

Elektronisk patientjournal kan bidrage til at rejse mistanke om battered child-syndrom

Mikkel Christensen

KASUISTIK

Ortopædkirurgisk
Afdeling,
Hillerød Hospital

Børnemishandling skal tages alvorligt, og barnet må som udgangspunkt betragtes som værende livstruet, så længe mishandlingen står på [1, 2]. Det er estimeret, at 5,6% af en årgang er blevet udsat for fysisk mishandling. 1,07% af disse tilfælde blev opdaget af kommunen, og kun 0,12% blev opdaget i forbindelse med hospitalsbehandling [3]. Mistanken bør rejses ved en atypisk skade, eller når der ses gentagne mistænkelige skader [4]. I denne sygehistorie beskrives et tilfælde, hvor brugen af elektronisk patientjournal (EPJ) og fælles medicinkort (FMK) bidrog til at rejse mistanke om mishandling, da man fandt flere tilfælde af skader, der var registreret på forskellige hospitaler, hvor patienten var blevet undersøgt.

SYGEHISTORIE

En 16 måneder gammel pige blev set på skadestuen på et regionssygehus, efter at hun to dage forinden havde haft et fald. Hun havde siden faldet ikke villet bruge sin venstre arm. På skadestuen blev der taget røntgenbilleder, der viste en acromionfraktur (**Figur 1**). Patienten blev sendt hjem, da frakturen skulle behandles konservativt. Da røntgenbillederne dagen efter blev gennemgået, blev der rejst mistanke om børnemishandling på grund af den noget usædvanlige fraktur. En søgning i EPJ blandt alle tilgængelige hospitaler gav resultat hos et centralsygehus, hvor patienten tre uger forinden var blevet undersøgt for columnafraktur. Patienten var angiveligt faldet to dage

før iført et mariehønekostume, hvor hun var landet på en af dragtens vinger. Hun havde et stort hæmatom på ryggen, men der blev på daværende tidspunkt ikke fundet nogen frakturer, og hun blev sendt hjem. Ved denne undersøgelse fandt man normale forhold ved patientens skuldre og arme.

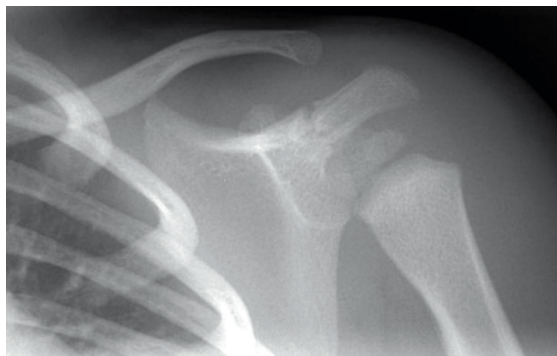
Patientens mor blev kontaktet telefonisk og bedt om at møde op igen til videre undersøgelse. På afdelingen blev forældrene konfronteret med mistanken, og pigen blev indlagt på børneafdelingen til videre undersøgelser. Her fandt man på hendes venstre skulder et mærke efter slag, der var påført med et formentlig langt, afrundet instrument. Moderen blev konfronteret med, at vi havde kendskab til andre skadeshendelser, hvorefter hun spurgte, om der mentes episoden, hvor patienten fik en gaffel i øjet. Denne skade var ikke registreret i EPJ, da den var blevet behandlet i primærsektoren. En søgning på FMK viste, at der kort forinden var ordineret fusidin af en alment praktiserende læge. Denne kunne kontaktes og gav yderligere oplysninger om episoden. Kommunen blev underrettet, og de obligatoriske undersøgelser blev udført. En skintigrafi og røntgenundersøgelse af totalskelettet viste ældre brud på højre albue og venstre skulder samt nyere brud på venstre skulderblad og kompressionsfraktur af anden lændehvirvel. Politiet blev involveret, og patienten og dennes mor blev overført til et mor-barn-observationshjem.

DISKUSSION

Mistanken skal rejses, når forskellige forhold gør sig gældende: skader af forskellig alder, diskrepans mellem skade og anamnese, knoglebrud hos børn, der ikke kan kravle eller gå, og undersøgelser på flere forskellige skadestuer eller forsinket henvendelse [1]. Alle disse forhold kan dog også gøre sig gældende i tilfælde, hvor der ikke sker børnemishandling, hvilket medvirker til, at diagnosen er svær at stille. En hjælp til at be- eller afkræfte mistanken kunne være brug af EPJ eller FMK. I denne sygehistorie kunne det ud fra oplysningerne i EPJ og resultaterne af totalskeletrøntgen og skintigrafi fastslås, at der havde været mindst tre tilfælde af brud, der var tidsmæssigt adskilte. Ved to af tilfældene havde henvendelsen været et par dage forsinket. I FMK kunne man desuden finde nav-

 FIGUR 1

Acromionfraktur.



net på den læge, der havde ordineret fusidin, således at han kunne kontaktes for yderligere oplysninger. Mistanken blev styrket ved opdagelsen af, at nærværende skade ikke var enestående, og at der var andre mistænkelige forhold – hvilket kunne gøre, at man opdagede et tilfælde, der isoleret set ikke ville skille sig nok ud, til at mistanken blev rejst. Da sundhedspersonale har skærpet indberetningspligt, skal der handles alene på mistanken. I praksis vil det betyde indlæggelse, typisk på en børneafdeling. Indlæggelsens mål er at stabilisere situationen samt dokumentere skaderne og behandle dem. Et tværfagligt forum bestående af en ansvarlig overlæge, en kontaktsygeplejerske, en socialrådgiver og en psykolog evt. med assistance fra børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling vil som regel blive etableret. Når der er mistanke om fysisk mishandling, skal kommunen underrettes en-

ten via social- og sundhedsforvaltningen eller den sociale døgnvagt, hvis det er uden for dagtid. Kommunen vurderer i den enkelte sag, om politiet skal involveres [5].

KORRESPONDANCE: Mikkel Christensen, Abildvang 86, 2700 Brønshøj.

E-mail: jmmikkel@hotmail.com

ANTAGET: 22. maj 2012

FØRST PÅ NETTET: 13. august 2012

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. Clarke NM, Shelton FR, Taylor CC et al. The incidence of fractures in children under the age of 24 months – in relation to non-accidental injury. *Injury* 2012 Jun;43(6):762-5.
2. Teeuw AH, Derx BH, Koster WA et al. Educational paper: detection of child abuse and neglect at the emergency room. *Eur J Pediatr* 2012;171:877-85.
3. <http://www.sfi.dk/rapportoplysninger-4681.aspx?Action=1&NewsId=2838&PID=9267> (4. apr 2012).
4. Hammond J, Perez-Stable A et al. Predictive value of historical and physical characteristics for the diagnosis of child abuse. *South Med J* 1991;84:166-8.
5. Region Hovedstadens vejledning »Fysisk vold (børnemishandling) og omsorgs-svigt mod børn« gældende fra 10. februar 2012. <http://vip.regionh.dk>.

Cerebrotendinøs xantomatose er en sjælden neurologisk sygdom med en specifik behandling

Morten Blaabjerg¹ & Dragan Marjanovic²

Cerebrotendinøs xantomatose (CTX) er en autosomal recessiv lipidaflejringssygdom, som skyldes mutation i *CYP27A1*-genet, der koder for enzymet sterol 27-hydroxylase [1].

Dette medfører ophobning af galdesyrederivater bl.a. kolestanol og 7-alfa-hydroxykolesterol [2] primært i øjets linser, hjernen og senerne, hvilket resulterer i den klassiske CTX-fænotype, der initialt er beskrevet af *van-Bogaert et al* i 1937 [3] med kronisk diare i barndommen, bilateral juvenil katarakt, sene-xantomer og progredierende neurologiske deficit. Spektret af neurologiske deficit ved CTX er bredt, men typisk har patienterne progredierende cerebellare og supranukleære symptomer og psykomotorisk retardering. Andre beskrevne fund er epileptiske anfald, perifer neuropati, hallucinationer og emotionel labilitet.

Diagnosen baseres på fænotypen, måling af galdesyrederivater og magnetisk resonans (MR)-skanning [4]. Selvom CTX er en meget sjælden tilstand, er en tidlig diagnose af største vigtighed, idet der findes en specifik behandling med chenodeoxy-

cholsyre (CDCA), der er påvist at kunne hæmme progressionen og i enkelte tilfælde bedre symptomerne, især ved tidlig initiering af behandling [5].

SYGEHISTORIE

En 38-årig kvinde, der var født til normal tid, havde haft normal udvikling indtil omkring ottende klasse, hvor hun fik balanceproblemer, emotionelle ændringer og koncentrationsbesvær.

Som 15-årig fik hun diagnosticeret epilepsi, initialt tolket som juvenil myoklon epilepsi baseret på anfaldssemiologi (myoklonier og generaliserede tonisk-kloniske anfald) og elektroencefalogram (EEG)-forandringer (paroksyttisk forekommende *spikes* og *poly-spikes* bitemperocentralt med skiftende overvægt). Hun var i teenageårene blevet opereret for bilateral katarakt, der blev tolket som værende medfødt, og hun var i barndommen blevet udredt for kronisk diare uden sikker genese. Fra begyndelsen af 30-årsalderen fik hun tiltagende neurologiske deficit med balancebesvær og dysfagi, og ved klinisk undersøgelse fandt man spastisk dysartri samt spasticitet og

KASUISTIK

- 1) Neurologisk Afdeling, Odense Universitets-hospital
- 2) Epilepsihospitalet Filadelfia