

# Annexes de l'Étape 3

## ANNEXE 1 - LE GUIDE ADAMS 2018 - Interprétation des trouvailles médicales en cas d'abus sexuel suspecté chez un enfant

Référence: Adams JA et al. Interpretation of Medical Findings in Suspected Child Sexual Abuse: An Update for 2018. J Pediatr Adolesc Gyn 2018; 31 (3): 225-231.

*Traduction libre par Jean Labbé, professeur émérite, département de pédiatrie, Université Laval. En cas de doute, se référer à la publication originale.*

*N.B. : Ce guide porte exclusivement sur des trouvailles cliniques et paracliniques; cependant, la majorité des enfants évalués pour une suspicion d'abus sexuel n'ont aucun signe de trauma ou d'infection.*

*La description par l'enfant de ce qui lui est arrivé et sa verbalisation de symptômes spécifiques, en relation avec les événements relatés, sont des éléments essentiels d'une évaluation médicale complète.*

### Section 1 : Trouvailles physiques

#### **A. Trouvailles documentées chez des nouveau-nés ou retrouvées communément chez des enfants non abusés. Ces trouvailles sont normales et ne sont pas reliées à une divulgation d'abus sexuel par un enfant**

##### **Variantes de la normale**

##### 1. Variantes de la normale dans l'apparence de l'hymen

- a. Annulaire : tissu hyménal présent tout autour de l'ouverture vaginale incluant la position 12h00
- b. Hymen en croissant : tissu hyménal absent à quelque endroit au-dessus de la ligne de 3h00 à 9h00
- c. Hymen imperforé : hymen sans ouverture
- d. Hymen microperforé : hymen avec 1 ou plusieurs petites ouvertures
- e. Hymen septé : hymen avec 1 ou plusieurs bandes de tissu recouvrant partiellement l'ouverture

- f. Hymen redondant : hymen avec de multiples replis
- g. Hymen avec protubérance de tissu sur son anneau
- h. Hymen avec bosses ou caroncules à toute localisation sur son anneau
- i. Toute encoche ou échancrure de l'hymen (quelle que soit sa profondeur) située au-dessus de la ligne de 3h00 à 9h00
- j. Toute encoche ou échancrure de l'hymen, au niveau ou sous la ligne de 3h00 à 9h00, mais ne s'étendant pas près de la base de l'hymen
- k. Mince anneau postérieur de l'hymen, donnant l'impression d'une ouverture vaginale « élargie »

## 2. Bandelettes périurétrales ou vestibulaires

- B. Colonnes ou crêtes vaginales
- C. Crête externe sur l'hymen
- D. Diastasis ani (partie lisse en forme de V située sur la ligne médiane antérieurement ou postérieurement à l'anus)
- E. Acrochordon périanal ou marisque (skin tag)
- F. Hyperpigmentation des petites lèvres ou des tissus périanaux d'origine raciale
- G. Dilatation de l'ouverture urétrale
- H. Éléments anatomiques normaux sur la ligne médiane
  - a. Rainure dans la fosse naviculaire
  - b. Défaut de fusion médiane à la région périnéale
  - c. Raphé médian (pouvant être confondu avec une cicatrice)
  - d. Linea vestibularis (région avasculaire médiane)
- I. Visualisation de la ligne pectinée à la jonction de l'endoderme et de la muqueuse rectale, lorsque l'anus est complètement dilaté
- J. Dilatation partielle du sphincter anal externe, le sphincter interne étant fermé, amenant la visualisation d'une partie de la muqueuse anale au-delà de la ligne pectinée, ce qui peut être confondu avec une lacération anale

## **B. Signes souvent causés par des conditions médicales autres qu'un trauma ou un contact sexuel. Ces trouvailles requièrent un diagnostic différentiel puisque chacune peut avoir différentes causes**

- K. Érythème de la région génitale ou anale
- L. Vascularisation augmentée du vestibule et de l'hymen
- M. Accolement ou synéchie des lèvres
- N. Friabilité de la fourchette postérieure
- O. Écoulement vaginal non associé avec une infection transmise sexuellement
- P. Fissures anales
- Q. Congestion veineuse à la région périanale (peut être causée par la position de l'enfant ou par de la constipation)
- R. Dilatation anale chez des enfants avec des conditions facilitantes comme de la constipation et/ou de l'encoprésie, une sédation, une anesthésie ou un tonus neuromusculaire diminué pour une autre raison, comme en post mortem

## **C. Signes causés par d'autres conditions pouvant être confondues avec de l'abus sexuel**

- S. Prolapsus urétral
- T. Lichen scléreux ou scléroatrophique
- U. Ulcères vulvaires, comme des ulcères aphteux ou ceux vus dans la maladie de Behcet
- V. Érythème marqué, inflammation et fissures à la région périanale ou vulvaire causés par une infection bactérienne, virale, fongique, parasitaire ou autre, non transmise sexuellement
- W. Prolapsus rectal
- X. Coloration rouge/pourpre des structures génitales (incluant l'hymen) en raison d'une lividité post mortem, si confirmée par une analyse histologique

## **D. Absence de consensus d'experts concernant la signification des signes suivants.**

Bien que ces trouvailles physiques aient été associées à une histoire d'abus sexuel dans certaines études, il n'y a pas de consensus d'experts sur le poids à leur accorder en rapport avec cette condition.

Les signes portant les numéros 27 et 28 doivent être corroborés en utilisant des positions d'examen et/ou des techniques additionnelles, pour s'assurer qu'il ne s'agit pas de variantes de la normale (signes 1.i et 1.j) ou d'une séquelle d'une blessure traumatique (signe 37)

- Y. Dilatation anale complète, avec relaxation des sphincters anaux interne et externe, en l'absence de facteurs facilitants tels que constipation, encoprésie, sédation, anesthésie et atteinte neuromusculaire
- Z. Encoche ou échancrure de l'anneau hyménal, au niveau ou sous la ligne de 3h00 à 9h00, s'étendant près de la base de l'hymen, mais sans l'atteindre (ne constituant pas ce que les Anglo-Saxons qualifient de « transection »). Il s'agit d'une trouvaille très rare devant être interprétée avec précaution à moins qu'une lésion aiguë ne soit présente au même endroit.
- AA. Encoche complète (transection) localisée à 3h00 ou à 9h00

## **E. Signes causés par un trauma.**

Ces trouvailles sont très suggestives d'abus, même en l'absence d'une divulgation par l'enfant, à moins que l'enfant ou son responsable ne fournisse une description plausible et appropriée dans le temps d'un trauma ano-génital accidentel à califourchon, ou par écrasement ou par empalement, ou bien d'une intervention chirurgicale antérieure confirmée par une révision du dossier médical. Des trouvailles pouvant indiquer des blessures guéries ou en voie de l'être doivent être confirmées par des positions d'examen et/ou des techniques additionnelles.

## 1) Trauma aigu à la région ano-génitale

- BB. Lacérations aiguës ou ecchymoses des lèvres, du pénis, du scrotum ou du périnée
- CC. Lacération aiguë de la fourchette postérieure ou du vestibule, ne touchant pas l'hymen
- DD. Ecchymoses, pétéchies ou abrasions de l'hymen
- EE. Lacération aiguë de l'hymen, de toute profondeur, partielle ou complète
- FF. Lacération vaginale
- GG. Lacération périanale avec exposition des tissus sous le derme

## 2) Séquelles de blessures à la région anogénitale

- HH. Cicatrice périanale (trouvaille très rare, difficile à diagnostiquer, à moins qu'une blessure aiguë n'ait été documentée antérieurement au même endroit)
- II. Cicatrice de la fourchette postérieure ou de la fosse naviculaire (trouvaille très rare, difficile à diagnostiquer, à moins qu'une blessure aiguë n'ait été documentée antérieurement au même endroit)
- JJ. Encoche hyménale complète (transection) guérie – manque de tissu hyménal localisé sous la ligne de 3h00 à 9h00, s'étendant jusqu'à la base de l'hymen, de telle sorte qu'il y a absence complète d'hymen à cet endroit
- KK. Signes de mutilation génitale féminine ou de coupure, au niveau d'une partie ou de tout le prépuce (capuchon du clitoris), du clitoris, des petites ou des grandes lèvres, ou cicatrices linéaires verticales adjacentes au clitoris (MGF de type 4)

## *Section 2 : Infections*

### **A. Infections non reliées à un contact sexuel**

- LL. Vaginites causées par des infections fongiques comme le *Candida albicans*, ou par des infections bactériennes transmises de façon non sexuelle, comme le *Streptocoque* de groupe A ou B, le *Staphylocoque*, l'*Escherichia coli*, le *Shigella* ou d'autres organismes Gram-négatif
- MM. Ulcères génitaux causés par des infections virales comme le virus Epstein-Barr ou d'autres virus respiratoires

### **B. Infections pouvant être transmises par contact sexuel ou non sexuel.**

L'interprétation de ces infections peut nécessiter des informations additionnelles, comme l'histoire gynécologique de la mère (VPH), ou l'histoire de lésions orales chez l'enfant (herpes simplex), ou la présence de lésions ailleurs sur le corps (*molluscum contagiosum*), ce qui peut clarifier la probabilité ou non de transmission sexuelle. Après une évaluation complète, un signalement au DPJ peut être indiqué dans certains cas. Des photographies ou des enregistrements vidéo de ces trouvailles doivent être effectués, puis soumis à un expert en abus sexuel pour s'assurer d'un diagnostic adéquat.

- NN. Molluscum contagiosum à la région ano-génitale. Chez les jeunes enfants, la transmission est le plus souvent non sexuelle. Chez des adolescents, la transmission par contact intime de peau à peau a été décrite
- OO. Condylomes acuminés (VPH) à la région ano-génitale. Des verrues apparaissant pour la première fois après l'âge de cinq ans pourraient avoir été transmises par contact sexuel
- PP. Infection à virus herpès de type 1 ou 2 à localisation orale, génitale ou anale

### **C. Infections causées par contact sexuel, si confirmées par des tests appropriés, et après élimination d'une transmission périnatale**

- QQ. Infection à gonocoque au niveau génital, rectal ou pharyngé
- RR. Syphilis
- SS. Infection à Chlamydia trachomatis au niveau génital ou rectal
- TT. Infection à Trichomonas vaginalis
- UU. Infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH), après élimination d'une transmission par du sang ou des aiguilles contaminées

## *Section 3 : Trouvailles diagnostiques d'un abus sexuel*

- VV. Grossesse
- WW. Sperme identifié dans des spécimens médico-légaux prélevés directement sur le corps de l'enfant

### **Références (Guide Adams 2018)**

1. Gallion HR, Milam LJ, Littrel LL: Genital findings in cases of child sexual abuse: genital vs. vaginal penetration. J Pediatr Adolesc Gynecol 2016; 29:604
2. Adams JA, Kellogg ND, Farst KJ, et al: Updated guidelines for the medical assessment and care of children who may have been sexually abused. J Pediatr Adolesc Gynecol 2016; 29:81
3. Killough E, Spector L, Moffatt M, et al: Diagnostic agreement when comparing still and video imaging for the evaluation of child sexual abuse. Child Abuse Negl 2016; 52:102
4. Leder MR, Leber AL, Marcon MJ, et al: Use of Aptima Combo 2: the experience of a child advocacy center. J Child Sex Abus 2013; 22:297

5. Jenny C, Crawford-Jakubiak JE: Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics: The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. *Pediatrics* 2013; 132:e558
6. Centers for Disease Control: Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. Available. <https://www.cdc.gov/std/tg2015/default.htm>; 2015. Accessed August 1, 2016.
7. Hammerschlag MR, Gaydos CA: Guidelines for the use of molecular biological methods to detect sexually transmitted pathogens in cases of suspected sexual abuse in children. *Methods Mol Biol* 2012; 903:307
8. Peters RP, Nijsten N, Mutsaers J, et al: Screening of oropharynx and anorectum increases prevalence of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoea* infection in female STD clinic visitors. *Sex Transm Dis* 2011; 38:783
9. Bachmann LH, Johnson RE, Cheng H, et al: Nucleic acid amplification tests for diagnosis of *Neisseria gonorrhoea* and *Chlamydia trachomatis* rectal infections. *J Clin Microbiol* 2010; 48:1827
10. Kellogg ND, Melville JD, Lukefahr JL, et al: Genital and extragenital gonorrhoea and chlamydia in children and adolescents evaluated for sexual abuse. *Pediatr Emerg Care* 2018; 34(11):761-766
11. Hobbs MM, Sena AC: Modern diagnosis of *Trichomonas vaginalis* infection. *Sex Transm Infect* 2013; 89:434
12. Van Der Pol B: Clinical and laboratory testing for *Trichomonas vaginalis* infection. *J Clin Microbiol* 2016; 54:7
13. Lee R, Schwartz RA: Pediatric *Molluscum contagiosum*: reflections on the last challenging poxvirus infection, part 2. *Cutis* 2010; 86:287
14. Zichichi L, Maniascalco M: The challenges of a neglected STI: *Molluscum contagiosum*. *G Ital Dermatol Venerol* 2012; 147:447
15. Bacopoulou F, Karakitsos P, Kottaridi C, et al: Genital HPV in children and adolescents: does sexual activity make a difference? *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2016; 29:228
16. Bernstein DI, Bellamy AB, Hook EW, et al: Epidemiology, clinical presentation, and antibody response to primary infection with herpes simplex virus type 1 and type 2 in young women. *Clin Infect Dis* 2013; 56:344
17. Feltner C, Grodensky C, Ebel C, et al: Serologic screening for genital herpes; an updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2016; 316:2531
18. Hodes D, Armitage A, Robinson K, et al: Female genital mutilation in children presenting to a London safeguarding clinic: a case series. *Arch Dis Child* 2016; 101:212

19. Berkoff MC, Zolotor AJ, Makoroff KL, et al: Has this prepubertal girl been sexually abused? JAMA 2008; 300:2779

20. Berenson AB, Chacko MR, Wiemann CM, et al: A case-control study of anatomic changes resulting from sexual abuse. Am J Obstet Gynecol 2000; 182:820

21. Adams J, Knudson S: Genital findings in adolescent girls referred for suspected sexual abuse. Arch Pediatr Adolesc Med 1996; 150:850

22. Adams JA, Botash AS, Kellogg N: Differences in hymenal morphology between adolescent girls with and without a history of consensual sexual intercourse. Arch Pediatr Adolesc Med 2004; 158:280

23. McCann J, Miyamoto S, Boyle C, et al: Healing of hymenal injuries in prepubertal and adolescent girls: a descriptive study. Pediatrics 2007; 119:e1094