepen georganiseerd met jongeren die in het meer recente verleden seksueel misbruik hebben doorgemaakt; volwassenen die in hun kindertijd seksueel misbruik hebben en ouders van kinderen die in het verleden seksueel misbruikt hebben meegemaakt. Hierin werd met ervaringsdeskundigen gesproken over verschillende onderwerpen, zie hoofdstuk 14 - Patiënten perspectief. Notulen werden geanonimiseerd. De ervaringsdeskundigen werden tevens benaderd om het verslag over de adviezen aan hulpverleners te reviseren.

5.3 UITGANGSVRAGEN

Op basis van de resultaten van de knelpuntanalyse werden de volgende uitgangsvragen opgesteld:

Uitgangsvraag 1: Wat is de definitie van seksueel misbruik bij kinderen?

Uitgangsvraag 2: Welke gedragssignalen bij kinderen zijn geassocieerd met seksueel misbruik?

Richtlijn ‘Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.’

Uitgangsvraag 3: Welke lichamelijke symptomen bij kinderen zijn geassocieerd met seksueel misbruik bij kinderen?

Uitgangsvraag 4: Welke anogenitale bevindingen kunnen de diagnose seksueel misbruik bij kinderen ondersteunen?

Uitgangsvraag 5: Aan welke vereisten moet een lichamelijk onderzoek door de (kinder)arts bij een kind met een vermoeden van seksueel misbruik voldoen?

Uitgangsvraag 6: Welk aanvullend onderzoek moet er worden verricht bij een vermoeden van seksueel misbruik bij kinderen?

Uitgangsvraag 7: Forensisch medisch onderzoek, wat moet men doen en laten?

Uitgangsvraag 8: Welke instrumenten zijn er beschikbaar t.b.v. diagnostisch onderzoek (anders dan laboratorium- en lichamelijk onderzoek) naar een vermoeden van seksueel misbruik bij kinderen?

5.4 ALGEMENE UITGANGSPUNTEN VOOR DE WERKWIJZE

Gestart werd met een oriënterende zoekactie naar bestaande evidence-based richtlijnen, verricht door de informatie specialist van de medische bibliotheek van het Academisch Medisch Centrum. Er werd gezocht in verschillende databases, Turning Research into Practice (TRIP), National Guideline clearinghouse, Guidelines International Network (G-I-N), EBM Guideline: Evidence-Based Medicine, het CBO en National Institute of Clinical Excellence (NICE). Tevens werd er handmatig gezocht op websites van verschillende wetenschappelijke en beroepsverenigingen (Nederlands Huisartsen Genootschap, Geestelijke Gezondheidszorg, Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland, Nederlands Centrum Jeugdgezondheid). De kwaliteit van de richtlijnen is beoordeeld met het AGREE instrument [26]. De kwaliteit van de richtlijnen is beoordeeld met het AGREE instrument [26, 27] (zie bijlage 1.A.1 - AGREE). Uit deze zoekactie bleek dat een aantal uitgangsvragen nauw aansluiten bij de richtlijn “The physical signs of child sexual abuse, an evidence-based review and guidance for best practice” van het Royal College of Paediatrics and Child Health [25]. Deze richtlijn is in 2008 gepubliceerd, en recent geactualiseerd (mei 2015). Voor het beantwoorden van de uitgangsvragen over lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek, is deze richtlijn als uitgangspunt genomen, en voor sommige vragen direct vertaald (met toestemming van de uitgever). Deze richtlijn is gebaseerd op het op dat moment best beschikbare wetenschappelijke bewijs. De aan deze Richtlijn deelnemende organisaties zijn de American Academy of Pediatrics, Faculty of Forensic and Legal Medicine, Royal College of Physicians en de RCPCH. De auteurs van de huidige richtlijn ‘Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik’ dragen de verantwoordelijkheid voor de inhoud hiervan.

Uitgangsvraag 1, over de definitie van seksueel misbruik, werd beantwoord door het vergelijken en bediscussiëren van verschillende definities, waardoor consensus over de meest passende definitie werd bereikt.

Voor de overige uitgangsvragen zijn zoekacties uitgevoerd in samenwerking met een informatiespecialist van de Medische Bibliotheek van het AMC. Voor iedere vraag werden inclusie en exclusie criteria geformuleerd en een beoordeling van de methodologische kwaliteit van de studies uitgevoerd. Deze worden gedetailleerd beschreven in de desbetreffende hoofdstukken.

Afhankelijk van de opbrengst van de zoekactie is gekozen voor het maken van een overzicht van systematische reviews of een overzicht van primaire studies, of een overzicht van alle beschikbare evidence. Ook dit wordt in de betreffende hoofdstukken besproken.

Richtlijn ‘Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen’

Nederlandsese Vereniging Kindergeneeskunde

Een aantal uitgangsvragen is deels beantwoord door middel van literatuuronderzoek en deels door consensus. Dit wordt per vraag aangegeven.

5.5 OPBOUW VAN DE RICHTLIJN

De hoofdstukken in de richtlijn zijn opgebouwd volgens een vaste structuur. De antwoorden op de uitgangsvragen zijn voor zover mogelijk gebaseerd op gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek. Vervolgens werden op basis van de beschikbare literatuur conclusies geformuleerd. De aanbevelingen zijn het resultaat van de conclusie van de wetenschappelijke onderbouwing met inachtneming van overige overwegingen. De overige overwegingen zijn opgesteld naar aanleiding van discussies in de sub werkgroepen en werkgroep leden konden deze overige overwegingen aandragen in de commentaarronde tussen tweede en derde bijeenkomst.

RESULTATEN: DE RICHTLIJN

6 UITGANGSVRAAG 1 WAT IS DE DEFINITIE VAN SEKSUEEL MISBRUIK BIJ KINDEREN?

6.1 INLEIDING

De beantwoording van deze vraag berust op consensus tussen de experts uit de werkgroep. De basis voor de definitie berust op de definitie die wordt gebruikt in het Medisch handboek kindermishandeling [7].

Er worden veel verschillende definities gebruikt voor seksueel misbruik, ook binnen de multidisciplinaire werkgroep. Vooral de verschillen tussen medische- en juridische professionals zijn groot. Er is geprobeerd een definitie te formuleren die van toepassing is binnen het medisch kader, daar deze richtlijn in eerste instantie bedoeld is voor (kinder)artsen, die tevens aansluit bij het juridisch kader.

6.2 RESULTATEN

Wat is de definitie van seksueel misbruik bij kinderen?

Seksueel misbruik van kinderen is aan de orde in de volgende gevallen:

- Kind tot 12 jaar: elk seksueel contact, zowel seksueel binnendringen als betasten, al dan niet gepaard gaande met dwang of geweld (met uitzondering van seksueel spel tussen kinderen onder de twaalf jaar van dezelfde leeftijd (minder dan 3 jaar verschil) en ontwikkelingsniveau).
- Kind tussen 12-16 jaar: elk seksueel contact, zowel binnendringen als betasten in beginsel al dan niet gepaard gaande met dwang of geweld, tenzij het een vrijwillige relatie tussen gelijkwaardige seksuele partners van ongeveer gelijke leeftijd betreft.
- Kind tussen 16-18 jaar: elk seksueel contact, zowel binnendringen als betasten, waarbij sprake is van:
 - dwang/geweld
 - giften van geld of goederen
 - als de pleger een bijzondere hoedanigheid heeft (ouders, verzorgers, leerkrachten, hulpverleners etc.)
 - als de minderjarige zich prostitueert of in spelshows werkt
 - als de minderjarige door een derde wordt gedwongen om seks met iemand te hebben
- Kind onder de 16 jaar: indien pornografische afbeeldingen worden getoond of als het kind aanwezig is geweest bij seks tussen anderen, of als er een afspraak met het kind gemaakt wordt met het doel om seks te hebben.
- Kind onder de 18 jaar: als er van hen kinderpornografische afbeeldingen worden vervaardigd of een andere vorm van seksuele uitbating zoals kinderprostitutie plaatsvindt.

NB/ Met dwang wordt ook bedoeld de psychologische dwang ten gevolge van een afhankelijkheidsrelatie van de minderjarige ten opzichte van een volwassene.

7 UITGANGSVRAAG 2 WELKE GEDRAGSSIGNALEN BIJ KINDEREN ZIJN GEASSOCIEERD MET SEKSUEEL MISBRUIK BIJ KINDEREN?

- Wat is de voorspellende waarde van deze gedragssignalen?
- Wat is de benodigde expertise voor het interpreteren van gedragssignalen?

7.1 INLEIDING

De beantwoording van de vraag *‘Welke gedragssignalen bij kinderen zijn geassocieerd met seksueel misbruik?’* berust op systematisch literatuur onderzoek. De beantwoording van de vraag *‘Wat is de benodigde expertise voor het interpreteren van gedragssignalen?’* berust op consensus en de richtlijnen van het Centrum voor Seksueel Geweld (CSG).

Tijdens de eerste werkgroep bijeenkomst werd duidelijk dat iedereen die te maken heeft met een vermoeden van seksueel misbruik vraagt naar gedragssignalen zoals angst, depressie en post traumatische stress syndroom (PTSS) en - klachten. Men is in de veronderstelling dat de aanwezigheid van deze signalen aanwijzingen kunnen zijn voor doorgemaakt seksueel misbruik. Tegelijkertijd ontstaat er regelmatig een vermoeden van seksueel misbruik die bepaalde gedragssignalen, zoals hierboven vermeld, laten zien. Voor welke gedragssignalen is het bekend dat er een associatie met doorgemaakt seksueel misbruik bestaat en hoe sterk is deze associatie? Antwoord op deze vragen is o.a. belangrijk voor het maken van een inschatting van de kans op seksueel misbruik en het uitvoeren van een adequate (hetero-) anamnese. Dit hoofdstuk richt zich uitsluitend op gedragssignalen op de kinderleeftijd in associatie met doorgemaakt seksueel misbruik.

7.2 METHODEN

7.2.1 ZOEKSTRATEGIE.

Zoekstrategieën werden uitgevoerd met behulp van een literatuurspecialist van de medische bibliotheek van het AMC. De zoekactie vond plaats op 09-07-2014, in de databases Medline, PsychInfo, EMBASE, ERIC, CINAHL. Er werd gezocht naar artikelen over seksueel misbruik en een diversiteit aan psychosociale signalen. Welke psychosociale signalen werden meegenomen in de zoekstrategie werd op basis van consensus binnen een groep experts besloten. Tevens werd gekeken naar de zoekstrategie van vergelijkbaar reviews over verwaarlozing [28, 29]. Vanwege de omvang van de zoekactie (10602 hits) is er gekozen alleen systematische reviews te includeren. Voor de selectie werd hiervoor een automatisch review filter gebruikt.

De uitgebreide zoekstrategie is te vinden in bijlage 1.E - Zoekstrategie – uitgangsvraag 2

7.2.2 SELECTIE VAN ARTIKELEN.

Aan de hand van vooraf gedefinieerde inclusie- en exclusie criteria werden de artikelen eerst geselecteerd op titel, daarna op abstract en tot slot op volledige tekst. De selectie werd onafhankelijk uitgevoerd door twee onderzoekers (S.N.B.K., T.F.V.B.). Bij onenigheid werd gediscussieerd tot er overeenstemming was bereikt, bij twijfel werd het volledige artikel

Richtlijn ‘Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen’

gelezen en beoordeeld op inhoud en kwaliteit. Indien noodzakelijk werd de hulp ingeroepen van een derde selecteur (M.L.) om tot overeenstemming te komen.

7.2.3 INCLUSIE CRITERIA:

- Systematische reviews (minimaal 4 punten op de AMSTAR)
- Kinderen 0-18
- seksueel misbruik op de kinderleeftijd
- Psychosociale klachten (zoals: angst-, depressie-, PTSS-klachten, gedragsproblemen)

7.2.4 EXCLUSIE CRITERIA:

- Systematische reviews over volwassenen of over kinderen én volwassenen waarbij resultaten van de kinderen (0-18) niet te extraheren waren.
- Systematische reviews over seksueel misbruik en andere vorm(en) van kindermishandeling waarbij resultaten van seksueel misbruik niet te extraheren waren.
- Systematische reviews over andere vormen van kindermishandeling dan seksueel misbruik.
- Systematische reviews over lichamelijke klachten als gevolg van seksueel misbruik.

Artikelen werden opgevraagd via de medische bibliotheek van het AMC ziekenhuis. Indien deze niet beschikbaar waren werden auteurs zelf benaderd. Voor 1 artikel is het niet gelukt het volledige artikel te achterhalen [30].

7.2.5 KWALITEITSBEOORDELING

7.2.5.1 Systematische reviews

Systematische reviews werden door twee beoordelaars (S.N.B.K., T.F.V.B), onafhankelijk van elkaar beoordeeld op kwaliteit. Hiervoor werd gebruik gemaakt van de AMSTAR checklist [31], zie bijlage 1.A.2 - AMSTAR Bij verdeeldheid over de beoordeling werd er gediscussieerd tot er overeenstemming was bereikt. Indien nodig werd de hulp van een derde beoordelaar ingeroepen (M.L.) om tot overeenstemming te komen.

De AMSTAR checklist beoordeelt reviews op 11 punten. De AMSTAR beoordeelt de methodische uitvoering van de review. Hiermee kan goed onderscheid worden gemaakt tussen systematische- en niet systematische reviews. Wanneer methoden niet goed beschreven zijn scoort een artikel automatisch laag op de AMSTAR.

1. Was an 'a priori' design provided?
2. Was there duplicate study selection and data extraction?
3. Was a comprehensive literature search performed?
4. Was the status of publication (i.e. grey literature) used as an inclusion criterion?
5. Was a list of studies (included and excluded) provided?
6. Were the characteristics of the included studies provided?
7. Was the scientific quality of the included studies assessed and documented?
8. Was the scientific quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions?
9. Were the methods used to combine the findings of studies appropriate?
10. Was the likelihood of publication bias assessed?
11. Was the conflict of interest included?

Het aantal punten dat werd gescoord wordt in de evidence tabellen (bijlage 1.G - Evidence tabellen – uitgangsvraag 2) per systematische review weergegeven. Reviews welke niet

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen'

systematisch zijn uitgevoerd scoren automatisch laag op de AMSTAR checklist. Reviews welke geen gegevens bevatten over de zoekstrategie, selectie proces en de beoordeling van kwaliteit, dan wel <4 punten scoorden op de AMSTAR checklist werden als niet systematisch beschouwd en geëxcludeerd.

7.3 RESULTATEN

7.3.1 WELKE GEDRAGSSIGNALEN BIJ KINDEREN ZIJN GEASSOCIEERD MET SEKSUEEL MISBRUIK?

In totaal zijn 5 systematische reviews [32-36] geïnccludeerd die de relatie tussen seksueel misbruik en een psychosociaal symptoom onderzochten. Indien er meerdere reviews over een zelfde symptoom waren werden alle meegenomen in de evidence tabellen. De AMSTAR beoordeling per artikel is te vinden in de evidence tabellen (bijlage 1.G - Evidence tabellen – uitgangsvraag 2).

Er wordt in de reviews een brede range aan klachten gerapporteerd: internaliserende problemen als angst, nachtmerries, terug getrokken gedrag, weglopen, zelfbeschadiging, zelfmoordpogingen, middelen misbruik en PTSS; externaliserende problemen als wreedheid, seksueel ongepast/risicovol gedrag; ontwikkelingsproblemen als regressie voor zindelijkheid en regressie in gedrag en algemene gedragsproblemen.

7.3.2 WAT IS DE VOORSPELLENDE WAARDE VAN DEZE GEDRAGSSIGNALEN BIJ KINDEREN VOOR SEKSUEEL MISBRUIK?

7.3.2.1 Gedragsproblemen

Eén review [36] (AMSTAR 4/11): Studies die kinderen na seksueel misbruik vergelijken met kinderen zonder seksueel misbruik, laten zien dat kinderen na seksueel misbruik vaker de volgende klachten hebben: internaliserende problemen (angst, nachtmerries, terug getrokken gedrag, weglopen en zelfbeschadiging) externaliserende problemen (wreedheid), regressie (zindelijkheid en gedrag) en algemene gedragsproblemen.

In vergelijking met andere kinderen die in medische- of psychiatrische behandeling zijn en niet zijn misbruikt, scoorden kinderen na seksueel misbruik gelijk op gedragsproblemen zoals hierboven genoemd.

7.3.2.2 PTSS

Eén review [36] (AMSTAR 4/11): Studies die kinderen na seksueel misbruik vergelijken met kinderen zonder seksueel misbruik laten zien dat slachtoffers vaker klachten hebben van PTSS. Ook in vergelijking met andere kinderen die in medische- of psychiatrische behandeling zijn en niet zijn misbruikt, scoorden kinderen na seksueel misbruik hoger op PTSS.

7.3.2.3 Seksueel gedrag

Twee reviews [32, 36]: Beschrijven een positieve relatie tussen seksueel misbruik en ongepast seksueel gedrag.

Eén review [36] (AMSTAR 4/11): Studies die kinderen na seksueel misbruik vergelijken met kinderen zonder seksueel misbruik laten zien dat slachtoffers vaker ongepast seksueel gedrag laten zien.

Ook in vergelijking met andere kinderen die in medische- of psychiatrische behandeling zijn, en niet zijn misbruikt, scoorden kinderen na seksueel misbruik hoger op seksueel gedrag.

Eén review [32] (AMSTAR 8/11): Er lijkt significant vaker sprake te zijn van onbeschermd seksueel contact (OR 1.91 (1.78, 2.05) $p < 0.001$), meerdere seksuele partners (OR 2.91 (2.68, 3.17) $p < 0.001$) en betrokkenheid bij zwangerschap (OR

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen'

4.81 (4.39, 5.28) $p < 0.05$) onder adolescente jongens die slachtoffer zijn van seksueel misbruik ten opzichte van adolescente jongens zonder seksueel misbruik. [32]

7.3.2.4 Middelen gebruik

Eén review [35] (AMSTAR 6/11): De prevalentie van seksueel misbruik onder adolescenten in behandeling vanwege middelen misbruik is hoger onder meisjes (60.9%) t.o.v. de algemene populatie (27%). Er werden geen verschillen voor adolescente jongens gevonden. De prevalentie van middelen misbruik onder adolescente meisjes na seksueel misbruik (38.3%) is hoger vergeleken met de normale populatie (14.0%). Er waren geen cijfers over adolescente jongens na seksueel misbruik, door gebrek aan studies. [35]

7.3.2.5 Zelfbeschadiging en zelfmoord gerelateerd gedrag

Drie reviews [33, 34, 36] (AMSTAR 4-5): beschrijven een positieve relatie tussen seksueel misbruik en zelfbeschadigend of zelfmoord gerelateerd gedrag. Seksueel misbruik lijkt een risicofactor voor zelfbeschadiging gemedieerd door dissociatie.

Eén review [36] (AMSTAR 4/11): Studies die kinderen na seksueel misbruik vergelijken met kinderen zonder seksueel misbruik laten zien dat slachtoffers vaker klachten hebben van zelfbeschadiging. In vergelijking met andere klinische kinderen (niet nader omschreven (N.N.O.)), die niet zijn misbruikt, scoorden kinderen na seksueel misbruik gelijk.

Eén review [33] (AMSTAR 5/11): De life-time prevalentie van zelf beschadigend gedrag ligt rond de 13-23.2%. Een voorgeschiedenis van seksueel misbruik lijkt een risicofactor voor zelfbeschadigend gedrag. Dissociatie lijkt de relatie tussen zelfbeschadiging en seksueel misbruik te mediëren.

Eén review [34] (AMSTAR 5/11): Er wordt een positieve associatie (significant verschillend) beschreven voor zelfmoord pogingen en seksueel misbruik bij zowel jongens als meisjes (OR 4.5-30.8 in jongens en OR 2.2-5.1 in meisjes). Wanneer data aangepast worden aan andere risico factoren (N.N.O.) is er enkel een significant verschil onder jongens (OR 15.0 (4.7-47.9)), in één studie.

Tabel 7.1 Associatie tussen psychosociale symptomen en seksueel misbruik

Symptoom	Referenties	AMSTAR score	Associatie
Gedragsproblemen	[36]	AMSTAR 4	Er zijn geen studies gevonden over kinderen met gedragsproblemen en of zij een verhoogde kans hebben op seksueel misbruik. De data zijn te beperkt om een conclusie te trekken over of kinderen met seksueel misbruik een verhoogde kans hebben op gedragsproblemen in vergelijking met kinderen zonder seksueel misbruik. Eén review van matige kwaliteit toont een positieve associatie, echter deze valt weg wanneer de kinderen vergeleken worden met kinderen die in een medische- of psychiatrische behandeling zijn.
PTSS	[36]	AMSTAR 4	Er zijn geen data gevonden over kinderen met PTSS en of zij een verhoogde kans hebben op seksueel misbruik.

			Data zijn te beperkt om een conclusie te trekken over of kinderen met seksueel misbruik een verhoogde kans hebben op PTSS in vergelijking met kinderen zonder seksueel misbruik. Eén review van matige kwaliteit toont een positieve associatie.
Seksueel gedrag	[32, 36]	AMSTAR 4-8	Er zijn geen data gevonden over kinderen met afwijkend seksueel gedrag en of zij een verhoogde kans hebben op seksueel misbruik. Data zijn te beperkt om een conclusie te trekken over of kinderen met seksueel misbruik een verhoogde kans hebben op afwijkend seksueel gedrag in vergelijking met kinderen zonder seksueel misbruik. Eén review van matige kwaliteit en één review van goede kwaliteit tonen een positieve associatie.
Middelen misbruik	[35]	AMSTAR 6	Data zijn te beperkt om een conclusie te trekken over of kinderen met middelen misbruik een verhoogde kans hebben op seksueel misbruik in vergelijking met kinderen zonder middelen misbruik. Eén review toont een positieve associatie aan bij meisjes, niet bij jongens. Data zijn te beperkt om een conclusie te trekken over of kinderen met seksueel misbruik een verhoogde kans hebben op afwijkend middelen misbruik in vergelijking met kinderen zonder seksueel misbruik. Eén review, van voldoende kwaliteit toont een positieve associatie aan bij meisjes, voor jongens is onvoldoende literatuur beschikbaar.
Zelfbeschadiging en zelfmoord gerelateerd gedrag	[33, 34, 36]	AMSTAR 4-5	Er zijn geen data gevonden over kinderen met zelfbeschadiging en zelfmoord gedrag en of zij een verhoogde kans hebben op seksueel misbruik. Data zijn te beperkt om een conclusie te trekken over of kinderen met seksueel misbruik een verhoogde kans hebben op zelfbeschadiging en zelfmoord gerelateerd gedrag in vergelijking met kinderen zonder seksueel misbruik. Drie reviews, van matige kwaliteit, tonen een positieve associatie, in één review viel deze associatie weg na correctie voor risicofactoren.

7.3.3 WELKE EXPERTISE IS NODIG VOOR HET INTERPRETEREN VAN GEDRAGSSIGNALLEN?

Beantwoording van deze vraag is gebaseerd op de kwaliteitscriteria opgesteld door het CSG aangepast op basis van expert opinion vanuit de werkgroep.

Anamnese en psychologisch onderzoek moeten worden uitgevoerd door een bevoegde en bekwame professional dat die deze zorg tot haar/zijn dagelijkse taken heeft of regelmatig uitvoert.

Bij kinderen en jongeren met (pre-existente of comorbide) psychopathologie of systeempathologie is enkel kennis over seksueel misbruik onvoldoende en dient de onderzoeker ervaring te hebben met deze psychopathologie (zoals autisme, verstandelijke beperking, verstoorde scheidingsprocessen). Bij deze kinderen is het aan te raden een kinderpsychiater of GGZ klinisch psycholoog in consult te vragen.

Artsen:

(Kinder)artsen bevoegd en bekwaam in het afnemen van (medische) anamnese bij kinderen (0-18) en met actuele kennis van:

- Seksueel geweld bij kinderen,
- Prevalentie van seksueel misbruik bij kinderen,
- Medische (lichamelijke) en psychosociale gevolgen van seksueel misbruik bij kinderen,
- Psychologische en psychosomatische gevolgen van seksueel geweld en de invloed hiervan op kinderen,
- De mogelijke negatieve impact van medische zorg en onderzoek op het slachtoffer.
- (Normale) seksuele ontwikkeling van kinderen

Psychologische disciplines:

- De psychologische zorgverlener is op tenminste WO-niveau geschoold als diagnosticus en BIG geregistreerd.
- De psychologische zorgverlener is bevoegd en bekwaam in het diagnosticeren van seksueel geweldsproblematiek bij kinderen.
- De psychologische zorgverlener heeft kennis over de belangrijkste aspecten van seksueel geweld (kwantitatieve gegevens over plegers en slachtoffers, veroorzakende en in stand houdende factoren, gezinsdynamiek en gevolgen) bij kinderen.
- De psychologische zorgverlener is in staat om (specialistische) diagnostiek te verrichten bij kinderen, met als doelen: inschatten van de ernst van de klachten en van het effect van het seksueel geweld op de ontwikkeling en het functioneren, differentiaal diagnostisch inschatten van eventuele co-morbiditeit, inschatten van draagkracht en draaglast van het systeem en van de kwetsbaarheid van het slachtoffer.
- (Normale) seksuele ontwikkeling van kinderen

Bij twijfel over de veiligheid van een kind moet VT in consult worden gevraagd.

7.4 DISCUSSIE KWALITEIT LITERATUUR

Tijdens het beoordelen van de artikelen werd duidelijk dat geen van de artikelen voldeed aan punt 5 (vermelding referenties geïnccludeerde en geëxcludeerde studies), enkel de referenties van de geïnccludeerde studies werden vermeld. Ook punt 11 (conflicts of interest) werd regelmatig niet benoemd. Over het algemeen waren de reviews van lage kwaliteit

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen'

doordat de methoden slecht beschreven werden, en hebben die daardoor een lage score hebben gekregen.

Deze review focust zich op psychosociale symptomen bij kinderen (<18 jaar) in relatie met seksueel misbruik. We kwamen veel reviews tegen die zich richtten op psychosociale symptomen onder volwassenen na seksueel misbruik tijdens de kindertijd (of onder zowel volwassenen als kinderen, maar in de weergave van de resultaten hier geen onderscheid tussen volwassenen en kinderen in maakten. Deze studies werden geëxcludeerd. Hierdoor komen een aantal onderwerpen, die wel tot de vraagstelling behoorden, niet aan bod in de resultaten, zoals: depressie, bipolaire stoornis, neurobiologische aspecten, pesten, seksueel verlangen, seksuele (dys)functie, seksuele verslaving, psychose, schizofrenie, conduct disorder, functionele klachten, chronische pijn, Tourette syndroom, slaapstoornissen, ADHD en stemmingsstoornissen. Systematische reviews over bovenstaande onderwerpen op de kinderleeftijd in relatie tot seksueel misbruik zijn niet gevonden.

Gebruikte definities voor seksueel misbruik en andere uitkomstmaten waren vaak breed en soms ontbraken definities in het geheel. Vier van de vijf geïnccludeerde systematische reviews hebben gekeken naar de methodologische kwaliteit van de geïnccludeerde studies (zie evidence tabellen bijlage 1.G - Evidence tabellen – uitgangsvraag 2). De meeste reviews hebben voornamelijk cross-sectionele studies geïnccludeerd. Prospectieve cohort studies zijn nodig om iets te kunnen zeggen over de associatie tussen psychosociale signalen en seksueel misbruik.

Een deel van de literatuur is meer dan twintig jaar oud, zoals de review van Kendall-Tacket uit 1993 [36]. De definitie die destijds gebruikt werd voor PTSS komt niet meer overeen met de huidige definitie.

De prevalentie van PTSS ten gevolge van seksueel misbruik seksueel misbruik is vaker onderzocht bij volwassenen dan bij kinderen. Doordat er in dit hoofdstuk voor is gekozen alleen systematische reviews te includeren worden empirische studies over de associatie tussen PTSS bij kinderen en seksueel misbruik gemist.

Revictimisatie is in dit hoofdstuk niet aan bod gekomen. Er zijn veel studies die aantonen dat kinderen die seksueel misbruik hebben mee gemaakt opnieuw misbruikt zullen worden indien ze geen therapie ontvangen [37-39]. PTSS is in dit verband (eerder misbruik – later misbruik) een belangrijke mediator. Daarom is het voorkomen van het ontstaan van PTSS dan wel het behandelen van PTSS essentieel. Indien je een kind/jongeren kunt helpen met adequate coping met het gebeuren, is de kans op psychisch vastlopen (en dus latere revictimisatie) kleiner. PTSS is goed te behandelen met EMDR of traumagerichte cognitieve gedragstherapie. Helaas is het onduidelijk of slachtoffers toegang hebben tot de therapie die zij zouden moeten krijgen om te herstellen [6].

De oorzaken van gedragsproblemen bij kinderen zijn waarschijnlijk multifactorieel. Zo blijkt dat kinderen met psychiatrische problematiek gelijk scoren op gedragsproblemen in vergelijking met kinderen met doorgemaakt seksueel misbruik [36]. Meerdere studies tonen tevens aan dat een groot deel, ongeveer een derde van de jonge seksueel misbruikte kinderen, geen gedragssignalen laten zien [15-18]. Afwezigheid van gedragssignalen sluit doorgemaakt seksueel misbruik nooit uit.

Daar er momenteel geen gouden standaard is voor het vaststellen dan wel uitsluiten van seksueel misbruik berusten vrijwel alle studies op zelfrapportage. Dit brengt het risico op recall bias met zich mee, wat inhoudt dat herinneringen en belevingen uit het verleden vaak gekleurd worden door de huidige situatie wat een vertekend beeld kan geven. Er zijn ook studies gebaseerd op de rapportage van ouder(s)/verzorger(s). We kunnen er niet van uit gaan dat alle ouders op de hoogte zijn van eventueel seksueel misbruik bij hun kind. Daarnaast moeten we rekening houden met onbetrouwbare rapportage van

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen'

ouder(s)/verzorger(s) indien zij zelf de pleger zijn. Ook rapportage gebaseerd op bevindingen van officiële instanties zijn niet geheel betrouwbaar, het aantal meldingen ligt over het algemeen lager dan de werkelijke prevalentie. De diagnose seksueel misbruik is vrijwel nooit met 100% zekerheid te stellen.

7.5 CONCLUSIE LITERATUUR

Er is mogelijk een positieve associatie tussen seksueel misbruik en internaliserende problemen (zoals angst, nachtmerries, terug getrokken gedrag, zelfbeschadiging, zelfmoordpogingen, middelen misbruik en PTSS), externaliserend gedrag (wreedheid, weglopen, seksueel ongepast/risicovol gedrag), ontwikkelingsproblematiek (zoals regressie in zindelijkheid en gedrag) en algemene gedragsproblemen. De mate van bewijs hiervoor is gering en van lage kwaliteit.

7.6 OVERIGE OVERWEGINGEN

Enkel voor middelen misbruik werden reviews gevonden die beschrijven of kinderen met middelen misbruik een verhoogde kans hebben op seksueel misbruik. Voor gedragsproblemen, PTSS, afwijkend seksueel gedrag, en zelf beschadigend gedrag en zelfmoord gerelateerd gedrag werden enkel reviews gevonden die een uitspraak deden over of kinderen met seksueel misbruik hierop een verhoogde kans hebben. Hoewel de evidence beperkt is en van lage kwaliteit toonden alle reviews hierin wel een positieve associatie aan.

De gevonden evidence is niet toereikend om harde conclusies te kunnen trekken. In de praktijk willen we echter geen kinderen missen. Aan- of afwezigheid van bovengenoemde signalen alleen zijn niet voldoende om een vermoeden van seksueel misbruik te bevestigen dan wel te ontkrachten maar medisch professionals moeten wel alert zijn op (het ontwikkelen van) bovengenoemde klachten bij kinderen met seksueel misbruik.

7.7 AANBEVELINGEN

1. Wanneer sprake is van internaliserende problemen (zoals onbegrepen angst, nachtmerries, terug getrokken gedrag, weglopen, zelfbeschadiging, zelfmoordpogingen, middelen misbruik of post traumatisch stress syndroom), externaliserende problemen (zoals wreedheid, seksueel ongepast/risicovol gedrag), regressie in zindelijkheid of regressie in gedrag of algemene gedragsproblemen, moet de hulpverlener alert zijn op de mogelijkheid van seksueel misbruik. Echter, aan- of afwezigheid van bovengenoemde signalen alleen is niet voldoende om de diagnose seksueel misbruik te bevestigen dan wel te verwerpen. (L)
2. Bij (een vermoeden van) seksueel misbruik wordt aangeraden na te vragen of er internaliserende klachten (angst, nachtmerries, terug getrokken gedrag, weglopen, zelfbeschadiging, zelfmoordpogingen, middelen misbruik en post traumatisch stress syndroom), externaliserende klachten (wreedheid, seksueel ongepast/risicovol gedrag), regressie (zindelijkheid en gedrag), of algemene gedragsproblemen zijn. (L)
3. Interpretatie van psychosociale signalen binnen het diagnostisch proces naar (een vermoeden van) seksueel misbruik moet worden gedaan door (kinder)artsen en psychologische hulpverleners (tenminste WO-niveau geschoold als diagnosticus en BIG geregistreerd) (in onderling overleg) bevoegd en bekwaam in het diagnosticeren van seksueel misbruik bij kinderen. (C)

8 UITGANGSVRAAG 3 WELKE LICHAAMELIJKE SYMPTOMEN BIJ KINDEREN ZIJN GEASSOCIEERD MET SEKSUEEL MISBRUIK BIJ KINDEREN?

- **Hebben kinderen een verhoogde kans op doorgemaakt seksueel misbruik indien deze lichamelijke symptomen aanwezig zijn?**
- **Hebben kinderen een verhoogde kans op deze lichamelijke symptomen na doorgemaakt seksueel misbruik?**
- **Wat is de benodigde expertise voor het interpreteren van de relatie tussen deze lichamelijke symptomen en seksueel misbruik bij kinderen?**

8.1 INLEIDING

De beantwoording van de vragen ‘Hebben kinderen een verhoogde kans op doorgemaakt seksueel misbruik indien deze lichamelijke symptomen aanwezig zijn?’ en ‘Hebben kinderen een verhoogde kans op deze lichamelijke symptomen na doorgemaakt seksueel misbruik?’ berusten op literatuur onderzoek. De beantwoording van de vraag ‘*Wat is de benodigde expertise voor het interpreteren van de relatie tussen deze lichamelijke symptomen en seksueel misbruik bij kinderen?*’ berust op consensus en de richtlijnen van het Centrum voor Seksueel Geweld (CSG).

Tijdens de eerste werkgroep bijeenkomst werd duidelijk dat (medisch) professionals die te maken hebben met een vermoeden van seksueel misbruik vragen naar lichamelijke symptomen zoals buikpijn, obstipatie, hoofdpijn, eetproblemen. Men is in de veronderstelling dat deze symptomen aanwijzingen kunnen zijn van doorgemaakt seksueel misbruik. Tegelijkertijd ontstaat er regelmatig een vermoeden van seksueel misbruik bij kinderen die last hebben van bepaalde onbegrepen lichamelijke symptomen, zoals hierboven vermeld. Voor welke lichamelijke symptomen is het bekend dat er een associatie met doorgemaakt seksueel misbruik bestaat en hoe sterk is deze associatie? Antwoord op deze vraag is onder andere belangrijk voor het maken van een inschatting van de kans op doorgemaakt seksueel misbruik, het bieden van passende (medische) zorg voor kinderen nadat ze seksueel misbruik hebben doorgemaakt en het uitvoeren van een adequate (hetero-) anamnese.

8.2 METHODE

8.2.1 ZOEKSTRATEGIE.

Zoekacties werden uitgevoerd met behulp van een literatuurspecialist van de medische bibliotheek van het AMC. De zoekactie vond plaats op 09-07-2014, in de databases Medline, EMBASE, PsychInfo, ERIC, CINAHL. Er werd gezocht naar artikelen over seksueel misbruik en een diversiteit aan lichamelijke symptomen. Welke lichamelijke symptomen werden meegenomen in de zoekstrategie werd op basis van consensus binnen een groep experts besloten. (Mevr. Dr. M.L. Langendam, Mevr. Drs. A.H. Teeuw, Mevr. Drs. T.F. Bosschaart, dhr. A. Leenders) Voor de uitgebreide zoekstrategie zie bijlage 1.H - Zoekstrategie – uitgangsvraag 3. De artikelen zijn beoordeeld op methodologische kwaliteit met behulp van de AMSTAR [31] en NOS [40] (zie bijlage 1.A.2 - AMSTAR, 1.A.3 - NOS-cohort studies, 1.A.4 - NOS-case control studies).

Additionele literatuur werd gezocht door de referenties van de geïnccludeerde primaire studies handmatig na te lopen op aanvullende artikelen. Tevens vroegen wij een groep van experts binnen dit vakgebied naar (ongepubliceerde) artikelen die van belang zouden kunnen zijn voor deze review.

De volledige tekst van alle geselecteerde artikelen werd opgevraagd via de medische bibliotheek van het AMC ziekenhuis. Indien deze niet beschikbaar waren werden auteurs benaderd. Voor 5 artikelen is het niet gelukt het volledige artikel te achterhalen. [41-45]

8.2.2 LITERATUUR SELECTIE

Literatuur werd door twee onafhankelijke selecteurs (E.M.M.H.K., T.F.V.B) beoordeeld. Artikelen werden eerst geselecteerd op titel, daarna op abstract en daarna op volledige tekst. Bij verdeeldheid werd er gediscussieerd tot er overeenstemming was bereikt, bij twijfel werd de volledige tekst van een artikel gelezen en beoordeeld op inhoud en kwaliteit. Indien noodzakelijk werd de hulp ingeroepen van een derde selecteur (M.L.) om tot overeenstemming te komen.

Indien in één artikel verschillende fysieke klachten werden behandeld werden de resultaten gesplitst en weergegeven bij de desbetreffende hoofdstukken. Dit wordt in de tabellen weergegeven als *deelresultaten*.

8.2.3 INCLUSIE CRITERIA

- kinderen 0-18 jaar (bij uitzondering zijn enkele artikelen met adolescenten tot 20 geïnccludeerd, dit wordt vermeld in de tabellen) met
- doorgemaakt seksueel misbruik (alle definities) eventueel in vergelijking met een controle groep zonder seksueel misbruik.
- vergelijkende, niet-vergelijkende studies, systematische reviews, met daarin beschreven
- fysieke klachten of signalen (eetstoornissen, gastro-intestinale klachten, gynaecologische/urologische klachten, neurologische klachten, overige klachten)
- artikelen gepubliceerd vanaf 2000

8.2.4 EXCLUSIE CRITERIA:

- artikelen over volwassenen of over kinderen én volwassenen waarbij resultaten van de kinderen niet te extraheren waren.

- artikelen enkel over andere vormen van kindermishandeling dan seksueel misbruik. Of artikelen waarbij in de resultaten geen onderscheid werd gemaakt tussen seksueel misbruik of een andere vorm van kindermishandeling.
- artikelen over psychosociale klachten of gedragsproblemen als gevolg van seksueel misbruik
- niet originele artikelen (behoudens systematische reviews), conference abstracts waarvan geen volledig artikel te vinden was, case reports, case series.

8.2.5 KWALITEITSBEOORDELING VAN GESELECTEERDE ARTIKELEN.

De evidence tabellen van de geïnccludeerde studies zijn terug te vinden in bijlage 1.J - Evidence tabellen – uitgangsvraag 3.

8.2.5.1 Reviews

Systematische reviews werden door twee beoordelaars (E.M.M.H.K., T.F.V.B), onafhankelijk van elkaar beoordeeld op kwaliteit. Hiervoor werd gebruik gemaakt van de AMSTAR checklist [31]. Bij verdeeldheid over de beoordeling werd gediscussieerd tot overeenstemming was bereikt. Indien nodig werd de hulp van een derde beoordelaar ingeroepen (M.L.) om tot overeenstemming te komen.

De AMSTAR checklist beoordeelt de methodische uitvoering van reviews op 11 punten. Hiermee kan goed onderscheid worden gemaakt tussen systematische- en niet systematische reviews. Wanneer methoden niet goed beschreven zijn scoort een artikel automatisch laag op de AMSTAR. Reviews welke geen gegevens bevatten over de zoekstrategie, selectie proces en de beoordeling van kwaliteit, dan wel <5 punten scoorden op de AMSTAR checklist werden als niet systematisch beschouwd en geëxcludeerd.

1. Was an 'a priori' design provided?
2. Was there duplicate study selection and data extraction?
3. Was a comprehensive literature search performed?
4. Was the status of publication (i.e. grey literature) used as an inclusion criterion?
5. Was a list of studies (included and excluded) provided?
6. Were the characteristics of the included studies provided?
7. Was the scientific quality of the included studies assessed and documented?
8. Was the scientific quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions?
9. Were the methods used to combine the findings of studies appropriate?
10. Was the likelihood of publication bias assessed?
11. Was the conflict of interest included?

De punten die werden gescoord worden in de evidence tabellen per systematische review weergegeven.

8.2.5.2 Primaire studies

Primaire studies werden door twee beoordelaars (E.M.M.H.K., T.F.V.B), onafhankelijk van elkaar beoordeeld op kwaliteit. Hiervoor werd gebruik gemaakt van de Newcastle Ottawa Scale (NOS) voor Case control studies en Cohort studies. [40] Bij verdeeldheid werd er gediscussieerd tot er overeenstemming was bereikt. Indien nodig werd de hulp van een derde beoordelaar ingeroepen (M.L.) om tot overeenstemming te komen.

De NOS checklist beoordeelt case-control en cohort studies op 8 punten, waarbij maximaal 9 punten te behalen zijn. Voor cross-sectionele studies hebben we, vanwege gebrek aan een bestaande specifieke lijst, ook de NOS cohort lijst gebruikt, deze studies kunnen maximaal 5 punten scoren.

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen'

Case-control studies:

1. Is the case definition adequate?
2. Representativeness of the cases
3. Selection of Controls
4. Definition of Controls
5. Comparability of cases and controls on the basis of the design or analysis (maximaal 2 punten)
6. Ascertainment of exposure
7. Same method of ascertainment for cases and controls
8. Non-Response rate

Cohort studies:

1. Representativeness of the exposed cohort
2. Selection of the non exposed cohort
3. Ascertainment of exposure
4. Demonstration that outcome of interest was not present at start of study
5. Comparability of cohorts on the basis of the design or analysis (maximaal 2 punten) (n.v.t. voor cross-sectionele studies)
6. Assessment of outcome
7. Was follow-up long enough for outcomes to occur (n.v.t. voor cross-sectionele studies).
8. Adequacy of follow up of cohorts (n.v.t. voor cross-sectionele studies)

De punten die werden gescoord worden in de evidence tabellen per artikel weergegeven.

8.3 RESULTATEN

De artikelen werden onderverdeeld in 5 onderwerpen: eetstoornissen en gewichtsproblematiek, neurologische –, gastro-intestinale –, urologische – en overige lichamelijke klachten.

Tabel 8.1 Overzicht geïnccludeerde artikelen

Onderwerp	Systematische reviews	Primaire studies
eetstoornissen en gewichtsproblematiek	3	25
neurologische klachten	0	4
gastro-intestinale klachten	1	8
urologische klachten	0	8
overige lichamelijke klachten	0	6

8.3.1 HEBBEN KINDEREN EEN VERHOOGDE KANS OP DOORGEMAAKT SEKSUEEL MISBRUIK INDIEN ER SPRAKE IS VAN EEN EETSTOORNIS OF GEWICHTSPROBLEMATIEK?

8.3.2 HEBBEN KINDEREN EEN VERHOOGDE KANS OP EEN EETSTOORNIS OF GEWICHTSPROBLEMATIEK NA DOORGEMAAKT SEKSUEEL MISBRUIK?

In totaal zijn drie systematische reviews en 25 primaire studies geïnccludeerd die de associatie tussen eetstoornissen en gewichtsproblematiek bij kinderen en seksueel misbruik onderzochten.

Tabel 8.2 Associatie tussen eetstoornis en gewichtsproblematiek en seksueel misbruik

Symptoom	Referenties	Score NOS en AMSTAR	Associatie
Eetstoornissen algemeen	SR: [46, 47]	AMSTAR 5-6	Kinderen met een eetstoornis hebben een verhoogde kans om seksueel misbruik meegemaakt te hebben in vergelijking met kinderen zonder eetstoornis [46]. Kinderen die seksueel misbruik meegemaakt hebben, hebben een verhoogde kans op een eetstoornis [46, 47].
Purgerend gedrag (Bulimia Nervosa (BN), binge and	SR: [48] Coh.: [49]	AMSTAR: 7 NOS-	Kinderen met purgerend gedrag hebben een verhoogde kans om seksueel misbruik meegemaakt te hebben in vergelijking met kinderen zonder purgerend gedrag [48, 52].

purge)	CSS: [50-52]	Coh.: 6 NOS-CSS: 2-5	Kinderen die seksueel misbruik meegemaakt hebben, hebben een verhoogde kans op een purgerend gedrag. De associatie is mogelijk sterker bij jongens maar de data zijn beperkt [49-51].
Binge Eating (Disorder) (BED)	SR: [48] CSS: [52, 53]	AMSTAR: 7 NOS-CSS: 2-3	Er zijn tegenstrijdige resultaten (zowel geen als een positieve associatie beschreven) over of kinderen met binge eating een verhoogde kans hebben om seksueel misbruik meegemaakt te hebben in vergelijking met kinderen zonder binge eating. [48, 52] Kinderen die seksueel misbruik meegemaakt hebben, hebben een verhoogde kans op binge eating. De associatie is mogelijk sterker bij jongens maar de data zijn beperkt. [53]
Obesitas	Coh.: [54, 55] PCO: [56] CSS: [57, 58]	NOS-Coh.: 6-8 NOS-PCO: 6 NOS-CSS: 2-4	Data zijn te beperkt om een conclusie te trekken over of kinderen met obesitas een verhoogde kans hebben om seksueel misbruik meegemaakt te hebben. Eén studie beschreef een positieve associatie bij meisjes, er zijn geen data beschikbaar over jongens. [57] Er zijn tegenstrijdige resultaten (zowel geen als een positieve associatie beschreven) over of kinderen die seksueel misbruik meegemaakt hebben een verhoogde kans hebben op obesitas. [54-56, 58]
Restrictief eetgedrag zonder purgeren (Anorexia nervosa (AN) restrictief type, restrictief eetgedrag)	Coh.: [49] CSS: [51-53, 58-69]	NOS-Coh.: 6 NOS-CSS: 2-6	Er zijn tegenstrijdige resultaten (zowel geen als een positieve associatie beschreven) over of kinderen met restrictief eetgedrag een verhoogde kans hebben om seksueel misbruik meegemaakt te hebben in vergelijking met kinderen zonder restrictief eetgedrag. [52, 61, 63, 65, 66] Er zijn tegenstrijdige resultaten (zowel geen als een positieve associatie beschreven) over of kinderen die seksueel misbruik meegemaakt hebben een verhoogde kans hebben op restrictief eetgedrag, de meerderheid van de studies laat een positieve associatie zien, maar er zijn ook studies die geen associatie aantonen. Data zijn beperkt voor jongens. [49, 51, 53, 58-60, 62, 64, 68-70]
Purgerend gedrag in combinatie met restrictief eetgedrag	CSS: [52, 53, 60, 62, 64-66, 69-75]	NOS-CSS: 2-6	Kinderen met purgerend gedrag i.c.m. restrictief eetgedrag hebben een verhoogde kans om seksueel misbruik meegemaakt te hebben in vergelijking met kinderen zonder purgerend gedrag i.c.m. restrictief eetgedrag. [52, 65, 66]

(compensatie gedrag zoals braken, laxantia, diuretica, overmatig sporten, dieet pillen; Anorexia nervosa purgerend type)			Er zijn tegenstrijdige resultaten over of kinderen die seksueel misbruik meegemaakt hebben een verhoogde kans hebben op purgerend gedrag i.c.m. restrictief eetgedrag, de meerderheid van de studies laat een positieve associatie zien, maar er zijn ook studies die geen associatie aantonen. Data zijn beperkt voor jongens. [53, 59, 60, 62, 64, 69-72, 75]
--	--	--	---

SR: Systematische Review

Coh.: Cohort studie

PCO: Patiënt controle onderzoek

CSS: Cross-sectionele studie

8.3.3 HEBBEN KINDEREN EEN VERHOOGDE KANS OP DOORGEMAAKT SEKSUEEL MISBRUIK INDIEN ER SPRAKE IS VAN NEUROLOGISCHE KLACHTEN?

8.3.4 HEBBEN KINDEREN EEN VERHOOGDE KANS OP NEUROLOGISCHE KLACHTEN NA DOORGEMAAKT SEKSUEEL MISBRUIK?

In totaal zijn 4 primaire studies geïnccludeerd die de associatie tussen neurologische klachten bij kinderen en seksueel misbruik onderzochten.

Tabel 8.3 Associatie tussen neurologische klachten en seksueel misbruik

Symptoom	Referenties	Score NOS en AMSTAR	Associatie
Hoofdpijn	PCO: [76] CSS: [77, 78]	NOS-PCO: 9 NOS-CSS: 2	Data zijn te beperkt om een conclusie te trekken over of kinderen met hoofdpijn een verhoogde kans hebben om seksueel misbruik meegemaakt te hebben in vergelijking met kinderen zonder hoofdpijn. twee studies rapporteerden (bijna) geen seksueel misbruik bij kinderen met hoofdpijn. [76, 78] Data zijn te beperkt om een conclusie te trekken over of kinderen die seksueel misbruik meegemaakt hebben een verhoogde kans hebben op hoofdpijn in vergelijking met kinderen zonder seksueel misbruik. Eén studie toont een positieve associatie. [77]
Duizeligheid	CSS: [68, 78]	NOS-CSS: 2	Data zijn te beperkt om een conclusie te trekken over of kinderen met duizeligheid een verhoogde kans hebben om seksueel misbruik meegemaakt te hebben in vergelijking met kinderen zonder duizeligheid. Eén studie rapporteerde bijna geen seksueel misbruik bij kinderen met duizeligheid.

			[78] Data zijn te beperkt om een conclusie te trekken over of kinderen die seksueel misbruik meegemaakt hebben een verhoogde kans hebben op duizeligheid in vergelijking met kinderen zonder seksueel misbruik. Eén studie toont een positieve associatie. [68]
Syncope	CSS: [78]	NOS-CSS: 2	Data zijn te beperkt om een conclusie te trekken over of kinderen met syncope een verhoogde kans hebben om seksueel misbruik meegemaakt te hebben in vergelijking met kinderen zonder syncope. Eén studie rapporteerde bijna geen seksueel misbruik bij kinderen met syncope. [78] Er zijn geen data gevonden over of kinderen die seksueel misbruik meegemaakt hebben een verhoogde kans hebben op syncope.

PCO: Patiënt controle onderzoek

CSS: Cross-sectionele studie

8.3.5 HEBBEN KINDEREN EEN VERHOOGDE KANS OP DOORGEMAAKT SEKSUEEL MISBRUIK INDIEN ER SPRAKE IS VAN GASTRO-INTESTINALE KLACHTEN?

8.3.6 HEBBEN KINDEREN EEN VERHOOGDE KANS OP GASTRO-INTESTINALE KLACHTEN NA DOORGEMAAKT SEKSUEEL MISBRUIK?

In totaal zijn één systematische review en 8 primaire studies geïnccludeerd die de associatie tussen gastro-intestinale klachten bij kinderen en seksueel misbruik onderzochten.

Tabel 8.4 Associatie tussen gastro-intestinale klachten en seksueel misbruik

Symptoom	Referenties	Kwaliteit NOS/AMSTAR	Associatie
Buikpijn	SR: [79] Coh.: [80] CSS: [58, 68]	AMSTAR: 8 NOS-Coh.: 7 NOS-CSS: 2	Data zijn te beperkt om een conclusie te trekken over of kinderen met buikpijn een verhoogde kans hebben om seksueel misbruik meegemaakt te hebben in vergelijking met kinderen zonder buikpijn. [79] Data zijn beperkt en tegenstrijdig (zowel geen als een positieve associatie beschreven) over of kinderen die seksueel misbruik meegemaakt hebben een verhoogde kans hebben op buikpijn. [58, 68, 80]
Obstipatie	CSS: [81]	NOS-CSS: 3	Data zijn te beperkt om een conclusie te trekken over of kinderen met obstipatie een verhoogde kans hebben om seksueel misbruik meegemaakt te hebben in

			vergelijking met kinderen zonder obstipatie. Eén studie toont een positieve associatie. [81] Er zijn geen data gevonden over of kinderen die seksueel misbruik meegemaakt hebben een verhoogde kans hebben op obstipatie.
Fecale incontinentie	Coh: [82] PCO: [83]	NOS-Coh.: 4 NOS-PCO: 6	Er zijn geen data gevonden over of kinderen met fecale incontinentie een verhoogde kans hebben op seksueel misbruik. Er zijn tegenstrijdige resultaten over of kinderen die seksueel misbruik meegemaakt hebben een verhoogde kans hebben op fecale incontinentie. Er werd in twee studies zowel een positieve als een negatieve associatie beschreven. [82, 83]
Misselijkheid	Coh.: [80]	NOS-Coh.: 7	Er zijn geen data gevonden over of kinderen met misselijkheid een verhoogde kans hebben op seksueel misbruik. Data zijn te beperkt om een conclusie te trekken over of kinderen die seksueel misbruik meegemaakt hebben een verhoogde kans hebben op misselijkheid. Eén studie toonde een positieve associatie. [80]
Visceral Pain-Associated Disability Syndrome (VP-ADS)	Coh.: [84]	NOS-Coh.: 3	Data zijn te beperkt om een conclusie te trekken over of kinderen met VP-ADS een verhoogde kans hebben op seksueel misbruik. [84] Er zijn geen data gevonden over of kinderen die seksueel misbruik meegemaakt hebben een verhoogde kans hebben op VP-ADS.

SR: Systematische Review

Coh.: Cohort studie

PCO: Patiënt controle onderzoek

CSS: Cross-sectionele studie

8.3.7 HEBBEN KINDEREN EEN VERHOOGDE KANS OP DOORGEMAAKT SEKSUEEL MISBRUIK INDIEN ER SPRAKE IS VAN UROLOGISCHE KLACHTEN?

8.3.8 HEBBEN KINDEREN EEN VERHOOGDE KANS OP UROLOGISCHE KLACHTEN NA DOORGEMAAKT SEKSUEEL MISBRUIK?

In totaal zijn 8 primaire studies geïnccludeerd die de associatie tussen urologische klachten bij kinderen en seksueel misbruik onderzochten.

Tabel 8.5 Associatie tussen urologische klachten en seksueel misbruik

Symptoom	Referenties	Kwaliteit NOS/AMSTAR	Associatie
----------	-------------	----------------------	------------

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen'

Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde

Urine verlies/ enuresis	Coh.: [82] PCO: [56] CSS: [85]	NOS-Coh.: 4 NOS-PCO: 6 NOS-CSS: 1	Er zijn geen data gevonden over of kinderen met urine verlies/enuresis een verhoogde kans hebben om seksueel misbruik meegemaakt te hebben. Data zijn te beperkt en tegenstrijdig (zowel geen als een positieve associatie beschreven) om conclusies te trekken over of kinderen die seksueel misbruik meegemaakt hebben een verhoogde kans hebben op urine verlies/enuresis. [56, 82, 85]
Genito- urinaire klachten	PCO: [56]	NOS-PCO: 6	Er zijn geen data gevonden over of kinderen met genito-urinaire klachten een verhoogde kans hebben om seksueel misbruik meegemaakt te hebben. Data zijn te beperkt om een conclusie te trekken over of kinderen die seksueel misbruik meegemaakt hebben een verhoogde kans hebben op genito-urinaire klachten. Eén studie toonde een positieve associatie. [56]
Genitale pijn	PCO: [86] Retros pectief status onderz oek: [87]	NOS-PCO: 4 NOS: 5	Er zijn geen data gevonden over of kinderen met genitale pijn een verhoogde kans hebben om seksueel misbruik meegemaakt te hebben. Data zijn te beperkt om conclusies te trekken over of kinderen die seksueel misbruik meegemaakt hebben een verhoogde kans hebben op genitale pijn. Twee studies toonden een positieve associatie. [86, 87]
Dysurie	PCO: [86] Retros pectief status onderz oek: [87]	NOS-PCO: 4 NOS: 5	Er zijn geen data gevonden over of kinderen met dysurie een verhoogde kans hebben om seksueel misbruik meegemaakt te hebben. Data zijn te beperkt om conclusies te trekken over of kinderen die seksueel misbruik meegemaakt hebben een verhoogde kans hebben op dysurie. Twee studies toonden een positieve associatie. [86, 87]
Genitale bloeding	PCO: [86] Retros pectief status onderz oek:	NOS-PCO: 4 NOS: 5	Er zijn geen data gevonden over of kinderen met genitale bloeding een verhoogde kans hebben om seksueel misbruik meegemaakt te hebben. Data zijn te beperkt om conclusies te trekken over of kinderen die seksueel misbruik meegemaakt hebben een verhoogde kans hebben op genitale bloeding. Twee studies toonden een positieve associatie. [86, 87]

	[87]		
Genitale jeuk	PCO: [86]	NOS-PCO: 4	Er zijn geen data gevonden over of kinderen met genitale jeuk een verhoogde kans hebben om seksueel misbruik meegemaakt te hebben. Data zijn te beperkt om conclusies te trekken over of kinderen die seksueel misbruik meegemaakt hebben een verhoogde kans hebben op genitale jeuk. Eén studie toonde geen associatie. [86]
Vaginale afscheiding	CSS: [86] Retr.spect status onderzoek: [88]	NOS-CSS: 4 NOS: 2	Data zijn te beperkt om conclusies te trekken over of kinderen met vaginale afscheiding een verhoogde kans hebben op seksueel misbruik. Eén studie toonde een positieve associatie. [88] Data zijn te beperkt om conclusies te trekken over of kinderen die seksueel misbruik meegemaakt hebben een verhoogde kans hebben op vaginale afscheiding. Eén studie toonde een positieve associatie. [86]
Lichen sclerosus (LS)	Retr.spect status onderzoek: [89]	NOS: 1	Data zijn te beperkt om conclusies te trekken over of kinderen met LS een verhoogde kans hebben om seksueel misbruik meegemaakt te hebben. [89] Er zijn geen data gevonden over of kinderen die seksueel misbruik meegemaakt hebben een verhoogde kans hebben op LS.
Onregelmatige menstruatie	CSS: [68]	NOS-CSS: 2	Er zijn geen data gevonden over of kinderen met onregelmatige menstruatie een verhoogde kans hebben om seksueel misbruik meegemaakt te hebben. Data zijn te beperkt om conclusies te trekken over of kinderen die seksueel misbruik meegemaakt hebben een verhoogde kans hebben op onregelmatige menstruatie. Eén studie toonde een positieve associatie. [68]

Coh.: Cohort studie

PCO: Patiënt controle onderzoek

CSS: Cross-sectionele studie

8.3.9 HEBBEN KINDEREN EEN VERHOOGDE KANS OP DOORGEMAAKT SEKSUEEL MISBRUIK INDIEN ER SPRAKE IS VAN OVERIGE LICHAAMELIJKE KLACHTEN?

8.3.10 HEBBEN KINDEREN EEN VERHOOGDE KANS OP OVERIGE LICHAAMELIJKE KLACHTEN NA DOORGEMAAKT SEKSUEEL MISBRUIK?

In totaal zijn 6 primaire studies geïncludeerd die de associatie tussen overige lichamelijke klachten bij kinderen en seksueel misbruik onderzochten.

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen'

Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde

Tabel 8.6 Associatie tussen overige lichamelijke klachten en seksueel misbruik

Symptoom	Referenties	Kwaliteit NOS/AMSTAR	Associatie
Benauwdheid	CSS: [68]	NOS-CSS: 2	Er zijn geen data gevonden over of kinderen met benauwdheid een verhoogde kans hebben om seksueel misbruik meegemaakt te hebben. Data zijn te beperkt om conclusies te trekken over of kinderen die seksueel misbruik meegemaakt hebben een verhoogde kans hebben op benauwdheid. Eén studie toonde een positieve associatie. [68]
Pijn op de borst	CSS: [68]	NOS-CSS: 2	Er zijn geen data gevonden over of kinderen met pijn op de borst een verhoogde kans hebben om seksueel misbruik meegemaakt te hebben. Data zijn te beperkt om conclusies te trekken over of kinderen die seksueel misbruik meegemaakt hebben een verhoogde kans hebben op pijn op de borst. Eén studie toonde een positieve associatie. [68]
Slaapproblemen	CSS: [58]	NOS-CSS: 2	Er zijn geen data gevonden over of kinderen met slaapproblemen een verhoogde kans hebben om seksueel misbruik meegemaakt te hebben. Data zijn te beperkt om conclusies te trekken over of kinderen die seksueel misbruik meegemaakt hebben een verhoogde kans hebben op slaapproblemen. Eén studie bij meisjes toonde een positieve associatie. [58]
Somatische klachten niet nader omschreven (N.N.O.).	Retrospectief Status onderzoek: [90]	NOS: 2	Er zijn geen data gevonden over of kinderen met somatische klachten N.N.O. een verhoogde kans hebben om seksueel misbruik meegemaakt te hebben. Data zijn te beperkt om conclusies te trekken over of kinderen die seksueel misbruik meegemaakt hebben een verhoogde kans hebben op somatische klachten N.N.O. Eén studie toonde een positieve associatie. [90]

Minder gezond voelen	CSS: [58]	NOS-CSS: 2	Er zijn geen data gevonden over of kinderen die zich minder gezond voelen een verhoogde kans hebben om seksueel misbruik meegemaakt te hebben. Data zijn te beperkt om conclusies te trekken over of kinderen die seksueel misbruik meegemaakt hebben een verhoogde kans hebben zich minder gezond te voelen. Eén studie toonde een positieve associatie bij meisjes. [58]
Zorggebruik	PCO: [91]	NOS-PCO: 7	Er zijn geen data gevonden over of kinderen met verhoogd zorggebruik een verhoogde kans hebben om seksueel misbruik meegemaakt te hebben. Data zijn te beperkt om conclusies te trekken over of kinderen die seksueel misbruik meegemaakt hebben een verhoogde kans hebben op verhoogd zorggebruik. Eén studie toonde een positieve associatie met chronische problemen, niet met het aantal bezoeken aan de huisarts. [91]

Coh.: Cohort studie

PCO: Patiënt controle onderzoek

CSS: Cross-sectionele studie

8.3.11 WAT IS DE BENODIGDE EXPERTISE VOOR HET INTERPRETEREN VAN DE RELATIE TUSSEN DEZE LICHAMELIJKE SYMPTOMEN EN SEKSUEEL MISBRUIK BIJ KINDEREN?

Beantwoording van deze vraag is gebaseerd op de kwaliteitscriteria opgesteld door het CSG aangepast op basis van expert opinion vanuit de werkgroep.

Medische anamnese moet worden uitgevoerd door een bevoegde en bekwame professional die deze zorg tot haar/zijn dagelijkse taken heeft of regelmatig uitvoert.

(Kinder)artsen bevoegd en bekwaam in het afnemen van (medische) anamnese bij kinderen (0-18) en met actuele kennis van:

- seksueel misbruik bij kinderen
- prevalentie van seksueel misbruik bij kinderen
- psychologische en psychosomatische gevolgen van seksueel geweld en de invloed hiervan op kinderen
- de mogelijke negatieve impact van medische zorg en onderzoek op het slachtoffer
- (Normale) seksuele ontwikkeling van kinderen

8.4 DISCUSSIE KWALITEIT LITERATUUR

De kwaliteit van de studies liep zeer uiteen. Wat betreft de systematische reviews die zijn geïnccludeerd viel op dat geen van de reviews voldeed aan vragen 5 en 11 van de AMSTAR criteria (*Was a list of studies (included and excluded) provided? Was the conflict of interest included?*).

Het merendeel van de primaire studies betrof cross-sectionele studies. Voor het aantonen van een associatie zijn cohort studies het meest geschikt. Hiervan werden er maar enkele gevonden. Het merendeel van de geïnccludeerde studies betrof onderzoek over aan- of afwezigheid van lichamelijke symptomen bij kinderen die seksueel misbruik hadden meegemaakt in vergelijking met kinderen zonder seksueel misbruik. Studies die keken naar doorgemaakt seksueel misbruik bij kinderen met lichamelijke klachten in vergelijking met kinderen zonder lichamelijke klachten waren beperkt.

De definities die werden gebruikt voor seksueel misbruik liepen sterk uiteen, van enkel seksueel misbruik met penetratie binnen de familie tot elke vorm van seksueel misbruik (inclusief misbruik zonder lichamelijk contact). Ook de methoden waarop data hierover werd verzameld verschilden tussen zelfrapportage in een interview of door middel van een vragenlijst, bewezen seksueel misbruik door politie of forensisch bewijs, verwezen vanwege een vermoeden van seksueel misbruik of middels rapportage van de jeugdbescherming. Hierdoor zijn de data moeilijk met elkaar te vergelijken.

seksueel misbruik lijkt voor veel lichamelijke klachten, maar in ieder geval voor eetstoornissen, wel een risicofactor te zijn, maar niet een specifieke risico factor. Mogelijk spelen beschermende factoren, zoals een stabiele gezinssituatie en sociaaleconomisch milieu hierbij een rol, tegelijkertijd kan een onstabiele gezinssituatie of een lage sociaaleconomische status weer een verergerende factor zijn. Voor wat betreft de eetstoornissen moeten we rekening houden met versturende factoren, de exacte relatie tussen seksueel misbruik, eetstoornissen, leefomstandigheden en overige psychiatrie is niet bekend maar deze factoren lijken allemaal met elkaar in verband te staan. Dit kan ook gelden voor de andere klachten die in deze review beschreven worden.

Voor het merendeel van de lichamelijke klachten (neurologische-, gastro-intestinale-, urologische- en overige klachten) zijn het aantal gevonden studies beperkt. Hierdoor kunnen we over het merendeel van deze klachten geen concrete aanbevelingen doen vanuit de literatuur.

8.5 CONCLUSIE LITERATUUR ONDERZOEK

8.5.1 EETSTOORNISSEN EN GEWICHTSPROBLEMATIEK

Kinderen met een eetstoornis, purgerend gedrag of purgerend gedrag i.c.m. restrictief eetgedrag hebben een verhoogde kans om seksueel misbruik meegemaakt te hebben.

Kinderen die seksueel misbruik meemaken hebben een verhoogde kans op een eetstoornis, purgerend gedrag en binge eating.

Er zijn tegenstrijdige resultaten (zowel geen als een positieve associatie beschreven) over of kinderen met binge eating of restrictief eetgedrag zonder purgeren een verhoogde kans hebben om seksueel misbruik meegemaakt te hebben.

Er zijn tegenstrijdige resultaten (zowel geen als een positieve associatie beschreven) over of kinderen die seksueel misbruik meemaken een verhoogde kans hebben op obesitas, restrictief eetgedrag zonder purgeren en purgerend gedrag i.c.m. restrictief eetgedrag.

Data zijn te beperkt om een conclusie te trekken over of kinderen met obesitas een verhoogde kans hebben om seksueel misbruik meegemaakt te hebben.

8.5.2 NEUROLOGISCHE KLACHTEN

Data zijn te beperkt om een conclusie te trekken over of kinderen met hoofdpijn, duizeligheid of syncope een verhoogde kans hebben om seksueel misbruik meegemaakt te hebben.

Data zijn te beperkt om een conclusie te trekken over of kinderen die seksueel misbruik meemaken een verhoogde kans hebben op hoofdpijn en duizeligheid.

Er zijn geen data gevonden over of kinderen die seksueel misbruik meemaken een verhoogde kans hebben op syncope.

8.5.3 GASTRO-INTESTINALE KLACHTEN

Er zijn tegenstrijdige resultaten (zowel negatieve als een positieve associatie beschreven) over of kinderen die seksueel misbruik meemaken een verhoogde kans hebben op fecale incontinentie.

Data zijn beperkt en tegenstrijdig (zowel geen als een positieve associatie beschreven) over of kinderen die seksueel misbruik meemaken een verhoogde kans hebben op buikpijn.

Data zijn te beperkt om een conclusie te trekken over of kinderen met buikpijn, obstipatie of VP-ADS een verhoogde kans hebben om seksueel misbruik meegemaakt te hebben.

Data zijn te beperkt om een conclusie te trekken over of kinderen die seksueel misbruik meemaken een verhoogde kans hebben op misselijkheid.

Er zijn geen data gevonden over of kinderen met fecale incontinentie of misselijkheid een verhoogde kans hebben op seksueel misbruik.

Er zijn geen data gevonden over of kinderen die seksueel misbruik meemaken een verhoogde kans hebben op obstipatie of VP-ADS.

8.5.4 UROLOGISCHE KLACHTEN

Data zijn te beperkt en tegenstrijdig (zowel geen als een positieve associatie beschreven) om een conclusie te trekken over of kinderen die seksueel misbruik meemaken een verhoogde kans hebben op urine verlies/enuresis.

Data zijn te beperkt om een conclusie te trekken over of kinderen met vaginale afscheiding of Lichen sclerosus een verhoogde kans hebben om seksueel misbruik meegemaakt te hebben.

Data zijn te beperkt om een conclusie te trekken over of kinderen die seksueel misbruik meemaken een verhoogde kans hebben op genito-urinaire klachten, genitale pijn, dysurie, genitale bloeding, genitale jeuk, vaginale afscheiding en een onregelmatige menstruatie.

Er zijn geen data gevonden over of kinderen met urine verlies/enuresis, genito-urinaire klachten, genitale pijn, dysurie, genitale bloeding, genitale jeuk of onregelmatige menstruatie een verhoogde kans hebben op seksueel misbruik.

8.5.5 OVERIGE LICHAMELIJKE KLACHTEN

Data zijn te beperkt om een conclusie te trekken over of kinderen die seksueel misbruik meemaken een verhoogde kans hebben op benauwdheid, pijn op de borst, slaapproblemen, somatische klachten N.N.O., zich minder gezond voelen of verhoogd zorg gebruik.

Er zijn geen data gevonden over of kinderen met benauwdheid, pijn op de borst, slaapproblemen, somatische klachten N.N.O., zich minder gezond voelen of verhoogd zorg gebruik een verhoogde kans hebben om seksueel misbruik meegemaakt te hebben.

NB: Er werden geen studies gevonden over andere lichamelijke klachten dan in dit hoofdstuk genoemd.

8.6 OVERIGE OVERWEGINGEN

Ondanks een brede zoekstrategie werden er maar weinig studies gevonden over de associatie tussen seksueel misbruik en lichamelijke symptomen bij kinderen. Er is maar een beperkte hoeveelheid studies onder kinderen gevonden. Veel studies werden geëxcludeerd omdat zij over volwassenen gingen. Over lichamelijke symptomen bij volwassenen in relatie met seksueel misbruik is meer literatuur te vinden. Veel studies beschrijven negatieve gevolgen van seksueel misbruik voor de lichamelijke gezondheid van volwassenen, zoals een verhoogd risico op COPD [92], slaapproblemen [93], gastro-intestinale klachten (obstipatie en diarree) [94], en functionele gastro-intestinale syndromen [95, 96] en obesitas [55].

Het aantal studies over de associatie tussen seksueel misbruik en lichamelijke symptomen is zeer beperkt. seksueel misbruik wordt vaak door kinderen geheim gehouden wat het in de praktijk een lastig onderwerp maakt om te onderzoeken. Het is vaak moeilijk om voldoende kinderen, die slachtoffer zijn van seksueel misbruik, te includeren voor een studie. Gezien de omvang van de zoekactie en de recente ontwikkelingen in het onderzoek naar kindermishandeling is ervoor gekozen alleen studies te includeren die gepubliceerd zijn in of na het jaar 2000. Het is mogelijk dat er relevante studies niet zijn mee genomen omdat deze voor 2000 zijn gepubliceerd.

Onderwerpen die niet naar boven gekomen zijn uit deze zoekactie zijn dyspareunie en dysmenorroe welke wel onder volwassenen zijn beschreven na seksueel misbruik [97-100]. Uitbreiding van de zoekstrategie op dit onderwerp bij een update van deze richtlijn is aan te raden. Er werden weinig studies gevonden die een positieve associatie aantonen. Een mogelijke verklaring voor het kleinere aantal studies bij kinderen die een positieve associatie rapporteren tussen seksueel misbruik en lichamelijke symptomen is het tijdsperspectief. Voor de ontwikkeling van bepaalde lichamelijke symptomen na seksueel misbruik zou tijd nodig kunnen zijn, mogelijk openbaren deze symptomen zich pas in de volwassenheid. Een voorbeeld hiervan is de prospectieve studie over obesitas waarbij er geen positieve associatie wordt gevonden op de kinderleeftijd maar wel bij jong volwassenen [55]. Het is ook mogelijk dat een slachtoffer van seksueel misbruik zich pas op latere leeftijd realiseert dat er sprake was van seksueel misbruik op jonge leeftijd. Ook dan ontwikkelen lichamelijke symptomen zich misschien pas later.

Ook werden er veel tegenstrijdige resultaten (geen versus positieve associatie maar ook negatieve versus positieve associatie [82, 83]) gevonden. Verschillende factoren kunnen hiermee te maken hebben, zoals de gebruikte definities voor seksueel misbruik en lichamelijke klachten, de kwaliteit van de studie opzet en uitvoering en de onderzoeksgroep. Zo is het voorstelbaar dat kinderen in een interview met een voor hen onbekende maatschappelijk werker wellicht minder snel geneigd zijn te vertellen over doorgemaakt seksueel misbruik dan in een anonieme vragenlijst.

Hoewel voor purgerend gedrag (i.c.m. restrictief eetgedrag) en binge eating een positieve associatie met seksueel misbruik wordt gerapporteerd, geldt voor alle lichamelijke symptomen dat het hebben van één symptoom niet voldoende is voor een vermoeden van seksueel misbruik. Voor het merendeel van de beschreven lichamelijke symptomen geldt dat er te weinig evidence is gevonden om conclusies te trekken over de associatie met seksueel misbruik. Uiteraard wil men geen slachtoffers van seksueel misbruik missen en wil men bij slachtoffers van seksueel misbruik de nadelige lichamelijke symptomen voorkomen of zo vroeg mogelijk behandelen. Professionals moeten daarom alert zijn op de (mogelijke) lichamelijke symptomen als gevolg van doorgemaakt seksueel misbruik. De vraag is wie verantwoordelijk is voor deze monitoring en hoe dit uitgevoerd moet worden. Actief screenen op seksueel misbruik bij kinderen met bepaalde lichamelijke klachten en vice versa is

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen'

wellicht te voortvarend. Huisartsen en kinderartsen moeten alert zijn op lichamelijke klachten die kunnen ontstaan na doorgemaakt seksueel misbruik en op seksueel misbruik als mogelijk onderliggende oorzaak van onverklaarde lichamelijke klachten. In het laatste geval is het belangrijk dat zorgverleners het onderwerp seksueel misbruik bespreekbaar maken met hun patiënt. Zie hierover ook hoofdstuk 14 - Patiënten perspectief. met adviezen van ervaringsdeskundigen waarin zij aangeven dat het belangrijk is dat het onderwerp seksueel misbruik meermalen ter sprake moet worden gebracht door hulpverleners, ook indien er aanvankelijk ontkennend op wordt gereageerd.

8.7 AANBEVELINGEN

4. Voor alle in hoofdstuk 8 - Uitgangsvraag 3 Welke lichamelijke symptomen bij kinderen zijn geassocieerd met seksueel misbruik bij kinderen? beschreven lichamelijke klachten (eetstoornissen, gewichtsproblematiek, neurologische-, gastro-intestinale-, urogenitale- en overige lichamelijke klachten) geldt dat het hebben van één signaal/ symptoom niet voldoende is voor een vermoeden van seksueel misbruik bij kinderen.
5. Medische professionals moeten alert zijn op seksueel misbruik bij kinderen met een eetstoornis (purgerend gedrag alleen, purgerend gedrag in combinatie met restrictief eetgedrag, binge eating en restrictief eetgedrag).
6. Medische professionals moeten alert zijn op het ontstaan van obesitas, eetstoornissen (purgerend gedrag, binge eating, restrictief eetgedrag alleen of in combinatie met purgeren) bij kinderen die slachtoffer zijn van seksueel misbruik.

Vanwege de beperkte wetenschappelijke onderbouwing kunnen we geen aanbevelingen doen over:

- of kinderen die seksueel misbruik meegemaakt hebben een verhoogde kans hebben op fecale incontinentie, syncope, obstipatie en VP-ADS, hoofdpijn, duizeligheid, buikpijn, misselijkheid, urine verlies/enuresis, genito-urinaire klachten, genitale pijn, dysurie, genitale bloeding, genitale jeuk, vaginale afscheiding, een onregelmatige menstruatie, benauwdheid, pijn op de borst, slaapproblemen, somatische klachten N.N.O., minder gezond voelen of verhoogd zorg gebruik.
- of kinderen met obesitas, hoofdpijn, duizeligheid, syncope, buikpijn, obstipatie, VP-ADS, vaginale afscheiding of LS, fecale incontinentie, misselijkheid, urine verlies/enuresis, genito-urinaire klachten, genitale pijn, dysurie, genitale bloeding, genitale jeuk, onregelmatige menstruatie, benauwdheid, pijn op de borst, slaapproblemen, somatische klachten N.N.O., minder gezond voelen of verhoogd zorg gebruik een verhoogde kans hebben op seksueel misbruik.

9 UITGANGSVRAAG 4 WELKE ANOGENITALE BEVINDINGEN KUNNEN DE DIAGNOSE SEKSUEEL MISBRUIK BIJ KINDEREN ONDERSTEUNEN?

- Welke genitale bevindingen ondersteunen de diagnose seksueel misbruik bij meisjes?
- Wat is de betekenis van genitaal bloedverlies bij pre puberale meisjes?
- Welke anale bevindingen ondersteunen de diagnose seksueel misbruik bij kinderen?
- Welke genitale bevindingen ondersteunen de diagnose seksueel misbruik bij jongens?
- Welke anogenitale bevindingen ondersteunen de diagnose accidenteel letsel?
- Hoe verloopt de genezing van anogenitale letsels?
- Hoe vaak worden bij het anogenitale onderzoek bij seksueel misbruikte kinderen tekenen van seksueel misbruik gevonden?

9.1 INLEIDING

Het stellen van de diagnose seksueel misbruik is te vergelijken met het leggen van een puzzel waarbij individuele stukjes informatie verkregen door een multidisciplinair onderzoek bij elkaar moeten worden gelegd voordat het volledige beeld kan worden gezien. Bevindingen bij het lichamelijk onderzoek moeten worden beoordeeld samen met alle andere verkregen informatie.

9.2 METHODEN

Voor de beantwoording van bovengenoemde vragen is met toestemming gebruik gemaakt van richtlijn: *'The Physical Signs of Child Sexual Abuse. An updated evidence-based review and guidance for best practice'* [25]. Deze richtlijn is gebaseerd op het op dat moment best beschikbare wetenschappelijke bewijs. De aan deze Richtlijn deelnemende organisaties zijn de American Academy of Pediatrics, Faculty of Forensic and Legal Medicine, Royal College of Physicians en de RCPCH. De auteurs van de huidige richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik' dragen de verantwoordelijkheid voor de inhoud hiervan.

De RCPCH Richtlijn beschrijft de sterkte van de associatie van een bepaald type anogenitale bevinding bij meisjes en jongens met de diagnose seksueel misbruik. Extra-genitale letsels, zoals grip marks en bijtwonden, vallen buiten de scope van dit hoofdstuk. Vrouwelijke genitale verminking wordt eveneens niet behandeld. Zwangerschap en het aantonen van sperma in de vagina zijn bewijzend voor seksueel contact en worden samen met ander forensisch bewijs voor seksueel misbruik niet in dit hoofdstuk besproken.

Systematische reviews werden voor de RCPCH richtlijn uitgevoerd volgens de daar voor geldende criteria. De volgende studies werden geïncludeerd:

1. Elke primaire studie die anogenitale bevindingen beschrijft (inclusief genezing van letsels) bij kinderen < 18 jaar waar seksueel misbruik is aangetoond.
2. Elke primaire studie die anogenitale bevindingen beschrijft (inclusief genezing van letsels) bij kinderen < 18 jaar waar seksueel misbruik grondig is uitgesloten

Studies werden geëxcludeerd wanneer zij voldeden aan de volgende criteria:

1. Postmortale studie
2. Studies met zowel data verkregen bij volwassenen als kinderen waarbij de data verkregen bij kinderen niet kunnen worden geëxtraheerd.

Ten behoeve van de beoordeling werd een graderingsschema ontworpen voor de betrouwbaarheid van het vaststellen of verwerpen van de diagnose seksueel misbruik in de gebruikte studies. Dit schema is gebaseerd op het schema gebruikt door de Cardiff Child Protection Systematic Reviews (<http://www.core-info.cf.ac.uk>).

9.3 RESULTATEN

9.3.1 WELKE GENITALE BEVINDINGEN ONDERSTEUNEN DE DIAGNOSE SEKSUEEL MISBRUIK BIJ MEISJES?

Kennis van de normale veranderende anatomie van het vrouwelijke genitaal door leeftijd en puberteitsontwikkeling is noodzakelijk. De vrouwelijke genitaliën worden gezamenlijk beschreven als vulva. Onderdelen zijn de clitoris, labia majora en minora, fourchette posterior, fossa navicularis, vestibulum, urethra opening, hymen en hymenale opening. Het vestibulum is het gebied wat de urethra opening en de vagina opening omgeeft, de randen zijn anterior de clitoris, lateraal de labia minora en posterior de fourchette posterior. De fossa navicularis vormt het lage deel van het vestibulum juist onder het hymen tot aan de fourchette posterior. Het hymen is een rand weefsel (ook wel hymenale membraam genoemd) die de hymenale opening (orificium hymenale) omgeeft. De hymenale opening wordt ook vaginale opening (orificium vaginale) genoemd. Het vaginaal kanaal strekt zich inwendig uit vanaf het hymen tot de cervix. Het perineum is het huidgedeelte vanaf de fourchette posterior tot de anus. Het perineale lichaam is het gedeelte waar de linker- en rechterzijde van het lichaam elkaar ontmoeten en is soms zichtbaar als een witte of gepigmenteerde lijn op de oppervlakte van de huid tussen de fourchette posterior en de anus, de mediane raphe.

9.3.1.1 Het hymen

De hymenale configuratie is het uiterlijk van het hymenale membraan. De positie van kenmerken van het hymen worden weergegeven door gebruik te maken van een wijzerplaat, waarbij de positie van de wijzers in rugligging wordt gebruikt. Twaalf uur bevindt zich dan aan de voorzijde (anterior) en 6 uur aan de achterzijde (posterior). Het midden van de wijzerplaat is de hymenale opening. In Groot Brittannië blijft de positie van de wijzerplaat gerelateerd aan de anatomische structuren, dus de wijzerplaat draait met de patiënt mee wanneer deze in knieborsthouding wordt onderzocht. In de VS blijft de wijzerplaat in dezelfde positie, dus een bevinding die zich in rugligging op 3 uur bevindt, bevindt zich dan in knieborsthouding op 9 uur. In Nederland wordt de methode uit Groot Brittannië aangehouden.

Gebruikelijke configuraties van het hymen zijn: annulair, crescentisch, semilunare en fimbriatisch. Bij een annulair hymen is er sprake van een rand die het gehele orificium vaginale omgeeft, bij een crescentisch hymen eindigt het hymen anterior met een bevestiging zonder dat tussen de twee bevestigingen anterior hymenaal weefsel zichtbaar is. Bij een fimbriatisch hymen is de rand van het hymen erg gevouwen en heeft het hymen hierdoor een bloemachtig aspect.

Minder vaak komen voor: het zogenaamde 'sleeve-like hymen', het hymen septatum (met 2 openingen met een band weefsel hiertussen) (ook wel hymen septus of hymen bifenestratus genoemd), hymen cribriformis (met multiële openingen, hymen microperforatus (met extreem kleine opening), hymen imperforatus (zonder opening), de hymenale membraam bedekt de hymenale opening volledig). Een hymen kan congenitaal niet aanwezig zijn bij afwezigheid van de vagina. Soms wordt de term redundant hymen gebruikt, hiermee wordt overvloedig hymenaal weefsel bedoeld.

Het aspect van het hymen verandert met de leeftijd en het puberteitsstadium. Bij de neonat geeft de aanwezigheid van moederlijke oestrogenen het hymen een vlezig aspect. Met het oplopen van de leeftijd wordt het hymen dunner en delicaer en kan het anterieure deel verloren gaan. Wanneer de puberteit inzet wordt het hymen dikker, kan een hymen fimbriatus ontstaan en wordt het hymen elastischer.

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen'

9.3.1.2 Vagina

De vaginale mucosa ziet er roze en vlezig uit. De lengte van de vagina neemt toe van geboorte tot puberteit. Meestal heeft de vagina 1 opening, De zogenaamde vagina septata heeft een in de lengte gesplitst vaginaal kanaal. Deze vagina septata wordt beschreven in combinatie met anomalieën van de uterus. Bij de geboorte is de vaginale mucosa verdikt ten gevolge van het maternale oestrogeen, dit effect verdwijnt meestal in de eerste levensjaren. Op jonge leeftijd heeft de vaginale holte een neutrale pH, bij adolescenten en volwassenen is de pH licht zuur.

9.3.2 WAT IS DE BETEKENIS VAN GENITALE BEVINDINGEN BIJ MEISJES IN RELATIE TOT SEKSUEEL MISBRUIK?

In het algemeen geldt dat afwezigheid van afwijkingen seksueel misbruik niet uit sluit. Anogenitale afwijkingen kunnen een andere oorzaak hebben dan seksueel misbruik. De bevindingen moeten altijd in de gehele context worden beoordeeld.

9.3.3 WAT IS DE STERKTE VAN DE ASSOCIATIE VAN GENITAAL ERYTHEEM/ ROODHEID/ INFLAMMATIE MET SEKSUEEL MISBRUIK?

Erytheem is een roodheid van de huid of mucosa door dilatatie van de onderliggende capillairen, dit verdwijnt met de tijd. Mogelijke oorzaken zijn: trauma, huidaandoeningen allergieën, reacties op chemicaliën en slechte hygiëne. Het niet geoestrogeniseerde hymen kan er rood uit zien in relatie met de omgevende huid. Erytheem is te onderscheiden van toegenomen vascularisatie of van prominente venen, in het laatste geval zijn de oppervlakkige grotere vaten uitgezet.

9.3.3.1 Conclusie sub vraag uit RCPCH

De aanwezigheid van genitaal erytheem/ roodheid/ inflammatie is niet specifiek. De beoordeling van de mate van roodheid is subjectief en kan worden beïnvloed door de mate van pigmentatie van de huid. Erytheem wordt gerapporteerd bij 35% van de seksueel misbruikte pre puberale meisjes en bij 1 % van de meisjes geselecteerd als niet-misbruikt. Bij puberale meisjes wordt erytheem gezien bij 13-32% van de meisjes die vertellen dat peniele vaginale penetratie heeft plaatsgevonden en binnen 24 uur tot 2 weken na het misbruik worden onderzocht.

9.3.3.2 Aanbevelingen voor de praktijk uit de RCPCH

Bij vroeg onderzoek (<72 uur na incident) wordt erytheem vaker aangetoond, daarom wordt aanbevolen zo vroeg mogelijk onderzoek te verrichten. De aanwezigheid van erytheem tijdens het lichamelijk onderzoek betekent meestal dat het trauma recent heeft plaatsgevonden. Er zijn veel andere mogelijke oorzaken die in de differentiaal diagnose moeten worden opgenomen. Erytheem kan moeilijker te zien zijn bij een gepigmenteerde huid.

9.3.4 WAT IS DE STERKTE VAN DE ASSOCIATIE VAN GENITAAL OEDEEM MET SEKSUEEL MISBRUIK?

Oedeem is een acuut teken dat optreedt wanneer weefsel of mucosa gezwollen is ten gevolge van een te veel aan water. Het weefsel kan een glimmend uiterlijk krijgen en indeuken bij druk. Het is meestal het gevolg van ontsteking, infectie of trauma en verdwijnt in met de tijd.

9.3.4.1 Conclusie sub vraag uit RCPCH

Er is onvoldoende bewijs om de significantie van oedeem bij pre puberale meisjes vast te stellen. Bij puberale meisjes die vertellen dat er peniele vaginale penetratie heeft plaatsgevonden en die binnen 72 uur worden onderzocht wordt in 3-19% oedeem vastgesteld. Er is meer bewijs nodig om de significantie van oedeem vast te stellen.

9.3.4.2 Aanbevelingen voor de praktijk uit RCPCH

Bij vroeg onderzoek (< 72 uur na incident) wordt vaker oedeem vastgesteld. Ernstig oedeem kan andere afwijkingen maskeren. Het kind moet dan worden vervolgd en opnieuw onderzocht wanneer het oedeem is verdwenen. Eventueel moet een kind nogmaals worden onderzocht om oedeem te vervolgen. Er zijn vele andere mogelijke oorzaken die in de differentiaal diagnose moeten worden opgenomen.

9.3.5 WAT IS DE STERKTE VAN DE ASSOCIATIE VAN GENITALE BLAUWE PLEKKEN MET SEKSUEEL MISBRUIK?

Blauwe plekken zijn het gevolg van schade aan de capillairen of grotere vaten waardoor bloed in de omgevende weefsels is gelekt. Dit leidt tot een huidverkleuring die in de tijd verandert en verdwijnt. De mate van genezing hangt onder andere af van de uitbreiding en ernst van het letsel. Blauwe plekken kunnen niet worden gedateerd aan de hand van hun kleur. Andere namen voor een blauwe plek zijn: hematoom (een collectie bloed in een dieper weefsel), ecchymose (kleine blauwe plekken), contusie (niet-specifiek hematoom), petechiën (speldenpunt grote bloeding). Oorzaken voor genitale hematomen zijn: trauma, spontane bloedingen ten gevolge van hematologische aandoeningen. Aandoeningen die kunnen worden verward met genitale hematomen zijn dermatologische aandoeningen zoals lichen sclerosus, gelokaliseerde plekken van roodheid (erytheem), hemangiomen en gepigmenteerde laesies. In sterk gepigmenteerde huid kunnen hematomen moeilijk zichtbaar zijn.

9.3.5.1 Conclusie sub vraag uit RCPCH

Genitale blauwe plekken zijn niet gerapporteerd bij studies van pre puberale meisjes waarbij seksueel misbruik werd uitgesloten. Genitale blauwe plekken zijn gerapporteerd bij pre puberale meisjes die vertellen dat vaginale penetratie heeft plaatsgevonden wanneer zij kort na het misbruik werden onderzocht (3%), na accidenteel trauma en na chirurgische ingrepen. Er is bewijs uit 4 studies dat genitale blauwe plekken bij 5-53% van de seksueel misbruikte puberale meisjes worden gezien.

9.3.5.2 Aanbevelingen voor de praktijk uit RCPCH

Wanneer er blauwe plekken worden gezien op de genitalia is dit meestal, in afwezigheid van medische oorzaken, een teken van trauma. Bij een vroeg onderzoek (<72 uur na incident na incident) worden er vaker genitale blauwe plekken gezien. Blauwe plekken kunnen moeilijker herkenbaar zijn bij een gepigmenteerde huid. Er zijn vele andere mogelijke oorzaken die in de differentiaal diagnose moeten worden opgenomen. Wanneer er geen sprake is van een ongeval, consensuele seksuele activiteit of andere medische oorzaken moet seksueel misbruik bij de aanwezigheid van een genitale blauwe plek altijd worden overwogen.

9.3.6 WAT IS DE STERKTE VAN DE ASSOCIATIE VAN EEN GENITALE SCHAAFWOND MET SEKSUEEL MISBRUIK?

Een schaafwond is een oppervlakkig letsel waarbij alleen de buitenste laag van de huid/mucosa betrokken is en niet de volledige epidermis laag bestrijkt. Een lineaire schaafwond staat bekend als een schram/kras. Een schaafwond ontstaat vaak door contact

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen'

met een ruw oppervlak of door frictie. Een schaafwond zweet vaak serum uit wat uithardt tot een korstje of korst, maar een schaafwond kan ook bloeden wanneer de vasculaire papillen betrokken zijn die tot in de epidermis reiken. Schaafwonden onderscheiden zich van laceraties (scheurwonden) die wel de volle dikte van de huid betreffen en veroorzaakt worden door stomp of scherp trauma. Wanneer een laceratie klein is, is het onderscheid met een schaafwond moeilijk. Schaafwonden moeten worden onderscheiden van genitale hematomen. Genitale schaafwonden kunnen ontstaan door excoriatie door krabben bij een jeukende huid en door trauma.

9.3.6.1 Conclusie sub vraag uit RCPCH

Een genitale schaafwond is een teken van trauma. Twee publicaties waarin bij meisjes seksueel misbruik werd uitgesloten en waarbij de meisjes werden onderzocht op een gemiddelde leeftijd van 5,7 jaar en opnieuw op de leeftijd van 12 jaar rapporteerden geen genitale schaafwonden. Genitale schaafwonden zijn gerapporteerd bij een deel van de pre puberale meisjes waarbij peniele-vaginale penetratie heeft plaatsgevonden. Bewijs uit 4 studies laat zien dat bij 1-20% van de puberale meisjes die vertellen seksueel te zijn misbruikt en die werden onderzocht binnen 72 uur na het seksueel misbruik een genitale schaafwond wordt gezien.

9.3.6.2 Aanbevelingen voor de praktijk uit RCPCH

Wanneer er een genitale schaafwond wordt gezien is dit meestal een gevolg van trauma. Genitale schaafwonden worden vaker gezien bij een vroeg (< 72 uur na incident) onderzoek na het incident. Er zijn enkele andere oorzaken die in de differentiaal diagnose moeten worden opgenomen. Wanneer er geen sprake is van een ongeval, consensuele seksuele activiteit of andere medische oorzaken moet seksueel misbruik bij de aanwezigheid van een genitale schaafwond altijd worden overwogen.

9.3.7 WAT IS DE STERKTE VAN DE ASSOCIATIE VAN EEN GENITALE LACERATIE/ SCHEURWOND MET SEKSUEEL MISBRUIK?

In de literatuur worden de termen laceratie, scheur en transsectie door elkaar gebruikt. Met laceratie wordt in deze richtlijn een verse wond bedoeld met een scheur door de huid, mucoze membraan of diepere structuur. Een laceratie van het hymen kan partieel of compleet zijn. Het is acuut letsel en kan geassocieerd zijn met een bloeding en/ of met blauwe plekken aan de rand van de wond.

9.3.7.1 Conclusie sub vraag uit RCPCH

Genitale laceraties zijn een teken van trauma.

9.3.7.1.1 Wat is de sterkte van de associatie van een laceratie (scheurwond) van het hymen met seksueel misbruik?

9.3.7.2 Conclusie sub vraag uit RCPCH

Laceraties van het hymen worden niet gezien bij meisjes bij wie seksueel misbruik is uitgesloten. Hymenale laceraties zijn beschreven bij 33% van de pre puberale seksueel misbruikte meisjes. Bij puberale meisjes is er bewijs uit 5 studies dat hymenale laceraties bij 3-19% van de meisjes wordt gezien die vertellen seksueel te zijn misbruikt inclusief peniele penetratie.

9.3.8 WAT IS DE STERKTE VAN DE ASSOCIATIE VAN EEN LACERATIE (SCHEURWOND) VAN OVERIG GENITAAL WEEFSEL MET SEKSUEEL MISBRUIK?

9.3.8.1 Conclusie sub vraag uit RCPCH

Laceraties van de fourchette posterior of de fossa navicularis worden niet beschreven bij studies waarbij bij meisjes seksueel misbruik werd uitgesloten. Laceraties van de fourchette posterior of de fossa navicularis zijn beschreven bij pre puberale meisjes waarbij vaginale penetratie heeft plaatsgevonden. Bij 21-40% van de puberale meisjes die vertellen dat er peniele penetratie heeft plaatsgevonden en die binnen 72 uur zijn onderzocht zijn laceraties van de fourchette posterior of fossa navicularis beschreven. Laceraties van de fourchette posterior of van de fossa navicularis worden vaker gezien dan laceraties van het hymen.

9.3.8.2 Aanbevelingen voor de praktijk uit RCPCH

Wanneer er genitale laceraties zijn in afwezigheid van een overtuigende verklaring van accidenteel penetrerend trauma (ook wel paalverwonding genoemd) moet er sterk worden vermoed dat er seksueel misbruik heeft plaats gevonden. Het is belangrijk de precieze en juiste terminologie te gebruiken wanneer letsel in de genitale streek wordt beschreven. In Tabel 9.1 Terminologie letsel worden de juiste termen weergegeven vermeld waarmee onderbrekingen in het hymen moeten worden weergegeven.

Tabel 9.1 Terminologie letsel

Diepte	Terminologie te gebruiken in het acute stadium	Terminologie te gebruiken in het niet-acute stadium
Partieel	Laceratie	Inkeping/ Notch *
Compleet tot aan de basis van het hymen	Laceratie	Transsectie

* Kan diep of oppervlakkig zijn

9.3.9 WAT IS DE STERKTE VAN DE ASSOCIATIE VAN BEPAALDE TYPEN GEHEELD GENITAAL LETSEL (TRANSECTIE VAN HET HYMEN, LITTEKENS) MET SEKSUEEL MISBRUIK?

In veel gevallen komt een vermoeden van seksueel misbruik pas maanden of jaren na het actuele misbruik naar voren. In die gevallen is kennis over het uiterlijk van genezend/ genezen genitaal letsel noodzakelijk. Ook kennis van normaal varianten is noodzakelijk, zo kan worden voorkomen dat een mediane raphe wordt aangezien voor een litteken.

9.3.10 WAT IS DE STERKTE VAN DE ASSOCIATIE VAN EEN TRANSSECTIE VAN HET HYMEN MET SEKSUEEL MISBRUIK?

Bij het juiste gebruik van de term transsectie van het hymen wordt een complete onderbreking door de volledige breedte van het hymen bedoeld doorlopend van rand tot de bevestiging aan de vaginawand aan de basis waarbij geen rest van het hymen op die locatie wordt gezien. Er is sprake van een inkeping tot het vestibulum. Het wordt ook wel aangeduid als volledige kloof.

9.3.10.1 Conclusie sub vraag uit RCPCH

Een transsectie van het hymen is een teken van geheel trauma. Een transsectie van het hymen wordt zeer zelden gezien bij meisjes waarbij seksueel misbruik is uitgesloten (met 1 uitzondering 1/211 pre puberale meisjes). Beperkt bewijs uit één artikel waarbij het aantal letsels wordt beschreven en niet het aantal meisjes met een transsectie van het hymen toont aan dat transsecties van het hymen bij een deel van pre puberale meisjes met doorgemaakte peniele penetratie wordt gezien (12 transsecties gerapporteerd bij 24 meisjes). Bewijs uit 6 studies toont aan dat een transsectie van het hymen bij 3-18% van puberale meisjes die vertellen dat vaginale-peniele penetratie heeft plaatsgevonden wordt gezien. Letsel van het hymen geneest snel. Met uitzondering van uitgebreid letsel, kan het geen restafwijkingen nalaten.

9.3.11 WAT IS DE STERKTE VAN DE ASSOCIATIE VAN LITTEKENS MET SEKSUEEL MISBRUIK?

Littekens in het genitaal gebied worden niet gezien bij meisjes waarbij seksueel misbruik is uitgesloten. Beperkt bewijs toont aan dat littekens van het hymen of de fourchette posterior geassocieerd zijn met seksueel misbruik. Echter, recent bewijs uit één multicenter studie suggereert dat letsels van het hymen compleet kunnen helen zonder nalaten van littekenweefsel.

9.3.11.1 Aanbevelingen voor de praktijk uit RCPCH

Wanneer er een transsectie van het hymen wordt gezien moet er een sterke verdenking ontstaan op voorafgaand/ in het verleden doorgemaakt penetratietrauma. Het is belangrijk de precieze en juiste terminologie te gebruiken wanneer letsel in de genitale streek wordt beschreven. In onderstaande Tabel 9.2 Terminologie onderbrekingen in het hymen worden de juiste termen weergegeven vermeld waarmee onderbrekingen in het hymen moeten worden weergegeven.

Tabel 9.2 Terminologie onderbrekingen in het hymen

Diepte	Terminologie te gebruiken in het acute stadium	Terminologie te gebruiken in het niet-acute stadium
Partieel	Laceratie	Inkeping/ Notch *
Compleet tot aan de basis van het hymen	Laceratie	Transsectie

* Kan diep of oppervlakkig zijn

De term transsectie moet alleen worden gebruikt voor een niet-acute beschadiging van het hymen door de volledige breedte van het hymen. Er is dan op die locatie geen hymenaal weefsel zichtbaar. De aanwezigheid van een transsectie van het hymen moet in verschillende onderzoekposities worden bevestigd.

Littekens op het hymen of fourchette posterior zijn tekenen van in het verleden plaatsgevonden acuut genitaal trauma. Er moet gevraagd worden naar een voorafgaand ongeval wat het litteken verklaart. Wanneer deze verklaring niet wordt gevonden moet seksueel misbruik worden vermoed.

De aanwezigheid van een litteken kan niet worden gebruikt om te bepalen wanneer een gebeurtenis van seksueel misbruik heeft plaatsgevonden.

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen'

Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde

9.3.12 WAT IS DE STERKTE VAN DE ASSOCIATIE VAN EEN KLOOF/ INKEPING (NOTCH) VAN HET HYMEN MET SEKSUEEL MISBRUIK?

Over de betekenis van inkepingen in het hymen wordt veel gediscussieerd. Inkepingen (notches) worden ook kloven of concaviteiten genoemd (concavities). De vorm, diepte, locatie, individuele configuratie van het hymen en de onderzoekpositie zijn allemaal factoren die bij het beoordelen in ogenschouw moeten worden genomen. Inkepingen van het hymen kunnen fysiologisch zijn. Zo worden er natuurlijke inkepingen gezien in een fimbriatisch hymen. Een crescentisch hymen wordt soms verward met een annulair hymen met een anterieure kloof.

In wat oudere literatuur wordt verwarrende terminologie gebruikt.

Er is inconsistent bewijs over de mogelijke associatie van tampongebruik met complete inkepingen / posterieure diepe kloven en tampon gebruik. In deze studies is seksueel misbruik bij de onderzochte meisjes onvoldoende goed uitgesloten.

In deze richtlijn worden onder kloof/ inkeping (notch) een onderbreking van het hymen verstaan die zich niet voortzet tot aan de basis van het hymen: er is op die locatie dus nog hymen weefsel aanwezig.

9.3.12.1 Conclusie sub vraag uit RCPCH

Anterieure inkepingen van het hymen worden beschreven bij pasgeborenen en bij seksueel misbruikte en niet seksueel misbruikte pre puberale meisjes. Oppervlakkige posterieure inkepingen zijn beschreven bij pre puberale meisjes met een voorgeschiedenis van vaginale penetratie maar ook als bij niet seksueel misbruikte pre puberale meisjes. Diepe inkepingen in de posterieure helft van een niet-fimbriatisch hymen zijn alleen beschreven bij pre puberale meisjes met doorgemaakte vaginale penetratie. Bij puberale meisjes worden posterieure diepe inkepingen of transsecties vaker beschreven bij een voorgeschiedenis van peniele penetratie in het kader van seksueel misbruik of consensuele seksuele activiteiten dan bij puberale meisjes die dit ontkennen (33% versus 7%). Een scheur van het hymen kan compleet genezen zonder verlittekening. Er kan ook een transsectie of een inkeping achterblijven.

9.3.12.2 Aanbevelingen voor de praktijk uit RCPCH

Wanneer diepe posterieure inkepingen (kloven) duidelijk zichtbaar zijn in 2 verschillende onderzoekposities (rugligging en knie-borst houding met labiale tractie en gebruik van een wattenstok of katheter om de hymenale anatomie goed te kunnen zien, zie figuur 10-1 t/m 10-2, p. 120-122) moet penetratie letsel worden overwogen. Een genitaal onderzoek waarbij geen afwijkingen worden gezien sluit voorafgaand trauma niet uit omdat vele genitale letsels restloos genezen.

De term inkeping, kloof (notch) moet alleen worden gebruikt wanneer het defect van het hymen niet doorloopt tot de basis. Er worden pogingen ondernomen om te definiëren wanneer er sprake is van een diepe of oppervlakkige inkeping ($>$ of $<$ 50%), maar in de praktijk is dit onmogelijk precies te bepalen. Bij een fimbriatisch hymen zijn technieken waarbij de plooien van het hymen worden uitgespreid (met wattenstok of Foley katheter) noodzakelijk om inkepingen te kunnen zien.

9.3.13 WAT IS DE STERKTE VAN DE ASSOCIATIE VAN EEN KNOBBEL/ BOBBEL (BUMPS/ MOUNDS) VAN HET HYMEN MET SEKSUEEL MISBRUIK?

Een hymenale bobbel/ knobbel is een enkele ronde gelokaliseerde verdikking van een deel van het weefsel aan de rand van het hymen. Zij worden vooral gevonden bij een hymen

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen'

annulaire of crescentisch hymen. De positie en onderzoekstechniek kunnen het aspect beïnvloeden. Een hymenale tag moet van een bump worden onderscheiden. Dit is een verlenging van het hymen weefsel dat op elke locatie kan worden gevonden, meestal in de midline en het kan een verlenging zijn van een posterieure vaginale richel.

9.3.13.1 Conclusie sub vraag uit RCPCH

Knobbels/ bobbels worden gezien bij pasgeborenen, niet seksueel misbruikte en seksueel misbruikte meisjes. Er is bewijs dat de configuratie van een knobbel/ bobbel niet anders is bij de seksueel misbruikte meisjes en niet-seksueel misbruikte meisjes.

9.3.13.2 Aanbevelingen voor de praktijk uit RCPCH

De positie van het kind en de onderzoekstechniek beïnvloeden het aspect van een bobbel/knobbel (bump/mound). Bobbels en knobbels hebben geen associatie met seksueel misbruik en onderscheiden de misbruikte meisjes niet van de niet-misbruikte meisjes.

9.3.14 WAT IS DE STERKTE VAN DE ASSOCIATIE VAN DE GROOTTE VAN DE HYMENALE OPENING MET SEKSUEEL MISBRUIK?

9.3.14.1 Conclusie sub vraag uit RCPCH

Er is substantieel overlap in de spreiding van de dwarse diameter van de hymenale opening tussen bij seksueel misbruikte en niet-seksueel misbruikte meisjes. Er is geen associatie met seksueel misbruik en de diameter onderscheidt misbruikte meisjes niet van niet-misbruikte meisjes.

9.3.14.2 Aanbevelingen voor de praktijk uit RCPCH

Het meten van de grootte van de opening van het hymen heeft geen waarde bij het stellen van de diagnose penetratie. Het meten van de hymenale opening wordt niet aanbevolen. Termen zoals een 'gapend' of 'wijd openstaand' hymen zijn subjectief en moeten worden vermeden.

9.3.15 WAT IS DE STERKTE VAN DE ASSOCIATIE VAN DE BREEDTE VAN HET HYMEN (DE AFSTAND VAN DE HYMENALE RAND TOT AAN DE BASIS VAN HET HYMEN) MET SEKSUEEL MISBRUIK?

9.3.15.1 Conclusie sub vraag uit RCPCH

De posterieure breedte van het hymen kan niet betrouwbaar worden gemeten. De complete afwezigheid van hymenaal weefsel is niet gerapporteerd bij pasgeborenen of bij pre puberale meisjes waarbij seksueel misbruik is uitgesloten. Er is gebrek aan bewijs voor de betekenis van een 'smalle' posterieure breedte van het hymen bij seksueel misbruikte pre puberale meisjes. Er zijn bij puberale meisjes geen studies gevonden betreffende dit onderwerp die aan de inclusiecriteria van de RCPCH voldoen.

9.3.15.2 Aanbevelingen voor de praktijk uit RCPCH

Bij een pre puberaal meisje moet penetratief seksueel misbruik worden overwogen wanneer er sprake is van een afwezig of vrijwel afwezig posterieur hymen. Opmeten van de breedte van het hymen wordt afgeraden. Een 'smalle' breedte van het hymen moet altijd vergezeld gaan van fotodocumentatie en er moet bij worden aangegeven of het een gelokaliseerde of gegeneraliseerde 'smalle' breedte betreft. De bevinding van een afwezige of 'smal' posterieur hymen moet altijd worden bevestigd in knie-borst houding (bij het pre puberale

meisje) en met technieken om het hymen goed te spreiden (puberale meisje) (zie figuur 10-1 t/m 10-2, p. 120-122).

9.3.16 WAT IS DE STERKTE VAN DE ASSOCIATIE VAN BROOSHEID MET SEKSUEEL MISBRUIK?

Met broosheid wordt bedoeld dat er een oppervlakkig defect van de huid/mucosa optreedt bij geringe tractie.

9.3.16.1 Conclusie sub vraag uit RCPCH

Broosheid discrimineert bij pre puberale meisjes niet tussen seksueel misbruikte (met peniele penetratie) en niet seksueel misbruikte meisjes. Het wordt in de eerste groep bij 4% van de meisjes gezien en bij 1-3% van de niet seksueel misbruikte pre puberale meisjes. Bij puberale meisjes is er onvoldoende bewijs. Bij puberale meisjes zijn er geen studies die aan de inclusiecriteria van de RCPCH voldoen.

9.3.16.2 Aanbevelingen voor de praktijk uit RCPCH

Clinici moeten goed letten op een predisponerende aandoening van de huid of genitalia waarbij broosheid wordt gezien. Als de huid splijt of barst tijdens het onderzoek resulterend in licht bloedverlies moet dit worden beoordeeld met meenemen van de medische voorgeschiedenis van het kind en de persoonlijke hygiëne.

9.3.17 WAT IS DE STERKTE VAN DE ASSOCIATIE VAN LABIALE FUSIE MET SEKSUEEL MISBRUIK?

Labiale fusie wordt ook wel labiale adhesie of agglutinatie genoemd. Het is het gevolg van hechting van de tegenover elkaar liggende mucosa van de labia minora aan elkaar. Het wordt gezien bij zuigelingen en jonge kinderen (luiersdragers) maar is ongewoon wanneer het optreedt na de leeftijd van 6- 7 jaar. Het kan worden gerelateerd aan chronische irritatie. Het kan vrijwel volledig zijn, of partieel. Meestal zijn er geen symptomen en verdwijnt het spontaan binnen een jaar of door de leeftijd ten gevolge van een oestrogeen effect. Labiale fusie is geassocieerd met normale incontinentie van de zuigeling, vaginitis, slechte hygiëne, en irritatie door frictie.

9.3.17.1 Conclusie sub vraag uit RCPCH

Partiële en uitgebreide labiale fusie wordt zowel gezien bij seksueel misbruikte pre puberale meisjes die vaginale penetratie rapporteren (7-17%) als bij niet seksueel misbruikte pre puberale meisjes (7-17%). Er is onvoldoende bewijs om de significantie van labiale fusie te beoordelen. Bij het genezen van scheuren in de fourchette posterior kan fusie van de labia minora optreden.

9.3.17.2 Aanbevelingen voor de praktijk uit RCPCH

Uitgebreide labiale fusie kan het zicht op het hymen ontnemen. Wanneer er vermoeden bestaat van seksueel misbruik kan het nodig zijn een topicale behandeling van de labiale fusie toe te passen om het hymen volledig te kunnen beoordelen. Uitgebreide fusie van de labia is ongewoon en rechtvaardigt verder onderzoek omdat het een gevolg kan zijn van trauma van het genitale gebied.

9.3.18 WAT IS DE STERKTE VAN DE ASSOCIATIE VAN VAGINALE AFSCHEIDING BIJ PRE PUBERALE MEISJES MET SEKSUEEL MISBRUIK?

Vaginale afscheiding is een vloeistofcollectie uit de tractus genitalis niet bestaande uit bloed of urine.

Vaginale afscheiding kan fysiologisch of pathologisch zijn. Pasgeboren hebben vaak mucosale afscheiding ten gevolge van de maternale oestrogenen. Vanaf drie maanden tot aan de puberteit is de vaginale afscheiding meestal minimaal, om tijdens de puberteit weer toe te nemen.

Mogelijke oorzaken zijn infecties bijvoorbeeld staphylococcon infectie, streptococcon infectie, seksueel overdraagbare infecties, corpus alienum, draadworm/ aarsmade, gebrek aan hygiëne en trauma waaronder seksueel misbruik.

Vulvovaginitis met discomfort, roodheid en jeuk komt bij meisjes vaak voor.

9.3.18.1 Conclusie sub vraag uit RCPCH

Vaginale afscheiding wordt vaker gezien bij seksueel misbruikte pre puberale meisjes (11-15%) dan bij niet seksueel misbruikte pre puberale meisjes (<1-4%). Het wordt vaker gezien bij meisjes die peniele penetratie hebben doorgemaakt dan bij meisjes die andere vormen van seksueel misbruik hebben doorgemaakt.

9.3.18.2 Aanbevelingen voor de praktijk uit RCPCH

Hoewel vaginale afscheiding bij meisjes vaak voorkomt is de kweek meestal negatief en is de afscheiding niet klinisch significant. Wanneer een kind zich herhaaldelijk presenteert met vaginale afscheiding moet er een zorgvuldige anamnese worden afgenomen en een volledig lichamelijk onderzoek inclusief anogenitaal onderzoek plaatsvinden om de mogelijkheid van seksueel misbruik te onderzoeken. Andere mogelijke oorzaken van vaginale afscheiding (infectie, corpus alienum etc.) moeten worden uitgesloten. Bij persisterende vaginale afscheiding moet aanvullend onderzoek naar SOA plaatsvinden. Echter een SOA kan aanwezig zijn zonder dat er vaginale afscheiding optreedt.

9.3.19 WAT IS DE STERKTE VAN DE ASSOCIATIE VAN EEN VAGINAAL CORPUS ALIENUM MET SEKSUEEL MISBRUIK?

Relatief recent wordt de associatie tussen de aanwezigheid van een vreemd lichaam in de vagina en seksueel misbruik in de literatuur onderzocht. Kinderen kunnen of willen vaak niet vertellen wie het voorwerp heeft ingebracht.

9.3.19.1 Conclusie sub vraag uit RCPCH

Seksueel misbruik wordt gerapporteerd bij pre puberale meisjes die zich presenteerden met een vaginaal corpus alienum. Er is onvoldoende bewijs om de significantie van de aanwezigheid van een vaginaal corpus alienum vast te stellen.

9.3.19.2 Aanbevelingen voor de praktijk uit RCPCH

Bij pre puberale meisjes is de aanwezigheid van een corpus alienum in de vagina ongewoon. De mogelijkheid van seksueel misbruik moet worden overwogen.

Tabel 9.3 Welke genitale bevindingen ondersteunen de diagnose seksueel misbruik bij meisjes?

Anogenitale bevinding	Associatie met seksueel misbruik	Associatie met seksueel misbruik bij pre puberale meisjes	Associatie met seksueel misbruik bij puberale meisjes	Differentiaal Diagnose	Aanbevelingen
Algemeen	Afwezigheid van afwijkingen sluit seksueel misbruik niet uit. Anogenitale afwijkingen kunnen een andere oorzaak hebben dan seksueel misbruik. De bevindingen moeten altijd in de gehele context worden beoordeeld.				
Genitaal erytheem/ roodheid/ Inflammatie	Niet specifiek voor seksueel misbruik.	Studies rapporteren erytheem bij 35% van de seksueel misbruikte pre puberale meisjes en 1 % van de pre puberale meisjes niet-misbruikt.	Studies rapporteren erytheem bij 13-32% van de seksueel misbruikte meisjes met peniele vaginale penetratie (<24 uur-2 weken na het misbruik onderzocht).	- Trauma - Huidaandoeningen - Allergieën - Reacties op chemicaliën - Slechte hygiëne	Bij vroeg onderzoek (<72 uur na incident) vaker aangetoond.
Genitaal oedeem	Onvoldoende bewijs.	Onvoldoende bewijs	Studies rapporteren genitaal oedeem bij 3-19% van de	- Ontsteking - Infectie - Trauma	Bij vroeg onderzoek (<72 uur na incident) vaker aangetoond. Ernstig oedeem kan

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

			seksueel misbruikte meisjes met peniele vaginale penetratie (<72 uur na incident na het misbruik onderzocht).	Ook gerapporteerd als accidenteel letsel (o.a. paalverwonding)	andere afwijkingen maskeren, het kind moet opnieuw onderzocht wanneer het oedeem is verdwenen.
Genitale blauwe plekken	seksueel misbruik moet worden overwogen indien er geen sprake is van een ongeval, consensuele seksuele activiteit of andere medische oorzaken. Deze bevinding is diagnostisch voor trauma.	Wordt niet gezien bij pre puberale meisjes waarbij seksueel misbruik of trauma is uitgesloten.	Bij puberale meisjes is er beperkt bewijs dat genitale blauwe plekken, bevindingen zijn die passen bij genitaal trauma inclusief seksueel misbruik.	- Accidenteel trauma - Chirurgische ingrepen. Ook gerapporteerd als accidenteel letsel (o.a. paalverwonding)	Bij vroeg onderzoek (<72 uur na incident) vaker aangetoond.
genitale schaafwond	seksueel misbruik moet worden overwogen indien er geen sprake is van een ongeval, consensuele seksuele activiteit	Wordt niet gezien bij pre puberale meisjes waarbij seksueel misbruik of trauma is uitgesloten.	Bij puberale meisjes is er beperkt bewijs dat genitale schaafwonden bevindingen zijn die passen bij	- Trauma - Door krabben (bij jeukende huid) Ook gerapporteerd als accidenteel letsel (o.a. paalverwonding)	Bij vroeg onderzoek (<72 uur na incident) vaker aangetoond.

		of andere medische oorzaken. Deze bevinding is diagnostisch voor trauma.		genitaal trauma inclusief seksueel misbruik.		
Laceratie/ scheurwond van het hymen en overig genitaal weefsel		seksueel misbruik moet sterk vermoed worden indien er geen overtuigende verklaring van accidenteel penetrerend trauma is. Deze bevinding is diagnostisch voor trauma.	Wordt niet gezien bij pre puberale meisjes waarbij seksueel misbruik of trauma is uitgesloten.	Bij puberale meisjes is er beperkt bewijs dat genitale laceraties/ scheuren bevindingen zijn die passen bij genitaal trauma inclusief seksueel misbruik.	- Trauma	Gebruik van juiste terminologie belangrijk. (tabel 7.8 en 7.9)
Bepaalde typen geheel genitaal letsel (transsectie van het hymen, littekens)	Transsectie van het hymen	Een teken van geheel trauma. Er is goed bewijs dat een transsectie van het hymen bij pre puberale meisjes geassocieerd zijn met seksueel misbruik.	Een transsectie van het hymen wordt zeer zelden gezien bij meisjes waarbij seksueel misbruik is uitgesloten.	Bewijs uit 6 studies toont aan dat een transsectie van het hymen bij 3-18% van puberale meisjes die vertellen dat vaginale-peniele penetratie heeft	Trauma	Gebruik van juiste terminologie belangrijk. (tabel 7.8 en 7.9)

				plaatsgevonden wordt gezien.		
	Littekens	Littekens in het genitaal gebied worden niet gezien bij meisjes waarbij seksueel misbruik is uitgesloten. Beperkt bewijs toont aan dat littekens van het hymen of de fourchette posterior geassocieerd zijn met seksueel misbruik. Echter, recent bewijs uit één multicenter studie suggereert dat letsels van het hymen compleet kunnen helen zonder nalaten van littekenweefsel.				
Kloof/inkeping (notch) van het hymen	Anterieur	Een scheur van het hymen kan compleet genezen zonder verlittekening. Er kan ook een transsectie of een inkeping achterblijven.	Anterieure inkepingen van het hymen worden beschreven bij pasgeborenen, bij seksueel misbruikte en niet seksueel misbruikte pre puberale meisjes.			De term inkeping, kloof (notch) moet alleen worden gebruikt wanneer het defect van het hymen niet doorloopt tot de basis. Er worden pogingen ondernomen om te definiëren wanneer er sprake is van een diepe of oppervlakkige
	Oppervlakkige		Oppervlakkige			

	posterieure inkepingen		posterieure inkepingen zijn zowel beschreven bij pre puberale meisjes met een voorgeschiedenis van vaginale penetratie als bij niet seksueel misbruikte pre puberale meisjes.			inkeping (> of < 50%), maar in de praktijk is dit onmogelijk precies te bepalen. Bij een fimbriatisch hymen zijn technieken waarbij de plooien van het hymen worden uitgespreid (met wattenstok of Foley katheter)
	Diepe inkepingen in de posterieure helft van een niet-fimbriatisch hymen	Penetratief letsel moet overwogen worden indien diepe posterieure inkepingen (kloven) duidelijk zichtbaar zijn in 2 verschillende onderzoekposities (rugligging en knie-bortshouding met labiale tractie en gebruik van een wattenstok of katheter om de hymenale anatomie goed te kunnen zien).	Er is goed bewijs dat diepe kloven/ inkepingen van het hymen bij pre puberale meisjes geassocieerd zijn met seksueel misbruik.			noodzakelijk om i inkepingen te kunnen zien.

Knobbel/ bobbel (bumps/ mounds) van het hymen	Bobbels en knobbels hebben geen associatie met seksueel misbruik en onderscheiden de misbruikte meisjes niet van de niet-misbruikte meisjes.	Knobbels/ bobbels worden gezien bij pasgeborenen, niet seksueel misbruikte en seksueel misbruikte meisjes. Er is bewijs dat de configuratie van een knobbel/ bobbel niet anders is bij de seksueel misbruikte meisjes en niet-seksueel misbruikte meisjes.		De positie van het kind en de onderzoekstechniek beïnvloeden het aspect van een bobbel/knobbel (bump/mound).
Grootte van de hymenale opening	Er is geen associatie met seksueel misbruik en de diameter onderscheidt misbruikte meisjes niet van niet-misbruikte meisjes.	Er is substantieel overlap in de spreiding van de dwarse diameter van de hymenale opening tussen bij seksueel misbruikte en niet-seksueel misbruikte meisjes.		Het meten van de hymenale opening wordt niet aanbevolen. Termen zoals een 'gapend' of 'wijd openstaand' hymen zijn subjectief en moeten worden vermeden.
Breedte van het hymen (de afstand van de hymenale rand tot aan de basis van het hymen)	Penetratief seksueel misbruik moet worden overwogen bij een pre puberaal meisje indien er sprake is van een afwezig of vrijwel afwezig posterieur	De posterieure breedte van het hymen kan niet betrouwbaar worden gemeten. De complete afwezigheid van hymenaal weefsel is niet gerapporteerd bij	Er zijn bij puberale meisjes geen studies gevonden betreffende dit onderwerp die aan de inclusiecriteria van de RCPCH	Opmeten van de breedte van het hymen wordt afgeraden. Een 'smalle' breedte van het hymen moet altijd vergezeld gaan van fotodocumentatie en

	hymen.	pasgeborenen of bij pre puberale meisjes waarbij seksueel misbruik is uitgesloten. Er is gebrek aan bewijs voor de betekenis van een 'smalle' posterieure breedte van het hymen bij seksueel misbruikte pre puberale meisjes.	voldoen.		er moet bij worden aangegeven of het een gelokaliseerde of gegeneraliseerde 'smalle' breedte betreft. De bevinding van een afwezige of 'smal' posterieur hymen moet altijd worden bevestigd in knie-borst houding (bij het pre puberale meisje) en met technieken om het hymen goed te spreiden (puberale meisje).
Broosheid	Aspecifiek	Broosheid discrimineert bij pre puberale meisjes niet tussen seksueel misbruikte (met peniele penetratie) en niet seksueel misbruikte meisjes. Het wordt in de eerste groep bij 4% van de meisjes	Bij puberale meisjes zijn er geen studies die aan de inclusiecriteria van de RCPCH voldoen.		Clinici moeten goed letten op een predisponerende aandoening van de huid of genitalia waarbij broosheid wordt gezien. Als de huid splijt of barst tijdens het onderzoek resulterend in licht bloedverlies moet dit

		gezien en bij 1-3% van de niet seksueel misbruikte pre puberale meisjes.			worden beoordeeld met meenemen van de medische voorgeschiedenis van het kind en de persoonlijke hygiëne.
Labiale fusie	Er is onvoldoende bewijs om de significantie van labiale fusie te beoordelen. Uitgebreide fusie van de labia is ongewoon en rechtvaardigt verder onderzoek omdat het een gevolg kan zijn van trauma van het genitale gebied.	Partiële en uitgebreide labiale fusie wordt zowel gezien bij seksueel misbruikte pre puberale meisjes die vaginale penetratie rapporteren (7-17%) als bij niet seksueel misbruikte pre puberale meisjes (7-17%).		Bij het genezen van scheuren in de fourchette posterior kan fusie van de labia minora optreden.	Uitgebreide labiale fusie kan het zicht op het hymen ontnemen, bij een vermoeden van seksueel misbruik kan het nodig zijn een topicale behandeling van de labiale fusie toe te passen om het hymen volledig te kunnen beoordelen.
Vaginale afscheiding	Wanneer een kind zich herhaaldelijk presenteert met vaginale afscheiding moet er een zorgvuldige anamnese worden afgenomen en een volledig lichamelijk	Vaginale afscheiding wordt vaker gezien bij seksueel misbruikte pre puberale meisjes (11-15%) dan bij niet seksueel misbruikte pre		- Infectie - Corpus alienum	Hoewel vaginale afscheiding bij meisjes vaak voorkomt is de kweek meestal negatief en is de afscheiding niet klinisch significant.

	onderzoek inclusief anogenitaal onderzoek plaatsvinden om de mogelijkheid van seksueel misbruik te onderzoeken.	puberale meisjes (<1-4%). Het wordt vaker gezien bij meisjes die peniele penetratie hebben doorgemaakt dan bij meisjes die andere vormen van seksueel misbruik hebben doorgemaakt.			
Vaginaal corpus alienum	De mogelijkheid van seksueel misbruik moet worden overwogen.	seksueel misbruik wordt gerapporteerd bij pre puberale meisjes die zich presenteren met een vaginaal corpus alienum. Er is onvoldoende bewijs om de significantie van de aanwezigheid van een vaginaal corpus alienum vast te stellen.			Bij pre puberale meisjes is de aanwezigheid van een corpus alienum in de vagina ongewoon.

9.3.20 WAT IS DE BETEKENIS VAN GENITAAL BLOEDVERLIES BIJ PRE PUBERALE MEISJES?

Pre puberale meisjes die seksueel zijn misbruikt of een accidenteel letsel hebben opgelopen kunnen zich presenteren met genitaal bloedverlies. Andere oorzaken moeten ook worden overwogen.

Pre puberaal genitaal bloedverlies is zeldzaam.

Een zorgvuldige anamnese aangevuld met een lichamelijk onderzoek en zo nodig een onderzoek onder anesthesie, vaginoscopie en cystoscopie moeten worden uitgevoerd.

Het komt voor dat anorectaal bloedverlies (door obstipatie of gastro-intestinale aandoeningen) of hematurie wordt aangezien voor genitaal bloedverlies.

Pediatric Condition Falsification staat ook als mogelijkheid in de differentiaal diagnose.

Vaginale infecties kunnen zich ook presenteren met bloedverlies of bloederige afscheiding.

Door accidenteel of niet-accidenteel trauma kan een hymenale tag bloeden.

Niet traumatische oorzaken van genitaal bloedverlies

Niet traumatische oorzaken van pre puberaal genitaal bloedverlies worden onderverdeeld in:

- Lichen sclerosus (LS)
- Infecties
- Urethra prolaps
- Vaginaal corpus alienum
- Hormonale oorzaken
- Tumor

9.3.20.1 Conclusie sub vraag uit RCPCH

LS kan zich presenteren met genitaal bloedverlies (20-30%). LS kan zich presenteren met geassocieerde symptomen zoals jeuk van het genitaal en afscheiding. LS kan zich met andere symptomen presenteren die kunnen lijken op bevindingen die ook bij seksueel misbruik worden gezien, zoals submucosale bloedingen, ecchymose. Het hymen is nooit aangedaan. LS sluit seksueel misbruik niet uit. In één studie was er sprake van seksueel misbruik bij 12/42 patiënten met LS.

Primaire hypothyreoïdie, congenitale bijnierschorshyperplasie, McCune Albright syndroom en idiopathische premature menarche kunnen zich alle presenteren met vaginaal bloedverlies.

Een urethra prolaps presenteert zich het vaakst met genitaal bloedverlies. Andere signalen en symptomen zijn daarbij meestal aanwezig (dysurie, hematurie, vaginale afscheiding, palpabele (meestal pijnloze) zwelling).

Vaginale vreemde lichamen kunnen zich presenteren met genitaal bloedverlies, riekende vaginale afscheiding, genitale jeuk, roodheid en dysurie. Het vreemde voorwerp kan door het kind zelf of door een andere persoon zijn ingebracht. De aanwezigheid van een vreemd voorwerp in de vagina kan geassocieerd zijn met seksueel misbruik.

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

Vaginale bloeding bij pre puberale meisjes kan het gevolg zijn van een vaginale -, cervicale - of ovariumtumor.

9.3.20.2 Aanbevelingen voor de praktijk uit RCPCH

De huidverschijnselen bij LS zijn karakteristiek waardoor de diagnose bij kinderen die zich presenteren met genitaal bloedverlies vaak direct duidelijk is. Bij twijfel kan een huidbiopt geïndiceerd zijn. Een beoordeling door de dermatoloog kan behulpzaam zijn. Zelfs bij een duidelijke diagnose LS moet bij een vermoeden van seksueel misbruik multidisciplinaire diagnostiek plaatsvinden.

Vaginale infecties kunnen zich presenteren met genitaal bloedverlies, aanvullend onderzoek is noodzakelijk.

Het aantonen van hormonale oorzaken van vaginaal bloedverlies sluit seksueel misbruik niet uit. Wanneer een hormonale oorzaak wordt vermoed moet de puberteitsontwikkeling en de groei volledig in beeld worden gebracht inclusief echografie van het kleine bekken, waarbij een kinderendocrinoloog moet worden betrokken.

Wanneer er sprake is van genitaal bloedverlies en er wordt een geplooid, 'brokkelige' rode massa gezien anterieur van het hymen, peri-urethraal of ter hoogte van de verwachte urethraopening kan de diagnose urethra prolaps eenvoudig worden gesteld.

Een urethra prolaps sluit seksueel misbruik niet uit.

Pre puberale meisjes met persisterende vaginale afscheiding of bloedverlies waarbij de oorzaak bij lichamelijk onderzoek niet duidelijk is moeten worden onderzocht onder anesthesie met zo nodig vaginoscopie en cystoscopie.

Denk altijd aan de zeldzame mogelijkheid van een tumor.

Tabel 9.4 De betekenis van genitaal bloedverlies bij pre puberale meisjes

Bevindingen	Associatie met seksueel misbruik bij Pre puberale meisjes	Differentiaal diagnose	Aanbevelingen
Pre puberaal vaginaal bloedverlies	Vaginaal bloedverlies kan worden veroorzaakt door seksueel misbruik of accidenteel letsel. Er is een uitgebreide differentiaal diagnose waaronder LS, vaginale infecties, urethra prolaps, hormonale oorzaken, corpus alienum en tumoren.	1- Lichen sclerosus (LS) 2- Infecties 3- Urethra prolaps 4- Vaginaal corpus alienum 5- Hormonale oorzaken 6- Tumor	1. LS - karakteristieke huidverschijnselen, bij twijfel kan een huidbiopt geïndiceerd zijn. LS sluit seksueel misbruik niet uit. 2. Infecties: kunnen zich presenteren met genitaal bloedverlies, aanvullend onderzoek is noodzakelijk. 3. Urethra-prolaps: typische geplooid, 'brokkelige' rode massa anterieur van het hymen, peri-urethraal of ter hoogte van de verwachte urethraopening. Een urethra prolaps sluit seksueel misbruik niet uit. 4. Een corpus alienum kan door het kind zelf of door een andere persoon zijn ingebracht en kan dus geassocieerd zijn met seksueel misbruik. 5. Hormonale oorzaken: bij vermoeden hiervan moet de puberteitsontwikkeling en de groei in beeld worden (incl.

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

			echo-kleine bekken en consult kinderendocrinoloog). Het aantonen hiervan sluit seksueel misbruik niet uit. 6. Een zeldzame mogelijkheid. Bij persisterend vaginaal bloedverlies waarbij de oorzaak bij lichamelijk onderzoek niet duidelijk is moeten worden onderzocht onder anesthesie met zo nodig vaginoscopie en cystoscopie.
--	--	--	---

9.3.21 WELKE ANALE BEVINDINGEN ONDERSTEUNEN DE DIAGNOSE SEKSUEEL MISBRUIK BIJ KINDEREN?

Bij seksueel misbruik komt poging tot of daadwerkelijke anale penetratie bij zowel jongens als meisjes voor, het is daarom van groot belang om het gehele anogenitale gebied te onderzoeken. Penetratie kan plaatsvinden met de penis, vinger of met een voorwerp.

Het anale kanaal is het laatste gedeelte van de dikke darm en loopt vanaf het rectum tot de anale opening. Twee spieren zorgen voor het openen en sluiten van de anus: de onwillekeurige binnenste sluitspier, welke rondom het gehele anale kanaal ligt; en de willekeurige buitenste sluitspier aan de rand van de anus. De anus is normaal gesproken gesloten en opent zich alleen voor de passage van lucht of feces.

De normale fysiologische anorectale reflex ontstaat als de binnenste sluitspier relaxeert wanneer het rectum samentrekt als reactie op de aanwezigheid van feces.

Defecatie wordt gecontroleerd door samentrekking van de buitenste sluitspier en gebeurt alleen na willekeurige relaxatie van deze spier.

Door tractie aan de billen, voor inspectie van de anus, kan een rectale samentrekking worden opgewekt die leidt tot relaxatie van de buitenste sluitspier.

Factoren die de kans op en de aard van anale verwondingen na misbruik beïnvloeden zijn de mate van penetratie, de grootte van het penetrerende voorwerp, de mate van de gebruikte kracht, mate van medewerking van het kind, gebruik van glijmiddel, aantal en frequentie van de episoden, leeftijd van het kind en hoe snel het kind wordt onderzocht na het gebeuren. Ook de gezondheid van het kind speelt een rol. Bij LS kan het perianale gebied aangedaan zijn.

9.3.21.1 Conclusie sub vraag uit RCPCH

In het algemeen geldt dat afwezigheid van afwijkingen seksueel misbruik niet uit sluit. Anogenitale afwijkingen kunnen een andere oorzaak hebben dan seksueel misbruik. De bevindingen moeten altijd in de gehele context worden beoordeeld.

9.3.22 WAT IS DE STERKTE VAN DE ASSOCIATIE VAN ANAAL/ PERIANAAL ERYTHEEM MET SEKSUEEL MISBRUIK?

Erytheem is roodverkleuring van de huid en/of slijmvliesen die veroorzaakt wordt door verwijding van de onderliggende capillairen. Mogelijke oorzaken van erytheem zijn trauma, infectie, zelf toegebracht letsel door bijvoorbeeld krabben bij irritatie krabben (aarsmaden), fecale incontinentie, te veel wassen, slechte hygiëne, lactose intolerantie, luierdermatitis, huidziekten als eczeem en LS en inflammatoire darmziekten. Periaanaal erytheem moet worden onderscheiden van toegenomen vascularisatie/ prominente venen, hierbij is er sprake van dilatatie van de oppervlakkig gelegen grotere bloedvaten. De beoordeling van de ernst en uitgebreidheid van anaal/ periaanaal erytheem is subjectief. Op foto's kunnen subtiele kleurveranderingen van de huid niet betrouwbaar worden gedocumenteerd.

9.3.22.1 Conclusie sub vraag uit RCPCH

Anaal/ periaanaal erytheem wordt bij een klein deel van de kinderen gezien die vertellen dat seksueel misbruik heeft plaatsgevonden (waarbij anale penetratie kan zijn opgetreden) maar ook bij een klein deel van de kinderen geselecteerd op het uitsluiten van seksueel misbruik. Door een vroeg lichamelijk onderzoek na seksueel misbruik neemt de kans toe dat anaal/ periaanaal erytheem wordt vastgesteld.

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

9.3.22.2 Aanbevelingen voor de praktijk uit RCPCH

Bij vroeg onderzoek na seksueel misbruik wordt vaker anaal/ perianaal erytheem vastgesteld.

Er zijn vele oorzaken van anaal/ perianaal erytheem die in de differentiaal diagnose moeten worden opgenomen.

9.3.23 WAT IS DE STERKTE VAN DE ASSOCIATIE VAN PERIANALE VENEUZE STUWING MET SEKSUEEL MISBRUIK?

Perianale veneuze stuwing wijst op een ophoping van veneus bloed in de veneuze plexus van de perianale weefsels wat een vlakke of gezwollen paarse verkleuring geeft (welke verbleekt bij compressie), de veneuze congestie kan lokaal of diffuus aanwezig zijn.

Het aspect kan lijken op druiventrosjes of als een plat, licht verheven gebied met verkleuring. Gedurende de observatie kan de mate van veneuze stuwing wisselen.

Normaal gesproken wordt er rond de anus van een kind geen veneuze stuwing gezien, maar door tractie van de billen of na een langere periode van observatie (langer dan 30 seconden) kan veneuze stuwing optreden. In deze sub vraag wordt een direct optredende veneuze stuwing bedoeld of een veneuze stuwing die al wordt gezien voordat er 30 seconden naar het perianale gebied is gekeken. Een snel onderscheid met hematomen is mogelijk door met een vinger op de gebieden van verkleuring te drukken waarbij de verkleuring direct verdwijnt.

9.3.23.1 Conclusie sub vraag uit RCPCH

Perianale veneuze stuwing wordt zowel bij anaal gepenetreerde misbruikte kinderen gezien (8-36%)/ seksueel misbruikte kinderen (19-35%) als bij kinderen die zijn geselecteerd op de afwezigheid van seksueel misbruik. (1% bij zuigelingen, 20% bij 5-6 jaar oude kinderen)

9.3.23.2 Aanbevelingen voor de praktijk uit RCPCH

Perianale veneuze congestie bij lichamelijk onderzoek moet worden gedocumenteerd, maar heeft geen significante associatie met seksueel misbruik.

9.3.24 WAT IS DE STERKTE VAN DE ASSOCIATIE VAN ANALE/ PERIANALE BLAUWE PLEKKEN MET SEKSUEEL MISBRUIK?

Blauwe plekken ontstaan door beschadiging van de capillairen of grotere bloedvaten waardoor bloed lekt naar het omringende weefsel. Dit leidt tot een niet-wegdrukbaar verkleuring van de huid die met de tijd verandert en vervaagt. De genezingssnelheid van een blauwe plek hangt onder andere af van de uitgebreidheid en ernst van het letsel. Blauwe plekken die op hetzelfde moment zijn ontstaan kunnen veranderen/verdwijnen met verschillende snelheid, daardoor kun je het tijdstip van ontstaan van een blauwe plek niet afleiden aan de hand van de kleur.

Andere termen die een worden gebruikt zijn hematoom (een bloedcollectie onder de huid die een massa vormt), ecchymose, contusie en petechiën (puntbloedingen). Mogelijke oorzaken van genitale blauwe plekken zijn trauma en spontane bloedingen door een hematologische aandoening of medicatie. Aandoeningen die kunnen worden verward met blauwe plekken zijn gelokaliseerde roodheid (erytheem), LS, hemangioom en gepigmenteerde laesies. Blauwe plekken kunnen moeilijk te

herkennen zijn in de gepigmenteerde huid. Blauwe plekken moeten worden onderscheiden van veneuze stuwingsplekken.

9.3.24.1 Conclusie sub vraag uit RCPCH

Anale blauwe plekken worden gezien bij 1-2% van de kinderen die vertellen dat er seksueel misbruik heeft plaatsgevonden en bij 10% van de kinderen bij wie anale penetratie heeft plaatsgevonden. Het wordt vaker gezien bij een vroeg onderzoek.

Anale blauwe plekken zijn niet beschreven bij kinderen die werden geselecteerd op de afwezigheid van seksueel misbruik.

9.3.24.2 Aanbevelingen voor de praktijk uit RCPCH

Bij vroeg onderzoek worden vaker blauwe plekken gezien na een ongeval of nadat het kind vertelt dat seksueel misbruik heeft plaatsgevonden.

Blauwe plekken zijn een teken van trauma. Wanneer er twijfel bestaat of er een blauwe plek aanwezig is moet het kind later opnieuw worden onderzocht.

De anamnese naar de oorzaak van de blauwe plek is cruciaal om een differentiaal diagnose te kunnen opstellen.

Wanneer er blauwe plekken worden gezien in de anale/ perianale regio en een duidelijke verklaring ontbreekt, moet seksueel misbruik altijd worden overwogen.

9.3.25 WAT IS DE STERKTE VAN DE ASSOCIATIE VAN EEN ACUTE ONDERBREKING/ LACERATIE VAN DE PERIANALE HUID MET SEKSUEEL MISBRUIK?

Kleine barstjes en schaafwonden kunnen duidelijk aanwezig zijn en worden veroorzaakt door frictie, ontvelling, maceratie of infectie in het perianale gebied. Acute perianale onderbrekingen van de huid kunnen worden omschreven als laceraties (scheuren) of fissuren.

Zij zijn het gevolg van stomp geweld waardoor de volledige dikte van de huid of mucieuze membraan splijt.

De APSAC (American Professional Society on the Abuse of Children) definieert anale fissuren als onderbreking/ splijting van de perianale huid die vanuit de anale opening uitstraalt en perianale laceraties als scheuren in de weefsels in de onmiddellijke omgeving van de anus.

In sommige definities wordt gesteld dat fissuren korter dan 1 cm lang zijn en diep en oppervlakkig kunnen voorkomen, acuut of chronisch, persisterend voor langere periodes wanneer zij diep worden. Bij inspectie kunnen de dwarse vezels van de interne sfincter zichtbaar worden, hoewel deze niet beschadigd zijn.

Perianale laceraties zijn in sommige definities acute laesies van meer dan 1 cm lengte met een variabele diepte.

Het mag duidelijk zijn dat in studies het onderscheid tussen een fissuur en laceratie niet duidelijk is.

In deze richtlijn wordt het voorstel van de RCPCH Richtlijn overgenomen waarbij de term laceratie wordt gebruikt waaronder ook fissuren vallen. De term fissuur wordt niet meer gebruikt bij de beschrijving.

Laceraties kunnen tekenen vertonen van recente beschadiging (vochtig of opgedroogd bloed, lekkage van sereus vocht) of van een wat oudere beschadiging (korstvorming, granulatieweefsel, beginnende heling van delen van de scheur).

Een congenitaal midline fusie defect van de mediane raphe kan worden verward met een laceratie. De meest voorkomende lokalisatie van een congenitaal midline fusie defect is anterieur van de anus. De epidermale huidlaag is afwezig, het fusie defect kan zich ook uitbreiden tot in de anus. Het weefsel in het defect ziet er uit als normale mucosa. De huidranden bij het defect zijn glad en intact. Er is geen littekenweefsel aanwezig. Er treedt geen verandering van het aspect op in de tijd.

Genezing van een laceratie kan leiden tot littekenvorming bij de anus of de vorming van een anale tag. Er kan ook genezing optreden zonder rest afwijking. Een litteken in de midline kan verward worden met een mediane raphe. Littekens proximaal van of tussen de anale plooien kunnen worden gemist.

9.3.25.1 Conclusie sub vraag uit RCPCH

Anale laceraties worden bij 15-50% van de kinderen die anaal zijn misbruikt gezien.

Anale laceraties worden bij 2-15% van de seksueel misbruikte kinderen gezien (zonder verdere details van het misbruik).

Anale laceraties worden bij 1-3% van de kinderen gezien die zijn geselecteerd op de afwezigheid van seksueel misbruik.

9.3.25.2 Aanbevelingen voor de praktijk uit RCPCH

In het verleden werd gedacht dat er een duidelijk onderscheid te maken is tussen fissuren en laceraties, dit is niet het geval.

Aanbevolen wordt de term laceratie te gebruiken voor een beschrijving van een acute onderbreking van de perianale huid. Aanbevolen wordt de term fissuur niet meer te gebruiken.

De grootte van de laceratie moet worden genoteerd, maar het bepaald niet meer de definitie van een laceratie.

Bij elk kind wat zich presenteert met een anale laceratie moet seksueel misbruik worden overwogen.

Wanneer er een laceratie wordt ontdekt zonder disclosure van seksueel misbruik is het essentieel andere oorzaken zoals obstipatie, maagdarmziekten en huidaandoeningen uit te sluiten.

Wanneer het kind vertelt anaal te zijn misbruikt vormt de aanwezigheid van een anale laceratie met een aspect wat past bij het tijdstip waarop het anale misbruik plaatsvond een sterke bevestiging van de disclosure.

Een midline fusie defect kan worden aangezien voor een laceratie. Follow-up is essentieel: het aspect blijft onveranderd in de tijd.

9.3.26 WAT IS DE STERKTE VAN DE ASSOCIATIE VAN EEN ANAAL LITTEKEN OF ANALE TAG MET SEKSUEEL MISBRUIK?

Genezing van een laceratie kan resulteren in de vorming van een litteken bij de anus. Littekens die in de midline verschijnen kunnen worden verward met de mediane raphe en littekens die zich binnen de anale plooien bevinden kunnen worden gemist. Een anale tag is een uitstulping van anaal weefsel die de symmetrie van de perianale plooien onderbreekt. Het kan een marker zijn van letsel in het

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen'

verleden. Vlezige tags zijn typisch voor de ziekte van Crohn. Meestal ontstaat een tag uit een laceratie die is genezen gepaard gaande met een inflammatoire reactie. Het initiële oedeem kan fibroseren en permanent aanwezig blijven.

9.3.26.1 Conclusie sub vraag uit RCPCH

Anale littekens worden bij 32% van de anaal misbruikte kinderen gezien. Zij worden bij 1-2% van de seksueel misbruikte kinderen gezien waarbij het misbruik type niet is gespecificeerd. Anale littekens worden niet gezien bij kinderen die zijn geselecteerd op uitgesloten seksueel misbruik.

Anale tags worden zowel in populaties geselecteerd op anaal misbruik als in populaties geselecteerd op uitgesloten seksueel misbruik gezien.

Anale tags buiten de mediaanlijn zijn alleen gevonden bij misbruikte kinderen.

9.3.26.2 Aanwijzingen voor de praktijk

De aanwezigheid van anale littekens of tags impliceert voorafgaand trauma.

Littekens, vooral buiten de mediaanlijn zijn sterk suggestief voor seksueel misbruik in de afwezigheid van een overtuigende anamnese passend bij accidenteel letsel.

Tags worden zowel in de misbruikte als niet misbruikte populaties gezien. Als zij zich buiten de mediaanlijn bevinden moet seksueel misbruik worden overwogen.

9.3.27 WAT IS DE STERKTE VAN DE ASSOCIATIE VAN EEN ANALE DILATATIE MET SEKSUEEL MISBRUIK?

In de literatuur wordt gebruik gemaakt van verwarrende terminologie. Definities variëren afhankelijk van de tijdsperiode waarin de studie is gepubliceerd en het land waaruit de studie afkomstig is.

De APSAC, RCP en RCPCH hebben gezamenlijk afspraken gemaakt over de te gebruiken terminologie. Hieronder enkele (deels verouderde) begrippen.

9.3.27.1 Anusdilatatie

Dilatatie van de anus is een opening van de anus waarbij het anale kanaal zichtbaar kan zijn (externe dilatatie) of ook het rectum (complete dilatatie). De dilatatie kan gefixeerd zijn en dus steeds dezelfde omvang hebben (statische anale dilatatie), een neurologische aandoening implicerend, of dynamisch, dan varieert de omvang tijdens de eerste 30 seconden van de observatie. Dit laatste werd, met name in Groot-Brittannië, reflex anale dilatatie genoemd. De aanbevolen term is nu dynamische dilatatie.

De APSAC definieert anale dilatatie als een opening van de anus secundair aan relaxatie van de externe sfincter (en soms ook de interne sfincter) met een minimale tractie aan de billen. Het is een bevinding die zowel bij misbruikte als niet misbruikte kinderen voorkomt en dus met voorzichtigheid moet worden geïnterpreteerd. Er zijn vele oorzaken waaronder sedatie, anesthesie en trauma en het is een vaak voorkomend postmortaal verschijnsel. Beoordeling van anus dilatatie bij patiënten waarbij sprake is van sedatie of anesthesie is onbetrouwbaar.

Anale dilatatie die binnen 30 seconden optreedt (dit impliceert dat het gaat om dynamische dilatatie), een grotere AP diameter heeft dan 20 mm zonder zichtbare feces in de ampul is geassocieerd met voorafgaand anaal trauma.

In de klinische praktijk kan het onderscheid tussen de externe en interne sfincter lastig zijn.

9.3.27.2 ‘Gapende’ anus

Aanbevolen wordt deze term niet meer te gebruiken. Meestal wordt er een statische dilatatie mee bedoeld.

9.3.27.3 Reflex anale dilatatie

Aanbevolen wordt deze term niet meer te gebruiken, meestal wordt er dynamische dilatatie mee bedoeld.

9.3.27.4 Laxiciteit van de anus

Met dit begrip wordt een uitspraak gedaan over de tonus van de anus en dit kan alleen worden gedaan wanneer er een rectaal toucher plaatsvindt of manometrie wordt uitgevoerd. Bij het lichamelijk onderzoek dat moet worden uitgevoerd wanneer er een vermoeden van seksueel misbruik bestaat wordt geen rectaal toucher verricht. Tenzij er manometrie is verricht wordt het gebruik van deze term sterk afgeraden.

9.3.27.5 Trechtersvorming van de anus (funneling)

Deze term moet niet gebruikt worden.

9.3.27.6 Zichtbaar gerelaxeerde anus

Deze term moet niet gebruikt worden.

9.3.27.7 Een ‘knipogende’ anus (winking)

Deze term moet niet gebruikt worden.

9.3.27.8 Spiertrekkingen van de anus (twitching)

Aspecifieke term, niet gebruiken.

9.3.27.9 Intermitterende anale dilatatie

Het wordt aangeraden deze term niet te gebruiken.

In Groot-Brittannië wordt de anus meestal onderzocht met de patiënt in zijligging (Left lateral position) of in rugligging met de knieën op de borst. In de VS meestal in knie-borst houding.

Statische en dynamische anus dilatatie worden in talrijke situaties gerapporteerd naast de situatie van seksueel (anaal) misbruik. Het wordt gezien bij verscheidene neurologische aandoeningen (zoals spina bifida, dystrophia myotonica), hemolytisch uremisch syndroom, post mortaal, tijdens centrale en regionale anesthesie en bij obstipatie.

9.3.27.10 Conclusie sub vraag uit RCPCH

Dynamische anusdilatatie (extern of compleet) in de afwezigheid van feces is geassocieerd met anaal misbruik. Dynamische anusdilatatie die binnen 30 seconden optreedt wanneer het kind in linker zijligging wordt geobserveerd wordt vaker gezien bij kinderen die vertellen dat er anaal misbruik heeft plaatsgevonden (10-30%) dan bij kinderen die vertellen dat er seksueel misbruik heeft plaatsgevonden (1-18%) en

bij een klein deel van de kinderen die zijn geselecteerd vanwege het uitsluiten van seksueel misbruik (0,7-12%).

Externe anale dilatatie (dilatatie van het anale kanaal maar niet van het rectum) is in één zeer grote studie geassocieerd met anaal misbruik. Er is onvoldoende bewijs over de significantie van laxiteit van de anus of een verminderde anale tonus. Er is geen bewijs dat of de aanwezigheid of afwezigheid van zichtbare feces in het rectum de significantie van anale dilatatie bepaalt.

9.3.27.11 Aanbevelingen voor de praktijk uit RCPCH

Noteer altijd de onderzoek houding. Het opmeten van de diameter van de opening van de anus is onbetrouwbaar en hangt af van de mate van tractie aan de billen. Opmeten wordt afgeraden.

Bij het beschrijven van de dilatatie wordt aangeraden alleen het begrip onmiddellijke statische dilatatie te gebruiken wanneer de dilatatie direct zichtbaar is bij het spreiden van de billen en niet verandert gedurende een observatieperiode van 30 seconden. Geadviseerd wordt te beschrijven of de statische dilatatie extern is (alleen het anale kanaal zichtbaar) of totaal (rectum zichtbaar met de columni van Morgagni boven de linea dentata). Noteer de afwezigheid of aanwezigheid van feces.

Gebruik de term dynamische anusdilatatie wanneer de dilatatie niet direct zichtbaar is bij het spreiden van de billen en binnen 30 seconden zichtbaar wordt. Geef aan of het om een externe of totale dynamische dilatatie gaat. Geef aan of de dilatatie intermitterend is. Geef aan of er feces zichtbaar is.

Gebruik nooit de termen: 'gapende' anus, laxiteit/ verminderde tonus (tenzij er een rectaal toucher/ manometrie is verricht hetgeen geen routine moet zijn), trechtervorming van de anus, 'knipogende' anus, spiertrekkingen van de anus.

Wanneer er forse dynamische dilatatie wordt gezien binnen 30 seconden observatietijd in de linkerzijligging moet seksueel misbruik worden overwogen, maar altijd in de volledige context en na uitsluiting van andere oorzaken.

Meting van de anus is onbetrouwbaar.

Tabel 9.5 Terminologie anale dilatatie

Externe dilatatie	Een opening van de anus waarbij het anale kanaal zichtbaar is.
Complete dilatatie	Een opening van de anus waarbij ook het rectum zichtbaar is.
Statische anale dilatatie	De omvang varieert niet tijdens de eerste 30 seconden van de observatie, gefixeerd.
Dynamische anale dilatatie	De omvang varieert tijdens de eerste 30 seconden van de observatie.
Reflex anale dilatatie Laxiteit van de anus Trechtervorming van de anus	Terminologie die niet gebruikt dient te worden.

(funneling) Zichtbaar gerelaxeerde anus Een 'knipogende' anus (winking) Spiertrekkingen van de anus (twitching) Intermitterende anale dilatatie	
--	--

Tabel 9.6 Welke anale bevindingen ondersteunen de diagnose seksueel misbruik?

Anogenitale bevinding	Associatie met seksueel misbruik	Differentiaal Diagnose	Aanbevelingen
Algemeen	Afwezigheid van afwijkingen sluit seksueel misbruik niet uit. Anogenitale afwijkingen kunnen een andere oorzaak hebben dan seksueel misbruik. De bevindingen moeten altijd in de gehele context worden beoordeeld.		
Anaal/perianaal erytheem	Wordt bij een klein deel van de kinderen gezien die vertellen dat seksueel misbruik heeft plaatsgevonden (waarbij anale penetratie kan zijn opgetreden) maar ook bij een klein deel van de kinderen geselecteerd op het uitsluiten van seksueel misbruik.	- Trauma - Infectie - zelf toegebracht letsel (bv krabben), - fecale incontinentie - te veel wassen - slechte hygiëne - lactose intolerantie - luierdermatitis - huidziekten (bv. eczeem en LS) - inflammatoire darmziekten	Bij vroeg onderzoek vaker aangetoond.
Perianale veneuze stuwung	Heeft geen significante associatie met seksueel misbruik.		Perianale veneuze congestie bij lichamelijk onderzoek moet worden gedocumenteerd.

Anale/ perianale blauwe plekken	Anale blauwe plekken zijn niet beschreven bij kinderen die werden geselecteerd op de afwezigheid van seksueel misbruik. Indien een duidelijke verklaring ontbreekt, moet seksueel misbruik altijd worden overwogen.	- Trauma - spontane bloedingen door een hematologische aandoening of medicatie	Bij vroeg onderzoek vaker aangetoond. Wanneer er twijfel bestaat of er een blauwe plek aanwezig is moet het kind later opnieuw worden onderzocht. De anamnese naar de oorzaak van de blauwe plek is cruciaal om een differentiaal diagnose te kunnen opstellen.
Acute onderbreking/ laceratie van de perianale huid	Wordt gezien bij zowel kinderen gezien die vertellen dat seksueel misbruik heeft plaatsgevonden als maar ook bij kinderen geselecteerd op het uitsluiten van seksueel misbruik. Bij elk kind wat zich presteert met een anale laceratie moet seksueel misbruik worden overwogen.	- Obstipatie - Maag- darm ziekten - Huidaandoeningen	Gebruik van juiste terminologie belangrijk. In het verleden werd gedacht dat er een duidelijk onderscheid te maken is tussen fissuren en laceraties, dit is niet het geval. De grootte van de laceratie moet worden genoteerd, maar het bepaald niet meer de definitie van een laceratie. Een midline fusie defect kan worden aangezien voor een laceratie.

			Follow-up is essentieel: het aspect blijft onveranderd in de tijd.
Anaal litteken	Wordt niet gezien bij kinderen waarbij seksueel misbruik is uitgesloten. Onder 32% van de anaal misbruikte kinderen vs. 1-2% van de seksueel misbruikte kinderen gezien waarbij het misbruik type niet is gespecificeerd.	Trauma	De aanwezigheid van anale littekens impliceert voorafgaand trauma. Littekens, vooral buiten de mediaanlijn zijn sterk suggestief voor seksueel misbruik in de afwezigheid van een overtuigende anamnese passend bij accidenteel letsel.
Anale tag	Tags worden zowel in de misbruikte als niet misbruikte populaties gezien. Als zij zich buiten de mediaanlijn bevinden moet seksueel misbruik worden overwogen.	m. Crohn (vlezige tags) Trauma	De aanwezigheid van anale tags impliceert voorafgaand trauma.
Anale dilatatie	Dynamische anusdilatatie (extern of compleet) in de afwezigheid van feces is geassocieerd met anaal misbruik. Wanneer er forse dynamische dilatatie wordt gezien binnen 30 seconden observatietijd in de linkerzijligging moet seksueel misbruik worden overwogen, maar altijd in de volledige context en na uitsluiting van andere oorzaken. Externe anale dilatatie (dilatatie van het anale kanaal maar niet van het rectum) is in één zeer grote studie geassocieerd met anaal misbruik.	- neurologische aandoeningen (bv. spina bifida) - dystrophia myotonica - hemolytisch ureamisch syndroom - post mortaal - centrale en regionale anesthesie	Noteer altijd de onderzoekhouding. Het opmeten van de diameter wordt afgeraden. Gebruik van juiste terminologie belangrijk. (tabel 7.12) Wanneer er feces zichtbaar is wordt geadviseerd dat het kind wordt gevraagd naar het

		- obstipatie	toilet te gaan. Nadat de feces zijn gepasseerd moet het kind opnieuw worden onderzocht.
--	--	--------------	---

9.3.28 WELKE GENITALE BEVINDINGEN ONDERSTEUNEN DE DIAGNOSE SEKSUEEL MISBRUIK BIJ JONGENS?

De genitalia externa van de jongen bestaan uit de penis en het scrotum. De penis bestaat uit een lichaam (schacht) en de glans (eikel) welke wordt beschermd door de voorhuid of preputium. De groeve aan de basis van de glans wordt de coronale sulcus genoemd. De voorhuid ligt over een variabele afstand over de glans (tenzij circumcisie heeft plaats gevonden).

Een smalle huidplooi, die het frenulum wordt genoemd, bevestigt de voorhuid aan de ventrale zijde (onderzijde) onmiddellijk achter de meatus urethrae. Door de meatus passeren urine en semen. De urethra loopt door het centrum van de penisschacht en komt uit bij de meatus aan de top van de penis.

Het scrotum is een losse gerimpelde buidel, waarin de testes en epididymis liggen. De scrotale huid is bij een kind karakteristiek gegroefd.

Bij de geboorte is de gemiddelde lengte van de slappe penis ongeveer 3,5 cm en deze wordt gedurende de jaren groter tot hij de volwassen grootte bereikt tijdens de puberteit. Bij de meerderheid van de pasgeboren jongens (96%) kan de voorhuid niet worden teruggeschoven, rond de leeftijd van 10 jaar is de voorhuid volledig terug te schuiven. Bij besneden jongens is de voorhuid operatief verwijderd net onder de glans. De gemiddelde volwassen erectiele penis is 14 tot 16 cm lang en heeft een diameter van 3,8- 4,1 cm.

Zwelling van de genitalia kunnen worden gezien bij sommige medische aandoeningen zoals bijvoorbeeld nefrotisch syndroom of Henoch Schönlein purpura (waarbij er ook blauwe plekken zichtbaar kunnen zijn) en idiopathisch scrotaal oedeem (wat geassocieerd kan zijn met inflammatoire darmziekten).

Genitaal letsel bij jongens kan accidenteel zijn (rits, val, paalverwonding) of een gevolg van seksuele of niet- seksuele mishandeling.

9.3.28.1 Conclusie sub vraag uit RCPCH

Hoewel goede studies ontbreken worden genitale letsels bij een klein deel van de seksueel misbruikte jongens beschreven (<1-7%), voornamelijk van de penis.

9.3.28.2 Aanbevelingen voor de praktijk uit RCPCH

Bij een vroeg onderzoek na seksueel misbruik (<72 uur na incident) wordt er vaker genitaal letsel bij jongens vastgesteld. Hoewel genitale letsel bij seksueel misbruikte jongens ongewoon is, wordt wanneer er letsel aanwezig is meestal letsel van de penis en/ of een scheur van het frenulum gezien. Accidenteel letsel komt vaker op het scrotum dan op de penis voor. Een ongeval veroorzaakt vaker frenulum letsel. Wanneer een jongen zich presenteert met genitaal letsel zonder een duidelijke verklaring of oorzaak of wanneer het verhaal inconsistent is met het letsel, moet seksueel misbruik worden overwogen. Mogelijke bijtanden kunnen beter vast worden gelegd met een digitale camera dan met een colposcoop.

Tabel 9.7 Welke genitale bevindingen ondersteunen de diagnose seksueel misbruik bij jongens?

Genitale bevinding	Associatie met seksueel misbruik	Differentiaal Diagnose	Aanbevelingen
Genitaal letsel	Wanneer een jongen zich presenteert met genitaal letsel zonder een duidelijke verklaring of oorzaak of wanneer het verhaal inconsistent is met het letsel, moet seksueel misbruik worden overwogen.	- accidenteel trauma (rits, paalverwonding) (vaker op het scrotum dan op de penis) - gevolg van seksuele mishandeling - gevolg van niet seksuele mishandeling	Bij vroeg onderzoek (<72 uur) vaker aangetoond. Mogelijke bijtonden kunnen beter vast worden gelegd met een digitale camera dan met een colposcoop.
Zwelling genitalia		- nefrotisch syndroom - Henoch Schönlein purpura (waarbij er ook blauwe plekken zichtbaar kunnen zijn) - idiopathisch scrotaal oedeem (wat geassocieerd kan zijn met inflammatoire darmziekten)	

9.3.29 WELKE ANOGENITALE BEVINDINGEN ONDERSTEUNEN DE DIAGNOSE ACCIDENTEEL LETSEL?

Het is belangrijk accidenteel letsel te onderscheiden van letsel ten gevolge van seksueel misbruik. Genitale letsels bij kinderen vormen 0,6% van alle letsels waarmee kinderen zich presenteren. In de meerderheid van de gevallen hoeft een kind niet te worden opgenomen. Het meest voorkomende trauma mechanisme is een val. Er kan een onderscheid worden gemaakt in penetrerend trauma en niet penetrerend stomp trauma. Goede studies ontbreken. Vaak is seksueel misbruik in de studies onvoldoende uitgesloten.

9.3.29.1 Genitaal letsel bij meisjes

De vulva, inclusief de labia, fourchette posterior, clitoris en het vestibulum, en het perineum kunnen betrokken zijn bij een extern accidenteel trauma. Bij een intern accidenteel trauma kunnen het hymen, de vagina, de cervix of andere bekkenorganen betrokken zijn.

Niet penetrerend stomp trauma

Door een val op een harde ondergrond of door het geraakt worden door een bewegend voorwerp. Crush letsel wanneer bijvoorbeeld over het kind gereden wordt.

Straddle injury: kracht op het perineum door vallen op of raken van een voorwerp met de kracht van het eigen lichaamsgewicht, hierdoor ontstaat compressie van de zachte weefsels. Deze vorm van trauma wordt het vaakst beschreven. Straddle injury komt bijna nooit voor bij niet mobiele kinderen.

De meest voorkomende letsels zijn: blauwe plekken, schaafwonden en laceraties. Slechts zelden is chirurgisch ingrijpen noodzakelijk. De meest voorkomende letselgebieden zijn de labia minora, labia majora, gevolgd door de fourchette posterior en het perineum. Letsel van het hymen, de vagina en de anus is zeldzaam, meestal speelt er dan ook penetratie. Verkeersongevallen kunnen leiden tot externe en interne letsels.

Penetrerend letsel

Penetrerend letsel (paalverwonding) ontstaat wanneer het kind botst met een voorwerp wat externe en/ of interne genitale structuren doorboort en soms ook dieper gelegen organen in het bekken. Dit letsel komt minder vaak voor. Dit type letsel is potentieel levensbedreigend. Letsel van het hymen en de vagina komt bij dit type letsel vaker voor dan bij stomp niet penetrerend trauma.

Overige typen letsel

Overige typen zijn: letsel ten gevolge van rek, waterstralen en ritssluitingen.

Accidenteel letsel vergeleken met letsel ten gevolge van seksueel misbruik

Vijf studies vergelijken accidenteel letsel met letsel ten gevolge van seksueel misbruik. Vier studies geven aan dat letsel van het hymen en de fourchette posterior, vooral wanneer dit ernstig is, verdacht zijn voor seksueel misbruik.

In één studie is hymen letsel meer waarschijnlijk het gevolg van seksueel misbruik, maar wordt letsel van de fourchette posterior vaker gezien na een ongeval. Letsel van de fourchette posterior ten gevolge van seksueel misbruik is niet te onderscheiden van letsel aan de fourchette posterior ten gevolge van een ongeval.

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

9.3.29.2 Genitaal letsel bij jongens

Extern letsel van de mannelijke genitalia kan het gevolg zijn van het ongeval. De penis, het perineum en het scrotum kunnen betrokken zijn. Bij intern letsel kunnen de testes of de bekkenorganen betrokken zijn.

Niet penetrerend stomp trauma

Door een val op een harde ondergrond of door het geraakt worden door een bewegend voorwerp. Crush letsel wanneer bijvoorbeeld over het kind gereden wordt. Een val komt het vaakst voor. Straddle injury: kracht op het perineum door vallen op of raken van een voorwerp met de kracht van het eigen lichaamsgewicht, hierdoor ontstaat compressie van de zachte weefsels tegen de botranden van het bekken. Dit komt minder vaak bij niet mobiele kinderen voor. Studies zijn van matige kwaliteit, in de meeste studies wordt seksueel misbruik onvoldoende als verklaring van het letsel uitgesloten. De meest voorkomende letsels zijn blauwe plekken en laceraties. Vaak is het perineum en het scrotum aangedaan. Met uitzondering van verkeersongevallen treedt letsel zelden op meerdere locaties op.

Penetrerend letsel

Penterend letsel (paalverwonding) wordt zelden in de literatuur beschreven. Penetrerend letsel (paalverwonding) ontstaat wanneer het kind botst met een voorwerp wat externe en/ of interne genitale structuren doorboort en soms ook dieper gelegen organen in het bekken. Vaak gaat het om een enkelvoudig letsel van het scrotum. Perineum letsel is ook beschreven, inclusief laceratie doorlopend in de anus. Kleine letsels van het perineum kunnen gepaard gaan met significante interne letsels.

Overige typen letsel

Overige typen trauma komen voor: ritssluiting letsel, hondenbeten, breakdance. Er wordt wel gezegd dat ritssluitingen en toiletbrillen de meest voorkomende oorzaak zijn van letsel van de genitalia bij jongens, in de literatuur ontbreekt hiervoor bewijs.

Accidenteel letsel vergeleken met letsel ten gevolge van seksueel misbruik

Slechts één studie vergelijkt accidenteel letsel van de genitalia bij jongens met letsel ten gevolge van seksueel misbruik. De kinderen die met accidenteel letsel worden beschreven zijn significant jonger. Jongens met accidenteel letsel hebben vaker letsel van het scrotum, de penis of de testes. De seksueel misbruikte jongens hebben vaker anorectaal letsel. Incisie wonden of snijwonden zijn niet beschreven als accidentele letsels van de penis. Blauwe plekken en laceraties van de penis of het scrotum zijn zowel beschreven bij seksueel misbruikte jongens als jongens met een ongeval.

Accidenteel Letsel van het perineum en de anus bij meisjes en jongens

Letsel van het perineum en de anus komt bij zowel meisjes als jongens voor ten gevolge van verschillende typen ongevallen. De anus kan alleen aangedaan zijn of samen met het perineum, de genitalia, de perianale regio, het anale kanaal, het rectum of andere intra-abdominale structuren. Geïsoleerde interne rectale letsels worden niet in deze richtlijn beschreven.

Niet penetrerend stomp trauma

Niet penetrerend stomp trauma van het perineum en de anus is zeldzaam. Het kan ook optreden ten gevolge van een verkeersongeval, waarbij crush letsel kan optreden.

Penetrerend letsel

Accidenteel penetrerend letsel van het perineum en de anus komt vaker voor dan stomp letsel. Meestal gaat het om een val (paalverwonding). Het kan door verschillende voorwerpen worden veroorzaakt. Een laceratie of perforatie van de vorste wand van het rectum wordt het vaakst beschreven. De anus of het anale kanaal kan al dan niet aangedaan zijn. Letsel van dieper gelegen organen is mogelijk. Doordat het uitwendig zichtbaar letsel zeer gering kan zijn kan er een delay in presentatie zijn. Een kleine intreeplaats kan gepaard gaan met significant intra-abdominale schade.

Accidenteel letsel vergeleken met letsel ten gevolge van seksueel misbruik

Er zijn alleen beschrijvende studies. In de meeste studies is seksueel misbruik onvoldoende uitgesloten. Bij seksueel misbruikte jongens wordt ten opzichte van jongens met een ongeval vaker periaanaal letsel gezien en minder vaak letsel van het scrotum, de penis of de testes.

9.3.29.3 Conclusie sub vraag uit RCPCH

Straddle injury is het meest voorkomende type accidenteel stomp trauma waarbij genitalia van meisjes betrokken zijn. De externe genitalia zijn vaak betrokken en de letsels zijn vaak gering. Zelden is het hymen of de vagina betrokken.

Paalverwondingen van de genitalia komen bij meisjes minder vaak voor. Uit beperkt bewijs komt naar voren dat penetrerend genitaal letsel gepaard kan gaan met significante interne letsels. De letsels kunnen lijken op letsels die worden gezien bij seksueel misbruikte meisjes. Andere, vaak bizarre, oorzaken van genitaal letsel bij meisjes komen zeldzaam voor.

Letstel aan het hymen en de fourchette posterior is verdacht voor seksueel misbruik, met name wanneer getuigen geen ongeval hebben gezien.

Literatuur over stomp niet penetrerend trauma van de genitalia bij jongens is schaars. Een val van mobiele kinderen wordt het vaakst beschreven. Blauwe plekken en laceraties, meestal van het perineum of het scrotum komen het meest voor, letsel van de penis en het frenulum is zeldzaam.

Er is beperkt bewijs over penetrerend letsel van de genitalia bij jongens. Kleine letsels van het perineum kunnen gepaard gaan met significante interne letsels. Andere, vaak bizarre, oorzaken van genitaal letsel bij jongens komen zeldzaam voor.

Het is bij letsel aan de genitalia van jongens niet mogelijk de oorzaak van letsel te bepalen vanuit het aspect van het letsel alleen.

Er zijn geen snijwonden van de penis beschreven ten gevolge van een ongeval.

9.3.29.4 Aanbevelingen voor de praktijk uit RCPCH

De meeste accidentele letsels bij kinderen zijn het gevolg van een ongeval waar getuigen bij waren en/ of waarbij de anamnese zeer helder is en het letsel goed verklaard. Wanneer men geen ervaring heeft met het anogenitale onderzoek moet men advies vragen aan experts. Accurate documentatie van de locatie, de aard (het

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen'

Nederlandsche Vereniging Kindergeneeskunde

type) van het letsel en de uitgebreidheid is noodzakelijk evenals een gedetailleerde beschrijving van het ongeval. Door zorgvuldig lichamelijk onderzoek moeten andere extra-genitale letsels worden uitgesloten.

Onderzoek onder anesthesie kan noodzakelijk zijn. Onderzoek onder anesthesie wordt aangeraden bij penetrerend letsel ter uitsluiting van orgaanschade zoals intra-rectaal, intra-abdominaal of intra-peritoneaal letsel.

Wanneer het ongevalsmechanisme niet past bij het letsel moet seksueel misbruik worden overwogen. Beoordeling van de plaats waar en de omstandigheden waaronder het ongeval heeft plaatsgevonden kan nuttig zijn. Wanneer acute tekenen van bloeding en zwelling afnemen moet het kind opnieuw worden onderzocht.

Tabel 9.8 Welke anogenitale bevindingen ondersteunen de diagnose accidenteel letsel?

Anogenitale bevinding	Beschrijving	Differentiaal Diagnose	Aanbevelingen
Genitaal letsel bij meisjes			Wanneer het ongevalsmechanisme niet past bij het letsel moet seksueel misbruik worden overwogen. De meeste accidentele letsels bij kinderen zijn het gevolg van een ongeval waar getuigen bij waren of wat duidelijk kan worden verteld. Wanneer men geen ervaring heeft met het anogenitale onderzoek moet men advies vragen aan experts. Accurate documentatie van de locatie, de aard (het type) van het letsel en de uitgebreidheid is noodzakelijk evenals een gedetailleerde beschrijving van het ongeval. Door zorgvuldig
Straddle injury	Meest voorkomende type accidenteel stomp trauma waarbij genitalia van meisjes betrokken zijn. De externe genitalia zijn vaak betrokken en de letsels zijn vaak gering. Zelden is het hymen of de vagina betrokken.		
Paalverwondingen	Komen bij meisjes komen minder vaak voor. Uit beperkt bewijs komt naar voren dat penetrerend genitaal letsel gepaard kan gaan met significante interne letsels. De letsels kunnen lijken op letsels die worden gezien bij seksueel misbruikte meisjes.		
Hymenaal letsel en fourchette posterior	Verdacht voor seksueel misbruik, met name wanneer getuigen geen ongeval hebben gezien.		
Overig letsel	Zeldzaam		
Genitaal letsel bij jongens			
Stomp niet penetrerend trauma	Literatuur over stomp niet penetrerend trauma van de genitalia bij jongens is schaars. Een val van mobiele kinderen wordt het vaakst beschreven. Blauwe plekken en laceraties, meestal van het perineum of het scrotum komen het meest voor, letsel van de penis en het frenulum is zeldzaam.		

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

	Het is bij letsel aan de genitalia van jongens niet mogelijk de oorzaak van letsel te bepalen vanuit het aspect van het letsel alleen.		lichamelijk onderzoek moeten andere letsels worden uitgesloten.
Penetrerend letsel	Er is beperkt bewijs over penetrerend letsel van de genitalia bij jongens. Kleine letsels van het perineum kunnen gepaard gaan met significante interne letsels.		Onderzoek onder anesthesie kan noodzakelijk zijn.
Snijwonden van de penis	Niet beschreven ten gevolge van een ongeval.		Onderzoek onder anesthesie wordt aangeraden bij penetrerend letsel ter uitsluiting van orgaanschade zoals intra-rectaal, intra-abdominaal of intra-peritoneaal letsel.
Overig letsel	Zeldzaam.		Beoordeling van de plaats waar en de omstandigheden waaronder het ongeval heeft plaatsgevonden kan nuttig zijn. Wanneer acute tekenen van bloeding en zwelling afnemen moet het kind opnieuw worden onderzocht.

9.3.30 HOE VERLOOPT DE GENEZING VAN ANOGENITALE LETSELS?

Het komt zeer vaak voor dat een vermoeden van seksueel misbruik pas maanden of jaren na het misbruik naar voren komt. Kennis over de genezing van letsels is in deze gevallen essentieel.

Wondgenezing kent meestal 3 overlappende fasen: acute fase (72 uur), cellulaire proliferatie/regeneratie en cellulaire maturatie/ remodelling. Bij een oppervlakkig letsel treedt vaak minimale vorming van granulatieweefsel op.

Wondgenezing is een complex proces. Allerlei factoren spelen een rol zoals uitgebreidheid, locatie, afstand tussen de wondranden, diepte, mechanische stress, infectie, leeftijd, voedingsstatus, gezondheid. Bij puberale meisjes kunnen letsels verborgen liggen tussen hymenale plooien.

Normaal varianten zoals een linea vestibularis of mediane raphe kunnen worden aangezien voor een litteken. Afwijkingen passend bij ziekte (LS) kan worden aangezien voor een genezend letsel.

9.3.30.1 Genezing van letsels van het genitaal bij meisjes

Schaafwonden

De snelheid van genezen varieert (2-10 dagen), afhankelijk van type, locatie en ernst. De meerderheid is binnen 5 dagen genezen. Alle schaafwonden genezen volledig zonder restafwijking.

Blauwe plekken en oedeem

De literatuur is verwarrend want de termen blauwe plek en hematoom worden door elkaar gebruikt, de term hematoom zou alleen gebruikt moeten worden wanneer een collectie bloed en massa vormt onder de huid. Oedeem is een acuut teken.

Laceraties

Er zijn geen data die verschil aan tonen van de genezing van laceraties bij pre puberale of puberale meisjes. Laceraties van niet- hymenaal weefsel genezen tussen de 2-20 dagen, van hymenaal weefsel tussen de 7-20 dagen.

Genezing van anaal/perianaal letsel bij jongens en meisjes

Er zijn slechts weinig data beschikbaar over de genezing van anaal/ perianaal letsel bij jongens en meisjes. Externe anale dilatatie, oedeem met afplatting van de perianale plooien en erytheem kunnen in de eerste 24 uur na een trauma aanwezig zijn maar snel verdwijnen. Perianale schaafwonden genezen snel. Diepe laceraties kunnen smalle lineaire littekens achterlaten. Rafelige scheurwonden (of chirurgische ingrepen) kunnen leiden tot de vorming van skin tags, die blijvend zijn maar minder duidelijk zichtbaar kunnen worden in de tijd.

9.3.30.2 Genezing van letsels van het genitaal bij jongens

Er zijn geen data beschikbaar die conclusie rechtvaardigen over de genezing van letsels van het genitaal bij jongens.

9.3.30.3 Conclusie sub vraag uit RCPCH

Zowel bij pre puberale als puberale meisjes genezen schaafwonden in 2-20 dagen. De meerderheid van de schaafwonden geneest binnen 5 dagen. De snelheid van

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde

genezing is afhankelijk van type, locatie en ernst. Genezing is compleet zonder restafwijkingen.

Bewijs uit 6 studies toont aan dat blauwe plekken van de genitalia bij meisjes met verschillende snelheden verdwijnen, afhankelijk van type, locatie en ernst. Blauwe plekken genezen volledig zonder restafwijkingen. De duur van genezing in case-reports varieert van 24 uur-34 dagen.

Beperkt bewijs suggereert dat petechiën van het genitaal bij pre puberale meisjes binnen 24 uur genezen en binnen 72 uur bij puberale meisjes. Bloedblaren van het genitaal bij meisjes verschijnen later en blijven langer bestaan dan petechiën. In een multicenter studie verdwijnt oedeem van niet-hymenaal weefsel van de genitalia bij meisjes binnen 5 dagen.

Bewijs uit 8 studies toont aan dat de meeste laceraties van het genitaal bij meisjes genezen met geen tot kleine restafwijkingen die duiden op voorafgaand trauma. De genezingstijd varieert, afhankelijk van diepte, locatie en ernst. Een transsectie van het hymen is bewijzend voor geheel trauma.

Er is conflicterend bewijs over de genezing van laceraties van het hymen. Eén studie toont aan dat complete laceraties persisteren als een transsectie van het hymen tenzij er chirurgische behandeling heeft plaatsgevonden. Er is een studie die rapporteert dat sommige uitgebreide letsels van het hymen (in deze studie beschreven als een 'transsectie' of een 'transsectie met een extensie') kunnen genezen waarbij een gladde continue doorlopende hymenrand achterblijft. De data van deze studie worden niet ondersteund door bewijs uit andere studies.

Littekenweefsel na een laceratie wordt zelden gezien in niet-hymenaal weefsel na een diepe laceratie. Bij pre puberale en puberale meisjes is geen hymenaal littekenweefsel gezien. Er is beperkt bewijs dat scherp penetrerend letsel van het hymen als rest een klein defect kan achterlaten.

De meeste acute anale/ perianale letsels genezen zonder restafwijking. Meer uitgebreide letsels kunnen genezen met littekenweefsel en/ of skin tags.

9.3.30.4 Aanbevelingen voor de praktijk uit RCPCH

Onderzoek moet idealiter binnen 24-48 uur plaatsvinden omdat schaafwonden van het genitaal bij meisjes binnen 48 uur kunnen genezen. Gebruik precieze terminologie. Laceraties worden vaker gezien bij een vroeg onderzoek (<72 uur na incident). Wanneer er acuut letsel wordt gezien is follow up noodzakelijk om de genezing te documenteren. Gebruik bij puberale meisjes zo nodig technieken om de hymenrand te kunnen zien. Een normaal onderzoek moet nooit leiden tot de conclusie dat er geen letsel is geweest. Het is belangrijk een linea vestibularis of een mediane raphe niet te verwarren met littekenweefsel. Follow up kan daarbij nuttig zijn. Wanneer er een geïsoleerd defect wordt gezien in het hymen moet scherp penetrerend letsel worden uitgesloten. Fenestratie van het hymen kan een normaal variant zijn.

Tabel 9.9 Hoe verloopt de genezing van anogenitale letsels?

Anogenitale bevinding	Beschrijving	Algemene Aanbevelingen	Specifieke Aanbevelingen
Genitale schaafwonden	Genezen bij meisjes in 2-20 dagen. De meerderheid geneest <5 dagen. Snelheid is afhankelijk van type, locatie en ernst. Genezing is compleet zonder restafwijkingen.	Gebruik precieze terminologie. Wanneer er acuut letsel wordt gezien is follow up noodzakelijk om de genezing te documenteren. Gebruik bij puberale meisjes zo nodig technieken om de hymenrand te kunnen zien. Een normaal onderzoek moet nooit leiden tot de conclusie dat er geen letsel is geweest.	Onderzoek moet idealiter <48 uur na incident plaatsvinden.
Genitale blauwe plekken	Genezen bij meisjes in 24 uur – 34 dagen. Snelheid is afhankelijk van type, locatie en ernst. Genezing is compleet zonder restafwijkingen.		
Genitale petechiën	Genezen bij pre puberale meisjes <24 uur na incident, bij puberale meisjes <72 uur na incident.		
Genitale bloedblaren	Verschuiven bij meisjes later en blijven langer bestaan dan petechiën.		
Genitaal oedeem (niet hymenaal)	Verdwijnt bij meisjes <5 dagen.		
Genitale Laceraties	Genezingstijd bij meisjes varieert. Snelheid is afhankelijk van diepte, locatie en ernst. Genezing is compleet of met kleine restafwijkingen. Littekenweefsel na een laceratie wordt zelden gezien in niet-hymenaal weefsel na een diepe laceratie. Bij pre puberale en puberale meisjes is geen hymenaal littekenweefsel gezien. Er is beperkt bewijs dat scherp penetrerend letsel van		Laceraties worden vaker gezien bij een vroeg onderzoek (<72 uur na incident).

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

	het hymen als rest een klein defect kan achterlaten.		
Laceraties van het hymen	Conflicterend bewijs over de genezing. Er wordt zowel beschreven dat complete laceraties persisteren als een transsectie van het hymen tenzij er chirurgische behandeling heeft plaatsgevonden; als dat sommige uitgebreide letsels kunnen genezen waarbij een gladde continue doorlopende hymenrand achterblijft.		Wanneer er een geïsoleerd defect wordt gezien in het hymen moet scherp penetrerend letsel worden uitgesloten. Fenestratie van het hymen kan een normaal variant zijn.
Transsectie van het hymen	Is bewijzend voor geheel trauma.		
Anale/ perianale letsels	Genezing meestal compleet zijn zonder restafwijking, genezing van uitgebreide letsels met littekenweefsel en/ of skin tags.		

9.3.31 HOE VAAK WORDEN BIJ HET ANOGENITALE ONDERZOEK BIJ SEKSUEEL MISBRUIKTE KINDEREN TEKENEN VAN SEKSUEEL MISBRUIK GEVONDEN?

Veel seksueel misbruikte kinderen hebben geen tekenen van seksueel misbruik bij het anogenitale onderzoek.

Het doel van het onderzoek is afwijkingen vast te stellen die de diagnose seksueel misbruik ondersteunen. Maar het dient ook om de gezondheid van het kind vast te stellen en kind en/ of ouder(s) gerust te stellen.

Elke bevinding moet altijd in de volledige context worden geïnterpreteerd.

Er zijn verschillende verklaringen voor het gebrek aan tekenen van seksueel misbruik. Er kan geen misbruik hebben plaatsgevonden, seksueel misbruik kan plaatsvinden zonder dat er letsels optreden, de letsels kunnen volledig genezen zijn, er kan alleen penetratie van het vestibulum hebben plaatsgevonden en niet van het hymen, kinderen kunnen alles wat tussen de dijbenen of billen plaatsvindt interpreteren als penetratie.

9.3.31.1 Conclusie sub vraag uit RCPCH

Bij een hoog percentage seksueel misbruikte kinderen worden bij het anogenitale onderzoek geen afwijkingen gezien. Anale afwijkingen worden gevonden bij 1-95% van de kinderen die vertellen dat anaal misbruik heeft plaatsgevonden. Genitale afwijkingen worden bij 9-74% van de kinderen gevonden die vertellen dat seksueel misbruik heeft plaatsgevonden.

Er worden vaker afwijkingen gezien:

- na seksueel misbruik waarbij penetratie heeft plaatsgevonden
- als het onderzoek vroeg na het misbruik plaatsvindt

9.3.31.2 Aanbevelingen voor de praktijk uit RCPCH

Een normaal anogenitaal onderzoek sluit voorafgaand letsels niet uit omdat vele genitale letsels volledig genezen zonder restafwijkingen. Het onderzoek moet zo snel mogelijk plaatsvinden als het praktisch mogelijk is (< 24-72 uur na incident), vanwege de snelle genezing. Wanneer een kind zich later presenteert moet het onderzoek alsnog plaatsvinden, omdat sommige afwijkingen aanwezig kunnen blijven.

Het doel van het anogenitale onderzoek is niet alleen het zoeken naar tekenen van seksueel misbruik maar ook het bevestigen van de gezondheid van het kind, waarvan de therapeutische waarde niet moet worden onderschat. Geruststelling over de lichamelijke gezondheid kan therapeutisch zijn voor kinderen, jongeren en hun verzorgers. Het medische onderzoek kan factoren identificeren die verband houden met het misbruik of daar helemaal los van staan (bijvoorbeeld een hartruis, astma, emotionele problemen, zwangerschap).

Een groot deel van de kinderen die vertellen dat seksueel misbruik heeft plaatsgevonden heeft een normaal lichamelijk onderzoek, het onderzoek behelst veel meer zoals de anamnese, het onderzoek van het kind, het gezin en de omgeving.

9.4 SAMENVATTENDE CONCLUSIES

Er is goed bewijs dat een transsectie van het hymen en diepe kloven/ inkepingen van het hymen bij pre puberale meisjes geassocieerd zijn met seksueel misbruik.

Andere bevindingen die niet worden gezien bij pre puberale meisjes waarbij seksueel misbruik of trauma is uitgesloten zijn blauwe plekken, schaafwonden, laceraties / scheuren van het hymen of de fourchette posterior en afwezig of (in relatie met de rest van het hymen) smal posterieur hymenweefsel. Deze bevindingen zijn diagnostisch voor trauma.

Bij puberale meisjes is er beperkt bewijs dat genitale blauwe plekken, schaafwonden en laceraties/ scheuren bevindingen zijn die passen bij genitaal trauma inclusief seksueel misbruik.

Hoewel genitale blauwe plekken, genitale schaafwonden en oedeem niet zijn beschreven in studies waarbij meisjes zijn geselecteerd op niet seksueel misbruikt, rapporteren sommige studies (waarbij seksueel misbruik niet rigoureus was uitgesloten) deze bevindingen bij accidenteel letsel waaronder paalverwonding.

Bij vroeg onderzoek is het vaker mogelijk acute bevindingen passend bij seksueel misbruik, zoals erytheem, oedeem, blauwe plekken, schaafwond of bloeding vast te stellen. Deze letsels kunnen snel genezen met weinig of geen restafwijkingen.

Vaginaal bloedverlies kan worden veroorzaakt door seksueel misbruik of accidenteel letsel. Er is een uitgebreide differentiaal diagnose waaronder LS, vaginale infecties, urethra prolaps, hormonale oorzaken, corpus alienum en tumoren.

Anogenitaal letsel geneest met verschillende snelheden afhankelijk van het type, de locatie en de ernst.

9.4.1 NIET HYMENAAL LETSEL

Sommige schaafwonden bij meisjes kunnen binnen 2 dagen volledig genezen.

Oedeem bij meisjes is niet langer aanwezig dan 5 dagen. Blauwe plekken verdwijnen binnen 24 uur tot 18 (34) dagen.

Petechiën en bloedblaren kunnen behulpzaam zijn bij het dateren van een trauma. Petechiën verdwijnen bij pre puberale meisjes binnen 24 uur en bij puberale meisjes binnen 72 uur. Bloedblaren blijven langer bestaan.

Laceraties genezen binnen 2-20 dagen.

9.4.2 HYMENAAL LETSEL

Met uitzondering van een complete laceratie (of zeer diepe laceratie) genezen laceraties van het hymen restloos. Acute hymenale laceraties genezen tussen de 7-20 dagen. Bewijs van acuut letsel (oedeem, petechiën, submucosale bloedingen vers beschadigd oppervlak) verdwijnt snel. Schaafwonden en milde submucosale bloedingen binnen 3-4 dagen. Grotere bloedingen kunnen langer aanwezig blijven (11-15 dagen). Petechiën en bloedblaren kunnen behulpzaam zijn bij het dateren van een trauma. Petechiën verdwijnen bij pre puberale meisjes binnen 24 uur en bij puberale meisjes binnen 72 uur. Bloedblaren blijven langer bestaan. Uit de meeste data blijkt dat een complete laceratie van het hymen geneest tot een transsectie. Eén studie conflicteert met dit bewijs, deze studie suggereert dat ook een restloze genezing mogelijk is.

Een hymenale transsectie is bewijzend voor genezend letsel.

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

Bij zowel pre puberale als puberale meisjes is geen littekenweefsel van het hymen gevonden.

Scherp penetrerend letsel van het hymen kan een klein discreet defect in het hymen achterlaten.

Tekenen van genezen acuut letsel worden met name gevonden in niet-hymenaal weefsel.

De meeste letsels van het anale/ perianale gebied genezen snel en restloos of met weinig smal lineair littekenweefsel. Bij rafelig scheurwonden of na chirurgie kunnen huid tags ontstaan.

9.5 OVERIGE OVERWEGINGEN

Mogelijke oorzaken van vaginale afscheiding bij pre puberale meisjes zijn infecties bijvoorbeeld trichomoniasis, vulvovaginale candidiasis of bacteriële vaginose (waarbij een mengflora van diverse bacteriesoorten kan worden aangetoond), seksueel overdraagbare infecties, aarsmade (*Enterobius vermicularis*), gebrek aan hygiëne en trauma waaronder seksueel misbruik.

Wanneer er sprake is van vaginale afscheiding bij jonge meisjes is het zinvol het Tanner stadium te bepalen. Meisjes krijgen eerder de oestrogeen afhankelijk fysiologisch afscheiding dan hun menarche, cave pubertas precox.

Door de RCPCH wordt infectie genoemd als mogelijke oorzaak voor vaginaal bloedverlies. Deze werd echter niet herkend door de experts uit de werkgroep.

Bij genitaal onderzoek van (pre)puberale meisjes is het mogelijk wat fysiologisch zout in te spuiten indien het hymen niet goed zichtbaar is. Het hymen is dan goed te beoordelen, bij persen en het uitlopen van het water zijn de randen goed te zien.

Bij een afwijkend aspect van het uitwendig vrouwelijk genitaal moet tevens gedacht worden aan een urethra prolaps. Deze aandoening kan zich presenteren met genitaal bloedverlies. Vaak wordt een urethra prolaps niet herkend door minder ervaren artsen welke de aandoening vaak verwarren met seksueel misbruik. Niets sluit seksueel misbruik uit, een urethra prolaps ook niet.

In paragraaf 9.3.1.1 wordt gesproken over het congenitaal afwezig zijn van het hymen. De embryonale origine van het hymen is niet geheel duidelijk. Echter de ervaring vanuit de Nederlandse Vereniging van Obstetrie en Gynaecologie leert dat bij meisjes met het Mayer Rokitanski Kuster-Hauser (MRKH) syndroom het hymen bijna altijd afwezig is. Het is daarom raadzaam bij afwezigheid van een hymenale opening ook het MRKH syndroom in de differentiaal diagnose mee te nemen.

9.6 AANBEVELINGEN

Onderstaande aanbevelingen zijn meerendeels gebaseerd op de RCPCH-richtlijn [25].

7. Onderzoek een kind zo vroeg mogelijk (liefst <24 uur) na doorgemaakt seksueel misbruik, de kans om acute (anogenitale) letsels te vinden neemt hierdoor toe. Een normaal lichamelijk (genitaal) onderzoek sluit seksueel misbruik nooit uit. (L)
8. Maak bij elke bevinding bij het lichamelijk onderzoek een differentiaal diagnose. (L)
9. Vervolg acute afwijkingen gevonden bij lichamelijk onderzoek in de tijd. (L)
10. Gebruik de aanbevolen terminologie om (anogenitale) afwijkingen en normaal varianten waargenomen bij het lichamelijk onderzoek te beschrijven. (L)

Diepte	Terminologie te gebruiken in het acute stadium	Terminologie te gebruiken in het niet-acute stadium
Partieel	Laceratie	Inkeping/ Notch *
Compleet tot aan de basis van het hymen	Laceratie	Transsectie

* Kan diep of oppervlakkig zijn

Externe dilatatie	Een opening van de anus waarbij het anale kanaal zichtbaar is.
Complete dilatatie	Een opening van de anus waarbij ook het rectum zichtbaar is.
Statische anale dilatatie	De omvang varieert niet tijdens de eerste 30 seconden van de observatie, gefixeerd.
Dynamische anale dilatatie	De omvang varieert tijdens de eerste 30 seconden van de observatie.
Reflex anale dilatatie Laxiteit van de anus Trechtervorming van de anus (funneling) Zichtbaar gerelaxeerde anus Een 'knipogende' anus (winking) Spiertrekkingen van de anus (twitching)	Terminologie die niet gebruikt dient te worden.

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde

11. Onderneem geen pogingen de opening van het hymen of de breedte van het hymen op te meten, dit is niet betrouwbaar en heeft geen betekenis in de diagnostiek. (L)
12. Bij elk vermoedelijk accidenteel letsel waarbij een verklaring ontbreekt of een verklaring niet past bij het letsel dat wordt waargenomen moet seksueel misbruik worden overwogen. (L)
13. Als er petechiën zijn, gebruik deze om het letsel te dateren, overige bevindingen zijn slechts in geringe mate te gebruiken om het letsel te dateren. (L)
14. Alle bevindingen van het lichamelijk onderzoek moeten in de volledige context worden geïnterpreteerd. (C)

10 UITGANGSVRAAG 5 AAN WELKE VEREISTEN MOET EEN LICHAMELIJK ONDERZOEK DOOR DE (KINDER)ARTS BIJ EEN KIND MET EEN VERMOEDEN VAN SEKSUEEL MISBRUIK VOLDOEN?

- **Wie moet het medisch onderzoek bij vermoeden van seksueel misbruik bij kinderen uitvoeren?**
- **Welke onderdelen heeft het onderzoek van de (kinder)arts bij een kind met vermoeden van seksueel misbruik?**
- **Wanneer dient het onderzoek gecombineerd in samenwerking met de forensisch arts te worden uitgevoerd?**
- **Aan welke algemene voorwaarden moet het onderzoek voldoen?**
- **Wat is de beste timing voor het onderzoek en eventueel follow up onderzoek?**
- **Waar moet de arts op letten bij het verkrijgen van de juiste toestemming?**
- **Hoe wordt het lichamelijk onderzoek uitgevoerd?**
- **Wanneer en hoe maakt de arts de juiste lichtfoto's?**

10.1 INLEIDING

Dit hoofdstuk gaat alleen in op het onderdeel van het onderzoek wat door de (kinder) arts wordt uitgevoerd bij een vermoeden van kindermishandeling wat door de (kinder) arts wordt uitgevoerd. De resultaten van dit onderzoek zullen altijd in de volledige context moeten worden beoordeeld.

Zowel in Groot-Brittannië als in de Verenigde Staten wordt top-teen onderzoek bij een vermoeden van kindermishandeling zowel in de heterdaad situatie als daarbuiten uitgevoerd door speciaal getrainde artsen die niet alleen het curatieve deel van de zorg leveren, maar ook het FMO met verzamelen van sporen uitvoeren.

In Nederland zijn deze taken gescheiden, de curatieve arts voert een onderzoek uit, maar de forensische arts verricht een eigen lichamelijk onderzoek met verzamelen van sporen.

In Groot Brittannië zijn er eisen met betrekking tot de expertise/ competenties van de arts die het gecombineerde onderzoek uitvoert, dit geldt ook voor de Verenigde Staten.

De klinische presentaties waarbij een arts een onderzoek naar seksueel misbruik moet uitvoeren zijn zeer divers:

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

- Disclosure van een kind. Meestal vindt dit niet in een vroege fase van het misbruik plaats. Wanneer een kind vertelt dat er kort geleden seksueel misbruik heeft plaatsgevonden is er acuut onderzoek nodig.
- Bezorgdheid voor seksueel misbruik bij ouder/verzorger of een professional.
- Zwangerschap bij een kind onder de 16 jaar
- Aanwezigheid van een seksueel overdraagbare aandoening.
- Anogenitaal letsel bij een jongen of meisje met een afwezige of niet passende verklaring.
- Onverklaard vaginaal bloedverlies in de afwezigheid van een ongeval of medische verklaring.
- Vaginale afscheiding.
- Een vreemd lichaam in de anus of vagina.
- Fecale incontinentie, defecatieproblemen, mictieproblemen, zelf beschadiging, agressie, angst, achteruitgang schoolprestaties, seksualiserend gedrag etc.
- Sociale redenen; bijvoorbeeld een kind heeft in de nabijheid verkeert van een volwassene die een risico vormt.
- Wanneer het kind zelf seksueel misbruik zou hebben gepleegd moet altijd worden uitgesloten dat het kind zelf een slachtoffer is van seksueel misbruik
- Wanneer er aanwijzingen zijn voor fysieke kindermishandeling, emotionele mishandeling of verwaarlozing.
- Onverklaard accidenteel genitaal letsel. Kinderen die seksueel geëxploiteerd zijn.

Voor de indicaties voor SOA-, zwangerschapsdiagnostiek en de uitvoering van profylactische behandelingen (HIV, HBV en zwangerschap) verwijzen we naar hoofdstuk 11 - Uitgangsvraag 6 Welk aanvullend onderzoek moet er worden verricht bij een vermoeden van seksueel misbruik bij kinderen?.

10.2 METHODEN

Voor de beantwoording van bovengenoemde vragen is met toestemming ten dele gebruik gemaakt van richtlijn: *'The Physical Signs of Child Sexual Abuse. An updated evidence-based review and guidance for best practice'* [25]. Deze richtlijn is gebaseerd op het op dat moment best beschikbare wetenschappelijke bewijs. De aan deze Richtlijn deelnemende organisaties zijn de American Academy of Pediatrics, Faculty of Forensic and Legal Medicine, Royal College of Physicians en de RCPCH. De auteurs van de huidige richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik' dragen de verantwoordelijkheid voor de inhoud hiervan. De rest van dit hoofdstuk berust op consensus van de deelnemende beroepsverenigingen.

10.3 RESULTATEN

10.3.1 AAN WELKE VEREISTEN MOET EEN ONDERZOEK DOOR DE (KINDER)ARTS BIJ EEN KIND MET EEN VERMOEDEN VAN SEKSUEEL MISBRUIK VOLDOEN?

10.3.2 WIE MOET HET MEDISCH ONDERZOEK BIJ EEN VERMOEDEN VAN SEKSUEEL MISBRUIK BIJ KINDEREN UITVOEREN?

De meeste huisartsen, jeugdartsen en kinderartsen hebben zelf onvoldoende expertise om dit onderzoek uit te voeren. Verwijzing naar een gespecialiseerde kinderarts is op zijn plaats. Het betreft een eigen professionele keus of een (kinder) arts zich bekwaam acht om (een vermoeden van) seksueel misbruik te onderzoeken. Wanneer er sprake is van een medische spoedsituatie geldt dit niet en moet het kind eerst worden gestabiliseerd. Puberale meisjes kunnen eventueel ook onderzocht worden door een lokale (kinder)gynaecoloog.

In alle Nederlandse ziekenhuizen is er een team kindermishandeling aanwezig waarin tenminste de vertrouwensarts van VT en een kinderarts participeren. De verwijzend arts kan direct bij dit team informeren of bij VT om advies vragen naar welke kinderarts met expertise het kind het beste kan worden verwezen. Ook het LECK kan hierover adviseren. Niet elk ziekenhuis heeft een 24-uurs dienst voor vermoedens van seksueel misbruik. In Nederland worden momenteel door heel het land centra voor seksueel geweld open gesteld. Het is de bedoeling dat slachtoffers van acuut seksueel misbruik (t/m 7 dagen na incident) daar worden beoordeeld. In die centra werken de ketenpartners nauw samen volgens strikte kwaliteitscriteria. Er komt een landelijk telefoonnummer en elk centrum heeft zijn eigen regionale telefoonnummer. FMO moet worden verricht door een forensisch arts, zie hoofdstuk 1212.

Indien er melding is gedaan bij de politie zal met hen overleg gevoerd moeten worden over de indicatie voor FMO. Indien een onderzoek door de politie is gestart naar een verdenking van seksueel misbruik kan het wenselijk zijn het kind eerst te verhoren in een kind vriendelijke verhoorstudio. Overleg in die gevallen altijd eerst met het team Zeden van de politie, alvorens met het kind in gesprek te gaan.

In sommige ziekenhuizen is een multidisciplinaire beoordeling van het vermoeden mogelijk, waarbij het kind apart wordt onderzocht door een gedragsdeskundige. Wanneer dit onderzoek nog niet heeft plaatsgevonden verdient verwijzing naar een dergelijk centrum de voorkeur. VT kan hierover adviseren, evenals het Landelijk Expertise Centrum Kindermishandeling (LECK). De centra seksueel geweld (CSG) moeten bij voorkeur ingeschakeld worden voor multidisciplinaire beoordeling van een verdenking van acuut seksueel misbruik (t/m 7 dagen geleden).

Wanneer seksueel misbruik overwogen moet worden als deel van de differentiaal diagnose kan het onderzoek in eerste instantie worden uitgevoerd door een arts met minder specifieke expertise op het gebied van seksueel misbruik. Bij twijfel wordt geadviseerd met een collega te overleggen met expertise op dit gebied en/ of met de vertrouwensarts van VT.

Het is essentieel altijd foto's te maken van het anogenitale onderzoek, bij meisjes in twee posities, ook wanneer er geen afwijkingen worden gezien. Dit maakt overleg en bestudering van de anatomie met een vergroting mogelijk en inschakelen van forensisch medische expertise, zoals bijvoorbeeld bij het Nederlands Forensisch

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

Instituut (NFI), het LECK of de forensische polikliniek kindermishandeling (FPKM) mogelijk. Het LECK is de enige die gecombineerde kindergeneeskundige en forensische medische expertise (FMEK) biedt.

10.3.3 WELKE ONDERDELEN HEEFT HET ONDERZOEK VAN DE (KINDER)ARTS BIJ EEN VERMOEDEN VAN SEKSUEEL MISBRUIK?

Deze vraag is beantwoord met gebruikmaking van het hoofdstuk 'Good practice' uit *'The Physical Signs of Child Sexual Abuse. An evidence-based review and guidance for best practice'* [25], waarbij het specifieke deel van het onderzoek wat in Nederland alleen door een forensisch arts wordt uitgevoerd, is weggelaten. Hiervoor wordt verwezen naar hoofdstuk 12.

Het onderzoek naar een vermoeden van seksueel misbruik kent de volgende onderdelen:

- Anamnese
- Algemeen lichamelijk onderzoek met specifiek anogenitaal onderzoek
- Gedetailleerde documentatie van de bevindingen
- Fotodocumentatie
- Passend aanvullend onderzoek
- Risico evaluatie voor post exposure profylaxe (PEP) en hepatitis
- Risico evaluatie voor zwangerschapstest en spoed contraceptie
- Risico evaluatie schade/ zelfbeschadiging
- Regelen van alle noodzakelijke zorg en hulpverlening, inclusief traumabehandeling voor kind en gezin
- Passend aanvullend onderzoek opvragen (laboratorium, beeldvorming)
- Passende intercollegiale consulten aanvragen
- Advies vragen aan VT:
 - o Beoordeling van de veiligheid en noodzakelijke beschermende maatregelen in samenwerking met VT.
 - o Indien presentatie tot en met 7 dagen na het vermoedelijk misbruik en geen melding door ouder(s)/ verzorger(s) en/ of kind bij de politie wordt gedaan moet met VT overlegd worden over melding bij politie.
 - o Beoordeling van de noodzaak tot melden bij VT (vrijwel altijd zal melding moeten plaatsvinden)
- Verslag schrijven

10.3.3.1 Overleg met VT

seksueel misbruik heeft een grote impact, niet alleen op het kind zelf, als slachtoffer, maar ook op het hele gezinssysteem en/of de sociale context waarbinnen het kind zich begeeft (school, vereniging). Als er sprake is van mogelijk seksueel misbruik, dan zijn er verschillende aspecten die tegelijk aandacht verdienen, zoals het onderzoek van het kind, verzamelen van sporen, veiligheid, hulpverlening en de maatschappelijke onrust. VT vervult hierin een coördinerende rol en neemt hierin de regie.

VT heeft een belangrijke taak in het taxeren en organiseren van veiligheid rondom het kind. Daarnaast kan VT adequaat inspelen op de dynamiek die ontstaat na een disclosure, waarbij sprake kan zijn van boosheid naar de vermoedelijke pleger, boosheid naar het slachtoffer (die het heeft laten gebeuren), gevoelens van schuld en schaamte. VT inventariseert of er mogelijk andere kinderen slachtoffer zijn, bekijkt eventuele eerdere betrokkenheid van VT (voorheen AMK, het Advies en Meldpunt

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

Kindermishandeling) en doet aanvullend onderzoek bij informanten om meer bewijs/ondersteuning te krijgen voor het vermoeden van het seksueel misbruik. VT heeft hiervoor specifieke wettelijke bevoegdheden en handelt naar het "model handelingsprotocol voor het Advies- en Meldpunt Huiselijk Geweld en Kindermishandeling" dat is opgesteld door de VNG.

VT heeft een belangrijke taak in het voorkomen van maatschappelijke onrust als het vermoeden van seksueel misbruik zich afspeelt op publiek terrein, zoals een school of vereniging. Hiertoe zijn er lokale protocollen opgesteld tussen de verschillende betrokken partijen zoals bijvoorbeeld de GGD, politie en VT.

Als gezag dragende ouders/verzorgers het onderzoek naar sporen belemmeren en er is een sterk vermoeden dat dit onderzoek zal bijdragen aan het opsporen van een eventuele pleger, dan kan VT helpen bij het regelen van vervangende toestemming bij de kinderrechter.

Als uit onderzoek blijkt dat er een sterk vermoeden is van seksueel misbruik van een kind in afhankelijkheidsrelatie, en verantwoordelijke volwassenen gaan niet over tot het doen van een aangifte, dan kan VT in het belang van het kind ambtshalve de aangifte bij de politie alsnog doen. Het komen tot dit besluit is een proces waarbij de wensen van het kind (ouder dan 12 jaar) meegewogen worden en waarbij VT in principe de betrokkenen probeert te motiveren tot het zelf doen van de aangifte. VT moet dan betrokken zijn n.a.v. een melding.

De VVAK (Vereniging Vertrouwensartsen betreffende Kindermishandeling) streeft naar een gestructureerde aanpak van het onderzoek naar een vermoeden van seksueel misbruik, waarin gestart wordt met een zogenaamd startoverleg. Hierin worden de verschillende professionals betrokken en ingezet op hun specifieke expertise. Hiervoor wordt momenteel een richtlijn opgesteld.

10.3.4 WANNEER DIENT HET ONDERZOEK GECOMBINEERD MET DE FORENSISCH ARTS TE WORDEN UITGEVOERD?

De beantwoording van vraag 10.3.4 berust op consensus.

Bij elk vermoeden van seksueel misbruik dat (laatstelijk) niet langer dan 7 dagen eerder heeft plaatsgevonden, moet het uitvoeren van een forensisch-medisch onderzoek overwogen worden. Een dergelijk onderzoek zal zich, naast het vaststellen van letsel, richten op het veiligstellen van sporen, zoals DNA en vezels, op en in het lichaam en op kleding. Hoe eerder het onderzoek plaatsvindt, hoe groter de kans dat er relevante sporen worden aangetroffen.

Het forensisch-medisch onderzoek wordt uitgevoerd door de forensisch arts. Momenteel worden er door het openbaar ministerie criteria opgesteld waaraan forensisch arts moeten voldoen om kinderen te kunnen onderzoeken. Het forensisch-medisch onderzoek kan alleen uitgevoerd worden als er contact is met de politie, omdat de politie besluit of een FMO geïndiceerd is. Het heeft de voorkeur om een kinderarts en/of kindergynaecoloog bij het onderzoek aanwezig te laten zijn die na het veiligstellen van de sporen het medisch onderzoek overneemt. Hiermee wordt voorkomen dat het kind opnieuw moet worden onderzocht. Deze werkwijze zal landelijk uniform worden wanneer de CSG's een landelijke dekking bereiken.

Het hoeft voor het veiligstellen van sporen niet noodzakelijk te zijn dat het slachtoffer aangifte heeft gedaan. Wel dient er toestemming te zijn voor het onderzoek door de forensisch arts in aanwezigheid van de zedenrechercheur en eventuele forensisch

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

rechercheur en het veilig stellen van de sporen. Zie voor volledige informatie hoofdstuk 12 - Uitgangsvraag 7 Forensisch Medisch onderzoek, wat moet men doen en laten?.

10.3.5 AAN WELKE ALGEMENE VOORWAARDEN MOET HET LICHAMELIJK ONDERZOEK VOLDOEN?

Deze vraag is beantwoord met gebruikmaking van het hoofdstuk 'Good practice' uit 'The Physical Signs of Child Sexual Abuse. An evidence-based review and guidance for best practice'[25].

- Het onderzoek moet plaatsvinden in aanwezigheid van een vertrouwenspersoon voor het kind, tenzij het (oudere) kind dit niet wenst.
- Het kind moet kunnen kiezen wie bij het onderzoek aanwezig zijn.
- Aan oudere kinderen moet actief de mogelijkheid worden voorgelegd het onderzoek zonder de aanwezigheid van de verzorger(s) uit te voeren.
- De omgeving moet zo kindvriendelijk mogelijk zijn.
- Er moet voldoende tijd beschikbaar zijn.
- Het kind moet tijdens het onderzoek worden ondersteund, de aanwezigheid van een speltherapeut, gedragswetenschapper of andere hierin getrainde professional is noodzakelijk.
- De dokter moet voldoende ondersteund worden, bijvoorbeeld door een getrainde verpleegkundige.
- Wanneer er een FMO plaatsvindt, moet de omgeving van te voren volgens de daarvoor geldende standaarden schoongemaakt zijn.
- Tijdens elk onderzoek moeten foto's van goede kwaliteit worden genomen, bij voorkeur door medisch fotograaf of forensisch rechercheur. Hiervoor is de aanwezigheid van een medisch fotograaf/forensisch rechercheur en/ of voldoende goede apparatuur en deskundigheid voor het maken van foto's essentieel.

10.3.6 WAT IS DE BEST TIMING VOOR HET ONDERZOEK EN EVENTUEEL FOLLOW UP ONDERZOEK?

Deze vraag is beantwoord met gebruikmaking van het hoofdstuk 'Good practice' uit 'The Physical Signs of Child Sexual Abuse. An evidence-based review and guidance for best practice'. Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH), Londen, mei 2015.

De timing van het onderzoek hangt af van verschillende factoren: het klinisch beeld bij het kind en de behoefte aan (acute) medische zorg, de noodzaak tot het verrichten van FMO en de noodzaak tot profylactische behandeling voor zwangerschap of seksueel overdraagbare aandoeningen, de wensen van het kind, enz.

Letsels ten gevolge van seksueel misbruik genezen snel en idealiter wordt het kind binnen 24 uur onderzocht.

Sporen dienen eveneens zo snel mogelijk te worden verzameld, bij voorkeur binnen 24 uur, zie hoofdstuk 12 - Uitgangsvraag 7 Forensisch Medisch onderzoek, wat moet men doen en laten?.

Bij elk individuele casus dient een afweging te worden gemaakt omdat sommige klinische verschijnselen pas later duidelijk kunnen worden en het soms wenselijk is

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde

met name bij pre puberale meisjes de sporen na 24 uur te verzamelen. Gezamenlijk overleg tussen kinderarts en forensisch arts is essentieel.

Risico evaluatie en spoed contraceptie, profylactische behandeling voor HIV (PEP) en hepatitis B moet ze snel mogelijk plaatsvinden, zie hoofdstuk 11 - Uitgangsvraag 6 Welk aanvullend onderzoek moet er worden verricht bij een vermoeden van seksueel misbruik bij kinderen?.

Een beoordeling overdag in plaats van buiten kantoortijden heeft voordelen met betrekking tot de nachtrust van een (jong) kind en de aanwezigheid van medewerkers met expertise. Soms moet afgewacht worden tot een effect van alcohol of drugs/ medicatie verdwenen is om op een juiste wijze toestemming voor het onderzoek en evt. betrokkenheid van politie en forensisch arts te verkrijgen.

Een spoedonderzoek is noodzakelijk wanneer:

- Acute medische (chirurgische) zorg noodzakelijk is (significant bloedverlies, bloedverlies wat niet stopt enz.)
- Er een vermoeden bestaat dat de pleger een hoog risico profiel heeft voor een hepatitis B of HIV infectie
- Het een pre puberaal kind betreft waarbij de limiet voor het veiligstellen van sporen kort is (zie hoofdstuk 12 - Uitgangsvraag 7 Forensisch Medisch onderzoek, wat moet men doen en laten?)
- Het kind of de jongere zo snel mogelijk onderzocht wil worden

Wanneer er acute letsels worden vastgesteld moet een follow up onderzoek plaatsvinden om het verloop in de tijd vast te stellen. Dit kan bijdragen aan de beoordeling. Er kunnen redenen zijn om het kind terug te zien zoals het vermoeden op andere vormen van kindermishandeling (er is bijvoorbeeld een skeletstatus nodig), er bestaan redenen voor medische zorg etc.

Een belangrijke en vaak voorkomende reden voor follow-up onderzoek is de noodzaak tot het verrichten van aanvullend SOA onderzoek, zie hiervoor hoofdstuk 11 - Uitgangsvraag 6 Welk aanvullend onderzoek moet er worden verricht bij een vermoeden van seksueel misbruik bij kinderen?.

10.3.7 WAAR MOET DE ARTS OP LETTEN BIJ HET VERKRIJGEN VAN DE JUISTE TOESTEMMING?

Deze vraag is beantwoord met gebruikmaking van het hoofdstuk 'Good practice' uit 'The Physical Signs of Child Sexual Abuse. An evidence-based review and guidance for best practice' [25].

Echter daar we te maken hebben met de Nederlandse wet- en regelgeving zijn de aanbevelingen aangepast op basis van de Nederlandse situatie met behulp van de KNMG richtlijnen.

- Artsen moeten bekend zijn met de KNMG richtlijnen.
- Artsen moeten voorafgaand aan (lichamelijk) onderzoek of behandeling toestemming hebben van de patiënt, gezag hebbers en/of andere autoriteit, afhankelijk van de leeftijd en het ontwikkelingsniveau van de patiënt en gezaghebbers.
- Voor het vastleggen van bevindingen middels lichtfoto's moet apart toestemming worden gegeven.
- Patiënten en hun verzorgers moeten voldoende informatie krijgen om een afgewogen beslissing te kunnen nemen.
- Toestemming moet (conform de WGBO) worden verleend door:

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

- de gezaghebber bij kinderen <12 jaar.
- in samenspraak met de gezaghebber bij kinderen 12-15 jaar, hierbij is de wil van het kind doorslaggevend.
- het kind zelf bij kinderen ≥16 jaar.
- Het is belangrijk bij een vermoeden van seksueel misbruik toestemming te hebben van beide gezaghebbers zeker wanneer 1 van de gezaghebbers vermoedt dat de andere gezaghebber het seksueel misbruik zou hebben gepleegd. Indien toestemming niet wordt gegeven overlegt de arts direct met VT wanneer dit niet in het belang lijkt te zijn van het kind. Via de raad van de kinderbescherming en de kinderrechter kan snel vervangende toestemming worden gevraagd.
- Voor FMO gelden dezelfde regels
- Indien het kind of jong volwassenen onderzoek weigert moet deze keuze gerespecteerd worden. Voor en nadelen van het onderzoek moeten worden besproken evenals de consequenties van het achterwege laten hiervan. Het kan zijn dat een kind of jong volwassenen onderzoek weigert omdat hij/zij bang is voor de pleger. Dit moet benoemd en besproken worden door professionals die hier ervaring mee hebben.
- Indien de gezaghebber onderzoek weigert kan er, in geval van (dreigend) gevaar voor het kind of anderen, vervangende toestemming worden gevraagd bij de kinderrechter. Overleg met spoed met VT.

10.3.8 HOE WORDT HET LICHAMELIJK ONDERZOEK UITGEVOERD?

Deze vraag is beantwoord met gebruikmaking van het hoofdstuk 'Good practice' uit *'The Physical Signs of Child Sexual Abuse. An evidence-based review and guidance for best practice'* [25].

10.3.8.1 Algemene aspecten

Gedurende het gehele onderzoek moet de arts en de aanwezige professional letten op:

- De emoties en het gedrag van het kind
- Het niveau van coöperatie en algemene reactie op het onderzoek (angsten, passiviteit, over-behulpzaam, etc.)
- De cognitieve en emotionele ontwikkeling van het kind
- Het begripsniveau van hetgeen aan de hand is.

De volgende punten moeten worden gedocumenteerd:

- Bevindingen van het top-teen onderzoek
- Letsels (aangegeven op een 'bodymap')
- Tekenen van verwaarlozing, intoxicatie of drugsgebruik
- Aanwijzingen voor verhoogde bloedingsneiging, huidafwijkingen, piercings etc.
- Groei (lengte, gewicht), BMI, hoofdomtrek
- Tanner stadium
- Onderzoekshoudingen
- Genitale en anale bevindingen, met gebruik van de klok voor de lokalisatie.
- Vastlegging middels lichtfotografie of de redenen waarom hiervan is afgezien.
- Datum en tijdstip waarop het onderzoek werd uitgevoerd.

10.3.8.2 Anogenitaal onderzoek

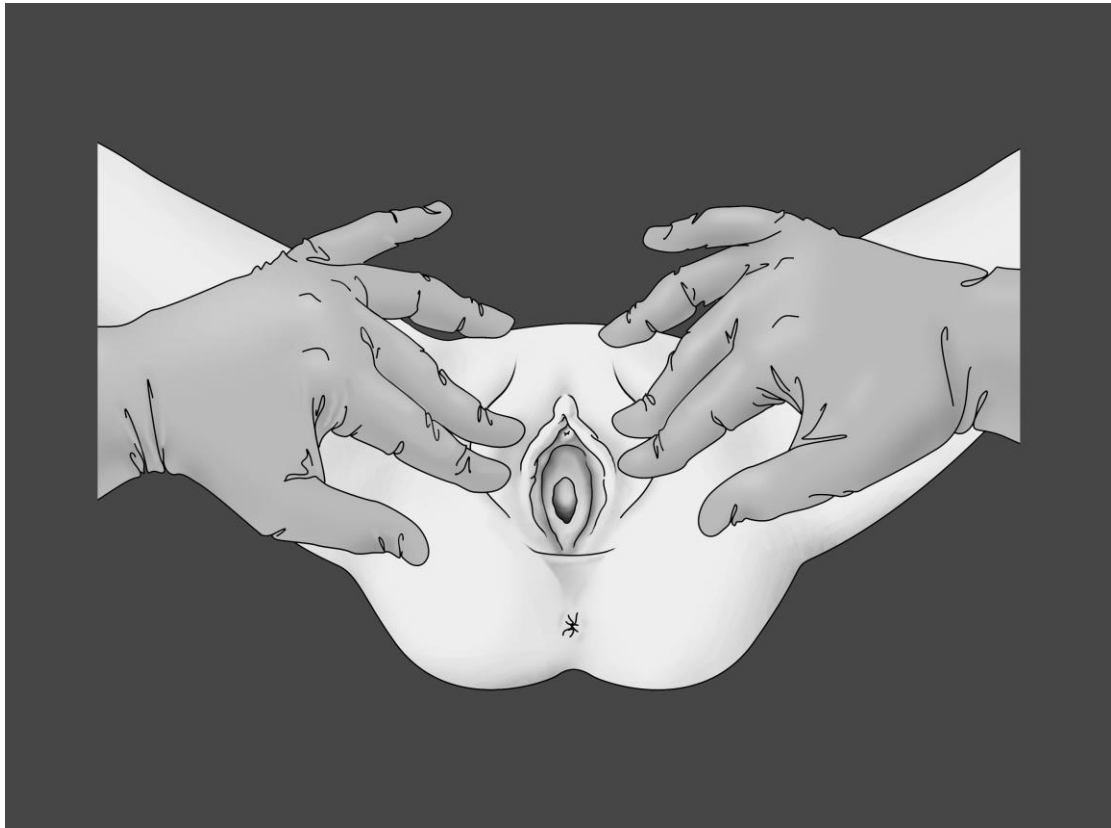
Anogenitaal onderzoek kan stressvol zijn voor het kind. Ervaren onderzoekers moeten de stress voor het kind proberen te minimaliseren. Anogenitaal onderzoek moeten worden verricht na (een deel van) algemeen lichamelijk onderzoek om zo het vertrouwen van het kind te winnen. Het kan prettig zijn om het onderzoek juist weer met een niet beladen deel van het lichaam te beëindigen.

Onderzoek posities:

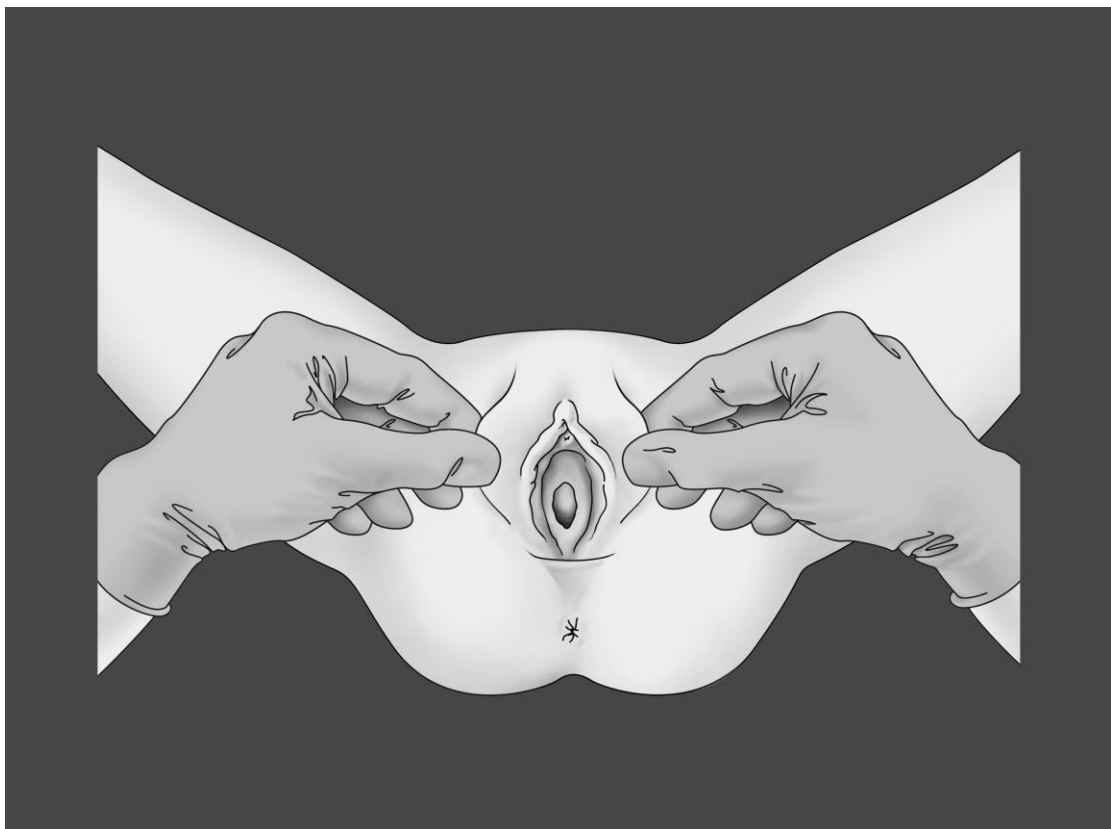
- Rugligging ('kikkerhouding') (evt. op schoot bij verzorger); heupen in flexie, voetzolen tegen elkaar en knieën uit elkaar.
- Knie-borst houding ('ijsbeer')
- Linker zijligging (opgetrokken benen) (voor onderzoek van de anus)



Figuur 10-1 Onderzoek in rugligging



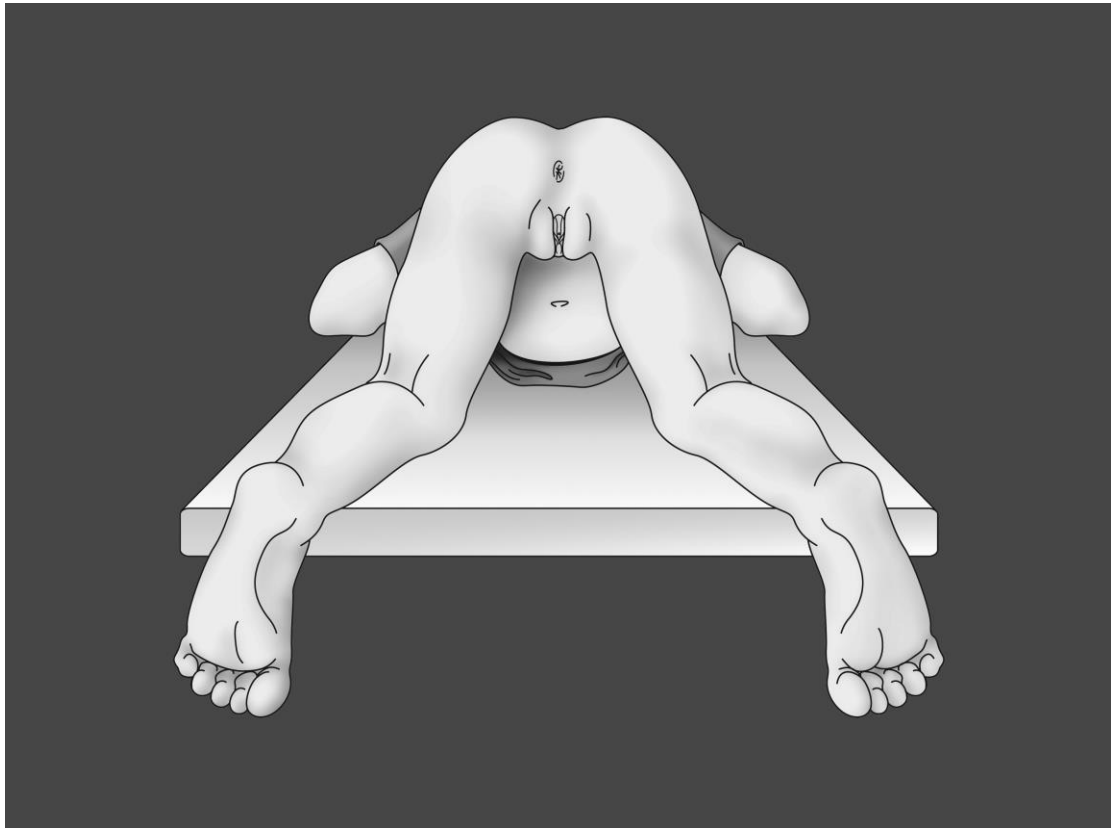
Figuur 10-2 Onderzoek in rugligging - detail 1



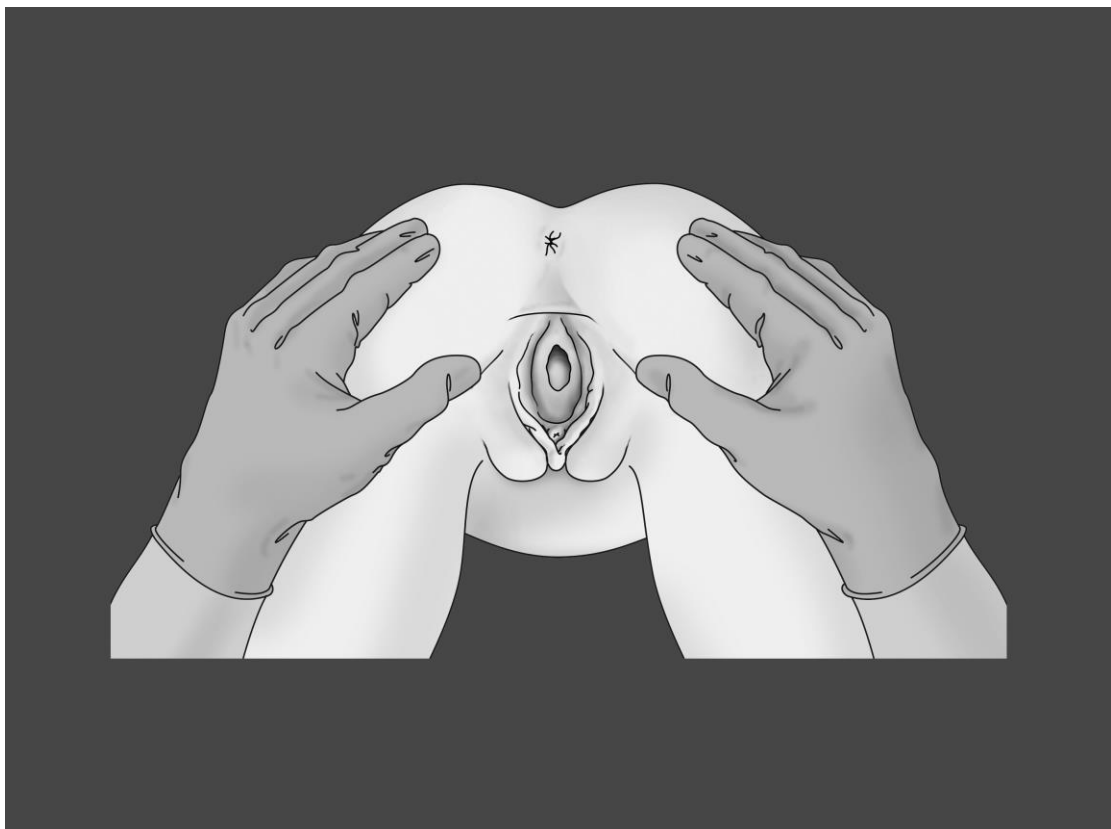
Figuur 10-3 Onderzoek in rugligging detail 2

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde



Figuur 10-4 Onderzoek in knie-borst houding



Figuur 10-5 Onderzoek in knie-borst houding detail

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde

Indien er afwijkingen worden gezien in de ene houding moet het kind in een andere houding onderzocht worden om te zien of de bevindingen blijven bestaan. Een pre puberaal meisje moet altijd in tenminste in rugligging en knie-borsthouding onderzocht worden.

Bij puberale meisjes in spreiding en/of tractie van de labia vaak onvoldoende om goed zicht te krijgen op eventueel letsel van het hymen door plooivorming. Het hymen moet met behulp van een natte wattenstaaf of ballonkatheter worden uitgespreid om het goed te kunnen beoordelen. Deze techniek moet nooit bij een pre puberaal meisje worden toegepast vanwege de gevoeligheid van het hymen.

10.3.8.3 Anogenitaal onderzoek pre puberale meisjes

Rugligging (kikkerhouding):

- Inspectie externe genitalia op: roodheid, zwelling, hematomen, schaafwonden, laceraties, bloedingen en andere huidafwijkingen.
- Labia majora: voorzichtige spreiding om vestibulum en hymenale opening te beoordelen en te inspecteren op recente en oudere verwondingen.
- Labiale tractie (tussen duim en wijsvinger, lichte tractie buitenwaarts en naar de onderzoekende arts toe en richting de anus)

Knieborsthouding ('ijsbeer'):

- Door relaxatie van de bekkenbodem is er vaak beter zicht op de posterieure hymenrand.

Algemeen:

- Inwendige instrumentaria moeten niet gebruikt worden bij pre puberale meisjes.
- Gebruik van warm, steriel water kan helpen bij het in beeld brengen van het hymen.
- Indien er een verdenking is op een corpus alienum kan vaginale irrigatie (onder anesthesie) overwogen worden. (Let op! Het pre puberale hymen is erg gevoelig.)
- Maak foto's in beide houdingen

10.3.8.4 Anogenitaal onderzoek puberale meisjes

Onderzoek moet verricht worden in rugligging, in kikkerhouding of eventueel met de knieën opgetrokken op de borst, of in een gynaecologische stoel met de knieën in de steunen.

- Inspectie externe genitalia met labiale spreiding
- In de puberteit zal labiale spreiding en/of tractie (buitenwaarts en naar de onderzoekende arts toe en richting de anus)) (soms) onvoldoende zijn om de hymenrand te beoordelen door verdikking van het hymen. Een natte wattenstaaf of ballonkatheter kan worden gebruikt om het hymen uit te spreiden.
- De ballon wordt (nog niet opgeblazen) ingebracht door de hymenale opening, de ballon wordt opgeblazen tot een grootte die goed getolereerd wordt, de katheter wordt voorzichtig terug getrokken tot de ballon rust tegen de interne zijde van het hymen en de hymenale plooien uitgespreid worden. De katheter wordt rustig rond gedraaid om volledig zicht op de hymen rand te krijgen. Laat de ballon leeg lopen voor verwijdering van de katheter.

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

- Een speculum met de juiste maat kan gebruikt worden om vaginale en cervicale verwondingen in beeld te brengen en SOA kweken af te nemen, wanneer een onderzoek met speculum door het meisje wordt getolereerd.
- Maak altijd foto's.

10.3.8.5 Anogenitaal onderzoek bij jongens

Onderzoek moet verricht worden in rugligging.

- Inspectie externe genitalia
- Evt. actieve bloedingen moeten genoteerd worden.
- Indien aanwezig moet de voorhuid voorzichtig worden teruggetrokken om de urethrale meatus en het frenulum te onderzoeken op recente en oude verwondingen. (Oudere jongens hebben vaak de voorkeur zelf hun voorhuid terug te trekken.)
- Palpatie van het scrotum
- Maak foto's bij letsel, normaal varianten of twijfel over de bevindingen.

10.3.8.6 Onderzoek van de anus en perianale gebied

In linker zijligging of in rugligging met opgetrokken knieën. (Kleine kinderen evt. op schoot bij de verzorger.)

- Inspectie perianale gebied op tekenen van inflammatie, infectie, verwondingen (acuut en chronisch), veneuze stuwings, litteken weefsel, huidafwijkingen, anale dilatatie, bloedingen en hygiëne.
- Spreiding van de billen voor inspectie van de externe sfincter en inspectie op verwondingen. (Vaak ontspant de externe sfincter in de loop van het onderzoek, die de beoordeling vergemakkelijkt.)
- Billen moeten niet langer dan 30 seconden gespreid worden.
- Het anale kanaal kan zichtbaar worden wanneer de interne en externe sfincter zich ontspannen (dynamische dilatatie).
- Rectaal toucher heeft geen toegevoegde waarde.
- Bij verdenking op inwendige verwondingen of pathologie moet het anale kanaal en het rectum met behulp van een proctoscoop onderzocht worden. (altijd in overleg met de kinderchirurg wat betreft de indicatie en onder anesthesie)
- Maak foto's indien letsel, normaal varianten of twijfel over de bevindingen.

10.3.8.7 Na anamnese en lichamelijk onderzoek

- Beoordeel alle bevindingen in de volledige context.
- Schrijf een gedetailleerd medisch verslag van anamnese, lichamelijk- en aanvullend onderzoek.

10.3.8.8 Follow-up

- Mogelijk zijn voorgaande gezondheidsproblemen niet aan bod gekomen, hiervoor moet een apart consult gepland worden.
- Denk aan verwijzing voor psychosociale begeleiding (trauma hulpverlening).
- Denk aan SOA screening.
- Indien nog niet gedaan, overleg met VT.

10.3.8.9 Onderzoek onder algehele anesthesie

- Anesthesie moet overwogen worden (i.o.m. chirurgie/gynaecologie en anesthesie) indien:

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

- Er sprake is van penetrerend letsel waarbij er mogelijk diepere structuren zijn geraakt.
- Bloeding van onduidelijke origine.
- Verdenking op letsel passend bij mishandeling maar het is niet mogelijk het kind te onderzoeken en de voordelen van onderzoek onder narcose wegen zwaarder dan de nadelen van de narcose
- Onderzoek naar persisterend/hevig bloederige en/ of riekende afscheiding bij pre puberale meisjes waardoor een corpus alienum moet worden uitgesloten.
- Het niet lukt het onderzoek uit te voeren zonder anesthesie, nadat voldoende tijd is genomen om het vertrouwen te winnen en ondanks professionele begeleiding. In de praktijk moet dit slechts zeer zelden voorkomen (patiënt met zeer hevige angst al dan niet met bijkomende ontwikkelingsachterstand).

10.3.9 WANNEER EN HOE MAAKT DE ARTS DE JUISTE LICHTFOTO'S?

Deze vraag is beantwoord met gebruikmaking van het hoofdstuk '*Good practice*' uit '*The Physical Signs of Child Sexual Abuse. An evidence-based review and guidance for best practice*' [25], aangevuld met consensus.

Voor het maken van foto's is toestemming nodig conform de WGBO.

Belangrijk is dat bij het vervaardigen van de foto's rekening wordt gehouden met de privacy van de patiënt en onjuiste verspreiding van foto's wordt voorkomen.

Het wordt aanbevolen foto's te maken van het genitaal bij meisjes in twee posities, ook wanneer daar in eerste instantie geen letsels zichtbaar zijn. Het wordt aanbevolen foto's te maken van het mannelijk genitaal en de anus en het perianale gebied bij jongens en meisjes wanneer daar letsels zichtbaar zijn, varianten van normaal of wanneer aan de bevindingen wordt getwijfeld.

Het inschakelen van een medisch fotograaf daar waar mogelijk wordt aanbevolen. Het gebruiken van een smart Phone wordt afgeraden. Foto's moeten geplaatst worden in het medisch dossier en zo snel mogelijk van de harde schijf van de fotocamera worden gewist.

Foto's ondersteunen de klinische beschrijving, maken het mogelijk dat met experts wordt overlegd en kunnen dienen als bewijs binnen een strafproces. Ook hier gelden weer de toestemmingsvereisten. Tevens kan de anatomie met een vergroting worden beoordeeld.

Bij fotograferen van het genitaal is gebruik van meetlat niet geïndiceerd (i.v.m. diepte verhoudingen). Bij blauwe plekken elders op het lichaam is een meetlat wel van belang.

10.4 OVERIGE OVERWEGINGEN

Bij genitaal onderzoek van (pre)puberale meisjes is het mogelijk wat fysiologisch zout in te spuiten indien het hymen niet goed zichtbaar is. Het hymen is dan goed te beoordelen, bij persen en het uitlopen van het water zijn de randen goed te zien.

Bij verdenking corpus alienum is irrigeren een methode, maar vaginoscopie is de gouden standaard.

10.5 AANBEVELINGEN

15. Als een kind gepresenteerd wordt met een vermoeden van seksueel misbruik binnen een afhankelijkheidsrelatie, dan dient in een vroeg stadium contact opgenomen te worden met de vertrouwensarts van Veilig Thuis. Het doel van dit contact is adviesoverleg ofwel het doen van een melding, zoals dat past binnen de stappen van de KNMG Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling. (C)
16. Bij het onderzoek van kinderen met een vermoeden van seksueel misbruik moet een medisch fotograaf beschikbaar zijn of de arts moet zelf in staat zijn en over het juiste materiaal beschikken om kwalitatief goede foto's te maken. Foto's dienen zo snel mogelijk te worden opgeslagen in het medisch dossier en te worden verwijderd van de harde schijf van de camera. (LC)
17. Verwijs een kind met een vermoeden van seksueel misbruik naar een kinderarts met expertise. (C)
18. Voer een onderzoek wanneer het seksueel misbruik tot en met 7 dagen geleden heeft plaatsgevonden bij voorkeur gecombineerd met de forensisch arts uit. (C)
19. Zorg voor professionele ondersteuning van het kind tijdens het onderzoek. (C)
20. Idealiter wordt een onderzoek <24 uur na incident verricht. (L)
21. Denk aan de vereisten voor toestemming volgens de WGBO voor het doen van lichamelijk onderzoek en het maken van foto's. Het is belangrijk bij een vermoeden van seksueel misbruik conform de WGBO bij kinderen onder de 16 jaar toestemming te hebben van beide gezaghebbers (zie 10.3.2 p.115), zeker wanneer een van de gezaghebbers vermoedt dat de andere gezaghebber het seksueel misbruik zou hebben gepleegd. Indien de gezaghebber onderzoek weigert kan er, wanneer dit het belang van het kind niet dient, vervangende toestemming worden gevraagd bij de kinderrechter. Overleg met spoed met VT. (C)
22. Indicaties voor een spoedonderzoek zijn: noodzaak tot medisch handelen, vermoedelijk hoog risicoprofiel pleger voor HIV en hepatitis B, veiligstellen sporen (i.o.m. forensisch arts) en een kind/ jongere die zo snel mogelijk onderzocht wil worden. (LC)
23. Het anogenitaal onderzoek moet bij pre puberale meisjes plaatsvinden in rugligging en knie-borsthouding. (L) Gebruik eventueel Foley katheter of fysiologisch zout om het hymen te beoordelen. (C)
24. Bij puberale meisjes kan een techniek (ballonkatheter, (natte) wattenstaaf) worden toegepast om het hymen uit te vouwen. Ook inspuiten van fysiologisch zout kan behulpzaam zijn. Het onderzoek kan door de kinderarts of de (kinder)gynaecoloog worden uitgevoerd. (L)

25. Onderzoek onder anesthesie is aangewezen indien er sprake is van: 1. penetrerend letsel waarbij er mogelijk diepere structuren zijn geraakt; 2. een bloeding van onduidelijke origine; 3. een verdenking op letsel passend bij mishandeling maar het is niet mogelijk het kind te onderzoeken en de voordelen van onderzoek onder narcose wegen zwaarder dan de nadelen van de narcose; 4. onderzoek naar persisterend/hevig bloederige en/ of riekende afscheiding bij pre puberale meisjes waardoor een corpus alienum moet worden uitgesloten; 5. indien het niet lukt het onderzoek uit te voeren zonder anesthesie, nadat voldoende tijd is genomen om het vertrouwen te winnen en ondanks professionele begeleiding. In de praktijk moet dit slechts zeer zelden voorkomen (patiënt met zeer hevige angst al dan niet met bijkomende ontwikkelingsachterstand). Beoordeling van anus dilatatie is onder anesthesie onbetrouwbaar.'(LC)

11 UITGANGSVRAAG 6 WELK AANVULLEND ONDERZOEK MOET ER WORDEN VERRICHT BIJ EEN VERMOEDEN VAN SEKSUEEL MISBRUIK BIJ KINDEREN?

- **Wat is de associatie tussen (de verschillende) Seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA) en seksueel misbruik?**
- **Op welke SOA moet een kind met een vermoeden van seksueel misbruik worden getest en welke factoren spelen daarbij een rol?**
- **Welke testen moeten worden gebruikt om de verschillende SOA aan te tonen en op welke momenten moeten deze testen worden afgenomen?**
- **Hoe moet het materiaal worden afgenomen en van welke locatie moet worden bemonsterd?**
- **Wanneer moet een zwangerschapstest worden ingezet?**
- **Bij welke SOA en onder welke omstandigheden is profylactische behandeling nodig?**
- **Wanneer is zwangerschapsprofylaxe geïndiceerd?**

11.1 INLEIDING

Diagnostiek naar seksueel misbruik is te vergelijken met het leggen van een puzzel. De psychosociale en lichamelijke signalen zijn vaak aspecifiek en het merendeel van de kinderen vertoont geen afwijkingen bij lichamelijk onderzoek. Kan aanvullend onderzoek naar Seksueel Overdraagbare Aandoeningen (SOA) dan een bijdrage leveren? Tegelijkertijd is het van belang voor de lichamelijke gezondheid dat een SOA op tijd gediagnosticeerd en behandeld wordt. Is het dan nodig om alle kinderen bij wie een vermoeden is op seksueel misbruik te testen (met het oog op de financiën, vals-positieven/ - negatieven)? Of alleen een specifieke groep? En wat zegt het dan als er een positieve of negatieve SOA is over een vermoeden van seksueel misbruik? Dat zijn vragen die in de werkgroep speelden en waar we in dit hoofdstuk antwoord op geven.

De laatste vragen over profylactische behandeling van SOA en zwangerschap vallen officieel buiten de scope van deze richtlijn. Echter, tijdens de werkgroep bijeenkomsten bleek er een behoefte te bestaan ook deze vragen kort te beantwoorden: beslissingen over profylaxe worden immers direct na het afnemen van de diagnostiek genomen.

In dit hoofdstuk wordt eerst een weergave gegeven van wat er in de literatuur beschreven staat (11.3 Resultaten). Deze gegevens zijn voornamelijk afkomstig van de richtlijn: *'The Physical Signs of Child Sexual Abuse. An updated evidence-based*

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

review and guidance for best practice' [25] en waar nodig aangevuld met informatie uit de *'Multidisciplinaire Richtlijn Seksueel Overdraagbare Aandoeningen voor de 2e Lijn'* [101] en *'Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines'* van de Centers for Disease Control and Prevention (CDC) [102].

In 11.4

Overige overwegingen worden de praktische overwegingen besproken. Op basis van wat er in de literatuur beschreven is in combinatie met de overige overwegingen zijn de aanbevelingen geformuleerd (11.5 Aanbevelingen).

11.2 METHODEN

Voor de beantwoording van bovengenoemde vragen is met toestemming gebruik gemaakt van richtlijn: *'The Physical Signs of Child Sexual Abuse. An updated evidence-based review and guidance for best practice'* [25]. Deze richtlijn is gebaseerd op het op dat moment best beschikbare wetenschappelijke bewijs. De aan deze Richtlijn deelnemende organisaties zijn de American Academy of Pediatrics, Faculty of Forensic and Legal Medicine, Royal College of Physicians en de RCPCH. De auteurs van de huidige richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik' dragen de verantwoordelijkheid voor de inhoud hiervan.

Daarnaast is gebruik gemaakt van 2 overige bestaande richtlijnen [101, 102] evenals de website <http://www.bashh.org>. Er is voor deze richtlijnen gekozen omdat deze van goede kwaliteit zijn, gebaseerd zijn op de meest recente studies en antwoord geven op onze uitgangsvragen. Om de associatie tussen een SOA en seksueel misbruik te onderzoeken zijn in de RCPCH Richtlijn [25] verschillende studies meegenomen: studies waarbij de onderzoekspopulatie een groep seksueel misbruikte kinderen is die worden getest op een SOA, evenals (andersom) studies waarbij de onderzoekspopulatie kinderen zijn met een SOA die worden onderzocht op seksueel misbruik. In zijn algemeenheid zijn er maar weinig studies voorhanden waarbij kinderen met een bepaald type SOA zijn onderzocht op de waarschijnlijkheid van seksueel misbruik. Waar mogelijk werd bij deze studies gelet op de wijze waarop de onderzoekers een andere mogelijkheid van transmissie hadden uitgesloten. Het is belangrijk op te merken dat de identificatie van een niet-seksuele transmissie (maternale transmissie, consensuele seksuele activiteit), co-existent seksueel misbruik niet uit sluit.

In de CDC-2015 richtlijn [102] zijn systematische literatuur onderzoeken gedaan naar de door de werkgroep opgestelde uitgangsvragen over vaststellen en profylactische behandeling van de verschillende SOA.

De aanbevelingen uit de multidisciplinaire richtlijn SOA 2^e lijn [101] zijn voor zover mogelijk gebaseerd op bewijs uit gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek. Daarbij ligt de nadruk op de diagnostiek en behandeling. Daar waar geen gepubliceerd bewijs voorhanden was, is gebruik gemaakt van 'expert opinion'

Voor uitgebreide achtergrond over de methoden en de achterliggende evidence verwijzen we naar de originele richtlijnen [25, 101, 102].

Dit hoofdstuk betreft een samenvatting van de evidence en 'good practice statements' uit de drie hierboven genoemde richtlijnen. De originele studies waarop deze richtlijnen zich baseren zijn door ons niet opnieuw beoordeeld.

11.3 RESULTATEN

11.3.1 BIJ WELKE KINDEREN MET EEN VERMOEDEN VAN SEKSUEEL MISBRUIK MOET ONDERZOEK PLAATSVINDEN NAAR SEKSUEEL OVERDRAAGBARE AANDOENINGEN EN WELKE FACTOREN SPELEN DAARBIJ EEN ROL?

De beantwoording van deze vraag berust op informatie verkregen uit de RCPCH en CDC-2015 richtlijnen [25, 102]. De aanbevelingen zijn geformuleerd op basis van evidence uit de literatuur en consensus (LC).

De beslissing om SOA diagnostiek in te zetten moet op individuele basis genomen worden. Kinderen waarbij al een SOA is vastgesteld moeten gescreend worden op andere SOA. Omdat SOA niet gebruikelijk zijn in (pre puberale) kinderen wordt bij een vermoeden op seksueel misbruik routinematig testen van alle SOA op alle locaties (genitaal, oraal en anaal) niet geadviseerd [102].

Bij alle kinderen met een vermoeden van of bewezen seksueel misbruik, bij kinderen met symptomen of klachten van een SOA en bij kinderen met onbeschermd consensueel seksueel contact moet SOA diagnostiek worden overwogen [25]. Dit geldt ook voor kinderen met anogenitaal letsel.

Moderne SOA testen zijn gemakkelijker uit te voeren, geven geen tot nauwelijks ongemak bij het kind en zijn niet invasief. Bij de keuze voor het soort test moet de reden voor de diagnostiek worden meegenomen. Afstemmen met een microbioloog of gynaecoloog kan nuttig zijn.

De redenen voor diagnostiek kunnen zijn:

- Een infectie aantonen die behandeling vereist
- Om ouder(s)/ verzorger(s) en/ of kind gerust te kunnen stellen
- Om toegevoegd 'bewijs' te verzamelen wat nuttig kan zijn in het kader van de bescherming van het kind of bij een strafproces (factoren als leeftijd kind, wel of geen consensuele seksuele activiteit, beperkingen van de test, bekende SOA bij de verdachte spelen hierbij een rol).
- Helpen de mogelijke pleger te linken aan een slachtoffer [25].

De Nederlandse richtlijn adviseert tevens SOA diagnostiek in te zetten als controle na behandeling in geval van een eerdere positieve test [101].

De CDC-2015 richtlijn [102] raadt aan SOA diagnostiek te overwegen indien:

- Er sprake is geweest van penetratie of indien er (genezen) letsel wordt aangetroffen dat past bij penetrerend trauma van de genitalia, anus of oropharynx.
- Een kind seksueel misbruikt is door een vreemde, een pleger met bekende SOA of behorend tot een hoog risico groep voor een SOA (druggebruik, homoseksueel, multiële seks partners, voorgeschiedenis van SOA).
- Het kind een broertje of zusje, familielid of ander gezinslid met een SOA heeft.
- Het kind leeft in een omgeving met hoge prevalentie van SOA in de gemeenschap.
- Het kind tekenen heeft van een SOA (vaginale afscheiding, pijn, genitale jeuk, - geur, mictie klachten, genitale laesies of ulcera).
- Het kind of diens ouders SOA diagnostiek verzoeken.

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

Het laboratorium onderzoek moet worden uitgevoerd door artsen met ervaring en training in alle elementen van de evaluatie van kindermishandeling zodat het onderzoek voor het kind zo min mogelijk belastend is. Wanneer er een SOA wordt aangetoond moet een specialist op het gebied van seksueel misbruik geconsulteerd worden.

11.3.2 WAT IS DE ASSOCIATIE TUSSEN (DE VERSCHILLENDE) SOA EN SEKSUEEL MISBRUIK?

In de volgende paragrafen worden na een inleiding de conclusies geformuleerd van in de RCPCH Richtlijn [25] gevonden evidence, gevolgd door de door hen geformuleerde adviezen voor de praktijk. Dit wordt aangevuld met informatie uit de CDC-2015 richtlijn [102].

Wanneer bij een kind een SOA wordt vastgesteld moet de mogelijkheid van seksueel misbruik worden overwogen. De waarschijnlijkheid van seksueel contact als transmissie route verschilt per SOA. Andere mogelijkheden voor transmissie zijn ook mogelijk. De meerderheid van SOA kunnen gedurende de zwangerschap en/ of bevalling worden overgedragen (verticale transmissie). Voor sommige infecties geldt dat accidentele transmissie (via dragers van besmet materiaal, zoals bijvoorbeeld een besmette handdoek), auto-inoculatie (zoals bijvoorbeeld zelf besmetting met niet genitale herpes op een niet seksuele wijze) en door niet-seksueel lichamelijk contact met een besmet persoon mogelijk is. Er zijn echter geen studies gevonden die naast het aantonen van de aanwezigheid van micro-organismen op niet-levend materiaal ook duidelijk hebben bewezen dat via dit materiaal besmetting van mensen kan optreden. Een overzicht van alle mogelijke manieren van overdracht van een SOA valt buiten de scope van deze Richtlijn maar is te vinden in o.a. het Medisch Handboek Kindermishandeling [7].

11.3.2.1 Chlamydia trachomatis (CT)

Chlamydia trachomatis (CT) is de meest voorkomende SOA. Onder volwassenen wordt CT overgedragen middels seksueel contact. Bij kinderen zijn de volgende mogelijkheden (naast seksueel contact) van transmissie beschreven: perinataal (gebroken vliezen bij sectio caesarea, vaginale partus). Neonataal verkregen genitale infectie is geassocieerd met co-existente CT conjunctivitis of CT infectie van de nasopharynx. Hierbij kan spontane klaring optreden zonder klinische verschijnselen. Aangezien onbehandelde perinatale infectie enkele jaren kan persisteren, is het mogelijk dat urogenitale Ct-infectie pas op kinderleeftijd wordt vastgesteld [101].

In een studie met 22 kinderen werd aangetoond dat 35% van de perinataal geïnfecteerde kinderen op de leeftijd van 1 jaar nog infectieus zijn, en bij 1 kind was CT nog aanwezig in de conjunctivae, nasopharynx en oropharynx 28,5 maanden na de geboorte.

De incubatietijd is niet goed bekend, bij mannen 7-21 dagen. Neonatale conjunctivitis ontstaat tussen dag 5-14 post partum. Pneumonie tussen dag 4 en 12 weken oud.

Bij kinderen kan een infectie optreden van de conjunctivae, nasopharynx, rectum, vagina en de longen (pneumonie). De infectie verloopt bij 70% van de volwassen vrouwen en 50% van de volwassen mannen asymptomatisch.

CT wordt in een studie bij 195 kinderen vastgesteld bij 3% en in een studie bij 14 kinderen bij 17% van de seksueel misbruikte kinderen (0-12 jaar) en in andere

studies onder kinderen van 0-18 jaar bij <1%-4% van de seksueel misbruikte kinderen.

Bij kinderen bij wie CT is aangetoond wordt in twee studies onder 0-12 jarigen en in twee studies onder 0-18 jarigen respectievelijk bij 75-94% en 90-100% van de kinderen seksueel misbruik vastgesteld. Er waren in deze 4 kleine studies (in totaal 57 kinderen) 5 kinderen waarbij seksueel contact niet werd gezien als de besmettingsroute: 3 daarvan betrof verticale transmissies, de wijze van overdracht bleef bij de overige 2 onbesproken. CT wordt vaker gezien bij oudere kinderen.

11.3.2.1.1 Conclusie sub vraag uit RCPCH

Seksueel contact is de meest waarschijnlijke transmissie route bij puberale en pre puberale kinderen met *C. trachomatis* infectie.

11.3.2.1.2 Aanbevelingen uit RCPCH

seksueel misbruik moet altijd overwogen worden in kinderen die zich presenteren met een CT infectie. In puberale meisjes moet consensueel seksueel contact ook in de DD staan. Diagnose CT infectie bij kinderen <13 jaar is reden voor directe verwijzing naar jeugd-beschermingsinstantie (VT), >13 jaar is het afhankelijk van de situatie. Een positieve diagnose bij de moeder mag er niet toe leiden dat seksueel misbruik zondermeer wordt uitgesloten.

11.3.2.2 Neisseria gonorrhoeae (Ng)

Neisseria gonorrhoeae (Ng) veroorzaakt gonorroe. Hoog risicogroepen zijn homoseksuele en biseksuele mannen, mensen die opgroeien in stedelijke gebieden en etnische minderheden.

Ng kan zich genitaal, rectaal of faryngeaal en ook conjunctivaal voordoen. Bij kinderen zijn de volgende mogelijkheden van transmissie beschreven: via seksueel contact, via objecten waarop zich besmet materiaal bevindt, intra-uterien bij gebroken vliezen en perinataal. De incubatieperiode bij mannen is tot 2 weken. Bij vrouwen en meisjes is de incubatieperiode slecht gedefinieerd.

De meeste kinderen hebben symptomen. Meest voorkomende symptomen zijn vaginale afscheiding bij meisjes en afscheiding uit de urethra bij jongens. Bij rectale infecties wordt in één studie rectale pijn en afscheiding genoemd, in een andere studie zijn deze kinderen asymptomatisch. Pharyngeale infecties zijn asymptomatisch (3 studies).

Gonorroe komt voor bij 0-4% van de seksueel misbruikte kinderen in de leeftijd van 0-12 jaar (5 studies). In één kleine studie bij 11 kinderen werd gonorroe bij 45% aangetoond. Bij 0-18 jarige seksueel misbruikte kinderen is de prevalentie 0-6,6% (4 studies).

In verschillende studies bij kinderen met gonorroe werd seksueel misbruik bij 36-83% van de 0-12 jarigen en bij 68-75% van de 0-18 jarigen aangetoond. Bij 10 casussen waarbij gonorroe bij huisgenoten voorkwam was er geen direct bewijs dat er overdracht had plaats gevonden via een besmet voorwerp, wel werd bij 5 van de 10 seksueel contact bewezen (1 maal seksueel spel, 4 seksueel misbruik). Wanneer gonorroe is vastgesteld lijkt de kans dat er seksueel misbruik wordt vastgesteld te stijgen met de leeftijd, maar er is hier vertekening mogelijk omdat bij jongere kinderen disclosure minder vaak zou kunnen plaatsvinden.

Er is een mogelijke associatie tussen gonorroe en seksueel misbruik waarbij penetratie plaatsvindt. Bij 63% van de kinderen met gonorroe (1 studie) is er een

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

anamnese van vaginale penetratie, bij 72% van anale penetratie (1 studie). Bij 47% van mogelijk of definitieve penetratie (1 studie).

11.3.2.2.1 Conclusie sub vraag uit RCPCH

Seksueel contact is de meest waarschijnlijke transmissie route bij puberale en pre puberale kinderen met Ng infectie. Er is onvoldoende bewijs over de leeftijd waarbij verticale transmissie kan worden uitgesloten.

11.3.2.2.2 Aanbevelingen uit RCPCH

Wanneer een kind zich presenteert met een bevestigde niet-oftalmische gonorroe moet de mogelijkheid van seksueel contact worden overwogen en is seksueel misbruik (bij puberale kinderen in afwezigheid van consensueel seksueel contact) waarschijnlijk. Het aan tonen van een Ng infectie bij kinderen <13 jaar is reden voor directe verwijzing naar jeugd-beschermingsinstantie (VT), >13 jaar is het afhankelijk van de situatie. Een positieve diagnose bij de moeder mag er niet toe leiden dat seksueel misbruik zondermeer wordt uitgesloten.

11.3.2.3 Bacteriële vaginosis (BV)

Bacteriële Vaginose (BV) is de meest voorkomende oorzaak van abnormale vaginale afscheiding bij de volwassen vrouw. Er is geen algemeen geaccepteerde definitie voor BV. Een kind kan vaginale afscheiding of dysurie hebben. BV wordt iets meer gezien bij afscheiding. De prevalentie van BV in pre puberale seksueel misbruikte meisjes is zeer laag. Er zijn geen studies die bij meisjes pre en/ of puberaal met BV hebben onderzocht hoe vaak zij slachtoffer waren van seksueel misbruik.

11.3.2.3.1 Conclusie sub vraag uit RCPCH

Het vaststellen van BV is niet behulpzaam in de diagnostiek bij een vermoeden van seksueel misbruik.

11.3.2.3.2 Aanbevelingen uit RCPCH

Het afnemen van een bacteriële kweek kan overwogen worden bij een meisje met veel afscheiding aangezien dit wellicht behandelconsequenties heeft. Er is echter geen literatuur over een relatie tussen een BV en seksueel misbruik.

11.3.2.3.3 Genitale mycoplasma

Genitale *mycoplasma* zijn een groep bacteriën die kunnen worden aangetroffen in de vagina of het rectum en in de oropharynx bij pasgeborenen *Mycoplasma (M.) hominis* en *Ureaplasma urealyticum* worden bij 40% van de asymptomatische volwassenen aangetoond. *M. genitalium* wordt geassocieerd met urethritis, vaginale afscheiding, cervicitis en PID. *M. genitalium* wordt gezien als SOA bij jongeren en volwassenen. Perinatale transmissie is mogelijk.

11.3.2.3.4 Conclusie sub vraag uit RCPCH

Er is geen bewijs dat een genitale mycoplasma infectie bij kinderen door seksueel contact wordt verkregen.

11.3.2.3.5 Aanbevelingen uit RCPCH

Wanneer genitaal mycoplasma wordt geconstateerd moet overlegd worden over eventuele behandeling met een specialist op dit gebied.

11.3.2.4 Treponema pallidum (syfilis)

Syfilis wordt veroorzaakt door de bacterie *Treponema pallidum*. Het komt het meest voor bij mannen tussen de 25 en 34 jaar en vrouwen tussen de 20 en 24 jaar oud.

Syfilis wordt overgedragen door direct contact met infectieuze laesies, meestal gedurende seksueel contact, of door geïnfecteerde bloedproducten, trans placentair of gedurende de geboorte.

Het klinisch beeld van een primaire infectie bestaat uit, vaak pijnloze, erg besmettelijke ulcera, meestal in de anogenitale regio. Secundaire verschijnselen zijn een palmale en plantaire rash en condylomata lata (sterk infectieus), welke 6 weken tot 6 maanden na de primaire infectie kunnen optreden. Ongeveer 40% van de besmette niet behandelde individuen ontwikkelt symptomen. De symptomen van een congenitale infectie variëren sterk. Onder vroege ziekte wordt verstaan syfilis <2 jaar na de geboorte, late ziekte ≥ 2 jaar na de geboorte.

Vier studies onder seksueel misbruikte kinderen rapporteerden syfilis in <1% van de 0-12 jarigen en <1 % van de 0-18 jarigen. In één kleine studie wordt een infectie aantal van 35% gevonden en in twee kleine studies 0% onder 0-18 jarigen.

11.3.2.4.1 Conclusie sub vraag uit RCPCH

Syfilis is in een beperkt aantal studies aangetoond bij kinderen na seksueel misbruik en seksueel contact moet overwogen worden.

11.3.2.4.2 Aanbevelingen uit RCPCH

Wanneer een kind zich presenteert met syfilis moet de informatie uit anamnese, lichamelijk onderzoek en syfilis serologie bij zowel kind als moeder worden gecombineerd om vast te stellen of het een verkregen of congenitale syfilis betreft.

Ondanks het gebrek aan bewijs bij kinderen, moet bij het aantonen van syfilis, wanneer verticale of perinatale transmissie en bloedcontaminatie zijn uitgesloten seksueel misbruik worden overwogen.

De diagnose syfilis infectie bij kinderen <13 jaar is reden voor directe verwijzing naar jeugd-beschermingsinstantie (VT), tenzij er bewijs is voor niet-seksuele overdracht, >13 jaar is het afhankelijk van de situatie. Een positieve diagnose bij de moeder mag er niet toe leiden dat seksueel misbruik zondermeer wordt uitgesloten.

11.3.2.5 Condylomata acuminata (anogenitale wratten)

Anogenitale wratten (condylomata acuminata) worden veroorzaakt door humaan papilloma virus (HPV).

Bij volwassenen worden anogenitale wratten door seksueel contact verkregen. De transmissieweg kan niet altijd vastgesteld worden. Bij kinderen wordt gedacht aan 4 verschillende manieren van transmissie: verticale transmissie, auto-inoculatie van niet-genitale wratten, hetero-inoculatie (ook via een besmet object) en seksuele transmissie. Er bestaat alleen bewijs voor perinatale en seksuele transmissie

De meeste HPV infecties zijn latent of subklinisch. Anogenitale wratten kunnen spontaan verdwijnen.

De meest voorkomende locatie wisselt in de studies tussen periaanaal en genitaal. Bij jongens worden vaker perianale dan peniele wratten gezien. Bij meisjes is het vaker de genitale regio, met name de vulva, waar de anogenitale wratten worden gezien. Condylomata accuminata kunnen ook gevonden worden op de lippen en in de mond.

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

Anogenitale wratten worden bij < 3,2% van seksueel misbruikte 0-18 jarige kinderen aangetoond (3 studies). HPV wordt vaker aangetoond bij kinderen na seksueel misbruik dan bij kinderen zonder seksueel misbruik.

In studies bij kinderen met anogenitale wratten wordt seksueel misbruik bij 31-58% van de kinderen aangetoond (6 studies).

In twee kleine studies is seksuele transmissie bij jonge kinderen aangetoond ondanks de aanwezigheid van maternale infectie.

Bij oudere kinderen met anogenitale wratten wordt seksueel misbruik vaker bevestigd, maar er kan sprake zijn van bias omdat bij jongere kinderen minder vaak een disclosure optreedt.

Er is geen bewijs voor een leeftijdsgrens waarboven verticale transmissie kan worden uitgesloten.

Er is geen bewijs voor het nut van HPV typering, resultaten van verschillende studies zijn inconsistent.

11.3.2.5.1 Conclusie sub vraag uit RCPCH

Een significant deel van de kinderen met anogenitale wratten zijn seksueel misbruikt. Er is geen bewijs voor een leeftijdsgrens waarboven verticale transmissie kan worden uitgesloten. Er is onvoldoende bewijs voor de significantie van de associatie van orale wratten met seksueel misbruik.

11.3.2.5.2 Aanbevelingen uit RCPCH

Bij elk kind wat zich presenteert met anogenitale wratten, moet seksueel misbruik overwogen worden. Diagnose anogenitale infectie bij kinderen <13 jaar is reden voor directe verwijzing naar jeugd-beschermingsinstantie (VT), >13 jaar is het afhankelijk van de situatie.

11.3.2.6 Genitale herpes simplex

Genitale herpes wordt veroorzaakt door een infectie met Herpes simplex virus (HSV) type 1 of 2. Het is de meest voorkomende ulceratieve SOA.

Transmissie vindt plaats door contact met blaasjes of ulcera maar ook wanneer er geen symptomen zijn wordt het virus uitgescheiden. Auto-inoculatie komt ook voor.

Het virus kan lange tijd latent aanwezig blijven. Gedurende een symptomatische infectie ontstaan waterige blaasjes of zweertjes op de huid, mucoze membranen of genitale regio. Genitale herpes wordt bij <1% van de seksueel misbruikte kinderen aangetoond (3 studies).

Neonatale HSV infecties komen voor na intra-uteriene (transplacentair en opstijgend) en meestal perinatale overdracht. Dit betreft meestal HSV-type 1, waarbij bij 75% van de zwangere vrouwen de infectie van tevoren niet bekend was [101].

11.3.2.6.1 Conclusie sub vraag uit RCPCH

Er is weinig bewijs over de associatie van genitale herpes met seksueel misbruik.

11.3.2.6.2 Aanbevelingen uit RCPCH

Bij kinderen met genitale herpes moet seksueel misbruik altijd overwogen worden. Auto-inoculatie moet altijd overwogen worden. Diagnose genitale infectie bij pre

puberale kinderen is reden voor directe verwijzing naar jeugd-beschermingsinstantie (VT).

11.3.2.7 Hepatitis B

Infectie met het hepatitis B virus (HBV) komt voor bij ongeveer 0.3% van de bevolking in de UK.

Hepatitis B kan perinataal verkregen worden en post nataal middels de borstvoeding, via geïnfecteerde bloedproducten of lichaamsvloeistoffen door seksueel contact of ander intensief contact binnen een huishouding. Transmissie vindt ook plaats via geïnfecteerde naalden bij drugsmisbruik.

11.3.2.7.1 Conclusie sub vraag uit RCPCH

Er is onvoldoende bewijs over de significantie van de associatie van hepatitis B met seksueel misbruik.

11.3.2.7.2 Aanbevelingen uit RCPCH

Wanneer hepatitis B bij een kind wordt aangetroffen en verticale of perinatale transmissie dan wel contaminatie met bloedproducten uitgesloten is, moet seksueel misbruik worden overwogen. Een positieve diagnose bij de moeder mag er niet toe leiden dat seksueel misbruik zondermeer wordt uitgesloten.

11.3.2.8 Hepatitis C

Het Hepatitis C virus (HCV) wordt het meest efficiënt overgedragen door bloed-bloed contact. Seksuele transmissie treedt op bij volwassenen maar is ongewoon. Placentaire of perinatale transmissie treedt bij 5% van de baby's van geïnfecteerde moeders op. Transmissie via borstvoeding is ook mogelijk.

In twee studies die keken naar HCV in een populatie seksueel misbruikte 0-18 jarigen werd geen HCV aangetoond.

11.3.2.8.1 Conclusie sub vraag uit RCPCH

Er is onvoldoende bewijs voor de significantie van hepatitis C in relatie tot seksueel misbruik.

11.3.2.8.2 Aanbevelingen uit RCPCH

HCV is seksueel overdraagbaar bij volwassenen. Daarom moet, ondanks gebrek aan bewijs, bij kinderen met hepatitis C na uitsluiting van verticale of perinatale transmissie of contaminatie met bloed, seksueel misbruik worden overwogen. Een positieve diagnose bij de moeder mag er niet toe leiden dat seksueel misbruik zondermeer wordt uitgesloten.

11.3.2.9 Humaan immunodeficiëntie virus (HIV)

Humaan immunodeficiëntie virus (HIV) transmissie kan plaatsvinden door geïnfecteerde bloed- of weefselsproducten (bijvoorbeeld bij intra veneus druggebruik en orgaan donatie), seksueel contact en door verticale transmissie (perinataal in utero en gedurende de geboorte) inclusief borstvoeding. Het delen van een scheerapparaat of scheermes wordt ook als risicovol gezien.

Het risico op transmissie door seksueel contact varieert van 0-3%, het hoogste risico treedt op bij receptieve anaal contact.

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

Seroconversie wordt binnen 6-12 weken na infectie gezien, maar klinische symptomen kunnen zich pas jaren later presenteren. Congenitale HIV kan zich binnen maanden met symptomen presenteren, maar de infectie is vaak asymptomatisch en kinderen kunnen zich ook pas presenteren na de leeftijd van 10 jaar

Drie studies suggereren een positieve associatie tussen genitaal- genitaal/anaal contact of penetratie en Hiv-infectie.

Twee studies onder seksueel misbruikte 0-18 jarigen rapporteerden HIV in <1% en 34%. Eén studie onder seksueel misbruikte 0-16 jarige rapporteerde HIV in <1%, van deze kinderen kon in 32% de transmissie route niet worden vast gesteld.

In één studie onder HIV geïnfekteerde 0-13 jarigen was bij 2% van de kinderen sprake van seksueel misbruik. In één andere studie onder HIV geïnfekteerde kinderen was er bij 14/96 kinderen sprake van seksueel misbruik.

Drie studies naar het type misbruik suggereren een associatie tussen genitaal-genitaal, genitaal-anaal contact of penetratie en HIV infectie.

11.3.2.9.1 Conclusie sub vraag uit RCPCH

seksueel misbruik is een waarschijnlijke bron van Hiv-infectie bij kinderen bij wie de mogelijkheid van moeder-kind transmissie of bloedcontaminatie is uitgesloten.

11.3.2.9.2 Aanbevelingen uit RCPCH

Bij een HIV positief kind met een niet geïnfekteerde moeder is seksueel misbruik zeer waarschijnlijk. Bij kinderen zonder andere risicofactoren voor een Hiv-infectie is seksueel misbruik een waarschijnlijke diagnose. Een positieve diagnose bij de moeder mag er niet toe leiden dat seksueel misbruik zondermeer wordt uitgesloten.

11.3.2.10 Trichomonas vaginalis (TV)

Trichomoniasis is een vaginale infectie veroorzaakt door het protozoa *Trichomonas vaginalis* (TV). TV heeft een geoestrogeniseerde mucosa nodig, de infectie bij mannen is meestal voorbijgaand.

Bij volwassenen zijn de meest voorkomende symptomen vaginale afscheiding, vulvaire pruritus, dysurie, nare geur, urethra afscheiding. TV wordt vrijwel exclusief door seksueel contact verkregen. Perinatale transmissie treedt bij 5% van de baby's van geïnfekteerde moeders op. De incubatietijd is niet bekend.

TV werd bij 0 en 3% van de 0-12 jarige - (3 studies) en bij <1% van de 0-18 jarige (3 studies) seksueel misbruikte kinderen aangetroffen en in de meerderheid van de studies bij 0% van de seksueel misbruikte kinderen.

In een studie met 0-12 jarigen met TV werd bij 1 van 3 kinderen seksueel misbruik aangetoond. In 3 studies met 0-18 jarigen met TV werd seksueel misbruik in 4 van 6, 6 van 7 en 4 van 4 kinderen aangetoond.

11.3.2.10.1 Conclusie sub vraag uit RCPCH

seksueel misbruik is een waarschijnlijke oorzaak van een *Trichomonas vaginalis* infectie bij meisjes. Er is onvoldoende bewijs voor een leeftijd waarboven verticale transmissie van TV uitgesloten is.

11.3.2.10.2 Aanbevelingen uit RCPCH

Bij meisjes met een bevestigde TV infectie is seksueel misbruik waarschijnlijk. Hoewel bewijs ontbreekt boven welke leeftijd verticale transmissie kan worden uitgesloten, is een TV infectie bij meisjes onder de leeftijd van 2 maanden het mogelijke gevolg van verticale transmissie en kan de infectie aanwezig blijven door het effect van het maternale oestrogeen; seksueel misbruik moet wel overwogen worden. Diagnose TV infectie bij kinderen 6 weken -13 jaar is reden voor directe verwijzing naar jeugd-beschermingsinstantie (VT), >13 jaar is het afhankelijk van de situatie.

11.3.3 SAMENVATTENDE CONCLUSIES UIT RCPCH LITERATUUR

Het risico dat een kind na seksueel misbruik een SOA krijgt is afhankelijk van verschillende factoren zoals het type misbruik en de prevalentie van SOA in de lokale populatie.

Postnataal verkregen gonorroe, syfilis, chlamydia, trichomonas vaginalis en non-transfusie/non perinatale verkregen HIV zijn indicatief voor seksueel misbruik [102].

Timing bij het afnemen van de diagnostiek is belangrijk vanwege de variërende incubatieperioden. SOA kunnen asymptomatisch verlopen.

De bevinding van een SOA moet in de volledige context van de presentatie worden beoordeeld.

Tabel 11.1 Associatie tussen SOA en seksueel misbruik o.b.v. de literatuur

SOA	Conclusie	Adviezen
CT	Seksueel contact is de meest waarschijnlijke transmissie route in puberale en pre puberale kinderen.	seksueel misbruik moet altijd overwogen worden in kinderen die zich presenteren met een CT infectie. In puberale meisjes moet consensueel seksueel contact ook in de DD staan. Diagnose CT infectie bij kinderen <13 jaar is reden voor directe verwijzing naar jeugd-beschermingsinstantie (VT), >13 jaar is het afhankelijk van de situatie. Een positieve diagnose bij de moeder mag er niet toe leiden dat seksueel misbruik zondermeer wordt uitgesloten.
Ng	Seksueel contact is de meest waarschijnlijke transmissie route bij puberale en pre puberale kinderen met een Ng infectie. Er is onvoldoende bewijs over de leeftijd waarbij verticale transmissie kan worden uitgesloten.	Wanneer een kind zich presenteert met een bevestigde, niet-oftalmische gonorroe, moet de mogelijkheid van seksueel contact worden overwogen en is seksueel misbruik (bij puberale kinderen in afwezigheid van consensueel seksueel contact) waarschijnlijk. Een Ng infectie bij kinderen <13 jaar is reden voor directe verwijzing naar jeugd-beschermingsinstantie (VT), >13 jaar is het afhankelijk van de situatie. Een positieve diagnose bij de moeder mag er niet toe leiden dat seksueel misbruik zondermeer wordt uitgesloten.

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

BV	Het vaststellen van BV is niet behulpzaam in de diagnostiek bij een vermoeden van seksueel misbruik.	Het afnemen van een bacteriële kweek kan overwogen worden bij een meisje met veel afscheiding aangezien dit wellicht behandelconsequenties heeft. Er is echter geen literatuur over een relatie tussen een BV en seksueel misbruik
Genitale mycoplasma	Er is geen bewijs dat een genitale mycoplasma infectie bij kinderen door seksueel contact wordt verkregen.	Wanneer genitaal mycoplasma wordt geconstateerd moet overlegd worden over eventuele behandeling met een specialist op dit gebied.
Syfilis	Syfilis is in een beperkt aantal studies aangetoond in kinderen na seksueel misbruik en seksueel contact moet overwogen worden.	Wanneer een kind zich presenteert met syfilis moet de informatie uit anamnese, lichamelijk onderzoek, syfilis serologie bij zowel kind als moeder worden gecombineerd om vast te stellen of het een verkregen of congenitale syfilis betreft. Ondanks het gebrek aan bewijs bij kinderen, moet bij het aantonen van syfilis, wanneer verticale of perinatale transmissie en bloedcontaminatie zijn uitgesloten seksueel misbruik worden overwogen. Diagnose Syfilis infectie bij kinderen <13 jaar is reden voor directe verwijzing naar jeugd-beschermingsinstantie (VT), >13 jaar is het afhankelijk van de situatie; tenzij er bewijs is voor niet seksuele. Een positieve diagnose bij de moeder mag er niet toe leiden dat seksueel misbruik zondermeer wordt uitgesloten.
Genitale wratten	Een significant deel van de kinderen met anogenitale wratten zijn seksueel misbruikt. Er is geen bewijs voor een leeftijdsgrens waarboven verticale transmissie kan worden uitgesloten. Er is onvoldoende bewijs voor de significantie van de associatie van orale wratten met seksueel misbruik.	Bij elk kind wat zich presenteert met anogenitale wratten, moet seksueel misbruik overwogen worden. Diagnose anogenitale infectie bij kinderen <13 jaar is reden voor directe verwijzing naar jeugd-beschermingsinstantie (VT), >13 jaar is het afhankelijk van de situatie.

HSV	Er is weinig bewijs over de associatie van genitale herpes met seksueel misbruik.	Bij kinderen met genitale herpes moet seksueel misbruik altijd overwogen worden. Auto-inoculatie moet altijd overwogen worden Een genitale HSV infectie bij pre puberale kinderen is reden voor directe verwijzing naar jeugd-beschermingsinstantie (VT).
HBV	Er is onvoldoende bewijs over de significantie van de associatie van hepatitis B met seksueel misbruik.	Wanneer hepatitis B bij een kind wordt aangetroffen en verticale of perinatale transmissie en contaminatie met bloedproducten uitgesloten is moet seksueel misbruik worden overwogen. Een positieve diagnose bij de moeder mag er niet toe leiden dat seksueel misbruik zondermeer wordt uitgesloten.
HCV	Er is onvoldoende bewijs voor de significantie van hepatitis C in relatie tot seksueel misbruik.	HCV is seksueel overdraagbaar bij volwassenen. Daarom moet, ondanks gebrek aan bewijs bij kinderen met hepatitis C en uitsluiting van verticale of perinatale transmissie of contaminatie met bloed, seksueel misbruik worden overwogen. Een positieve diagnose bij de moeder mag er niet toe leiden dat seksueel misbruik zondermeer wordt uitgesloten.
HIV	seksueel misbruik is een waarschijnlijke bron van Hiv-infectie bij kinderen bij wie de mogelijkheid van moeder-kind transmissie of bloedcontaminatie is uitgesloten.	Bij een HIV positief kind met een niet geïnfecteerde moeder is seksueel misbruik zeer waarschijnlijk. Bij kinderen zonder andere risicofactoren voor een Hiv-infectie is seksueel misbruik in de meeste gevallen bewijzend voor sm. Een positieve diagnose bij de moeder mag er niet toe leiden dat seksueel misbruik zondermeer wordt uitgesloten.
TV	seksueel misbruik is een waarschijnlijke oorzaak van een Trichomonas vaginalis infectie bij meisjes. Er is onvoldoende bewijs voor een leeftijd waarboven verticale transmissie van TV uitgesloten is.	Bij meisjes met een bevestigde TV infectie is seksueel misbruik waarschijnlijk. Consensuele seksuele activiteit moet worden overwogen. Hoewel bewijs ontbreekt boven welke leeftijd verticale transmissie kan worden uitgesloten, is een TV infectie bij meisjes onder de 2 maanden oud het mogelijke gevolg van verticale transmissie en kan de infectie aanwezig blijven door het effect van het maternale oestrogeen; seksueel misbruik moet wel overwogen worden. Diagnose TV infectie bij kinderen 6 weken -13 jaar is reden voor directe verwijzing naar jeugd-

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

		beschermingsinstantie (VT), >13 jaar is het afhankelijk van de situatie.
--	--	--

Tabel 11.2 Associatie tussen SOA en seksueel misbruik [102]

Gonorroe*	Zeer hoge verdenking	Melden bij jeugd-beschermingsinstantie (VT)
Syfilis*	Zeer hoge verdenking	Melden bij jeugd-beschermingsinstantie (VT)
HIV#	Zeer hoge verdenking	Melden bij jeugd-beschermingsinstantie (VT)
Chlamydia*	Zeer hoge verdenking	Melden bij jeugd-beschermingsinstantie (VT)
<i>Trichomonas vaginalis</i> *	Hoge verdenking	Melden bij jeugd-beschermingsinstantie (VT)
Genitale herpes	Hoge verdenking	Melden bij jeugd-beschermingsinstantie (VT)**
<i>Condylomata acuminata</i> *	Verdacht	Overweeg melden bij jeugd-beschermingsinstantie (VT)***
Bacteriële vaginose	Geen uitsluitel mogelijk	Follow-up

* Indien perinatale infectie en verticale transmissie is uitgesloten.

Indien perinatale infectie of infectie middels besmette bloedproducten niet aannemelijk is.

** Tenzij er een aannemelijke verklaring voor auto-inoculatie bestaat.

*** Meldt indien er andere aanwijzingen zijn om te denken aan seksueel misbruik in anamnese, lichamelijk onderzoek of andere aangetoonde infecties.

11.3.4 WELKE TESTEN MOETEN WORDEN GEBRUIKT OM DE VERSCHILLENDE SOA AAN TE TONEN DAN WEL UIT TE SLUITEN, OP WELKE MOMENTEN EN HOE MOETEN DEZE TESTEN WORDEN AFGENOMEN?

De beantwoording van deze vraag berust op de RCPCH richtlijn [25], aangevuld met informatie uit de CDC-2015 richtlijn [102].

Het is lastig te bepalen op welke locaties er moet worden bemonsterd. Bij een sterk vermoeden van seksueel misbruik wordt aangeraden van alle plaatsen (oropharynx, anaal en genitaal) testen worden afgenomen ongeacht het verhaal van de patiënt omdat dit niet altijd betrouwbaar is doordat patiënten niet alles kunnen, durven of willen vertellen. De beslissing om SOA diagnostiek in te zetten moet op individuele basis genomen worden. Bij kinderen waarbij al een SOA is vastgesteld moet gescreend worden op andere SOA. Omdat SOA niet gebruikelijk zijn in (pre puberale) kinderen wordt bij een vermoeden op seksueel misbruik routinematig testen van alle SOA op alle locaties (genitaal, oraal en anaal) niet geadviseerd [102].

Bij alle kinderen met een vermoeden van of bewezen seksueel misbruik, bij kinderen met symptomen of klachten van een SOA en bij kinderen met onbeschermd consensueel seksueel contact moet SOA diagnostiek worden overwogen [25]. Wanneer het vermoeden niet sterk is wordt aangeraden per casus te beslissen op welke locaties bemonsterd wordt [25]. Onze aanbevelingen zijn terug te vinden in Tabel 11.6

Trichomonas, Bacteriële vaginose, gonorroe en chlamydia zijn de meest voorkomende gediagnosticeerde SOA onder vrouwen die seksueel misbruikt zijn. Deze aandoeningen komen regelmatig voor in de populatie en aantonen van deze infecties betekent niet direct dat er sprake is van seksueel misbruik. Daarom is het belangrijk dat bij seksueel actieve puberale kinderen een pre-existent aanwezige chlamydia of gonorroe infectie wordt uitgesloten indien het kind zich kort na het misbruik presenteert [102].

Tabel 11.3 Kwaliteitsbeoordeling verschillende testmethoden onderverdeeld naar veroorzakend micro-organisme o.b.v. de literatuur

SOA	Kwaliteit	Test [25]	Voorkeurstest [25]
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Goed:	nucleic acid amplification test (NAAT)*	NAAT*
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Goed	NAAT*	NAAT* i.c.m. kweek
Bacteriële vaginosis	Goed	Pre puberaal: elke aanwezigheid van clue cells, mixed anaeroben	
	Goed	Puberaal: Amsell criteria [#] , Nugent score ^{##}	

<i>Treponema pallidum</i> (Syfilis)	Goed	Volledige serologie, NAAT	NAAT (wanneer beschikbaar)
Anogenitale wratten	Goed	Macroscopische diagnose	
Herpes simplex virus	Goed	NAAT	NAAT (differentiatie tussen HSV 1 en 2 mogelijk)
Hepatitis B virus (HBV)	Goed	Serologie, NAAT	
Hepatitis C virus (HCV)	Goed	Serologie, NAAT	
Humaan immunodeficiëntie virus (HIV)	Goed	Laboratorium serologie, NAAT	4e generatie test (HIV antilichamen en p24 antigeen samen)
Trichomonas vaginosis	Goed	natte preparaat microscopie, NAAT	NAAT (wanneer beschikbaar) Donker veld microscopie en kweek bij vaginale afscheiding

* met 2e NAAT bevestigd

**Amsell criteria: Drie van 4 criteria moeten aanwezig zijn, hiermee is bij 90% van de vrouwen een accurate diagnose BV mogelijk. De criteria zijn:

- Homogene vaginale afscheiding (kleur en hoeveelheid kan wisselend zijn)
- Amine (visachtige) geur bij toevoegen KOH ("whiff test")
- Aanwezigheid clue cells (> 20%) bij microscopie
- Vaginale pH >4.5

Erg belangrijk criterium.

Nugent score: de Nugent score wordt berekend door de aanwezigheid van grote Grampositieve staafvormige bacteriën (*Lactobacillus* morphotypen; daling in *Lactobacillus* wordt gescoord als 0 tot 4), kleine Gram-variabele staafvormige bacteriën rods (*Gardnerella vaginalis* morphotypen worden gescoord als 0 tot 4), en gekromde Gram-variabele staafvormige bacteriën *Mobiluncus* spp. morphotypes; worden gescoord als 0 tot 2) te bepalen. De range van de score verloopt van 0 to 10. Een score van 7 tot 10 geeft de diagnose BV.

11.3.4.1 SOA testen bij pre puberale meisjes

De volgende testen worden in de literatuur aangeraden (per casus afwegen):

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde

- Vestibulum uitstrijk
 - o *N. gonorrhoeae* kweek (kweek moet gedaan worden als profylactische behandeling is gegeven of als aannemelijk wordt geacht dat her-testen niet mogelijk is bij een positieve NAAT (bijvoorbeeld bij risico niet nakomen vervolg afspraken)
 - o NAAT *N. gonorrhoeae* en *C. Trachomatis*
 - o Optioneel: microscopie: *T. vaginalis*, candida, bacteriële vaginose (BV); of, candida, aerobe en anaeroben.
- Urine monster
 - o Enkel wanneer kind of verzorger introïtale uitstrijk weigert: NAAT *N. gonorrhoeae* en *C. trachomatis*.
- Rectale uitstrijk
 - o Indien rectaal misbruik heeft plaatsgevonden of er is een vermoeden van.
 - NAAT: *N. gonorrhoeae* en *C. trachomatis*.
 - Kweek: *N. gonorrhoeae*
- Pharyngeale uitstrijk
 - o Indien oraal misbruik heeft plaatsgevonden of er is een vermoeden van.
 - NAAT: *N. gonorrhoeae* en *C. trachomatis*.
 - Kweek: *N. gonorrhoeae*

11.3.4.1.1 Adviezen rondom afname

- vestibulum uitstrijk (vermijd contact met het hymen)
- Transhymenale (ENT) uitstrijkjes zijn kleiner dan traditionele uitstrijkjes uitstrijkjes en kunnen gebruikt worden in de hymenale opening indien deze groot genoeg is zonder ongemak te veroorzaken. Meestal niet noodzakelijk.
- Eerste straal urine (NAAT) voor *N. gonorrhoeae* en *C. trachomatis* kan worden afgenomen bij jongens, bij meisjes alleen als andere testen (vestibulaire uitstrijk) niet lukken.
- Gebruik altijd het juiste medium

11.3.4.2 SOA testen bij puberale meisjes

Zoals beschreven bij pre puberale meisjes maar een vaginale in plaats van vestibulum uitstrijk voor NAAT en kweek (afgenomen door arts of patiënt zelf). Indien een speculum wordt getolereerd kan een endocervicale uitstrijk worden afgenomen. Een kweek voor *N. gonorrhoeae* moet ingezet worden indien profylactische behandeling is gegeven of wanneer hertesten niet mogelijk is bij een positieve NAAT.

11.3.4.2.1 Adviezen rondom afname

- Breng het wattenstokje ongeveer 3-4 cm in de vagina en draai het stokje rustig in het rond gedurende 10-30 seconden.
- Zelf-sampling kan overwogen worden bij puberale kinderen, niet bij pre puberale kinderen.
- Gebruik altijd het juiste medium.

11.3.4.3 SOA testen bij jongens

De volgende testen zijn geïndiceerd:

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

- Bij urethrale afscheiding: meatale uitstrijk (pre puberale jongens), urethrale uitstrijk (puberale jongens)
 - o Bij afscheiding
 - Microscopie voor 'pus cells'
 - Kweek *N. gonorrhoeae*
- Urine monster
 - o NAAT: *N. gonorrhoeae* en *C. trachomatis*
- Rectale uitstrijk
 - o Indien rectaal misbruik heeft plaatsgevonden of er is een vermoeden van.
 - NAAT: *N. gonorrhoeae* en *C. trachomatis*.
 - Kweek: *N. gonorrhoeae*
- Pharyngeale uitstrijk
 - o Indien oraal misbruik heeft plaatsgevonden of er is een vermoeden van.
 - NAAT: *N. gonorrhoeae* en *C. trachomatis*

11.3.4.4 SOA testen bij genitale blaren en ulcera, bij jongens en meisjes

In deze gevallen worden de volgende testen aangeraden:

- Uitstrijk van de blaarbodem op HSV NAAT
- Uitstrijk op *T. pallidum* NAAT (indien mogelijk)
- HSV serologie (IgM, IgG), gepaarde sera met 3 weken interval; HSV-2 serologie is niet betrouwbaar bij kinderen <14 jaar. Voor interpretatie van de uitslagen is een expert nodig.
- Uitstrijk voor bacteriële kweek
- Donker veld microscopie op *T. pallidum* moet overwogen worden
- Syfilis serologie, met herhaling na 4-6 weken.

11.3.4.5 SOA testen bij genitale wratten

De waarde van typering van humaan papilloma virus (HPV) is controversieel. Het is niet gerechtvaardigd dit routine matig te doen.

11.3.4.6 Tijdstip afname

Aanbevolen wordt altijd te bemonsteren op T=0 (*N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* worden altijd afgenomen en HIV, syfilis, hepatitis B en C na afweging van de risicofactoren).

De testen op *N. gonorrhoeae* en *C. trachomatis* moeten worden herhaald na 2 weken.

Serologie voor HIV T=0, na 4 en 12 weken, Syfilis T=0, na 4 en 8 weken en HBV en HCV T=0 en na 8 weken, afhankelijk van de risicofactoren.

Tabel 11.4 Tijdstip afname

T=0/ bij presentatie binnen 7 dagen na incident	NAAT CT en NAAT/ kweek Ng Veneus bloed op HIV (4e generatie test), HBV, HCV en syfilis (naar gelang risicofactoren)	
---	--	--

2 weken (tenzij bij presentatie al > 2 weken na seksueel contact)	NAAT CT en NAAT/ kweek Ng	
4 weken	Veneus bloed HIV (4e generatie test) en syfilis	
8 weken	Veneus bloed op HBV, HCV en syfilis	Alleen bij risicofactoren
12 weken	Veneus bloed HIV (4e generatie test)	Alleen wanneer PEP is gegeven

11.3.4.7 Chain of evidence

Overleg met de forensisch arts over de mogelijkheid dat het resultaat van een SOA test wordt gebruikt als bewijs.

Testen en evt. behandelen van consensuele en niet-consensuele seksuele partners moet overwogen worden, inclusief familieleden wanneer er sprake is van een positieve SOA test. Ouders moeten worden getest indien er kans is op verticale of seksuele transmissie. In het algemeen kan voor dit laatste de huisarts ingeschakeld worden.

11.3.5 WANNEER MOET EEN ZWANGERSCHAPSTEST WORDEN INGEZET?

De SOA- en RCPCH richtlijn [25, 101] stellen dat bij puberale meisjes een zwangerschap dient te worden uitgesloten indien daar kans op is middels urine humaan chorion gonadotrofine (beta-hCG). De test is, in het geval van zwangerschap, in het algemeen positief vanaf de dag van de verwachte menstruatie (na de bevruchting) of 1 à 2 dagen later. Naast de urine testen is de beta-hCG-bepalingen in het bloed gevoeliger.

11.3.6 WANNEER MOET PROFYLACTISCHE SOA BEHANDELING OVERWOGEN WORDEN?

Het risico om een SOA op te lopen is laag. Risico verschilt per type van misbruik en is afhankelijk van:

- Of geweld gebruikt is
- Of er anogenitaal letsel met bloeding aanwezig was
- Karakteristieken van de vermoedelijke plegger en het aantal mogelijke plegers
- De prevalentie van specifieke SOA in de populatie en de transmissie van een bepaalde SOA.

Wanneer eenmaal medicatie is gegeven, kan het onmogelijk zijn nog een positieve uitslag te verkrijgen, wat voor de 'chain of evidence' belangrijk kan zijn. De CDC-2015 [102] adviseert het volgende: Profylactische behandeling van een SOA wordt bij kinderen niet aangeraden omdat 1) de incidentie van SOA bij kinderen laag is na seksueel misbruik, 2) pre puberale meisjes een lagere kans hebben op een

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

opstijgende infectie dan adolescente of volwassen vrouwen, 3) follow-up afspraken bij kinderen beter worden nagekomen. Echter indien ouder(s) of verzorger(s) erg ongerust zijn over een mogelijke SOA infectie, kan overwogen worden blind te behandelen na afname van SOA diagnostiek.

11.3.6.1 Gonorroe en Chlamydia

Profylactische behandeling wordt niet routinematig aangeraden. Overweeg profylaxe indien:

- Testen op Ng en CT niet zijn afgenomen of worden geweigerd.
- Het is onwaarschijnlijk dat het kind terug komt voor follow up diagnostiek en/ of uitslagen
- Het risico op infectie hoog is: er is een infectie bij de verdachte pleger aangetoond of er waren meerdere plegers.
- Profylaxe een betere prognose heeft dan behandeling (zoals bij HIV)

11.3.6.2 Syfilis

Profylaxe moet overwogen worden indien de vermoedelijke pleger bekend is met besmettelijke syfilis. Er moet een afweging worden gemaakt tussen het verkrijgen van forensisch bewijs (seroconversie bij het kind) en de noodzaak infectie te voorkomen en een stigma door een positieve syfilis serologie.

Profylaxe: Penicilline G 50,000 E i.m. tot max. volwassen dosis van 2,4 miljoen E.in een enkele dosis.

11.3.6.3 Hepatitis B

Hepatitis B vaccinatie moet overwogen worden indien het kind niet eerder is gevaccineerd en **<6 weken** na het laatste vermoedelijke misbruik wordt gepresenteerd.

Er is enig bewijs bij volwassenen wat aantoont dat een HBV infectie hiermee voorkomen kan worden Het heeft hogere slagingskans na eenmalig seksueel misbruik.

- Vaccinatie schema kan versneld doorlopen worden (0, 7, 21 dagen), of 0, 1, 2 maanden met een booster na 12 maanden
- Standaardschema: 0, 1, 6 maanden
- Het schema moet gekozen worden afhankelijk van leeftijd (versneld bij adolescenten) en het risico op blootstelling.
- Hepatitis B immunoglobulinen moeten overwogen worden indien de vermoedelijke pleger Hepatitis B e Ag/sAg positief is en het kind liefst <48-72 gezien wordt, maar in ieder geval **t/m 7 dagen** na het incident.

Details over vaccinatie zijn terug te vinden op: <http://www.cdc.gov/hepatitis>.

11.3.6.4 Hepatitis C

Er is geen wetenschappelijk bewijs voor profylactische behandeling van kinderen. Enkele studies bij volwassenen tonen aan dat na een hoog risico incident (bv. parenterale blootstelling aan een HCV positieve bron), indien er infectie is aangetoond, vroege behandeling mogelijk effectief kan zijn. Er zijn geen vaccinaties beschikbaar.

11.3.6.5 Herpes genitalis

Er is nog geen vaccin beschikbaar.

11.3.6.6 Genitale wratten

Een vaccinatie om een aantal stammen van HPV te voorkomen is geregistreerd en wordt gebruikt bij jongens en meisjes van 9-26 jaar oud. Wanneer deze vaccinatie voorafgaand aan een infectie met het bepaalde type HPV wordt toegediend is dit effectief in het voorkomen van cervix carcinoom, anus kanker en genitale wratten. De rol van het vaccin na seksueel misbruik is nog niet bekend.

11.3.6.7 Humaan Immunodeficiëntie Virus

De RCPCH Richtlijn verwijst naar: <http://www.bashh.org>, Children's HIV association (CHIVA). Post-Exposure Prophylaxis (PEP) Guidelines for children and Adolescents exposed to Blood-borne Viruses. 2003. Updated 2011; UK Government Expert Advisory Group on AIDS. Change to recommended Regime for Post-exposure prophylaxis (PEP). September 2014.

Het risico op HIV is over het algemeen laag, maar profylactische behandeling moet overwogen worden bij elk kind die zich **<72 uur na incident** na het meest recente misbruik presenteert, vooral wanneer er onbeschermd anogenitale penetratie heeft plaatsgevonden. Risicofactoren moeten meegewogen worden. Het merendeel van de kinderen zal het niet nodig hebben. Een beslissing moet worden genomen volgens de 'BASHH guidelines for adults and CHIVA guidelines' <http://www.bashh.org/>. De beslissing om te behandelen moet afgewogen worden op basis van het risico om een infectie op te lopen ten op zichte van het risico van de behandeling en de kans op therapie trouw. Factoren die meegenomen moeten worden in de overweging zijn: type van seksuele activiteit, bijkomend geweld, HIV status van vermoedelijke pleger (indien bekend), de prevalentie in de populatie waartoe de vermoedelijke pleger behoort.

Behandeling moet zo snel mogelijk gegeven worden maar ten minste <72uur, met nauwkeurige monitoring van toxiciteit en compliance gedurende de therapie, in samenspraak met een kinderarts-HIV specialist.

Hoog actieve antiretrovirale therapie bevat 3 middelen die gedurende 4 weken moeten worden gegeven. Serologie op HIV moet worden afgenomen voor aanvang van de behandeling, resultaten hoeven nog niet bekend te zijn voor aanvang. Serologie moet herhaald worden 4 en 8 weken na afronden van de behandeling (T 12 weken), i.v.m. mogelijk verlate seroconversie na behandeling.

11.3.7 ZWANGERSCHAPSPROFYLAXE

De RCPCH Richtlijn verwijst in verband met de snelle ontwikkelingen in dit veld naar: <http://www.fsrh.org>

Bij vermoedelijk seksueel misbruik van een patiënt met risico op zwangerschap moet de behandelend arts anticonceptie bespreken. Onbeschermd seksueel contact omvat ook geslachtsgemeenschap met terugtrekken voor ejaculatie en indien er sprake is geweest van ejaculatie op de externe genitalia. Er zijn momenteel 3 methoden beschikbaar, 2 orale en 1 intra-uterien (IUD). Meer informatie is ook terug te vinden op: <http://www.arhp.org/topics/emergency-contraception>.

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

11.3.7.1 Orale methoden

11.3.7.1.1 Levenorgestrel (NorLevo 1.5 mg)

- Beschikbaar als tablet van 1500µg. Geregistreerd voor <72 uur na incident van onbeschermd seksueel contact, echter, het kan ook gegeven worden tussen 73-96 uur mits de patiënt tevoren is ingelicht dat er beperkt bewijs is voor het effect in deze periode.
- Meest effectief indien gegeven <12 uur, het effect neemt daarna af.
- Geen absolute contra-indicaties, maar voorzichtigheid bij patiënten met een leverfunctie stoornis, overgevoeligheid voor levonorgestrel, malabsorptiesyndromen en enkele zeldzame aandoeningen.
- Het gebruik heeft geen effect op een eventuele langer bestaande zwangerschap, geen negatief effect op de foetus.
- Dosisaanpassing overwegen indien de patiënt gelijktijdig leverenzym inducerende medicatie gebruikt (bijvoorbeeld PEP).
- Contra-indicaties:
 - o Indien patiënt <2 uur na inname braakt kan de dosis niet effectief zijn en moet de patiënt de tablet opnieuw innemen
 - o Indien de menstruatie niet <7 dagen na de verwachte menstruatie start, of de menstruatie ongewoon is in welke vorm dan ook, moet de patiënt contact opnemen met een arts om een zwangerschapstest te laten afnemen.
 - o Patiënten moeten het advies krijgen geen seksueel contact te hebben of een condoom te gebruiken gedurende de rest van hun huidige menstruele cyclus.

11.3.7.1.2 Ulipristal acetate (ElaaOne 30 mg)

Gebruik indien de patiënt zich presenteert tussen 72-120 uur na onbeschermd seksueel contact.

Indicaties:

- Zo snel mogelijk, maar <120 uur na onbeschermd seksueel contact.
- Herhaaldelijk gebruik binnen 1 menstruele cyclus wordt niet geadviseerd omdat de veiligheid en het effect niet onderzocht zijn.
- Indien er sprake is van meermalig onbeschermd seksueel contact, is het alleen effectief wanneer er geen contact >5 dagen geleden heeft plaatsgevonden. Dit geldt niet wanneer dit seksueel contact > 21 dagen geleden heeft plaatsgevonden en de zwangerschapstest negatief is.

Contra-indicaties:

- (mogelijke) zwangerschap
- Overgevoeligheid
- Ernstige leverfunctiestoornis
- Astma niet onder controle met orale glucocorticoïd.

Interactie:

- Lever enzymen inducerende medicatie.
- Zuurremmers, protonpomp remmers, H2 receptor antagonisten, of andere medicatie die de pH van de maag doet stijgen.
- Reduceert het effect van progesteron bevattende anticonceptiva.

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

11.3.7.2 Intra-uteriene methoden

IUD: Koper spiraaltje, tot 5 dagen (120u) na de meest waarschijnlijke ovulatie.

Overleg zo nodig met gynaecoloog.

11.3.8 ZWANGERSCHAP NA SEKSUEEL MISBRUIK

Indien er sprake is van een zwangerschap na vermoedelijk seksueel misbruik moet de patiënt verwezen worden voor begeleiding door een ervaren arts, verpleegkundige of 'counselor'. Indien de patiënt een zwangerschapsafbreking wenst, moet de mogelijkheid voor een vaderschapstest worden uitgezocht (in het kader van forensisch bewijs). Artsen moeten seksueel misbruik overwegen indien een zwangerschap verborgen wordt.

11.4 OVERIGE OVERWEGINGEN

11.4.1 ALGEMEEN

Het is belangrijk dat er bij het afnemen van SOA diagnostiek, zwangerschapstest en profylactische behandeling altijd aan de privacy van de patiënt wordt gedacht. Denk ook aan de rekeningen en automatisch opgestelde brieven die verstuurd worden. Op verzoek van de patiënt mag worden afgezien van informed consent bij de gezaghebber indien het kind tussen de 12-15 jaar is, en in uitzonderingen indien het kind <12 jaar oud is. Overleg met medisch jurist en ethicus indien noodzakelijk.

Het afnemen van diagnostisch onderzoek moet worden verricht door artsen met expertise op het gebied van afname en interpretatie, bij voorkeur dezelfde arts die ook het lichamelijk onderzoek verricht (opdat het kind niet onnodig wordt belast) en het overige onderzoek naar een vermoeden van seksueel misbruik uitvoert. Assistentie van een getrainde verpleegkundige kan behulpzaam zijn. Op deze manier kan de test uitslag geïnterpreteerd worden in de juiste context. Het consulteren van een SOA specialist, voor interpretatie en overleg over evt. noodzakelijk vervolgonderzoek en profylactische behandeling, wordt hierbij aangeraden. Zo nodig moet met de (kinder)gynaecoloog overlegd worden over zwangerschapspreventie.

Bij het afnemen van SOA testen, met name bij pre puberale meisjes, helpt het om het wattenstokje van te voren nat te maken met fysiologisch zout, dit is minder pijnlijk dan een droge wattenstok.

Speculum onderzoek is (pre)puberaal niet nodig. SOA veroorzaken bij pre puberalen geen cervicitis, bij puberale meisjes is vaginale afname voor chlamydia en gonorroe vrijwel net zou betrouwbaar. Het gebruik van een speculum kan bij een seksueel misbruikt meisje retraumatiseren. Inzetten van SOA diagnostiek is geen indicatie voor speculum onderzoek en is nooit geïndiceerd bij pre puberalen en niet seksueel actieve meisjes. Denk er aan dat, ook bij seksueel actieve meisjes, speculum onderzoek kan retraumatiseren.

In de bovengenoemde beschrijving van de literatuur wordt gesproken over jeugdbeschermingsinstantie. Wat in RCPCH jeugdbeschermingsinstantie wordt genoemd kan vertaald worden naar VT in de Nederlandse situatie. Afhankelijk van het risico op seksueel misbruik bij het aantreffen van een SOA moet overlegd worden met VT. In het algemeen geldt dat in geval van een verdenking van seksueel misbruik (anoniem) overleg met VT een verplichte stap in de meldcode is, zie hoofdstuk 15 - Juridische aspecten¹⁵. Indien er een SOA wordt aangetroffen, waarbij verticale transmissie is uitgesloten dan wel niet aannemelijk is moet altijd overleg plaatsvinden met VT. Echter artsen moeten zich bewust zijn dat een positieve diagnose bij de moeder er niet toe mag leiden dat seksueel misbruik zondermeer wordt uitgesloten.

Idealiter gaat de voorkeur uit naar het testen van verdachten/plegers in plaats van het kind, om zo het kind niet onnodig te belasten. Indien de verdachte/pleger negatief test op SOA is er geen indicatie het kind te testen of profylactisch te behandelen. Echter in de praktijk zijn deze situaties zeldzaam.

Het is aan te bevelen contact op te nemen met de arts-microbioloog van het betreffende ziekenhuis (voor het opstellen van lokale protocollen) over welke SOA testen er in het betreffende ziekenhuis beschikbaar zijn.

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

11.4.2 ASSOCIATIE SEKSUEEL MISBRUIK EN SOA

Uitslagen van medisch onderzoek kunnen in Nederland gebruikt worden voor juridisch onderzoek. Alleen bij het veiligstellen van DNA sporen is de zogenaamde 'Chain of evidence' van belang. Zie het hoofdstuk over forensische onderzoek 12 - Uitgangsvraag 7 Forensisch Medisch onderzoek, wat moet men doen en laten?.

Wanneer er een SOA infectie wordt aangetroffen moet met (puberale) kinderen ook de mogelijkheid van infectie door consensueel seksueel contact besproken worden, evt. in afwezigheid van ouders.

11.4.3 NEISSERIA GONORRHOEAE

De RCPCH [25] noemt mensen die opgroeien in stedelijke gebieden en etnische minderheden als risico groepen. Echter er zijn ook etnische minderheden die juist een minder hoog risico lopen. Sekswerkers echter werden niet door hen genoemd en behoren wel tot de risicogroepen.

Bij een kind met een oftalmische gonorroe infectie kan sprake zijn van auto-inoculatie. Daarom moet er ook getest worden op andere locaties (vestibulum (uitstrijk)/urethraal (urine), rectaal en oraal). Bij neonaten is verticale transmissie de meest voor de hand liggende verklaring, echter ook bij neonaten moet men er op bedacht zijn dat seksueel misbruik een oorzaak kan zijn.

Uit literatuur onderzoek onder volwassenen en puberale meisjes blijkt dat het testen op *N. gonorrhoeae* in de urine minder sensitief is dan een uitstrijk [103]. Of dit ook geldt voor pre puberale meisjes is onbekend. Op dit moment kunnen we niet zeggen welke test sensitiever is of dat beide methoden gelijkwaardig zijn door gebrek aan literatuur over pre puberale meisjes. De behandelaar zal daarom zelf een afweging moeten maken tussen de belasting van een vestibulaire uitstrijk en het risico op *N. gonorrhoeae* infectie. Indien het risico hoog is kan men overwegen zowel urine als een uitstrijk in te zetten.

11.4.4 NEISSERIA GONORRHOEAE & CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Er zijn verschillende type NAAT's beschikbaar en de ontwikkelingen op dit gebied gaan snel. Voor zowel gonorroe als chlamydia geldt dat de vooraf kans bij kinderen zeer laag is. Dit heeft tot gevolg dat positieve testen zeldzaam zijn, en dat een positieve uitslag daardoor een hoger risico heeft fout-positieve te zijn. Om te voorkomen dat men vaart op een fout-positieve test wordt daarom bij kinderen wel geadviseerd een NAAT te herhalen, bij voorkeur met een tweede monster en met een andere sequentie. Tegelijkertijd kan er dan voor gonorroe een kweek worden afgenomen voor resistentie bepaling zodat behandeling hierop kan worden aangepast indien nodig.

11.4.5 BACTERIËLE VAGINOSIS

Er bestaat geen algemene definitie voor bacteriële vaginose. Wij adviseren daarom de definitie van de NHG aan te houden, namelijk ten minste drie van de volgende criteria: homogene fluor, pH >4,5, positieve aminetest, 'clue'-cellen in het fysiologisch-zoutpreparaat. Kweken worden in de praktijk nog veelvuldig gebruikt. Echter deze zijn weinig sensitief en specifiek omdat kwantificering ontbreekt. De voorkeur gaat daarom uit naar een grampreparaat. (*referenties L. Smeets volgen*)

11.4.6 GENITALE MYCOPLASMA

De literatuur over de gevolgen van genitale mycoplasma spreekt elkaar tegen. Er is weinig literatuur beschikbaar, zowel artikelen die een relatie met klachten beschrijven als artikelen die geen associatie vinden. De associatie met vaginale afscheiding, cervicitis en PID zijn niet onomstreden. Er zijn geen richtlijnen gevonden die adviseren te screenen op genitale mycoplasma om PID te voorkomen.

11.4.7 SYFILIS

Syfilis wordt bij uitsluiting van verticale transmissie als zeer sterk verdacht voor seksueel misbruik gezien.

Zoals beschreven in de literatuur is NAAT een geschikte test, echter deze kan alleen toegepast worden indien er een voor syfilis verdacht ulcus wordt gevonden waar een goed monster van kan worden afgenomen. In het merendeel van de presentaties van (een verdenking van) seksueel misbruik zal er geen ulcus aanwezig zijn. Bij die kinderen gaat de voorkeur uit naar serologie.

Bij een intra-uterien verworven, transplacentaire infectie moet een moeder positief zijn. Ook na genezing is het altijd aan te tonen dat de moeder een infectie heeft doorgemaakt. Indien (doorgemaakte) infectie bij de moeder is uitgesloten (evt. met hertesten bij twijfel) is een perinatale infectie uitgesloten.

11.4.8 TRICHOMONAS VAGINALIS

TV is een SOA die geen risico geeft op late complicaties, zoals onvruchtbaarheid. Voor het voorkomen van gezondheidsschade is screenen op TV bij verdenking van seksueel misbruik niet van toepassing. Echter bij het versterken van een vermoeden van seksueel misbruik kan testen op TV wel bijdragen. Vestibulaire uitstrijk (NAAT) bij meisjes en urine NAAT bij jongens is voldoende. Rectaal en orofaryngeaal testen is niet geïndiceerd.

11.4.9 SOA TESTEN

Het vakgebied van SOA diagnostiek en behandeling staat niet stil. Om zowel onnodig testen als onnodige terughoudendheid bij het testen te voorkomen raden wij aan altijd te overleggen met een infectioloog of SOA specialist (zoals (kinder)gynaecoloog). Hierbij is aan te raden te overleggen met de (kinder)gynaecoloog.

De RCPCH richtlijn [25] adviseert om op indicatie andere locaties dan genitaal (namelijk anaal en oro-pharyngeaal) te testen. Echter zij stellen ook dat het verhaal van een slachtoffer niet altijd betrouwbaar is doordat het slachtoffer het volledige verhaal niet kan, wil of durft te vertellen. Laagdrempelig moeten alle locaties meegenomen worden in het onderzoek.

In Nederland worden kweken voor het vaststellen van een SOA nagenoeg niet meer gebruikt (met uitzondering van resistentie bepaling bij gonorroe), deze zijn daarom in Tabel 11.3 niet vermeld.

11.4.10 SOA TESTEN BIJ PRE PUBERALE MEISJES

De kans dat een kind positief is voor gonorroe is heel klein. De NAAT is de meest gevoelige test. Een kweek is minder gevoelig maar heeft als voordeel de mogelijkheid tot een resistentie bepaling. Een NAAT is daarom in principe voldoende, echter indien deze positief is wordt aangeraden een tweede NAAT in te

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

zetten ter bevestiging en tevens een kweek af te nemen voor resistentie bepaling, voor aanvang van therapie. Omdat de kweek minder gevoelig is dan een NAAT wordt aangeraden deze niet als enige bevestiging te gebruiken maar tevens een nieuw monster voor een tweede NAAT (lieft op een andere sequentie) in te zetten.

Lange tijd is men in de veronderstelling geweest dat uitstrijkjesuitstrijkjes van de portio het meest gevoelig waren, gevolgd door vaginale-, vestibulaire uitstrijkjesuitstrijkjes en urine-pcr het minst gevoelig was. Met de huidige testen is de gevoeligheid van een vestibulaire uitstrijk nagenoeg vergelijkbaar met een portio- of vaginale uitstrijk. Gezien de belasting gaat daarom de voorkeur uit naar vestibulaire uitstrijkjesuitstrijkjes. Urine-pcr is bij meisjes minder gevoelig (met name voor gonorroe) en wordt daarom enkel aangeraden indien een vestibulaire uitstrijk niet mogelijk is.

De RCPCH adviseert optioneel te testen op candida, BV, aerobe en anaeroben, echter candida en BV zijn geen SOA, en aerobe en anaeroben behoren tot de fysiologische flora. Dit wordt daarom in deze richtlijn niet aanbevolen.

11.4.11 SOA TESTEN BIJ PUBERALE MEISJES

Ook voor puberale meisjes kan een vaginale uitstrijk belastend of zelfs traumatisch zijn. Een endocervicale uitstrijk is met de nieuwe generatie testen niet meer noodzakelijk. De drempel om onderzoek te verrichten met behulp van een speculum moet hoog zijn. Indien vaginale uitstrijk niet mogelijk is, is een vestibulaire uitstrijk voldoende, gezien de hoge gevoeligheid van nieuwe generatie testen.

11.4.12 SOA TESTEN BIJ JONGENS

Bij jongens geldt dat urine NAAT voor N. gonorroe en C. trachomatis voldoende is. Indien er sprake is van urethrale afscheiding is een meatale uitstrijk geïndiceerd.

11.4.13 SOA TESTEN BIJ GENITALE BLAREN EN ULCERA, BIJ JONGENS EN MEISJES

HSV serologie wordt afgeraden. Serologie geeft geen informatie over het moment en de plaats van besmetting. Het zal meestal om een orale besmetting gaan.

Alleen bij een sterk vermoeden op een secundaire infectie wordt een bacteriële kweek aangeraden.

11.4.14 TIJDSTIP SOA TESTEN

Indien een kind gepresenteerd wordt binnen de acute fase (t/m 7 dagen na het incident) kan een nulmeting geïndiceerd zijn. Het draagt bij aan het bepalen van het tijdstip van besmetting en kan zo ook juridisch bijdragen.

Om geld te besparen kan overwogen worden spijt serum af te nemen bij presentatie, voor een nul meting, om zo nodig later te laten bepalen indien serologie bij vervolgonderzoek positief blijkt.

Ook TV, evenals gonorroe en chlamydia, is zeer verdacht voor seksueel misbruik indien verticale transmissie is uitgesloten en wordt daarom geadviseerd bij de nul meting.

Bij een laag risico op besmetting en in afwezigheid van symptomen kan overwogen worden de NAAT CT en Ng pas in te zetten op T=4 weken, gezamenlijk met de HIV en syfilis serologie.

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

Men zou ook kunnen overwegen de gehele diagnostiek pas in te zetten op T=8 weken, om zo kosten te besparen. Echter wanneer er een reële mogelijkheid bestaat op een HIV infectie wordt dit afgeraden omdat de therapie zo vroeg mogelijk moet starten.

Diagnostiek naar HIV, HBV, HCV en syfilis moet alleen op indicatie worden ingezet. Indien er risico bestaat op infectie met Hepatitis B wordt op t=0 serologie ingezet en direct gestart met profylactische behandeling. Hierdoor is het niet zinvol HBV-serologie te herhalen op T=8 weken. Na het volledige vaccinatie schema moeten de antistof productie worden bepaald.

Indien het te laat is voor profylactische behandeling en het kind heeft geen HBV-vaccinatie gehad in het verleden moet serologie wel afgenomen worden op T=8 weken. Voor HIV adviseren wij om ook indien PEP gegeven is, serologie in te zetten 12 weken na het incident.

Indien presentatie minimaal 12 weken na het laatste incident heeft plaatsgevonden kan uiteraard alle diagnostiek in een keer worden in gezet. Hierbij moet wel in de overweging mee genomen worden dat wat gepresenteerd wordt als eenmalig misbruik niet altijd eenmalig is geweest.

11.4.15 PROFYLACTISCHE BEHANDELING

Het vakgebied van (profylactische) behandeling staat niet stil. Om onnodig behandelen en tegelijk onnodige terughoudendheid in behandeling te voorkomen raden wij aan altijd te overleggen met een infectioloog of SOA specialist (zoals gynaecoloog). Profylactische behandeling met HIV-PEP is niet zonder bijwerkingen en er moet alleen toe worden besloten indien er sprake is van risicofactoren. De exacte criteria voor PEP vallen buiten de scope van deze richtlijn.

Wanneer IUD nodig is moet de (kinder) gynaecoloog in consult worden gevraagd.

Op <http://nvog-documenten.nl> zijn de meest up-to-date adviezen, die van toepassing zijn op de Nederlandse situatie terug te vinden.

Het risico om een SOA op te lopen is van vele factoren afhankelijk zoals leeftijd, oestrogeen niveau (puberteitsstadium), wijze van seksueel contact en natuurlijk de SOA zelf.

Het geven van (profylactische) behandeling kan interweniëren met de bewijsvoering. Indien medische / profylactische behandeling geïndiceerd is gaat dit altijd boven de bewijsvoering.

11.4.16 ZWANGERSCHAP

Een positieve zwangerschapstest toont een zwangerschap aan, maar een negatieve zwangerschapstest sluit deze niet uit. Een zwangerschapstest wordt pas ongeveer 2 weken na de conceptie positief. Een zwangerschapstest moet altijd worden afgenomen in combinatie met een goede anamnese (cyclus regelmaat, anticonceptie, condooms, eerste dag van de laatste menstruatie en de dag waarop het seksueel contact heeft plaats gevonden).

11.5 AANBEVELINGEN

26. seksueel misbruik bij kinderen moet overwogen worden indien er sprake is van een seksueel overdraagbare aandoening en een andere manier van transmissie en consensuele seks bij een ouder kind zijn uitgesloten. (LC)

Tabel 11.5 Associatie SOA en seksueel misbruik

Gonorroë	Zeër hoge verdenking	Positieve genitale en/of anale en/of nasofaryngeale NAAAT, op kweek, en perinatale of intra-uteriene overdracht is uitgesloten.	Melden bij jeugd-beschermingsinstantie
Syfilis	Zeër hoge verdenking	Positieve serologie, en perinatale of hematogene overdracht is uitgesloten.	Melden bij jeugd-beschermingsinstantie
HIV	Zeër hoge verdenking	Positieve serologie, en perinatale of hematogene overdracht is uitgesloten.	Melden bij jeugd-beschermingsinstantiestaat
Chlamydia	Zeër hoge verdenking	Positieve NAAAT/kweek van urine, anogenitale gebied, en perinatale of intra-uteriene overdracht is uitgesloten.	Melden bij jeugd-beschermingsinstantie
Trichomonas vaginalis	Hoge verdenking	Mits aangetoond door NAAAT, kweek of direct preparaat van exsudaat, fluor vaginals of urine, als perinatale of intra-uteriene overdracht is uitgesloten.	Melden bij jeugd-beschermingsinstantie
Genitale herpes	Hoge verdenking	Tenzij er een aannemelijke verklaring voor auto-inoculatie bestaat.	Melden bij jeugd-beschermingsinstantie
Condylomata acuminata	Verdacht	Bij oudere kinderen (meestal niet-seksuele overdracht), als perinatale of intra-uteriene overdracht si uitgesloten. Bij niemand bewijzend.	Overweeg melden bij jeugd-beschermingsinstantie
Bacteriële vaginose	Geen uitsluitel mogelijk		Follow-up

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

27. Denk bij het afnemen van SOA diagnostiek, zwangerschapstest en profylactische behandeling altijd aan de privacy van de patiënt. Op verzoek van de patiënt mag worden afgezien van informed consent bij de gezaghebber indien 12-15 jaar, in uitzonderingen indien < 12 jaar oud. Overleg met medisch jurist en ethicus indien noodzakelijk. Stem met de bedrijfsvoering af over de facturatie. (LC)
28. Indien mogelijk gaat de voorkeur uit naar het testen van verdachte/pleger boven het testen van het kind. (C)
29. Indien SOA testen geïndiceerd zijn moeten monsters laagdrempelig van meerdere locaties, genitaal (vestibulair – meisjes, urine – jongens), oro-pharyngeaal en anaal, afgenomen worden. (LC)

Tabel 11.6 Aanbevolen SOA diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik o.b.v. literatuur [25, 101] en expert opinion.

Groep	Criteria voor SOA diagnostiek	Direct	2 weken	4-6 weken	8 weken	3 maanden
Pre puberale en puberale meisjes intolerant voor speculum	SOA diagnostiek moet worden overwogen bij alle kinderen met: - een vermoeden van of bewezen seksueel misbruik - symptomen of klachten van een SOA - onbeschermd consensueel seksueel contact - anogenitaal letsel	Vestibulaire uitstrijk en/of eerste straal urine (20 ml): - NAAT op CT, Ng (sommige laboratoria hebben >1 uitstrijk nodig) - Kweek TV Op indicatie: - Orale uitstrijk: NAAT op CT, Ng (sommige laboratoria hebben >1 uitstrijk nodig) - Anale uitstrijk: NAAT op CT, Ng (sommige laboratoria hebben >1 uitstrijk nodig) Open zweer/blaar/ulcera - uitstrijk – NAAT HSV en syfilis en serologie syfilisIndien hoog risico: - Serologie: Nieuwe generatie test HIV, HBV, HCV, syfilis.	Herhaling uitstrijken zoals beschreven bij 'Direct'	Nieuwe generatie test HIV en serologie voor syfilis indien hoog risico en onbehandeld.	Nieuwe generatie test HIV, HBV en HCV indien hoog risico en onbehandeld.	Nieuwe generatie test HIV indien hoog risico.
Puberale meisjes (eventueel tolerant voor speculum)		Vulvovaginale of vestibulaire uitstrijk: - NAAT op CT, Ng (sommige laboratoria hebben >1 uitstrijk nodig) - Kweek TV Op indicatie: - Orale uitstrijk: NAAT op CT, Ng (sommige laboratoria hebben >1 uitstrijk nodig) - Anale uitstrijk: NAAT op CT, Ng	Herhaling uitstrijken zoals beschreven bij 'Direct'			

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

		(sommige laboratoria hebben >1 uitstrijk nodig) - Open zweer/blaar/ulcera - uitstrijk – NAAT HSV en syfilis en serologie syfilis - Afscheiding: hoog vaginale uitstrijk (indien speculum onderzoek wordt verricht dan cervicaal) Indien hoog risico: Serologie: Nieuwe generatie test HIV, HBV, HCV, syfilis.				
Pre puberale en puberale jongens		Eerste straal urine (20 ml): - NAAT: CT en Ng Op indicatie: - Orale uitstrijk: NAAT op CT, Ng (sommige laboratoria hebben >1 uitstrijk nodig) - Anale uitstrijk: NAAT op CT, Ng (sommige laboratoria hebben >1 uitstrijk nodig) - Open zweer/blaar/ulcera - uitstrijk – NAAT HSV en syfilis en serologie syfilis - Afscheiding meatale uitstrijk (pre puberaal) of tip urethra uitstrijk (puberaal) – NAAT op CT en Ng	Herhaling uitstrijken zoals beschreven bij 'Direct'			
Algemeen: - Indien NAAT positief voor CT en/of Ng tweede NAAT met een andere sequentie inzetten (liefst uit hetzelfde monster) en kweek afnemen voor resistentie bepaling van gonokokken. Op indicatie na tenminste 4 weken herhalen. - Er is geen indicatie voor speculum onderzoek met primair doel afnemen van SOA diagnostiek Speculum onderzoek is nooit bij pre puberale meisjes geïndiceerd. Overleg met lokale arts-microbioloog over de beschikbare laboratorium testen en het lokale laboratorium over afname medium en transport voor lokale protocollen.						

30. Profylactische behandeling moet overwogen worden: 1. *Neisseria gonorrhoea* en *C. trachomatis* alleen op indicatie, niet routine matig; 2. Syfilis indien de vermoedelijke pleger bekend is met besmettelijke syfilis; 3. Hepatitis B vaccinatie overwegen indien het kind niet eerder is gevaccineerd en <6 weken na het laatste vermoedelijke misbruik wordt gepresenteerd; Hepatitis B immunoglobulinen overwegen indien de vermoedelijke pleger Hepatitis B e Ag/sAg positief is en het kind liefst <48-72 uur gezien wordt, maar in ieder geval t/m 7 dagen na het incident; 4. HIV-PEP overwegen wanneer er onbeschermd anale of vaginale penetratie met een penis heeft plaatsgevonden. Risicofactoren moeten meegewogen worden. Altijd in overleg met SOA specialist of (kinder) infectioloog. (LC)
31. Zwangerschapspreventie moet overwogen worden bij risico op zwangerschap. Een positieve zwangerschapstest(urine bèta hCG) toont een zwangerschap aan, maar een negatieve zwangerschapstest sluit deze niet uit. Zwangerschapsprofylaxe overwegen in overleg met (kinder)gynaecoloog: 1. levonorgestrol indien seksueel contact <72 uur na incident, (evt. tot max. 96 uur geleden, echter niet bewezen effectief); 2. ulpristalacetate indien seksueel contact tussen 72 en 120 uur geleden heeft plaatsgevonden; 3. IUD is mogelijk indien tijdstip mogelijke ovulatie <120 uur geleden heeft plaatsgevonden. (LC)

12 UITGANGSVRAAG 7 FORENSISCH MEDISCH ONDERZOEK, WAT MOET MEN DOEN EN LATEN?

- Wanneer is sporen onderzoek geïndiceerd?
- Hoe ziet het forensisch medisch onderzoek er uit?
- Door wie wordt het forensisch medisch onderzoek uitgevoerd? En wie zijn er allemaal bij betrokken?

12.1 INLEIDING

Tot en met 7 dagen (168 uur) na het laatste moment van seksueel misbruik, moet de mogelijkheid van het veiligstellen van forensische sporen (DNA, vezels) overwogen worden. Een dergelijk FMO kan alleen uitgevoerd worden als er contact is met de politie, omdat de politie besluit of een FMO geïndiceerd is.

De politie kan besluiten om sporen veilig te stellen voordat aangifte gedaan wordt. Voor het uitvoeren van een FMO zal de politie een forensisch arts inschakelen.

Het veiligstellen van forensische sporen heeft prioriteit boven het medisch onderzoek, omdat er bij een medisch onderzoek sporen verloren zullen gaan. Uiteraard geldt dat niet bij acute medische zorg, bijvoorbeeld bij bloedverlies door letsel in de genitaalstreek dat gehecht moet worden.

Vanuit dit protocol kan niet de werkwijze van de politie en justitie worden voorgeschreven. Daarom is geen systematisch onderzoek gedaan naar de juiste werkwijze van een FMO. Wel wordt hier globaal beschreven wat een dergelijk onderzoek inhoudt, zodat medisch personeel weet wanneer sporename geïndiceerd is, en wat gedaan en nagelaten moeten worden voor het onderzoek.

De materialen die nodig zijn voor het veiligstellen van sporen, komen uit een zogenaamde Onderzoeks-set Zedendelicten (de zedenkit). Deze kits zijn vervaardigd door het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) en zijn beschikbaar gesteld aan de politie. De politie houdt de verantwoordelijkheid over het beheer van de afgenomen sporen en het insturen ervan naar het NFI.

12.2 METHODEN

De beantwoording van deze vraag berust op consensus.

12.3 RESULTATEN.

12.3.1 WANNEER IS FORENSISCH MEDISCH ONDERZOEK GEÏNDICEERD?

Bij elk vermoeden van seksueel misbruik dat tot en met 7 dagen (168 uur) eerder heeft plaatsgevonden, moet het uitvoeren van een FMO overwogen worden. Een dergelijk onderzoek zal zich richten op het veiligstellen van sporen, zoals DNA en vezels, op en in het lichaam en op kleding. Hoe eerder het onderzoek plaatsvindt, hoe groter de kans dat er relevante sporen worden aangetroffen.

De langst beschreven termijnen tussen het misbruik en het aantreffen van sporen vormen de basis voor de termijnen die veelal gebruikt worden. Dit verschilt voor verschillende locaties op het lichaam (huid, mond, vestibulum, vagina, anus en penis). Termijnen lopen uiteen van 48uur tot en met 7 dagen na het laatste misbruik. Daarom wordt aanbevolen om tot en met 7 dagen na het laatste seksueel misbruik zo snel mogelijk te overleggen met de politie over de mogelijkheid van FMO.

Het komt met enige regelmaat voor dat sporen worden veiliggesteld op locaties die niet zijn vermeld door het slachtoffer. Daarom wordt doorgaans op meer locaties bemonsterd dan op grond van het verhaal geïndiceerd lijkt te zijn.

Het vastleggen van letsels is onderdeel van een FMO. De (mogelijke) aanwezigheid hiervan kan een reden zijn om langere termijnen aan te houden.

12.3.2 HOE ZIET HET FORENSISCH MEDISCH ONDERZOEK ER UIT?

Volgens de richtlijnen van het CSG moet het FMO plaatsvinden in een sporen vrije ruimte. Bij voorkeur is het een ruimte in een ziekenhuis die enkel voor zedenonderzoeken gebruikt wordt en waarvoor een strikt schoonmaakprotocol na elk onderzoek geldt. De ruimte moet groot genoeg zijn om vrij om een onderzoeksbank te lopen en een onderzoekslaken op de grond te kunnen leggen waarop het kind zich uit kan kleden, met daarnaast minimaal een kruk, een tafel, een onderzoekslamp en een wastafel. Bij voorkeur is de ruimte met een gordijn of een (halve) wand in tweeën te delen, zodat politierechercheurs uit het zicht van het kind kunnen blijven staan.

Ten tijde van het schrijven van deze richtlijn is het Openbaar Ministerie bezig kwaliteitscriteria op te stellen waaraan forensisch artsen moeten voldoen om kinderen te mogen onderzoeken. Het spreekt voor zichzelf dat de forensisch arts die een dergelijk onderzoek uitvoert, ervaren moet zijn en in staat moet zijn om dit op kindvriendelijke wijze te doen. De forensisch arts moet weten hoe om te gaan met de Onderzoeks-set Zedendelicten, welke onderzoeks-houdingen nodig zijn, wat de (variatie in) anatomie van het anogenitaal gebied bij kinderen is, hoe bevindingen benoemd moeten worden en wat de waarde van bevindingen is. Het betreft een onderzoek dat in één keer goed uitgevoerd moet worden.

Om het kind maar één keer te hoeven onderzoeken, heeft het de grote voorkeur om een kinderarts bij het onderzoek aanwezig te laten zijn. In eerste instantie zal de kinderarts op enige afstand moeten blijven, maar na het veiligstellen van sporen kan de kinderarts het onderzoek overnemen, met onder meer aandacht voor onderzoek naar seksueel overdraagbare aandoeningen en profylactische medicatie.

Het FMO bestaat uit de volgende onderdelen, waarbij sommige onderdelen op indicatie van het verhaal overgeslagen kunnen worden:

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

- Veiligstellen van ondergoed of andere kleding, zo mogelijk door het kind zelf uit te trekken op een dubbel onderzoekslaken, per kledingstuk in een papieren zak;
- Top-teen onderzoek naar (huid)letsels, zo mogelijk in gedeelten ontkleed;
- Bemonsteringen van de huid bij letsels, zichtbaar bloed, speeksel of sperma, en van piercings met nylon uitstrijkjes;
- Bemonsteringen van de nagels, door nagels te knippen of door bemonsteringen met mini-tip uitstrijkjes;
- Verzamelen van hoofdhaar en schaamhaar, indien aanwezig, door middel van kammen, trekken en knippen;
- Bemonsteren van mond, vestibulum, vagina, penis en anus met nylon uitstrijkjes.
- Afnemen van wangslimvlies van het kind als referentiemateriaal.

Eventueel aangetroffen tampons, maandverband of condooms worden ook veiliggesteld.

Op indicatie kunnen urine en haren veiliggesteld worden voor toxicologisch onderzoek.

Bij het bemonsteren van droge huidoppervlakken moet de *double uitstrijk* methode gebruikt worden, waarbij een eerste uitstrijk licht bevochtigd moet zijn, en een tweede uitstrijk droog.

De forensisch arts zal de bevindingen, waaronder de exacte locaties en nummeringen van bemonsteringen en letsels, noteren in een onderzoek rapportage. Deze rapportage zit, samen met de benodigde onderzoeksmaterialen, in de Onderzoeks-set Zedendelicten.

12.3.3 DOOR WIE WORDT HET FORENSISCH MEDISCH ONDERZOEK UITGEVOERD? EN WIE ZIJN ER ALLEMAAL BIJ BETROKKEN?

Het FMO wordt uitgevoerd door de forensisch arts. Het FMO kan alleen uitgevoerd worden als er contact is met de politie, omdat de politie besluit of een FMO geïndiceerd is. Het heeft de voorkeur om een (kinder)arts bij het onderzoek aanwezig te laten zijn die na het veiligstellen van de sporen het medisch onderzoek overneemt. FMO kan alleen uitgevoerd worden in bijzijn van politie (FO-rechercheur en zedenrechercheur), met instemming van het slachtoffer.

12.4 OVERIGE OVERWEGINGEN

Nadere informatie over de Onderzoeks-set Zedendelicten is te vinden op de site van het Nederlands Forensisch Instituut.

www.forensischinstituut.nl/zeden

De (Engelse) Faculty of Forensic and Legal Medicine brengt elk half jaar een update uit met aanbevelingen over het afnemen van sporen bij zedenonderzoeken.

<http://fflm.ac.uk/librarydetail/4000068>

12.5 AANBEVELINGEN

Om de kans op verlies of vervuiling van sporen zo klein mogelijk te houden, moet bij Forensisch medisch onderzoek (FMO)/ lichamelijk onderzoek (LO) met de volgende punten rekening gehouden worden:

32. Om de kans op verlies of vervuiling van sporen zo klein mogelijk te houden:
Vermijd lichamelijk contact met het kind. Geef het kind als medisch professional dus geen hand, strijk het kind niet door de haren en pak het niet op. Dat klinkt wellicht onbeleefd, maar de overdracht van eigen DNA via huidschilfers of haren is niet ondenkbaar. Leg uiteraard uit waarom deze afstand bewaard wordt.
33. Om de kans op verlies of vervuiling van sporen zo klein mogelijk te houden, adviseer zolang dat redelijkerwijs mogelijk is, om niet naar het toilet te gaan en om niet te eten of te drinken voor het onderzoek. Als het kind nog naar de onderzoeksruimte moet komen, zorg ervoor dat het kind zich dan niet wast (of laat wassen) en geen tanden poetst. Mocht er kleding of beddengoed zijn dat onderzocht zou kunnen worden, laat die spullen dan niet in de was terecht komen. Laat ze liever in een papieren zak zitten, en stop ze niet in een plastic zak; Laat de kleding die het kind aan heeft, niet uittrekken. Een set schone kleren kan zekerheidshalve meegenomen worden, voor het geval de kleding onderzocht gaat worden op sporen.
34. Bij slachtoffers van seksueel misbruik tot en met de 7e dag na het incident, kan een forensisch medisch onderzoek geïndiceerd zijn. Overleg hierover laagdrempelig met politie of een forensisch arts.
35. Een forensisch medisch onderzoek wordt altijd uitgevoerd door een forensisch arts in opdracht van politie en in bijzijn van politie. Vaststellen van sporen wil niet zeggen dat er strafrechtelijk onderzoek wordt uitgevoerd; Het heeft de voorkeur om een kinderarts bij het forensisch medisch onderzoek aanwezig te laten zijn die na het veiligstellen van de sporen het medisch (lichamelijk) onderzoek overneemt. Bij puberale meisjes kan overwogen worden om een (kinder)gynaecoloog bij het onderzoek te betrekken.

13 UITGANGSVRAAG 8 WELKE INSTRUMENTEN ZIJN ER BESCHIKBAAR T.B.V. HET DIAGNOSTISCH ONDERZOEK (ANDERS DAN LABORATORIUM- EN LICHAMELIJK ONDERZOEK) NAAR EEN VERMOEDEN VAN SEKSUEEL MISBRUIK BIJ KINDEREN?

- Welke instrumenten zijn beschikbaar om te screenen voor gedragssignalen, trauma-symptomen en doorgemaakt seksueel misbruik?
- In hoeverre zijn deze instrumenten gevalideerd voor Nederlandse populatie?
- Voor welke doelgroep?
- Wat dragen deze instrumenten bij aan het diagnostisch onderzoek naar (een vermoeden van) seksueel misbruik?

13.1 INLEIDING

De beantwoording van deze vraag berust op een combinatie van literatuur onderzoek en consensus. Er werd uitgebreid literatuur onderzoek gedaan in verschillende databases (zie A), daarnaast werd additionele literatuur gezocht via websites en experts.

In de dagelijkse praktijk hebben kinderartsen en (para)medische professionals veel al te maken met een vermoeden van seksueel misbruik op basis van gedragssignalen of vermoedens van een ouder zonder dat er duidelijke aanwijzingen zijn. Kinderen vertellen zelden spontaan dat zij slachtoffer zijn van seksueel misbruik om verschillende redenen. Er is in deze gevallen veel behoefte aan instrumenten om in te zetten in het diagnostisch proces als hulpmiddel om met een kind in gesprek te gaan of om te screenen op risicofactoren en signalen. Er zijn verschillende hulpmiddelen in omloop maar de betrouwbaarheid en betekenis van de uitkomsten is niet altijd even duidelijk. Door de beantwoording van bovenstaande vragen proberen wij hier meer duidelijkheid over te verschaffen. Doel is om een overzicht te geven van de instrumenten die in het Nederlands beschikbaar zijn en mogelijk kunnen bijdrage aan de diagnostiek naar een vermoeden van seksueel misbruik. Per instrument zal een systematische review gedaan moeten worden om een definitief antwoord te kunnen geven over de betrouwbaarheid. In dit hoofdstuk wordt enkel een globaal overzicht gegeven.

13.2 METHODEN

13.2.1 ZOEKSTRATEGIE.

Zoekstrategieën werden uitgevoerd met behulp van een literatuurspecialist van de medische bibliotheek van het AMC. De volledige zoekstrategie is te vinden in bijlage 1.K - Zoekstrategie – uitgangsvraag 8. De zoekactie vond plaats op 09-07-2014, in de databases MEDLINE, EMBASE, PSYCINFO en ERIC.

Gezocht werd naar artikelen over instrumenten (vragenlijsten, checklists, interview hulpmiddelen) ten behoeve van diagnostiek naar seksueel misbruik anders dan laboratorium- en lichamelijk onderzoek. In totaal werden er op basis van deze zoekactie 2463 artikelen gevonden.

Tevens werden verschillende websites geraadpleegd (www.kenniscentrum-kjp.nl, <http://www.nji.nl/>) en werden professionals gevraagd naar welke instrumenten zij in de dagelijkse praktijk gebruiken voor diagnostiek naar een vermoeden van seksueel misbruik. Deze zijn toegevoegd aan Tabel 13.2.

13.2.2 SELECTIE VAN ARTIKELLEN.

Literatuur werd door twee selecteurs (K.H., T.F.V.B) onafhankelijk van elkaar beoordeelt. Artikelen werden eerst geselecteerd op titel en daarna op abstract. Bij verdeeldheid over inclusie werd er gediscussieerd tot er overeenstemming was bereikt. Indien noodzakelijk werd de hulp ingeroepen van een derde selecteur (M.L.) om tot overeenstemming te komen. Van de overgebleven artikelen werd een selectie gemaakt van de instrumenten die in Nederland beschikbaar zijn, hiervan werd uitgezocht in hoeverre deze zijn gevalideerd voor de Nederlandse populatie en wat het doel, de doelgroep en de bruikbaarheid is.

13.2.2.1 Inclusie criteria:

1. Originele studies en systematische reviews
2. seksueel misbruik bij kinderen [alle definities]
3. Instrumenten bedoeld voor kinderen (<18 jaar) of voor ouder(s)/verzorger(s) van kinderen.
4. Instrumenten ten behoeve van diagnostiek naar 1.
5. Instrumenten in (het) Nederland(s) beschikbaar

13.2.2.2 Exclusie criteria:

1. Niet originele onderzoeken, behoudens systematische reviews.
2. Artikel over andere vormen van kindermishandeling dan seksueel misbruik.
3. Instrumenten bedoeld om na te gaan of volwassenen seksueel misbruik hebben doorgemaakt.
4. Studies over behandeling, prognose of beleid.

De artikelen uit de literatuur search werden geselecteerd op titel en abstract en onderverdeeld in 3 categorieën:

1. Vragenlijsten en screeningtools, hiervan is na gegaan welke instrumenten er in het Nederlands beschikbaar zijn en worden in tabel Tabel 13.1 Vragenlijsten en screeningsinstrumenten weergegeven. Deze tabel is aangevuld met instrumenten die gevonden werden via de websites en experts.

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

2. Anatomische poppen, om praktische redenen werd gezocht naar systematische reviews.
3. Projectieve tekeningen, om praktische redenen werd gezocht naar systematische reviews.

13.3 RESULTATEN

- Welke instrumenten zijn er beschikbaar ten behoeve van het diagnostisch onderzoek naar een vermoeden van seksueel misbruik bij kinderen (anders dan laboratorium- en lichamelijk onderzoek)?
- Welke instrumenten zijn beschikbaar om te screenen op voor gedragssignalen, trauma-symptomen en doorgemaakt seksueel misbruik?

13.3.1 VRAGENLIJSTEN EN SCREENINGSINSTRUMENTEN-TOOLS

Uit het totaal van 2463 artikelen werden 52 artikelen geselecteerd over verschillende vragenlijsten en screeningsinstrumenten.

Deze worden weergegeven op de onderstaande Tabel 13.1 Vragenlijsten en screeningsinstrumenten hierin wordt weergegeven wat het doel is van de vragenlijst en of ze in het Nederlands beschikbaar zijn.

Daarnaast waren er in totaal 61 artikelen met als onderwerp het gebruik van andere beschikbare (interview)hulpmiddelen. Deze instrumenten, de anatomical dolls en projectieve technieken, worden toegelicht in Tabel 13.2 Doel, validatie en beschikbaarheid instrumenten.

Tabel 13.1 Vragenlijsten en screeningsinstrumenten

Titel	Referentie	Doel	Beschikbaar in Nederlands
Child Abuse and Neglect Risk Assessment Scale	[104]	In kaart brengen risicofactoren voor kindermishandeling door zorg-professionals	Nee
Child Behavior Checklist	[105]	Vragenlijst over probleemgedrag en vaardigheden	Ja
Child Experience of Care and Abuse	[106, 107]	Vragenlijst om te screenen voor ernstige gebeurtenissen in de kindertijd.	Nee
The expectation test	[108]	Identificeren van slachtoffers van KMH, waaronder seksueel misbruik onder kinderen 4-17	Nee

		jaar.	
the Children's Attributions and Perceptions Scale (CAPS)	[109]	Meet percepties geassocieerd met seksueel misbruik.	Nee
Computer Assisted Maltreatment Inventory	[110]	Computer gestuurd zelf-rapportage middel over kindermishandeling.	Nee
Comprehensive Child maltreatment scale	[111, 112]	Brengt verschillende vormen van kindermishandeling in kaart.	Nee
Child Sexual Behavior Inventory	[113-116]	In kaart brengen van seksueel (afwijkend) gedrag.	Ja
Childhood trauma questionnaire	[117-125]	Adolescenten vanaf 12 jaar. In kaart brengen van doorgemaakte trauma's in de kindertijd.	Ja
Child Sexual Abuse (CSEQ:CSA)	[126]	Identificeren van slachtoffers van seksueel misbruik.	Nee
Questionnaire on psychosexual development	[127]	Identificeren van slachtoffers van seksueel misbruik.	Nee
Sexual Abuse questionnaire	[128-130]	Identificeren van slachtoffers van seksueel misbruik.	Nee
Trauma symptom checklist (young) children (TSC(Y)C)	[131-134]	In kaart brengen van trauma klachten	Ja
Childhood Experiences of Violence Questionnaire (CEVQ)	[135, 136]	Identificeren slachtoffers van kindermishandeling waaronder seksueel misbruik.	Nee
ISPCAN child abuse screening tool (ICAST)	[137-140]	Screening verschillende vormen KMH	Nee

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde

California Family Risk Assessment(CFRA)	[141]	Screening op risicofactoren van KMH	Nee
“The Courage to Heal Workbook” (TCHW) checklist	[142]	Voor volwassen slachtoffers van seksueel misbruik.	Nvt.
Early Trauma Inventory-Self Report (ETI-SR)	[143]	Een instrument voor het vaststellen van fysieke, emotionele en seksuele mishandeling en algemene trauma's bij volwassenen.	Nvt.
Screening tools	[144, 145]	Screening tools naar (risicofactoren van) kindermishandeling en seksueel misbruik	Nee
Childhood trauma screener	[146, 147]	Screening voor trauma's op de kinderleeftijd, voor volwassenen.	Ja
Overigen	[148-155]	Identificeren van slachtoffers van seksueel misbruik.	Nee

13.3.2 ANATOMISCHE POPPEN

Zoekactie: 28 artikelen [156-183]

Hand searches: 3 artikelen [184-186]

Bevat geen systematische reviews, reviews die wel zijn gevonden scoorden niet hoger dan 3 van de 11 punten op de AMSTAR, geen van alle bevatte informatie over de zoekstrategie en het selectie proces.

Uit bestudering van de literatuur blijkt dat er onvoldoende onderzoek van goede kwaliteit is gedaan naar het gebruik van de anatomische poppen en er dus geen uitspraak gedaan kan worden over de waarde als ‘instrument bij diagnostisch onderzoek’ naar een vermoeden van seksueel misbruik. De studies die in het verleden zijn gedaan differentiëren onder andere niet goed tussen de verschillende functies die de instrumenten kunnen hebben. Zo zijn van de anatomische poppen de functies bekend van ‘icebreaker’, ‘anatomische model’, ‘demonstration aid’, ‘memory stimulus’ en ‘screening tool’ en is vaak onduidelijk voor welk doeleinde het instrument in de studie gebruikt werd. Vooralsnog is er geen wetenschappelijk bewijs dat de ‘anatomische poppen’ als valide instrument gebruikt kunnen worden in het diagnostisch proces.

Richtlijn ‘Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.’

Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde

13.3.3 PROJECTIEVE TECHNIKEN

Zoekactie: 33 artikelen [187-219]

Hand searches: 1 artikel [220]

Uit bestudering van de literatuur blijkt dat er twee reviews van goede kwaliteit beschikbaar zijn over het gebruik van de projectieve technieken, bij het aantonen van seksueel misbruik. Voor alsnog is er geen wetenschappelijk bewijs dat de 'projectieve technieken' instrument gebruikt kunnen worden in het diagnostisch proces naar een vermoeden van seksueel misbruik als valide instrument.

13.3.4 IN HOEVERRE ZIJN DEZE INSTRUMENTEN GEVALIDEERD VOOR NEDERLANDSE POPULATIE?

De beantwoording van deze vraag is terug te vinden in Tabel 13.2 Doel, validatie en beschikbaarheid instrumenten.

13.3.5 VOOR WELKE DOELGROEP ZIJN DE INSTRUMENTEN BEDOELD?

De beantwoording van deze vraag is terug te vinden in Tabel 13.2 Doel, validatie en beschikbaarheid instrumenten.

Tabel 13.2 Doel, validatie en beschikbaarheid instrumenten geeft een overzicht van de vragenlijsten en instrumenten die in het literatuur onderzoek zijn gevonden en in het Nederlands beschikbaar zijn. Deze zijn aangevuld met instrumenten gevonden via zoekacties op websites van het kenniscentrum-kinder jeugd psychiatrie en het Nederlands jeugd instituut en een oproep aan de werkgroep leden en professionals binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie/psychologie. Per instrument zal een systematische review gedaan moeten worden om een definitief antwoord te kunnen geven over de betrouwbaarheid. In dit hoofdstuk wordt enkel een globaal overzicht gegeven.

Tabel 13.2 Doel, validatie en beschikbaarheid instrumenten

Instrument	Type	Wat meet het instrument	Leeftijd Afnemer	Validiteit	Referenties	Beschikbaarheid	Toepassing Werkveld
Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES – 13)	Q	Symptomen PTSS en de beleving van de gebeurtenissen	8-17 jaar Kind	Gevalideerd in Nederland. [221, 222]	Nederlandse versie, maart 2013 [221, 222]	Vrij beschikbaar via: www.childrenandwar.org	Vroeg signalering trauma klachten Medewerkers JGZ e.a. verwijzers
Child Sexual Behavior Inventory (CSBI)	Q	Afwijkend seksueel gedrag	2-13 jr. Ouder/verzorger	Validatie onderzoek loopt. Data worden in 2016 verwacht.	[113-116]	Officiële Nederlandse vertaling wordt in 2016 via uitgeverij Hogrefe verwacht.	Screening seksueel gedrag, bijdragend in diagnostiek naar vermoeden van seksueel misbruik. Diagnostisch geschoolde gedragswetenschapper / psychiater
Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC)	Q	Symptomen PTSS en gerelateerde emotionele en gedragsproblemen	3-12 jr. Ouder/verzorger	Norm gegevens beschikbaar voor NL. Hogrefe.nl	Vertaald door Tierolf & Lamers-Winkelmann (2014) [131]	Via uitgeverij Hogrefe	Screening trauma symptomen Diagnostisch geschoolde gedragswetenschapper / psychiater

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)	Q	Symptomen PTSS en de beleving van de gebeurtenissen	8-16 jaar Kind	Niet gevalideerd in NL.	Brière & Runtz (1989), vertaald door Lamers-Winkelmann (1998) [133]	Via uitgeverij PAR.	Screening trauma symptomen Diagnostisch geschoolde gedragswetenschapper / psychiater
Schokverwerkingslijst voor Kinderen – Kind versie (SVLK-k)	Q	Symptomen PTSS en niet-specifieke reacties	8-18 jr. Kind	Norm gegevens beschikbaar voor NL. [223]	Alisic [224]	Uitgeverij Boom test uitgevers Onderwijs. www.boomtestuitgevers.nl	Screening (KMH/Trauma) Diagnostisch geschoolde gedragswetenschapper / psychiater
Schokverwerkingslijst voor Kinderen – ouder versie (SVLK-o)	Q	Symptomen PTSS en niet-specifieke reacties	4-18 jr. Ouder/verzorger	Norm gegevens beschikbaar voor NL. [223]	Alisic, Eland & Kleber, (2006)	Uitgeverij Boom test uitgevers Onderwijs. www.boomtestuitgevers.nl	Screening (KMH/Trauma) Diagnostisch geschoolde gedragswetenschapper / psychiater
CARE-NL	Q	Risico kindermishandeling	0-18jr Professional	In beperkte mate (studie VT)	[225]	Via www.corinederuijter.eu	Screening risicofactoren KMH) Medewerkers van VT (e.a. deskundige

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

				www.nji.nl			op het gebied van KMH)
Child Behavior Checklist (CBCL)	Q	Probleemgedrag en vaardigheden	0-18jr (1,5 -5 en 5-18 jr.) Ouder/verzorger	CBCL 1,5-5 geen NL onderzoeken beschikbaar. CBCL 6-18 nog niet beoordeeld in de COTAN. CBCL 4-18 vrij goed beoordeeld door de COTAN. www.nji.nl	Achenbach & Rescorla (2000), Verhulst & Van der Ende (2000) [105]	Via uitgeverij Aseba	Screening (gedrag) diagnostisch geschoolde gedragswetenschapper/ psychiater.
Kiddie-SADS-lifetime versie (K-SADS)	Q	Stemmingsstoornissen, angststoornissen, schizofrenie	6-18 jr. Professional	Niet gevalideerd in NL. www.nji.nl	Puig-Antich & Chamber (1978), Reichart, Wals & Hillegers (2000)	Via CURIAM (LUMC)	Diagnostiek (diversen) Diagnostisch geschoolde gedragswetenschapper/ psychiater.

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

Anxiety Disorder Interview Schedule (ADIS)	Q	Stemmingsstoornissen, angststoornissen, schizofrenie	6-18 jr. Professional	Niet gevalideerd in NL	Puig-Antich & Chamber (1978) Reichart, Wals & Hillegers (2000)	Via CURIAM (LUMC)	Diagnostiek (diversen) Diagnostisch geschoolde gedragswetenschapper/ psychiater.
Sexual Knowledge Picture Instrument (SKPI)	IH	Seksuele kennis, (non-)verbale signalen seksueel misbruik	3-8 jr. (?) Professional	Validatie-onderzoek wordt opgezet.	Brillenslijper-Kater, 2005 [226]	Momenteel alleen gebruik in het EKZ (AMC)	Diagnostiek (seksueel misbruik) diagnostisch geschoolde gedragswetenschapper/ psychiater.
Anatomical dolls	IH	Persoonlijkheidskenmerken en signalen seksueel misbruik.	3 t/m 8 jr. (?) Professional	Niet gevalideerd.	[156-186]		Interview hulpmiddel, geen diagnostisch instrument.
Projectieve drawings	IH	Persoonlijkheidskenmerken en signalen seksueel misbruik	4 t/m 8 jr. (?) Professional	Niet gevalideerd.	[187-206, 208-219]		Interview hulpmiddel, geen diagnostisch instrument.

Methodisch kind interview	IH	Opsporen signalen seksueel misbruik.	? Professional	Niet gevalideerd. www.hetlock.nl	Referenties?	Via het Landelijk OpleidingsCentrum Kindermishandeling (LOCK)	Gestructureerd interviewmodel (seksueel misbruik) Diagnostisch geschoolde gedragswetenschapper/ psychiater.
Adult Attachment Interview (AAI)	Q	Inventariseren hechtingsgedrag	Adolescenten en volwassenen (?)	Gevalideerd.	George, Kaplan & Main, 1985 [227, 228]		Screening (diversen) Diagnostisch geschoolde gedragswetenschapper/ psychiater.
Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)	Q	Signaleren kindermishandeling	Volwassenen (?)	Gevalideerd.	[117-125]		
Licht Instrument Risicotaxatie Kindveiligheid (LIRIK)	Q	Signaleren (risico op) kindermishandeling	Zorgverlener	Niet gevalideerd.		Nederlands Jeugd Instituut (www.nji.nl/lirik)	Screening Jeugdzorg hulpverleners

13.3.6 WAT DRAGEN DEZE INSTRUMENTEN BIJ AAN HET DIAGNOSTISCH ONDERZOEK?

Er zijn in het Nederlands geen gevalideerde vragenlijsten beschikbaar met als doel vaststellen of uitsluiten van seksueel misbruik. Er zijn wel verschillende vragenlijsten beschikbaar die kunnen bijdragen aan het diagnostisch onderzoek naar seksueel misbruik, zoals bijvoorbeeld het screenen op symptomen van post traumatische stress.

Interview hulpmiddelen als ‘anatomische dolls’ en ‘projectieve drawings’ zijn niet gevalideerd en kunnen niet gebruikt worden als diagnostisch instrument naar seksueel misbruik.

Hieronder noemen we de instrumenten die mogelijk een bijdrage kunnen leveren aan de diagnostiek naar een vermoeden van seksueel misbruik.

De CRIES-13 is een in het Nederlands gevalideerde vragenlijst, dit is een korte screeningslijst om een posttraumatische stress stoornis (PTSS) bij kinderen en jongeren van 8 tot 18 jaar vroegtijdig te signaleren.

De CARE-NL is beperkt gevalideerd, het is een gestructureerde vragenlijst voor de inschatting van het risico op kindermishandeling binnen een gezinssysteem.

De CSBI-NL, wordt momenteel gevalideerd. Het is een vragenlijst voor het in kaart brengen van afwijkend seksueel gedrag bij kinderen.

Het SKPI, is nog niet gevalideerd, validatie studie hiervoor wordt verwacht te starten in 2016. Het is een interview hulpmiddel dat gebruikt kan worden bij kinderen waarbij er een vermoeden is op seksueel misbruik ook als kinderen zelf (nog) niks verteld hebben.

Het methodisch kind interview is een gestructureerd interview model gebaseerd op een model van ‘*The American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC)*’ waarin het verhaal van het kind centraal staat. Echter ook deze interviewmethode is in Nederland niet gevalideerd.

13.4 OVERIGE OVERWEGINGEN

Uit het literatuur onderzoek wordt duidelijk dat er momenteel geen diagnostische vragenlijsten specifiek gericht op het vaststellen van seksueel misbruik zijn. Uiteraard wil men geen seksueel misbruik missen en alles inzetten om seksueel misbruik op te sporen. Echter is een foutieve diagnose van seksueel misbruik eveneens schadelijk voor het kind en zijn/haar omgeving. Het trekken van conclusies op basis van niet gevalideerde instrumenten en vragenlijsten is daarom niet wenselijk. Deze instrumenten moeten met voorzichtigheid gebruikt worden.

Wel zijn er een aantal gevalideerde vragenlijsten beschikbaar gericht op post-traumatische stress klachten. PTSS is een klacht die bij volwassenen vaak wordt gezien na seksueel misbruik. De data hierover bij kinderen uit systematische reviews is beperkt. Echter het screenen op PTSS is niet belastend en er is hiervoor een gevalideerd instrument, de CRIES-13 en de TSCYC, beschikbaar. Daarbij komt dat PTSS met bijvoorbeeld EMDR goed te behandelen is. Het kan daarom zinnig hierop te screenen bij slachtoffers van seksueel misbruik. De CRIES-13 is bruikbaar voor medewerkers van de JGZ e.a. verwijzers. De TSCYC echter is bedoeld voor diagnostisch geschoolde gedragswetenschapper en psychiaters.

Het methodisch kind interview is een methode die momenteel steeds vaker gebruikt wordt. Dit is een instrument dat mogelijk in de toekomst een belangrijke rol kan gaan spelen in de diagnostiek naar (een vermoeden van) seksueel misbruik. Het is daarom belangrijk de ontwikkelingen rondom dit instrument te volgen.

13.5 AANBEVELINGEN

36. Het wordt afgeraden conclusies over vermoeden van seksueel misbruik bij kinderen te trekken op basis van niet gevalideerde instrumenten en vragenlijsten.
37. Wij raden af de 'Anatomical dolls' en 'projectieve drawings' te gebruiken als diagnostisch instrument naar een vermoeden van seksueel misbruik bij kinderen omdat deze instrumenten niet gevalideerd zijn.
38. Slachtoffers van seksueel misbruik moeten gescreend worden op PTSS m.b.v. de CRIES-13. Bij een afwijkende uitslag moet een kind verwezen worden voor verdiepende diagnostiek bij een kinder- en jeugd psycholoog of psychiater.

14 PATIËNTEN PERSPECTIEF

14.1 INLEIDING

Het perspectief van patiënten wat betreft het diagnostisch proces bij (een vermoeden van) seksueel misbruik vormt een waardevolle aanvulling bij de totstandkoming van een richtlijn over diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik. Er is geen patiëntenvereniging specifiek voor slachtoffers van seksueel misbruik op de kinderleeftijd. Om het patiënten perspectief te borgen zijn daarom 3 focusgroepen met ervaringsdeskundigen georganiseerd.

14.2 METHODE

De binnen de werkgroep bekende ervaringsdeskundigen waar wij in het verleden vaker mee hebben samen werd gewerkt vroegen wij in hun netwerk een oproep te doen voor deelname aan de focusgroepen. Ervaringsdeskundigen konden zich geheel vrijwillig aanmelden om hier aan deel te nemen. Er werden anonieme notulen gemaakt van de focusgroepen.

Er werd tijdens deze focusgroepen met de ervaringsdeskundigen gesproken over hoe het misbruik aan het licht is gekomen, wat signalen waren die zij destijds als kind lieten zien, (die mogelijk door (medisch) professionals zouden kunnen worden opgevangen) en wat voor adviezen zij zouden willen meegeven aan (medisch) professionals die te maken hebben met (een verdenking van) seksueel misbruik. Tevens vroegen wij de deelnemers op te schrijven welke signalen (lichamelijk en gedragsmatig) zij destijds lieten zien.

De ervaringsdeskundigen werden tevens benaderd om het verslag over de adviezen aan hulpverleners te reviseren.

14.3 RESULTATEN

Er werden 3 focus groepen gehouden met verschillende groepen ervaringsdeskundigen op het gebied van seksueel misbruik.

1. Volwassenen die op de kinderleeftijd seksueel misbruikt zijn (13 ervaringsdeskundigen, 10 vrouwen, 3 mannen) (8 medisch professionals, kinderartsen, psycholoog, zedenpolitie, VT)
2. Ouders van kinderen die seksueel misbruikt zijn (6 ervaringsdeskundigen, 5 vrouwen, 1 man) (7 (medisch) professionals, kinderarts, psycholoog, zedenpolitie, VT)
3. Adolescenten die seksueel misbruikt zijn (5 ervaringsdeskundigen, 5 vrouwen) (6 (medisch) professionals, kinderarts, psycholoog, zedenpolitie, VT)

In totaal deden er 24 ervaringsdeskundigen mee aan de focusgroepen.

14.3.1 SIGNALLEN EN SYMPTOMEN.

Wij vroegen de ervaringsdeskundigen aan te geven welke signalen bij henzelf of bij hun kind destijds konden worden opgemerkt, die in hun ogen te maken hadden met het seksueel misbruik. Opvallend was dat de signalen en symptomen zeer divers waren er erg uiteenliepen. Ook het aantal signalen en symptomen (van enkele tot meer dan 10) en de ernst hiervan verschilden.

Lichamelijke signalen die werden gerapporteerd waren: slecht eten (verminderde eetlust tot anorexia), slaap problemen en vermoeidheid, buikpijn en darmklachten, hoofdpijn, verminderde inspanningstolerantie, vaak ziek zijn, urologische-/gynaecologische klachten (urine weg infecties, heftige menstruatie pijn, roodheid genitaal), bedplassen, hoofdpijn, bleek zien, blauwe plekken en algehele malaise.

Psychosociale signalen die werden gerapporteerd konden worden onderverdeeld in de volgende categorieën 9 groepen:

- Internaliserend gedrag (terug trekken/afzonderen, vermijden van bepaalde situaties, schaamte, nagelbijten, verlegenheid, gespannen/gesloten houding, depressief)
- Externaliserend gedrag (opstandigheid, agressie, driftbuien, rebelleren, boosheid)
- Seksueel gedrag (openlijk zelfstimulatie, seksueel uitdagend gedrag naar anderen, preoccupatie met de geslachtsdelen van zichzelf of anderen, seksueel spel met poppen en knuffels; of juist verhullende kleding dragen, seksualiteit en intimiteit uit de weg gaan, afwerend bij seksuele voorlichting)
- Angsten (angstig in het algemeen of specifieke angsten (voor verschonen, fotograferen, separatie, aanraking, niet willen douchen)
- Regressie (gaan stotteren, bedplassen)
- Slaapproblemen (nachtmerries)
- Sociale problematiek (problemen in de omgang met leeftijdsgenoten, geen respect voor autoriteiten)
- Suïcidaliteit
- Overig (achteruitgang in schoolprestaties vs. extreem goede schoolprestaties, te volwassen taalgebruik, hyper alert zijn, spijbelen, huilen, bizarre liedjes en spel)

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

14.3.2 ADVIEZEN AAN HULPVERLENERS.

Het merendeel van de ervaringsdeskundigen heeft aan gegeven lang te hebben gewacht voor zij hun verhaal van seksueel misbruik naar buiten brachten. Veelal vond dit zelfs pas op volwassen leeftijd plaats. Daarna liepen velen van hen tegen veel dichte deuren aan, hadden te maken met hulpverleners die zich geen raad wisten met de situatie en duurde het vaak lang voor ze op de juiste plek kwamen voor adequate hulp en steun. Velen voelden zich lange tijd noch gehoord, noch geloofd, noch gesteund. Hieronder geven wij een samenvatting van de belangrijkste adviezen aan hulpverleners die uit deze focusgroepen naar voren kwamen.

Hulpverleners moeten alerter zijn op signalen, en open staan voor seksueel misbruik. Houdt er daarbij rekening mee dat seksueel misbruik bestaat in veel verschillende vormen en een oorzaak zou kunnen zijn van de lichamelijke of gedragsmatige klachten, en dat een 'nee' op directe vragen niet altijd betekent dat het kind niet misbruikt wordt. Sta open om de signalen te herkennen en te benoemen. Kom altijd op een later moment nog een keer terug op het onderwerp, ook als er in eerste instantie ontkennend op gereageerd is. Artsen moeten zich bewust zijn dat men het vaak liever niet wil zien, dat dit een blinde vlek is waar rekening mee moet worden gehouden. Vraag door op gedrag en lichamelijke klachten. Benoem de signalen die je ziet en dat je je daar zorgen over maakt. Kom altijd op een later moment nog een keer terug op het onderwerp, ook als er in eerste instantie ontkennend op gereageerd is.

Als ouders en/of kinderen zelf met een verhaal komen sta daar dan voor open en neem het serieus. Ongeacht de inhoud. Het kan zijn dat een slachtoffer het verhaal als het ware 'aandikt' om maar geloofd te worden, of om 'goed te praten' waarom hij / zij zich niet verzet heeft. In de praktijk komt het voor dat wanneer er sprake is van een onwaarheid het gehele verhaal niet meer serieus wordt genomen.

De aanpak verschilt per kind, een directe aanpak of juist meer indirect. Er is niet één methode, vraag of antwoord waarmee je seksueel misbruik aan het licht krijgt.

Algemeen is van belang dat er een veilige en vertrouwde situatie wordt gecreëerd, dit is voor elk kind anders. Daarom is het van belang dat het kind de leiding/regie heeft (bijvoorbeeld door te kiezen wie er bij het gesprek of onderzoek aanwezig is). Hulpverleners moeten de tijd nemen, de signalen benoemen en altijd in een later stadium vragen over eventueel misbruik opnieuw stellen. Tevens is het belangrijk om te benoemen dat seksueel misbruik een vaker voorkomende oorzaak is van de klachten/symptomen die worden gezien.

Een veilige situatie kan gecreëerd worden door kindvriendelijke aanpak doormiddel van de ruimte, spelmethoden, gebruik van 'ijsbrekers' (bijvoorbeeld eerst vragen naar algemene dingen zoals hobby's, school, het dagelijks leven, etc.). Kinderen moeten het gevoel hebben geloofd en gehoord te worden, bijvoorbeeld door ze te betrekken in keuzes over aanpak en behandeling etc. 'wat zou jij willen?'

Neem voldoende tijd. Doe wat je zegt en zeg wat je doet.

Er zijn ook kinderen die spontaan vertellen aan hun ouders of andere vertrouwde figuren. Wanneer er aan de bel getrokken wordt moet het serieus genomen worden. Het is belangrijk dat hier op korte termijn professionals met veel kennis bij betrokken worden zodat de signalen, uitspraken e.d. goed 'gewogen' kunnen worden.

Het komt vaak voor dat de misbruiker het kind bang heeft gemaakt of bedreigd heeft om te voorkomen dat het gaat praten. Kinderen kunnen bang zijn de controle te

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

verliezen of dat de dreigementen van de dader uitkomen. Vertel kinderen duidelijk wat de consequenties zijn als zij vertellen over het misbruik en stel het kind gerust.

Veel ouders en slachtoffers gaven aan behoefte te hebben aan een vaste vertrouwenspersoon die hen bijstaat gedurende het gehele traject. Ook hierin zou het slachtoffer de regie moeten hebben.

Een schrikreactie of heftige emoties van hulpverleners op het verhaal over seksueel misbruik kunnen kinderen afschrikken/ doen dichtklappen ('Oh jee, de hulpverlener kan het niet aan'). Echter, dit wil niet zeggen dat zij in het geheel geen emoties mogen tonen, want dit kan voor het slachtoffer ook helpend zijn. Benoem daarom als hulpverlener wat je ziet en wat je voelt, maar laat de emoties niet de overhand krijgen.

Wanneer er een gerechtelijk onderzoek loopt naar het vermoeden van seksueel misbruik is het belangrijk goed aan ouders uit te leggen wat zij wel en niet mogen bespreken met hun kind. Het is hierbij vooral van belang dat de ouder het kind niet ondervraagt, of woorden in de mond legt. Echter dit betekent niet dat wanneer het kind zelf spontaan vertelt over het misbruik ouders dit moeten afkappen. Duidelijke uitleg over wat je als ouder wel en niet met je kind mag bespreken gedurende het onderzoek is daarom van groot belang.

14.4 SAMENVATTING ADVIEZEN ERVARINGSDESKUNDIGEN

1. Er is behoefte aan meer voorlichting:
 - a. voor kinderen (basisscholen, middelbare scholen) (kinderen moeten weten dat het bestaat en dat het niet hun schuld is);
 - b. via media (t.v., internet) voor zowel kinderen als volwassenen;
 - c. voorlichting moet multicultureel zijn voor hulpverleners over signalering en aanpak, en hoe te reageren aan slachtoffers over aangifte (wat houdt het in, voor- en nadelen, aangifte is een keuze, geen plicht)
2. Er moet een nauwe samenwerking zijn tussen verschillende instanties en hulpverleners en het uitwisselen van expertise (ervaringsdeskundigen kunnen hierin een rol spelen).
3. Lotgenoten contact voor slachtoffers en ouders van slachtoffers moet mogelijk worden gemaakt middels een patiënten vereniging.
4. Er moet een wegwijzer komen voor ouders en kinderen over wat hen in de zorg en op juridisch vlak te wachten staat.
5. Er moet meer samenwerking komen tussen hulpverleners en ervaringsdeskundigen.

14.5 AANBEVELINGEN

39. Ervaringsdeskundigen bevelen aan wanneer het gaat om diagnostiek bij een vermoeden van seksueel misbruik te zorgen voor een kind vriendelijke aanpak, waarbij de arts zorgvuldig de tijd neemt om naar het kind te luisteren.
40. In praktijken waarin regelmatig kinderen worden onderzocht, moet er voorlichtingsmateriaal ontwikkeld worden om ouders en kinderen vooraf te informeren over hoe het consult zal verlopen.
41. Na de diagnostiek komt er nog een lange weg voor patiënten en hun ouders, het is erg belangrijk dat ook bij aanvang van de diagnostiek er aandacht is voor een zorgvuldige begeleiding van het vervolg traject.

15 JURIDISCHE ASPECTEN

- **Met welke wet- en regelgeving moeten artsen rekening houden in de omgang met een (verdenking) van seksueel misbruik bij kinderen?**
 - o Verstrekken van (medische) informatie over patiënten
 - o Advies of Melding bij Veilig Thuis (VT)
 - o Verstrekken van informatie op verzoek van VT
 - o Direct contact met de Raad voor de Kinderbescherming (RvK)
 - o Verstrekken van informatie aan andere betrokken professionals
 - o Informatie aan de gezinsvoogd
 - o Politie/Justitie

15.1 INLEIDING

De beantwoording van deze vraag berust op consensus en de huidige wet- en regelgeving.

In het algemeen geldt dat medisch professionals alleen medische informatie mogen uitwisselen met derden met toestemming van ouders (en kind indien boven de 16 jaar). Hiervan kan echter worden afgeweken als het in het belang is van de patiënt of als er gevaar dreigt voor de hulpverlener. Voordat er informatie kan worden gedeeld, moet er altijd eerst overleg zijn met collega's. Daarnaast moeten de overwegingen om informatie te delen nauwkeurig worden gerapporteerd in de statusvoering. Anoniem een casus overleggen met het VT is te alle tijden toegestaan en een verplichte stap volgens de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling zodra er een vermoeden is van kindermishandeling.

In een situatie waarbij er vanuit de omgeving verdenking uit gaat naar één van de gezaghebbende ouders is het aan te bevelen dat de (kinder)arts een neutrale positie behoudt. Beide gezaghebbende ouder(s) moeten niet alleen om toestemming gevraagd worden maar ook beiden gesproken worden, waarbij de van seksueel misbruik verdachte ouder op een ander moment kan worden uitgenodigd dan de andere ouder en het kind. Bij het verstrekken van informatie aan de ouders dient de arts te overleggen met de politie of een vertrouwensarts om een zorgvuldige afweging te maken welke informatie wordt gedeeld. Het kan in het belang van het kind zijn alle informatie niet direct te verschaffen aan de ouders gezien de mogelijkheid tot verstoring van een politieonderzoek.

15.2 RESULTATEN.

15.2.1 MET WELKE WET- EN REGELGEVING MOETEN WE REKENING HOUDEN IN DE OMGANG MET EEN KIND MET EEN (VERDENKING) VAN SEKSUEEL MISBRUIK BIJ KINDEREN?

In het algemeen geldt dat medisch professionals alleen medische informatie mogen uitwisselen met derden met toestemming van ouders (en kind indien boven de 16 jaar). Alleen wanneer het niet in het belang is van de patiënt of als er een gevaar dreigt voor de hulpverlener kan, in overleg met collega's, hier van worden afgeweken. Daarnaast moeten de overwegingen om informatie te delen nauwkeurig worden gerapporteerd in de statusvoering. Anoniem overleggen met VT is te alle tijde toegestaan en een verplichte stap zodra er een vermoeden is van kindermishandeling.

15.2.2 VERSTREKKEN VAN (MEDISCHE) INFORMATIE OVER PATIËNTEN

In het algemeen geldt dat de professional zich dient in te spannen om toestemming te krijgen van de gezaghebbende ouder(s)/verzorger(s) en (vanaf 12 jaar) het kind. Vanaf het 16^e jaar bepalen kinderen zelf over het verstrekken van gegevens aan anderen. Daarbij geldt dat er niet meer informatie wordt uitgewisseld dan nodig om hulpverlening op gang te brengen.

Bij een vermoeden op kindermishandeling geldt de KNMG – Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling maart 2012 [229]. Voor uitgebreide onderbouwing verwijzen we naar de Meldcode (zie bijlage 1.C - KNMG - Meldcode).

15.2.3 ADVIES OF MELDING BIJ HET VEILIG THUIS (VT):

Advies kan te alle tijde worden ingewonnen bij VT. Dit kan anoniem casusoverleg zijn en hiervoor is geen toestemming van ouders en/of kind nodig. Er wordt bij VT geen dossier opgebouwd op naam van het kind/gezin.

Melding van (vermoeden op) kindermishandeling gebeurt bij voorkeur en in beginsel op naam en met informeren van toestemming van ouder(s)/verzorger(s) (art.5 [229]). Let op: Ouders hoeven géén toestemming te geven om te melden, maar moeten door de professional wel geïnformeerd worden over de melding tenzij:

- Dit noodzakelijk is in verband met de veiligheid van cliënt of anderen, voor de vertrouwensrelatie met het gezin waartoe het kind behoort of vanwege de eigen veiligheid.
- Indien anoniem gemeld wordt dient uitdrukkelijk vermeld te worden waarom de arts daarvan gebruik maakt.
- De arts informeert ouders en/of kind alsnog over de melding zodra dat zinvol en mogelijk is zonder gevaar voor de veiligheid van het kind, (VT kan helpen bij deze inschatting).

15.2.4 VERSTREKKEN VAN INFORMATIE OP VERZOEK VAN VT (ART. 6[229]):

- Bij voorkeur met toestemming van ouders en/of kind

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

- De arts verstrekt alle informatie die noodzakelijk is om kindermishandeling te stoppen of een redelijk vermoeden daarvan te laten onderzoeken, de afweging wat wel en niet noodzakelijk is om te delen maakt de arts in overleg met naaste collega's.
- Afzien van verstrekken van informatie in het belang van het kind dient gemotiveerd te worden.

15.2.5 DIRECT CONTACT MET DE RAAD VOOR DE KINDERBESCHERMING (RvK) (ART. 10 [229])

- Indien sprake is van een situatie die zó acuut is dat onmiddellijk ingrijpen met een kinderbeschermingsmaatregel noodzakelijk is, kan direct melding worden gedaan bij de RvK. Bij acuut gevaar kan ook altijd contact worden gezocht met de politie.
- In beginsel en bij voorkeur worden betrokkenen tevoren op de hoogte gesteld van het overleg met de RvK tenzij dit niet mogelijk is in verband met de veiligheid van het kind of anderen, als redelijkerwijs gevreesd moet worden dat de arts het kind en/of diens ouders uit het oog zal verliezen of als de arts vreest voor zijn eigen veiligheid. De arts zet zijn melding ook door als de ouders, indien daarover geïnformeerd, daar bezwaar tegen maken.
- Verstrekken van informatie op verzoek van de Raad, bij voorkeur met toestemming van ouders en/of kind, tenzij dit niet mogelijk is in verband met de veiligheid van het kind en/of anderen, als redelijkerwijs gevreesd moet worden dat de arts het kind en/of de ouders uit het oog zal verliezen of als de arts vreest voor zijn eigen veiligheid.
- De arts verstrekt alle tot zijn beschikking staande informatie die noodzakelijk is om kindermishandeling te stoppen of een redelijk vermoeden daarvan te laten onderzoeken, de afweging wat wel en niet noodzakelijk is om te delen maakt de arts in overleg met naaste collega's.

15.2.6 VERSTREKKEN VAN INFORMATIE AAN ANDERE BETROKKEN PROFESSIONALS (ART.9 [229])

- Indien noodzakelijk om een vermoeden van kindermishandeling verder te (laten) onderzoeken of om noodzakelijke hulp en veiligheidsmaatregelen in verband met de veiligheid van het kind, op elkaar af te stemmen.
- Zo nodig zonder maar bij voorkeur met toestemming van ouders.

15.2.7 INFORMATIE AAN DE GEZINSVOOGD (ART. 8 [229])

- Bij voorkeur met toestemming van ouders en/of kind
- De arts informeert kind en/of ouders zo mogelijk van tevoren over de informatieverstrekking.
- Zo nodig uit eigen beweging van de arts
- Verstrekking van feitelijke informatie over het onder toezicht gestelde kind en/of diens ouder of voogd, die noodzakelijk kan worden geacht om kindermishandeling te stoppen of een redelijk vermoeden daarvan te laten onderzoeken, de afweging wat wel en niet noodzakelijk is om te delen maakt de arts in overleg met naaste collega's.

15.2.8 POLITIE/JUSTITIE (ART. 11 [229])

- In contacten met politie/justitie bewaart de arts in beginsel zijn beroepsgeheim en beroept zich op zijn verschoningsrecht. Waarheidsvinding alleen, is niet voldoende voor doorbreking van het beroepsgeheim, niet tijdens een opsporingsonderzoek, niet tijdens een gerechtelijk vooronderzoek en niet ter terechtzitting.
- Het beroepsgeheim kan in de richting van politie of justitie alleen worden doorbroken indien en voor zover dat noodzakelijk is om gevaar voor de veiligheid van een kind af te wenden. In het strafrecht zijn diverse (spoed) maatregelen mogelijk om veiligheid te bewerkstelligen.
- De arts stelt kind en/of ouders tevoren op de hoogte van de informatieverstrekking tenzij dit niet mogelijk is in verband met de veiligheid van het kind of anderen (waaronder de arts zelf), of als redelijkerwijs gevreesd moet worden dat de ouders geen contact meer met de arts zullen houden.
- Dreigt er acuut gevaar voor de veiligheid of het leven van een kind, dan neemt de arts, naast een melding richting VT of RvdK, onmiddellijk contact op met de politie. Kind en/of ouders worden op de hoogte gesteld, tenzij dit niet mogelijk is in verband met de veiligheid van het kind of anderen, of als redelijkerwijs gevreesd moet worden dat de ouders geen contact meer met de arts zullen houden.

16 AANBEVELINGEN VOOR DE TOEKOMST

16.1 VOORLICHTING

Uit de focusgroepen met ervaringsdeskundigen (zie hoofdstuk 14 - Patiënten perspectief) blijkt dat er veel behoefte is aan meer voorlichting voor kinderen over seksueel misbruik. Kinderen moeten weten dat seksueel misbruik bestaat, dat dit niet hun schuld is en dat ze om hulp mogen vragen en waar ze om hulp kunnen vragen. Dit zou moeten gebeuren op scholen (basisscholen, middelbare scholen), via de media (televisie en internet) (ook voor volwassenen). De voorlichting voor hulpverleners moet multicultureel zijn en gaan over signalering en aanpak, en hoe te reageren indien een slachtoffer hen over misbruik vertelt.

Er moet goede voorlichting komen voor slachtoffers over aangifte (wat houdt het in, de voor- en nadelen, aangifte is een keuze en geen plicht).

Lotgenoten contact voor slachtoffers en ouders van slachtoffers moet mogelijk worden gemaakt middels een patiënten vereniging.

Er moet een wegwijzer komen voor ouders en kinderen over wat hen in de zorg en op juridisch vlak te wachten staat.

16.2 SAMENWERKING

Samenwerking tussen verschillende instanties en hulpverleners is essentieel. Expertise moet worden gedeeld.

Er moet meer samenwerking komen tussen hulpverleners en ervaringsdeskundigen. De rol die ervaringsdeskundigen kunnen spelen moet worden onderzocht. Om seksueel misbruik goed aan te kunnen pakken moet er sprake zijn van een sluitende keten. Goede samenwerking tussen medisch specialisten (huisartsen, kinderartsen, kinder-gynaecologen, jeugdartsen, etc.), psychologische hulpverleners, beschermende instanties (VT, jeugdzorg, de Raad voor de kindbescherming) en politie is hierbij essentieel. Er moeten duidelijke samenwerkingsafspraken worden gemaakt tussen de verschillende disciplines die betrokken zijn bij diagnostiek, behandeling en bestrijding van seksueel misbruik bij kinderen. Deze zouden kunnen worden opgenomen in een update van de richtlijn.

16.3 VERVOLG ONDERZOEK

Omdat kinderen na doorgemaakt seksueel misbruik niet altijd de juiste begeleiding en evidence based behandeling ontvangen bevelen wij aan dat er een multidisciplinaire Richtlijn begeleiding en behandeling van kinderen met seksueel misbruik en hun ouders wordt ontwikkeld. Er moet een richtlijn komen over begeleiding en behandeling van kinderen na seksueel misbruik.

Bij volwassenen is veel onderzoek verricht naar de associatie tussen seksueel misbruik en PTSS. Met behulp van de door ons verrichte zoekactie (waarbij enkel systematische reviews zijn geïnccludeerd) is er te weinig evidence gevonden om een conclusie te kunnen trekken over de associatie tussen seksueel misbruik en PTSS bij kinderen. Wij bevelen aan om bij een update van de richtlijn een systematische

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

review te verrichten naar de associatie tussen seksueel misbruik en PTSS op de kinderleeftijd. Zie hoofdstuk 7 - Uitgangsvraag 2 Welke gedragssignalen bij kinderen zijn geassocieerd met seksueel misbruik bij kinderen?. Een systematische review naar de associatie tussen seksueel misbruik en specifieke gedragssignalen bij kinderen zou ook kunnen worden uitgevoerd. Vanuit de commentaar ronde is de suggestie gekomen om ook de associatie tussen seksueel misbruik en gehechtheidsproblematiek mee te nemen bij een update van de richtlijn.

Voor deze richtlijn is er door middel van een systematische review een overzicht gegeven van de in het Nederlands beschikbare instrumenten, zie hoofdstuk 13 - Uitgangsvraag 8 Welke instrumenten zijn er beschikbaar t.b.v. het diagnostisch onderzoek (anders dan laboratorium- en lichamelijk onderzoek) naar een vermoeden van seksueel misbruik bij kinderen?. Gedetailleerde informatie over losse instrumenten, zoals het methodisch kind interview is hierbij achterwege gelaten. Wij raden aan om bij een update van de richtlijn een systematische review te verrichten naar de validiteit van enkele in de dagelijkse praktijk veel gebruikte instrumenten binnen de diagnostiek naar seksueel misbruik. Het methodisch kind interview is een instrument dat mogelijk in de toekomst een belangrijke rol kan gaan spelen in de diagnostiek naar (een vermoeden van) seksueel misbruik. Het is daarom belangrijk de ontwikkelingen op wetenschappelijk gebied rondom dit instrument te volgen.

16.4 UPDATE VAN DE RICHTLIJN

Bij een update van de richtlijn bevelen wij aan een hoofdstuk over “Veiligheid” toe te voegen aan de richtlijn.

In deze richtlijn is geen aparte aandacht besteed aan diagnostiek naar seksueel misbruik bij kinderen met een handicap of verstandelijke beperking. Deze groep kinderen is kwetsbaar voor kindermishandeling waaronder seksueel misbruik. Echter de signalen zijn moeilijk te interpreteren en behoeven speciale expertise. Wij raden aan om bij een update van de huidige richtlijn hier extra aandacht aan te besteden.

Een apart hoofdstuk over hoe je met kinderen en tieners kunt praten over seksueel misbruik ontbreekt in deze richtlijn. Uit het commentaar vanuit verschillende beroepsverenigingen lijkt hier wel behoefte aan te zijn. Mogelijk dat ook dit meegenomen zou kunnen worden in een update van de huidige richtlijn.

Wij raden aan de zoekstrategie over de associatie tussen lichamelijke klachten bij kinderen en seksueel misbruik uit te breiden wat betreft dyspareunie en dysmenorroe.

De multidisciplinaire werkgroep zou verder aangevuld kunnen worden met een afgevaardigde van de Nederlandse Vereniging van Orthopedagogen en Rutgers WPF.

16.5 BELEID

Landelijke registratie van presentaties van (een vermoeden van) seksueel misbruik is wenselijk om (meer) inzicht te krijgen in de omvang van de problematiek in Nederland, de lichamelijke en psychische gevolgen op korte en lange termijn en de tekortkomingen in de dagelijkse praktijk.

Richtlijn ‘Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.’

Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde

Er moet bredere aandacht komen voor kindermishandeling en seksueel misbruik specifiek in de opleiding van (kinder)artsen opdat seksueel misbruik tijdig wordt gesignaleerd, onder- en overdiagnostiek wordt voorkomen en er een uniform beleid wordt gevoerd bij (een vermoeden van) seksueel misbruik.

Huisartsen en jeugdartsen hebben een belangrijke rol als verwijzers en voor eerste signalering van kindermishandeling en seksueel misbruik en dienen loco regionaal goed geïnformeerd te zijn over verwijismogelijkheden in hun regio.

Deze richtlijn kan een belangrijke bijdrage leveren aan de kwaliteit van de zorgverlening rondom seksueel misbruik. Dit valt of staat bij een goede implementatie. Naast een implementatie traject binnen de kindergeneeskunde moet er ook aandacht besteed worden aan implementatie bij ketenpartners. Bij de implementatie van de richtlijn moeten de verschillende beroepsverenigingen (Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, Vereniging Vertrouwensartsen Kindermishandeling, Forensisch Medisch Genootschap, Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland, Nederlandse Huisartsen Genootschap, Nederlandse Vereniging voor Microbiologie, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Nederlands Instituut voor Psychologen, Nederlandse Vereniging, Spoedeisende hulp artsen, Centrum Seksueel Geweld (CSG), Nationale politie, Team Zeden en Forensische opsporing, Openbaar ministerie) die meewerkten aan de richtlijn betrokken worden.

17 BIJLAGEN

- A. Voorbeeld protocol
- B. Indicatoren
- C. KNMG - Meldcode
- D. Scoringsformulieren
 - 1. AGREE
 - 2. AMSTAR
 - 3. NOS-cohort studies
 - 4. NOS-case control studies
- E. Zoekstrategie – uitgangsvraag 2
- F. Literatuur selectie – uitgangsvraag 2
- G. Evidence tabellen – uitgangsvraag 2
- H. Zoekstrategie – uitgangsvraag 3
- I. Literatuur selectie – uitgangsvraag 3
- J. Evidence tabellen – uitgangsvraag 3
- K. Zoekstrategie – uitgangsvraag 8
- L. Literatuur selectie – uitgangsvraag 8
- M. Evidence tabellen – uitgangsvraag 8
- N. Patiënten versie
- O. Overzicht Centra Seksueel Geweld in Nederland
- P. Belangen

REFERENTIES

1. Barth, J., et al., *The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis*. International Journal of Public Health, 2013. **58**(3): p. 469-483.
2. Alink, L., et al., *De Tweede Nationale Prevalentie Studie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (NPM-2010)*. 2011.
3. Alink, L., S. Euser, and A. Tharner, *Prevalentie Seksueel Misbruik in de Nederlandse Jeugdzorg in 2008-2010: Een Kwantitatieve Studie*. 2012.
4. Rajindrajith, S., et al., *Constipation in Sri Lankan children: Association with physical, sexual, emotional abuse*. Journal of Gastroenterology and Hepatology, 2012. **27**: p. 383-384.
5. Sethi, D., et al., *European report on preventing child maltreatment*. 2013: <http://www.euro.who.int/>.
6. *Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (2014). Op goede grond. De aanpak van seksueel geweld tegen kinderen*. Den Haag: Nationaal Rapporteur.
7. Putte, E.M.v.d.L., I.M.A; Russel, I.M.B; Teeuw, A.H., *Medisch handboek kindermishandeling*. 2013: Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media BV.
8. Berlo van, W.B.v., I., *Whitepaper Seksuele grensoverschrijding en seksueel geweld: feiten en cijfers*. 2015, Rutgers WPF en Movisie.
9. Adams, J.A., et al., *Examination Findings in Legally Confirmed Child Sexual Abuse: It's Normal to be Normal*. Pediatrics, 1994.
10. Heger, A., et al., *Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children*. Child Abuse Negl., 2002.
11. Berkoff, M.C., et al., *Has this prepubertal girl been sexually abused?* JAMA, 2008. **300**(23): p. 2779-2792.
12. Muram, D., *Child sexual abuse: relationship between sexual acts and genital findings*. Child Abuse Negl., 1989. **13**(2): p. 211-216.
13. Muram, D., et al., *Genital injuries*. J.Pediatr Adolesc.Gynecol., 2003. **16**(3): p. 149-155.
14. Kellogg, N.D.M., S.W.; Santos,A., *Genital Anatomy in Pregnant Adolescents: "Normal" Does Not Mean "Nothing Happened"*. Pediatrics, 2004. **113**(1): p. 67-69.
15. Mannarino, A.P.C., J.A., *A CLINICAL-DEMOGRAPHIC STUDY OF SEXUALLY ABUSED CHILDREN*. Child Abuse Negl, 1986. **10**: p. 17-23.
16. Conte, J.R., *The Effects of Sexual Abuse on Children: Results of a Research Project*. ANNALS NEW YORK ACADEMY OF SCIENCES, 1988.
17. Mian, M.W., W.; Klanjer-Diamond, H.; Lebaron, D.;Winder, C. , *Review of 125 children 6 years of age and under who were sexually abused*. Child Abuse Negl, 1986. **10**: p. 223-229.
18. Friedrich, W.N., A.J. Urquiza, and R.L. Beilke, *Behavior problems in sexually abused young children*. J Pediatr Psychol, 1986. **11**(1): p. 47-57.
19. Lamers-Winkelmann, F., *Seksueel misbruik van jonge kinderen. Een onderzoek naar signalen en signaleren, en naar ondervragen en vertellen inzake seksueel misbruik*. 1995, Amsterdam: VU Uitgeverij.

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

20. Maniglio, R., *Prevalence of Sexual Abuse Among Children with Conduct Disorder: A Systematic Review*. Clin.Child Fam.Psychol.Rev., 2013.
21. Rajindrajith, S., et al., *Association Between Child Maltreatment and Constipation: a School Based Survey Using Rome III Criteria*. J.Pediatr Gastroenterol.Nutr., 2013.
22. Sonneveld, L.P., et al., *Prevalence of child sexual abuse in pediatric patients with chronic abdominal pain*. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2013. **56**(5): p. 475-480.
23. Draper, B., et al., *Long-term effects of childhood abuse on the quality of life and health of older people: results from the Depression and Early Prevention of Suicide in General Practice Project*. J Am Geriatr Soc, 2008. **56**(2): p. 262-71.
24. Fergusson, D.M., G.F. McLeod, and L.J. Horwood, *Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand*. Child Abuse Negl, 2013. **37**(9): p. 664-74.
25. RCPCH, *The Physical Signs of Child Sexual Abuse*, in *An evidence-based review and guidance for best practice*. 2015, Royal College of Paediatrics and Child Health: London.
26. Brouwers M, K.M., Browman GP, Cluzeau F, feder G, Fervers B, Hanna S, Makarski J on behalf of the AGREE and N.S. Consortium., *AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare.*, C.M.A. J., Editor. 2013.
27. Tools., N.C.C.f.M.a., *Critically appraising practice guidelines: The AGREE II instrument*. . 2011, National Collaborating Centre for Methods and Tools: Hamilton, ON: McMaster University.
28. Naughton, A.M., et al., *Emotional, behavioral, and developmental features indicative of neglect or emotional abuse in preschool children: a systematic review*. JAMA Pediatr, 2013. **167**(8): p. 769-75.
29. Maguire, S.A., et al., *A systematic review of the emotional, behavioural and cognitive features exhibited by school-aged children experiencing neglect or emotional abuse*. Child Care Health Dev, 2015. **41**(5): p. 641-53.
30. Seibert, M.L., *The fighting phenomenon: What it means to be a girl who fights (adolescent physical violence)*. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences, 2011. **71**(12-A): p. 4350.
31. Shea, B.J., et al., *Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews*. BMC Med Res Methodol, 2007. **7**: p. 10.
32. Homma, Y., et al., *The relationship between sexual abuse and risky sexual behavior among adolescent boys: A meta-analysis*. Journal of Adolescent Health, 2012. **51**(1): p. 18-24.
33. Jacobson, C.M. and M. Gould, *The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature*. Archives of Suicide Research, 2007. **11**(2): p. 129-47.
34. Rhodes, A.E., et al., *Sex Differences in Childhood Sexual Abuse and Suicide-Related Behaviors*. Suicide and Life Threatening Behavior, 2011. **41**(3): p. 235-254.
35. Simpson, T.L. and W.R. Miller, *Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review*. Clinical Psychology Review, 2002. **22**(1): p. 27-77.
36. Kendall-Tackett, K.A. and et al., *The Impact of Sexual Abuse on Children: A Review and Synthesis of Recent Empirical Studies*. 1993, New Hampshire Univ., Durham. Family Research Lab.
37. Arata, C.M., *From child victim to adult victim: a model for predicting sexual revictimization*. Child Maltreat, 2000. **5**(1): p. 28-38.

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

38. Barnes, J.E., et al., *Sexual and physical revictimization among victims of severe childhood sexual abuse*. Child Abuse Negl, 2009. **33**(7): p. 412-20.
39. Bramsen, R.H., et al., *Testing a multiple mediator model of the effect of childhood sexual abuse on adolescent sexual victimization*. Am J Orthopsychiatry, 2013. **83**(1): p. 47-54.
40. GA Wells, B.S., D O'Connell, J Peterson, V Welch, M Losos, P Tugwell, *NEWCASTLE - OTTAWA QUALITY ASSESSMENT SCALE*.
41. Ye, Q., et al., *Impact of childhood abuses on the psychology and behaviors regarding harmful dietary pattern in adolescents*. [Chinese]. Zhonghua liu xing bing xue za zhi = Zhonghua liuxingbingxue zazhi, 2006. **27**(4): p. 319-323.
42. Anderson, B., S. Carstater, and J. Schober, *The incidence of enuresis and dysfunctional elimination in children who present with allegations of sexual abuse*. Journal of Sexual Medicine, 2010. **7**: p. 411.
43. Angam, G., P. Memchoubi, and H. Nabachandra, *"Purity defiled: How safe is your child?" (A study of child victims of sexual assault in imphal during 2001-2006)*. Journal of Forensic Medicine and Toxicology, 2006. **23**(2): p. 7-11.
44. Douglas, M., D. Schatte, and R.A. Harper, *The aftermath of childhood sexual abuse: A case report and review of the literature*. Adolescent Psychiatry, 2011. **1**(3): p. 255-259.
45. Zafar, M., et al., *Childhood abuse in pediatric patients with juvenile fibromyalgia and chronic daily headache*. Journal of Pain, 2010. **1**: p. S13.
46. Smolak, L. and S.K. Murnen, *A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders*. International Journal of Eating Disorders, 2002. **31**(2): p. 136-50.
47. Pilgrim, N.A. and R.W. Blum, *Adolescent mental and physical health in the English-speaking Caribbean*. Pan American Journal of Public Health, 2012. **32**(1): p. 62-9.
48. Jacobi, C., et al., *Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy*. Psychological Bulletin, 2004. **130**(1): p. 19-65.
49. Sanci, L., et al., *Childhood sexual abuse and eating disorders in females: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study*. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 2008. **162**(3): p. 261-7.
50. Ackard, D.M., et al., *Binge and purge behavior among adolescents: associations with sexual and physical abuse in a nationally representative sample: the Commonwealth Fund survey*. Child Abuse & Neglect, 2001. **25**(6): p. 771-85.
51. Akkermann, K., et al., *The impact of adverse life events and the serotonin transporter gene promoter polymorphism on the development of eating disorder symptoms*. J Psychiatr Res, 2012. **46**(1): p. 38-43.
52. Benjet, C., et al., *Epidemiology of eating disorders in a representative sample of adolescents*. Salud Mental, 2012. **35**(6): p. 483-490.
53. Ackard, D.M. and D. Neumark-Sztainer, *Multiple sexual victimizations among adolescent boys and girls: prevalence and associations with eating behaviors and psychological health*. Journal of Child Sexual Abuse, 2003. **12**(1): p. 17-37.
54. Hussey, J.M., et al., *Child maltreatment in the United States: prevalence, risk factors, and adolescent health consequences*. Pediatrics, 2006. **118**(3): p. 933-942.
55. Noll, J.G., et al., *Obesity risk for female victims of childhood sexual abuse: a prospective study*. Pediatrics, 2007. **120**(61-7).
56. Frothingham, T.E., et al., *Follow up study eight years after diagnosis of sexual abuse*. Arch Dis Child, 2000. **83**(2): p. 132-4.

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

57. Pinhas-Hamiel, O., et al., *Obesity in girls and penetrative sexual abuse in childhood*. Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics, 2009. **98**(1): p. 144-147.
58. Holmberg, L.I. and D. Hellberg, *Sexually abused children. Characterization of these girls when adolescents*. International Journal of Adolescent Medicine & Health, 2010. **22**(2): p. 291-300.
59. Thompson, K.M., et al., *Sexual victimization and adolescent weight regulation practices: a test across three community based samples*. Child Abuse & Neglect, 2001. **25**(2): p. 291-305.
60. Chen, J., M.P. Dunne, and P. Han, *Child sexual abuse in China: A study of adolescents in four provinces*. Child Abuse and Neglect, 2004. **28**(11): p. 1171-1186.
61. Holling, H. and R. Schlack, *Eating disorders in children and adolescents: First results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS)*. [German]. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 2007. **50**(5-6): p. 794-799.
62. Haley, C.C., K. Hedberg, and R.F. Leman, *Disordered eating and unhealthy weight loss practices: which adolescents are at highest risk?* Journal of Adolescent Health, 2010. **47**(1): p. 102-5.
63. Hopwood, C.J., et al., *The mediational significance of negative/depressive affect in the relationship of childhood maltreatment and eating disorder features in adolescent psychiatric inpatients*. Eating & Weight Disorders: EWD, 2011. **16**(1): p. e9-e16.
64. Unikel-Santoncini, C., L. Ramos-Lira, and F. Juarez-Garcia, *Association of childhood sexual abuse and disordered eating in a sample of Mexican adolescents*. [Spanish]. Revista de Investigacion Clinica, 2011. **63**(5): p. 475-483.
65. Jaite, C., et al., *Childhood abuse in adolescents with Anorexia nervosa compared to a psychiatric and a healthy control group*. [German]. Zeitschrift fur Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2013. **41**(2): p. 99-108.
66. Jaite, C., et al., *Etiological role of childhood emotional trauma and neglect in adolescent anorexia nervosa: a cross-sectional questionnaire analysis*. Psychopathology, 2012. **45**(1): p. 61-6.
67. Wonderlich, S.A., et al., *Relationship of childhood sexual abuse and eating disturbance in children*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2000. **39**(10): p. 1277-83.
68. Wong, W.C.W., et al., *To Unfold a Hidden Epidemic: Prevalence of Child Maltreatment and Its Health Implications among High School Students in Guangzhou, China*. Child Abuse and Neglect: The International Journal, 2009. **33**(7): p. 441-450.
69. Wonderlich, S., et al., *Pathways mediating sexual abuse and eating disturbance in children*. International Journal of Eating Disorders, 2001. **29**(3): p. 270-9.
70. Wonderlich, S.A., et al., *Relationship of childhood sexual abuse and eating disturbance in children*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2000. **39**(10): p. 1277-83.
71. Hodson, C., et al., *Childhood adversity, poly-substance use, and disordered eating in adolescent Latinas: mediated and indirect paths in a community sample*. Child Abuse & Neglect, 2006. **30**(9): p. 1017-36.
72. Neumark-Sztainer, D., et al., *Disordered eating among adolescents: associations with sexual/physical abuse and other familial/psychosocial factors*. International Journal of Eating Disorders, 2000. **28**(3): p. 249-58.
73. Silverman, J., Raj, A., Mucci, L., & Hathaway, J., *Dating violence against adolescent girls and associated substance use, unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy, and suicidality*. . Journal of the American Medical Association, 2001. **286**: p. 572-579.

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

74. Thompson, J.K. and L. Smolak, *Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment*, in *Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment*. 2001, American Psychological Association; US: Washington, DC. p. xii, 403.
75. Thompson, K.M., et al., *Sexual violence and weight control techniques among adolescent girls*. International Journal of Eating Disorders, 2001. **29**(2): p. 166-176.
76. Juang KD, W.S., Fuh JL, Lu SR, Chen YS., *Association between adolescent chronic daily headache and childhood adversities in a community study setting*. Cephalalgia, 2004. **24**: p. 54-59.
77. Genizi, J., I. Srugo, and N.C. Kerem, *Headache and physical and sexual abuse among Jewish and Arab adolescents in Israel*. Journal of Child Neurology, 2014. **29**(4): p. 505-8.
78. Inal Emiroglu, F.N., et al., *Assessment of child neurology outpatients with headache, dizziness, and fainting*. Journal of Child Neurology, 2004. **19**(5): p. 332-336.
79. Sonneveld, L.P., et al., *Prevalence of child sexual abuse in pediatric patients with chronic abdominal pain*. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 2013. **56**(5): p. 475-480.
80. van Tilburg, M.A., et al., *Unexplained gastrointestinal symptoms after abuse in a prospective study of children at risk for abuse and neglect*. Annals of Family Medicine, 2010. **8**(2): p. 134-40.
81. Rajindrajith, S., et al., *Association between child maltreatment and constipation: A school-based survey using Rome III criteria*. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 2014. **58**(4): p. 486-490.
82. Anderson, B., et al., *The prevalence of abnormal genital findings, vulvovaginitis, enuresis and encopresis in children who present with allegations of sexual abuse*. J Pediatr Urol, 2014.
83. Mellon, M.W., S.P. Whiteside, and W.N. Friedrich, *The relevance of fecal soiling as an indicator of child sexual abuse: a preliminary analysis*. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 2006. **27**(1): p. 25-32.
84. Hyman, P.E., et al., *Visceral pain-associated disability syndrome: a descriptive analysis*. Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition, 2002. **35**(5): p. 663-8.
85. Yildirim, A., et al., *Evaluation of lower urinary tract symptoms in children exposed to sexual abuse*. Urology Journal, 2011. **8**(1): p. 38-42.
86. DeLago, C., et al., *Urogenital Symptoms after Sexual Abuse Vs Irritant Contact in Premenarchal Girls*. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 2012. **25**(5): p. 334-339.
87. Delago, C., et al., *Girls who disclose sexual abuse: Urogenital symptoms and signs after genital contact*. Pediatrics, 2008. **122**(2): p. e281-e286.
88. McGreal, S. and P. Wood, *Recurrent Vaginal Discharge in Children*. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 2013. **26**(4): p. 205-208.
89. Jensen, L.S. and A. Bygum, *Childhood lichen sclerosus is a rare but important diagnosis*. Danish Medical Journal, 2012. **59**(5): p. A4424.
90. Kugler, B.B., et al., *Somatic symptoms in traumatized children and adolescents*. Child Psychiatry & Human Development, 2012. **43**(5): p. 661-73.
91. Price, L., et al., *Somatic and psychological problems in a cohort of sexually abused boys: a six year follow up case-control study*. Archives of Disease in Childhood, 2002. **86**(3): p. 164-7.
92. Anda, R.F., et al., *Adverse childhood experiences and chronic obstructive pulmonary disease in adults*. Am J Prev Med, 2008. **34**(5): p. 396-403.

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

93. Chapman, D.P., et al., *Adverse childhood experiences and sleep disturbances in adults*. Sleep Med, 2011. **12**(8): p. 773-9.
94. Leroi, A.M., et al., *Prevalence of sexual abuse among patients with functional disorders of the lower gastrointestinal tract*. Int J Colorectal Dis, 1995. **10**(4): p. 200-6.
95. Drossman, D.A., *Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness*. Scand J Gastroenterol Suppl, 1995. **208**: p. 90-6.
96. Drossman, D.A., et al., *Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders*. Ann.Intern.Med., 1990. **113**(11): p. 828-833.
97. Vink, C.W., Labots-Vogeleang, S.M., Lagro-Janssen, A.L.M., *Meer menstruatieklachten bij vrouwen met seksueel misbruik in de anamnese*. Ned Tijdschr Geneeskd., 2006. **150**: p. 1886-90.
98. Latthe, P., et al., *Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review*. BMJ, 2006. **332**(7544): p. 749-55.
99. Gianotten, W.L. and J.A. Hordern, *Sexual Health in the Terminally Ill*, in *Cancer and Sexual Health*, P.J. Mulhall, et al., Editors. 2011, Humana Press: Totowa, NJ. p. 577-587.
100. Gijs, L.G., W.L.; Vanwesenbeeck, I.; Weijenborg, P.T.M., *Seksuologie*. 2006.
101. Vries, d.H.J.C.D., van G.J.J.; Bax, C.J.;, *Multidisciplinaire Richtlijn Seksueel Overdraagbare Aandoeningen voor de 2e Lijn*. 2011, Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV).
102. Frieden, T.R.J., H.W.; Cono, J.; Richards, C.L.; Iademarco, M.F., *Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines*. 2015, the Center for Surveillance, Epidemiology, and Laboratory Services, Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Morbidity and Mortality Weekly Report.
103. Cook, R.L.H., S.L.; Østergaard, L.; Braithwaite, R.S.; Ness, R.B., *Systematic Review: Noninvasive Testing for Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae*. Ann Intern Med, 2005. **142**: p. 914-925.
104. Juhnke, G.A., K. Henderson, and B.A. Juhnke, *The Juhnke, Henderson, Juhnke Child Abuse and Neglect Risk Assessment Scale: A mnemonic instrument used to assess potential maltreatment of children*. The Family Journal, 2013. **21**(1): p. 57-64.
105. Ruggiero, K.J. and S.V. McLeer, *PTSD scale of the Child Behavior Checklist: concurrent and discriminant validity with non-clinic-referred sexually abused children*. Journal of Traumatic Stress, 2000. **13**(2): p. 287-99.
106. Kaess, M., et al., *[Childhood Experiences of Care and Abuse (CECA) - validation of the German version of the questionnaire and interview, and results of an investigation of correlations between adverse childhood experiences and suicidal behaviour]*. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2011. **39**(4): p. 243-52.
107. Smith, N., et al., *Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire (CECA.Q). Validation of a screening instrument for childhood adversity in clinical populations*. Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 2002. **37**(12): p. 572-9.
108. Gully, K.J., *Expectations test: trauma scales for sexual abuse, physical abuse, exposure to family violence, and posttraumatic stress*. Child Maltreatment, 2003. **8**(3): p. 218-29.
109. Mannarino, A.P., J.A. Cohen, and S.R. Berman, *The Children's Attributions and Perceptions Scale: A new measure of sexual abuse-related factors*. Journal of Clinical Child Psychology, 1994. **23**(2): p. 204-211.

110. DiLillo, D., et al., *Development and initial psychometric properties of the Computer Assisted Maltreatment Inventory (CAMI): A comprehensive self-report measure of child maltreatment history*. Child Abuse & Neglect, 2010. **34**(5): p. 305-317.
111. Higgins, D.J. and M.P. McCabe, *The development of the Comprehensive Child Maltreatment Scale*. Journal of Family Studies, 2001. **7**(1): p. 7-28.
112. Riddle, K.P. and J.F. Aponte, *The Comprehensive Childhood Maltreatment Inventory: Early Development and Reliability Analyses*. Child Abuse and Neglect: The International Journal, 1103. **23**(11): p. 1103-15.
113. Friedrich, W.N. and et al., *Child Sexual Behavior Inventory: Normative and Clinical Comparisons*. Psychological Assessment, 1992. **4**(3): p. 303-11.
114. Friedrich, W.N., et al., *Child Sexual Behavior Inventory: normative, psychiatric, and sexual abuse comparisons*. Child Maltreatment, 2001. **6**(1): p. 37-49.
115. Wherry, J.N., et al., *Factor structure of the adolescent clinical sexual behavior inventory*. Journal of Child Sexual Abuse, 2009. **18**(3): p. 233-246.
116. Wherry, J.N., et al., *Child Sexual Behavior Inventory scores for inpatient psychiatric boys: An exploratory study*. Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders, 1995. **4**(3): p. 95-105.
117. Bernstein, D.P., et al., *Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1997. **36**(3): p. 340-348.
118. Bernstein, D.P., et al., *Development and Validation of a Brief Screening Version of the Childhood Trauma Questionnaire*. Child Abuse and Neglect: The International Journal, 2003. **27**(2): p. 169-90.
119. Gerdner, A. and C. Allgulander, *Psychometric properties of the Swedish version of the Childhood Trauma Questionnaire-Short Form (CTQ-SF)*. Nordic Journal of Psychiatry, 2009. **63**(2): p. 160-170.
120. Klinitzke, G., et al., *[The German Version of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): psychometric characteristics in a representative sample of the general population]*. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 2012. **62**(2): p. 47-51.
121. Paivio, S.C. and K.M. Cramer, *Factor structure and reliability of the Childhood Trauma Questionnaire in a Canadian undergraduate student sample*. Child Abuse & Neglect, 2004. **28**(8): p. 889-904.
122. Paquette, D., et al., *[Validation of the French version of the CTQ and prevalence of the history of maltreatment]*. Sante Mentale au Quebec, 2004. **29**(1): p. 201-20.
123. Thombs, B.D., *Measurement invariance of the Childhood Trauma Questionnaire across gender and race/ethnicity: Applications of structural equation modeling and item response theory (TEXAS)*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 2005. **65**(7-B): p. 3729.
124. Thombs, B.D., et al., *A validation study of the Dutch Childhood Trauma Questionnaire-Short Form: Factor structure, reliability, and known-groups validity*. Child Abuse & Neglect, 2009. **33**(8): p. 518-523.
125. Wingenfeld, K., et al., *[The German version of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): preliminary psychometric properties]*. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 2010. **60**(11): p. 442-50.
126. Marek, S.A., *Confirmation of the factor structure of the Childhood Sexual Abuse - Distress Questionnaire: Defining child sexual abuse*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 2003. **63**(10-B): p. 4960.

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

127. Kopecky-Wenzel, M., A. Hipfner, and R. Frank, *[Questionnaire on psychosexual development of children--development of a guideline for diagnosis of sexual abuse]*. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 1996. **45**(7): p. 230-8.
128. Castelda, B.A., et al., *Extension of the sexual abuse questionnaire to other abuse categories: the initial psychometric validation of the Binghamton Childhood Abuse Screen*. Journal of Child Sexual Abuse, 2007. **16**(1): p. 107-25.
129. Ryan, S.H.W., *Psychometric analysis of the Sexual Abuse Exposure Questionnaire*. Dissertation Abstracts International, 1993. **54**(4-B): p. 2268.
130. Salvagni, E.P. and M.B. Wagner, *Development of a questionnaire for the assessment of sexual abuse in children and estimation of its discriminant validity: a case-control study*. Jornal de Pediatria, 2006. **82**(6): p. 431-6.
131. Briere, J., et al., *The trauma symptom checklist for young children (TSCYC): Reliability and association with abuse exposure in a multi-site study*. Child Abuse & Neglect, 2001. **25**(8): p. 1001-1014.
132. Smith-Papke, L.E., *Assessing the severity of childhood sexual abuse*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 1996. **57**(6-B): p. 4044.
133. Sadowski, C.M. and W.N. Friedrich, *Psychometric properties of the Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) with psychiatrically hospitalized adolescents*. Child Maltreatment, 2000. **5**(4): p. 364-72.
134. Williams, T.L., *The development and validation of a multi-dimensional assessment instrument of child sexual abuse experiences*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 2002. **62**(11-B): p. 5399.
135. Tanaka, M., et al., *Preliminary evaluation of the Childhood Experiences of Violence Questionnaire Short Form*. Journal of Interpersonal Violence, 2012. **27**(2): p. 396-407.
136. Walsh, C.A., et al., *Measurement of victimization in adolescence: Development and validation of the childhood experiences of violence questionnaire*. Child Abuse & Neglect, 2008. **32**(11): p. 1037-1057.
137. Dunne, M.P., et al., *ISPCAN Child Abuse Screening Tools Retrospective version (ICAST-R): Delphi study and field testing in seven countries*. Child Abuse & Neglect, 2009. **33**(11): p. 815-25.
138. Runyan, D.K., M.P. Dunne, and A.J. Zolotor, *Introduction to the development of the ISPCAN child abuse screening tools*. Child Abuse & Neglect, 2009. **33**(11): p. 842-5.
139. Runyan, D.K., et al., *The development and piloting of the ISPCAN Child Abuse Screening Tool-Parent version (ICAST-P)*. Child Abuse & Neglect, 2009. **33**(11): p. 826-32.
140. Zolotor, A.J., et al., *ISPCAN Child Abuse Screening Tool Children's Version (ICAST-C): Instrument development and multi-national pilot testing*. Child Abuse & Neglect, 2009. **33**(11): p. 833-41.
141. Johnson, W.L., *The validity and utility of the California Family Risk Assessment under practice conditions in the field: A prospective study*. Child Abuse Negl, 2011. **35**(1): p. 18-28.
142. Brandyberry, L.J. and R.R. MacNair-Semands, *Examining the Validity and Reliability of Childhood Abuse Scales: Putting "The Courage To Heal" to the Test*. Child Abuse and Neglect: The International Journal, 1253. **22**(12): p. 1253-63.
143. Bremner, J., R. Bolus, and E.A. Mayer, *Psychometric properties of the Early Trauma Inventory-Self-Report*. Journal of Nervous and Mental Disease, 2007. **195**(3): p. 211-218.

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

144. Floyed, R.L., et al., *Development of a Screening Tool for Pediatric Sexual Assault May Reduce Emergency-Department Visits*. Pediatrics, 2011. **128**(2): p. 221-226.
145. Wurtele, S.K., J. Hughes, and J.S. Owens, *An examination of the reliability of the "What If" Situations Test: A brief report*. Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders, 1998. **7**(1): p. 41-52.
146. Glaesmer, H., et al., *[The childhood trauma screener (CTS) - development and validation of cut-off-scores for classificatory diagnostics]*. Psychiatrische Praxis, 2013. **40**(4): p. 220-6.
147. Grabe, H.J., et al., *[A brief instrument for the assessment of childhood abuse and neglect: the childhood trauma screener (CTS)]*. Psychiatrische Praxis, 2012. **39**(3): p. 109-15.
148. Robertson, K.R., *Initial validation of an inventory to assess sexual child abuse potential*. Dissertation Abstracts International, 1990. **51**(2-B): p. 1001.
149. Rohr, M.E. and et al., *Identifying Victims of Abuse Using the Personality Inventory for Children: I. Applications for Adolescent Runaways*. 1994.
150. Wright, M.J., *Identifying child sexual abuse using the Personality Inventory for Children*. Dissertation Abstracts International, 1991. **52**(3-B): p. 1744.
151. Kumar, G., R.A. Steer, and E. Deblinger, *Problems in differentiating sexually from nonsexually abused adolescent psychiatric inpatients by self-reported anxiety, depression, internalization, and externalization*. Child Abuse & Neglect, 1996. **20**(11): p. 1079-86.
152. Malik, F.D. and A.A. Shah, *Development of child abuse scale: Reliability and validity analyses*. Psychology and Developing Societies, 2007. **19**(2): p. 161-178.
153. Swahnberg, K., *NorVold Abuse Questionnaire for men (m-NorAQ): validation of new measures of emotional, physical, and sexual abuse and abuse in health care in male patients*. Gender Medicine, 2011. **8**(2): p. 69-79.
154. Vezina, A. and R. Bradet, *Validation of the Child Well-Being Scales (CWBSs) in Quebec*. Science et Comportement, 1992. **22**(3-4): p. 233-251.
155. Bergner, R.M., L.K. Delgado, and D. Graybill, *Finkelhor's Risk Factor Checklist: a cross-validation study*. Child Abuse & Neglect, 1994. **18**(4): p. 331-40.
156. Lamb, M.E. and et al., *Investigative Interviews of Alleged Sexual Abuse Victims with and without Anatomical Dolls*. Child Abuse and Neglect: The International Journal, 1251. **20**(12): p. 1251-59.
157. White, S., et al., *Interviewing young sexual abuse victims with anatomically correct dolls*. Child Abuse & Neglect, 1986. **10**(4): p. 519-29.
158. Boat, B.W. and M.D. Everson, *Interviewing young children with anatomical dolls*. Child Welfare, 1988. **67**(4): p. 337-52.
159. Glaser, D. and C. Collins, *The response of young, non-sexually abused children to anatomically correct dolls*. Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, 1989. **30**(4): p. 547-60.
160. Sergeant, J. and W. Everaerd, *Clinical decisions and the doll method*. Psycholoog, 1989. **24**(6): p. 297-302.
161. Duty, D.S., *Anatomically Correct Dolls: Use in Suspected Child Sexual Abuse Interviews*. 1990.
162. Realmuto, G.M., J.B. Jensen, and S. Wescoe, *Specificity and sensitivity of sexually anatomically correct dolls in substantiating abuse: a pilot study*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1990. **29**(5): p. 743-6.

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

163. Kendall-Tackett, K.A., *Professionals' Standards of "Normal" Behavior with Anatomical Dolls and Factors That Influence These Standards*. 1991.
164. Lie, G.Y. and A. Inman, *The use of anatomical dolls as assessment and evidentiary tools*. Social Work, 1991. **36**(5): p. 396-9.
165. Lie, G.-Y. and A. Inman, *The Use of Anatomical Dolls as Assessment and Evidentiary Tools*. Social Work, 1991. **36**(5): p. 396-99.
166. Kendall-Tackett, K.A., *Professionals' standards of "normal" behavior with anatomical dolls and factors that influence these standards*. Child Abuse & Neglect, 1992. **16**(5): p. 727-33.
167. Realmuto, G.M. and S. Wescoe, *Agreement among professionals about a child's sexual abuse status: interviews with sexually anatomically correct dolls as indicators of abuse*. Child Abuse & Neglect, 1992. **16**(5): p. 719-25.
168. Bartlett-Simpson, B., S. Kneeshaw, and C. Schaefer, *The use of anatomical dolls to assess child sexual abuse: A critical review*. International Journal of Play Therapy, 1993. **2**(2): p. 35-51.
169. Elliott, A.N., W.T. O'Donohue, and M.A. Nickerson, *The use of sexually anatomically detailed dolls in the assessment of sexual abuse*. Clinical Psychology Review, 1993. **13**(3): p. 207-221.
170. Skinner, L.J. and K.K. Berry, *Anatomically detailed dolls and the evaluation of child sexual abuse allegations: Psychometric considerations*. Law and Human Behavior, 1993. **17**(4): p. 399-421.
171. Wolfner, G., D. Faust, and R.M. Dawes, *The use of anatomically detailed dolls in sexual abuse evaluations: The state of the science*. Applied & Preventive Psychology, 1993. **2**(1): p. 1-11.
172. Skinner, L.J., M.K. Giles, and K.K. Berry, *Anatomically detailed dolls and validation interviews: Standardization, norms, and training issues*. Journal of Offender Rehabilitation, 1994. **21**(1-2): p. 45-72.
173. Carlson, R.S., *A critical analysis of the use of anatomically detailed dolls in the assessment of child sexual abuse*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 1995. **55**(12-B): p. 5561.
174. Katz, S.M., et al., *The accuracy of children's reports with anatomically correct dolls*. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 1995. **16**(2): p. 71-6.
175. Koocher, G.P., et al., *Psychological science and the use of anatomically detailed dolls in child sexual-abuse assessments*. Psychological Bulletin, 1995. **118**(2): p. 199-222.
176. Levy, H.B. and et al., *Child Sexual Abuse Interviews: The Use of Anatomic Dolls and the Reliability of Information*. Journal of Interpersonal Violence, 1995. **10**(3): p. 334-53.
177. Levy, H.B., et al., *Child sexual abuse interviews: The use of anatomic dolls and the reliability of information*. Journal of Interpersonal Violence, 1995. **10**(3): p. 334-353.
178. Morgan, M. and V. Edwards, *How to interview sexual abuse victims: Including the use of anatomical dolls*. Interpersonal violence: The practice series, Vol 7. 1995, Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc; US.
179. Simkins, L. and A. Renier, *An analytical review of the empirical literature on children's play with anatomically detailed dolls... a modified version of this paper was presented at the Midcontinent Region annual conference of the Society for the Scientific Study of Sex, Austin, Texas (May, 1994)*. Journal of Child Sexual Abuse, 1996. **5**(1): p. 21-45.

180. Skinner, L.J., *Assumptions and beliefs about the role of AD dolls in child sexual abuse validation interviews: are they supported empirically?* Behavioral Sciences & the Law, 1996. **14**(2): p. 167-85.
181. Everson, M.D. and B.W. Boat, *Anatomical dolls in child sexual abuse assessments: A call for forensically relevant research.* Applied Cognitive Psychology, 1997. **11**(Spec Issue): p. S55-S74.
182. Bruck, M., S.J. Ceci, and E. Francoeur, *Children's use of anatomically detailed dolls to report genital touching in a medical examination: developmental and gender comparisons.* Journal of Experimental Psychology: Applied, 2000. **6**(1): p. 74-83.
183. Faller, K.C., *Anatomical dolls: their use in assessment of children who may have been sexually abused.* Journal of Child Sexual Abuse, 2005. **14**(3): p. 1-21.
184. M.D.Everson, B.W.B., *PUTING THE ANATOMICAL DOLL CONTROVERSY IN PERSPECTIVE: AN EXAMINATION OF THE MAJOR USES AND CRITICISMS OF THE DOLLS IN CHILD SEXUAL ABUSE EVALUATIONS* Child Abuse & Neglect, 1994. **18**(2): p. 113-129.
185. Thierry, K.L., et al., *Developmental differences in the function and use of anatomical dolls during interviews with alleged sexual abuse victims.* J Consult Clin Psychol, 2005. **73**(6): p. 1125-34.
186. Hlavka, H.R., S.D. Olinger, and J.L. Lashley, *The use of anatomical dolls as a demonstration aid in child sexual abuse interviews: a study of forensic interviewers' perceptions.* J Child Sex Abus, 2010. **19**(5): p. 519-53.
187. West, M.M., *Meta-Analysis of Studies Assessing the Efficacy of Projective Techniques in Discriminating Child Sexual Abuse.* Child Abuse and Neglect: The International Journal, 1151. **22**(11): p. 1151-66.
188. Cohen, F.W. and R.E. Phelps, *Incest markers in children's artwork.* The Arts in Psychotherapy, 1985. **12**(4): p. 265-283.
189. Czenner, Z., *The reliability of information gained by a child's drawings.* Acta Medicinæ Legalis et Socialis, 1986. **36**(2): p. 199-207.
190. Hibbard, R.A., K. Roghmann, and R.A. Hoekelman, *Genitalia in children's drawings: an association with sexual abuse.* Pediatrics, 1987. **79**(1): p. 129-37.
191. Manning, T.M., *Aggression depicted in abused children's drawings.* The Arts in Psychotherapy, 1987. **14**(1): p. 15-24.
192. Sidun, N.M. and R.H. Rosenthal, *Graphic indicators of sexual abuse in Draw-A-Person Tests of psychiatrically hospitalized adolescents.* The Arts in Psychotherapy, 1987. **14**(1): p. 25-33.
193. Rasch, M.A. and E.E. Wagner, *Initial psychological effects of sexual abuse on female children as reflected in the Hand Test.* Journal of Personality Assessment, 1989. **53**(4): p. 761-9.
194. Hibbard, R.A. and G.L. Hartman, *Emotional indicators in human figure drawings of sexually victimized and nonabused children.* Journal of Clinical Psychology, 1990. **46**(2): p. 211-9.
195. Torem, M.S., A. Gilbertson, and V. Light, *Indications of physical, sexual, and verbal victimization in projective tree drawings.* Journal of Clinical Psychology, 1990. **46**(6): p. 900-6.
196. Hagood, M.M., *Diagnosis or dilemma: Drawings of sexually abused children.* British Journal of Projective Psychology, 1992. **37**(1): p. 22-33.
197. Hewitt, S.K. and A.A. Arrowood, *Systematic touch exploration as a screening procedure for child abuse: A pilot study.* Journal of Child Sexual Abuse: Research,

Richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen.'

- Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders, 1994. **3**(2): p. 31-43.
198. Pistole, D.R. and S.R. Ornduff, *TAT assessment of sexually abused girls: an analysis of manifest content*. Journal of Personality Assessment, 1994. **63**(2): p. 211-22.
 199. Carr, E.L., *Development of a projective fairy tale test to assess child sexual abuse*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 1995. **55**(7-B): p. 3007.
 200. Peterson, L.W., M. Hardin, and M.J. Nitsch, *The use of children's drawings in the evaluation and treatment of child sexual, emotional, and physical abuse*. Archives of Family Medicine, 1995. **4**(5): p. 445-52.
 201. Yee, H., *Assessing child sexual abuse: Refinement of a preliminary instrument for clinical use*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 1995. **56**(4-B): p. 2379.
 202. Bruening, C.C., W.G. Wagner, and J.T. Johnson, *Impact of rater knowledge on sexually abused and nonabused girls' scores on the Draw-A-Person: Screening Procedure for Emotional Disturbance (DAP:SPED)*. Journal of Personality Assessment, 1997. **68**(3): p. 665-77.
 203. Friedrich, W.N. and M.C. Share, *The Roberts Apperception Test for Children: An Exploratory Study of Its Use with Sexually Abused Children*. Journal of Child Sexual Abuse, 1997. **6**(4): p. 83-91.
 204. Grobstein, G., *Human figure drawings and the identification of child sexual abuse*. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences, 1997. **57**(8-A): p. 3391.
 205. Garb, H.N., J.M. Wood, and M. Nezworski, *Projective techniques and the detection of child sexual abuse*. Child Maltreatment, 2000. **5**(2): p. 161-168.
 206. Garb, H.N., J.M. Wood, and M.T. Nezworski, *Projective techniques and the detection of child sexual abuse*. Child Maltreatment, 2000. **5**(2): p. 161-8.
 207. Gully, K.J., *Initial development of the Expectations Test for children: A tool to investigate social information processing*. Journal of Clinical Psychology, 2000. **56**(12): p. 1551-1563.
 208. Palmer, L., et al., *An investigation of the clinical use of the house-tree-person projective drawings in the psychological evaluation of child sexual abuse*. Child Maltreatment, 2000. **5**(2): p. 169-75.
 209. Deffenbaugh, A.M., *The House-Tree-Person Test with Kids Who Have Been Sexually Abused*. 2003.
 210. Williams, S.D., *Build-a-person technique: An investigation of the validity of human-figure drawing signs as evidence of childhood sexual abuse*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 2003. **63**(12-B): p. 6111.
 211. Zannis, M.D., *Child maltreatment and projective drawings: The role of holes in trees*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 2003. **64**(1-B): p. 437.
 212. Aldridge, J., et al., *Using a human figure drawing to elicit information from alleged victims of child sexual abuse*. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 2004. **72**(2): p. 304-16.
 213. Blanchouin, C., et al., *Dysharmonie children, sexual abuse and drawing: A comparative approach with the Van Mutton's diagnostic scale*. Annales Medico-Psychologiques, 2005. **163**(6): p. 465-475.

214. Williams, S.D., J. Wiener, and H. MacMillan, *Build-a-Person Technique: an examination of the validity of human-figure features as evidence of childhood sexual abuse*. Child Abuse & Neglect, 2005. **29**(6): p. 701-13.
215. Austin, J.T., *Using children's projective drawings to detect sexual abuse*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 2007. **67**(8-B): p. 4698.
216. Sanders, C.W., *Using the house-tree-person test to assess sexually abused adolescents*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 2007. **68**(3-B): p. 1943.
217. Amil, A.B., E. Iyaca, and M.D. Lopez, *Problems in the use of projective techniques in the detection of child sexual abuse*. Acta Psiquiatrica y Psicologica de America Latina, 2010. **56**(1): p. 51-56.
218. Allen, B. and C. Tussey, *Can projective drawings detect if a child experienced sexual or physical abuse? A systematic review of the controlled research*. Trauma Violence & Abuse, 2012. **13**(2): p. 97-111.
219. Lisi, A., et al., *The utility and limitations of the Human Figure Drawing Test in the evaluation of the child abuse's cases in expert testimony circles*. Psicologia Clinica dello Sviluppo, 2012. **16**(2): p. 421-439.
220. Burgess, A.W. and C.R. Hartman, *Children's drawings*. Child Abuse Negl, 1993. **17**(1): p. 161-8.
221. Verlinden, E., et al., *A parental tool to screen for posttraumatic stress in children: first psychometric results*. J Trauma Stress, 2014. **27**(4): p. 492-5.
222. Verlinden, E., et al., *Characteristics of the Children's Revised Impact of Event Scale in a clinically referred Dutch sample*. J Trauma Stress, 2014. **27**(3): p. 338-44.
223. Alisic, E., Eland, J., Huijbregts, R.A.D.; Kleber, R.J., *Handleiding bij de Schokverwerkingslijst voor Kinderen – herziene versie*. 2012: Amsterdam: Boom testuitgevers.
224. Alisic E, v.d.S.T., van Ginkel JR, Kleber RJ., *Looking beyond posttraumatic stress disorder in children: posttraumatic stress reactions, posttraumatic growth, and quality of life in a general population sample*. J Clin Psychiatry., 2008. **69**(9): p. 1455-61.
225. Lodewijks, H.P., et al., *Predictive validity of the Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY) during residential treatment*. Int J Law Psychiatry, 2008. **31**(3): p. 263-71.
226. Brilleslijper-Kater, S.N., W.N. Friedrich, and D.L. Corwin, *Sexual knowledge and emotional reaction as indicators of sexual abuse in young children: Theory and research challenges*. Child Abuse and Neglect, 2004. **28**(10): p. 1007-1017.
227. van Hoof, M.J., et al., *Adult Attachment Interview differentiates adolescents with Childhood Sexual Abuse from those with clinical depression and non-clinical controls*. Attach Hum Dev, 2015: p. 1-22.
228. van Hoof, M.J., et al., *Adult Attachment Interview differentiates adolescents with Childhood Sexual Abuse from those with clinical depression and non-clinical controls*. Attach Hum Dev, 2015. **17**(4): p. 354-75.
229. *KNMG - Meldcode Huiselijk geweld en Kindermishandeling*. maart 2012, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).