

Simulation

Lægens dilemma

Reservelæge Peter Bjarne Hansen &
overlæge Kristian Otto Nielsen

Sønderborg Sygehus, Høreklubben, Øre-næse-hals-afdelingen

Medicinsk audiologisk anvendes simulation som betegnelse for en tilstand, hvor en person bevidst er i stand til at foregive og reproducere et symptom eller et symptomkompleks. I de tilfælde, hvor lægen objektivt kan afsløre personen, vil det ofte give anledning til såvel psykologiske som juridiske problemer. Hypacusis er en sanserelateret diagnose, hvor objektiv målemetode kan fastlægge høretærsklen [1].

Sygehistorie

En 45-årig kvinde, der tidligere havde haft en enkelt otit, angav ingen støjeksposition, kranietraumer eller behandling med ototoksiske medikamina. Moder og søster var blevet opereret i begge ører. Ægtefælle, moder og søster var høreapparatbrugere. Kvindens trommehinder fandtes normale, og der var normale mellemøretryk.

Kvinden havde siden 1989 været behandlet med høreapparat først på højre øre og fra 1993 på begge ører pga. progresserende perceptiv hørenedsættelse. Hun havde anført ved undersøgelse i 1999, at hørelsen var så dårlig, at hun var nødt til at mundaflæse. Talen var dog upåfaldende. Ved samtlige undersøgelser havde der været god overensstemmelse mellem rentonetærskler og taletærskel og god skelneevne. Der havde aldrig kunnet udløses stapediusereflekser, hverken ved ipsi- eller kontralateral stimulation. Kvinden blev henvist til sygehuset i 2002 af Amternes Specialrådgivning mhp. tilkendelse af invaliditetsydelse. En audiometri viste høretærskel på 99 dBHL på højre øre og 85 dBHL på venstre øre i taleområdet (1/2-4 kHz). Der var god overensstemmelse mellem rentonetærskler og taletærskel. Skelnetabet var på 100% (klinisk døv).

Som ved tidligere undersøgelser var det ikke muligt at udløse stapediusereflekser hos denne patient, hverken ved ipsi- eller kontralateral stimulation. Talen var sjuksket, men ikke døvepræget, hvilket sammenholdt med det svære høretab gav undersøgeren mistanke om, at det registrerede høretab var falsk. Derfor blev der ordineret hjernestammeaudiometri. Ved undersøgelsen fandt man en normal hørelse med en bilateral høretærskel på 15-25 dBHL i taleområdet (3 kHz). Da hverken patienten eller dennes familie ville acceptere fundet, blev det i samråd med den behandlende pædagog aftalt, at patienten blev henvist til en anden audiologisk klinik, hvor man ligeledes fandt normal hørelse ved hjernestammeaudiometri. For at

undgå indre øreskader blev der indledt nedtrapning af høreapparatforstærkningen. Kvinden udeblev fra pædagogisk opfølgning og audiologisk kontrol. Efter forfatterens kendskab var kvinden ikke kendt i amtets psykiatriske sygehus eller andre audiologiske afdelinger. Der blev ikke påvist nogen tegn på selvmutilerende handlinger.

Diskussion

Simulatio er en somatiserende tilstand, og før diagnosen kan stilles, er det nødvendigt at udelukke, at der foreligger en disordo factitius, hvor patienten overlagt imiterer en selvtilføjet sygdom uden bevidst motiv, eller en somatoform eller dissociativ tilstand, hvor personen ubevidst simulerer såvel en sygdomstilstand som et motiv [2, 3]. I det foreliggende tilfælde har personen bevidst manipuleret med angivelserne under audiometri, og hun har ved hver eneste henvendelse haft et klart motiv: først at få høreapparat til et øre, derefter høreapparat til begge ører, dernæst undervisning i mundaflæsning og endelig tilkendelse af invaliditetsydelse. Patienten var ikke kendt på amtets psykiatriske sygehus eller på andre audiologiske afdelinger. På dette faktuelle grundlag blev diagnosen simulatio anvendt i det foreliggende tilfælde.

Selv om somatiseringsproblematikken er velkendt inden for alle specialer, foreligger der ingen retningslinjer for, hvordan man på de somatiske afdelinger bedst muligt kan hjælpe og behandle denne patientkategori, og afsløring af en simulatio kan sætte den diagnosticerende læge i et etisk/juridisk dilemma. Hensynet til den simulerende og tavshedspligten medfører, at lægen nøje bør overveje, hvordan og til hvem afsløringen skal videregives.

Videregivelse af journaloplysninger til en socialforvaltning kan ifølge lov om patienters retsstilling finde sted, når patienten har givet samtykke [4]. Når det må antages at have væsentlig betydning for sagsbehandlingen, eller det anses for nødvendigt til berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse, kan lægen videregive oplysninger uden samtykke [4].

I det foreliggende tilfælde har en person fået gratis høreapparater og i forbindelse hermed også andre offentlige ydelser, og de diagnosticerende læger har således uvildigt og ufor-skyldt medvirket til socialt bedrageri, fordi den almindelige høreprøvetest ikke gav anledning til mistanke om simulation. Først da personen ville opnå yderligere gevinst i form af invaliditetsydelse ved at forstærke den allerede opfundne aggrava-tion, blev simulationen opdaget, og konsekvenserne ville have været endnu mere vidtrækkende, såfremt der var blevet bevilget invaliditetsydelse. I nugældende lov om lægers tavshedspligt [4] og kommentarer hertil [4, 5] findes der ingen

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

klare retningslinjer for, hvordan lægen rent juridisk skal forholde sig til involverede kolleger, simulat og offentlige myndigheder.

Korrespondance: Peter Bjarne Hansen, Slotsbakken 17, DK-6300 Gråsten.

Antaget: 3. maj 2004
Interessekonflikter: Ingen angivet

Ovenstående artikel bygger på en større litteraturgennemgang end litteraturlistens fem numre. En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatteren.

Litteratur

1. Qiu WW, Stucker FJ, Yin SS et al. Current evaluation of pseudohypacusis: strategies and classification. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1998;107:638-47.
2. Eisendrath SJ. Factitious illness: A clarification. *Psychosomatics* 1984;25:110-7.
3. Fink P. Kronisk somatisering [disp]. Århus: Aarhus Universitet, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, 1997.
4. Lov 1998-07-01 nr. 482 om patienters retsstilling. Bekendtgørelse 1998-09-14 nr. 665 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger. Vejledning 1998-09-16 nr. 161 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger.
5. Hartlev M. Grænser for lægers informationspligt overfor politiet under efterforskning af straffesager. København: Københavns Universitet, 1996.

Traumatisk dissektion af arteria carotis interna

Reservelæge Marguerite B. Ellekvist &
reservelæge Annette Skræp Nielsen

H:S Hvidovre Hospital, Børneafdelingen og MR-afdelingen

Skader på a. carotis interna efter traumer mod hoved-halsregionen er relativt sjældne, men velbeskrevet i litteraturen [1, 2]. Tilstanden er underdiagnosticeret, og det kliniske billede kan variere fra ingen eller kun diskrete neurologiske udfald til koma med udvikling fra timer til dage [3].

Sygehistorier

I: En 14-årig dreng blev indlagt med opkastninger, vekslende bevidsthedsniveau og savlen fra venstre mundvig. Han havde været udsat for overfald to gange inden for ti dage, og var set i skadestuen efter det første overfald med subkutant hæmatom under venstre øje og sugillationer over begge kindben. Patienten blev observeret hjemme pga. hjernerystelse og var symptomfri indtil indlæggelsesdagen, hvor man fandt en Glasgow Coma Score på otte, venstresidig hemiparese og facialparese samt pupildifferens, men ingen ydre tegn på slag mod hoved og hals. Ved en akut computertomografi (CT) af cerebrum blev der påvist kontusionsødem frontotemporalt på højre side.

På grund af progredierende symptomer foretog man magnetisk resonans (MR)-skanning af cerebrum, og ved skanningen kunne man påvise iskæmiforandringer i højre hemisfære svarende til a. cerebri medias forsyningsområde. Ved angiografi sås der intet flow i højre a. carotis interna og kun sparsomt flow i højre a. cerebri media og enkelte af dennes forgreninger. Circulus Willisii (circulus arteriosus cerebri) fandtes inkomplet med en underudviklet a. communicans anterior (Figur 1).

Patienten blev vurderet karkirurgisk, men man afstod fra

intervention og i stedet anbefalede antikoagulationsbehandling. I de følgende dage øgedes bevidsthedsniveauet og facialparesen aftog. Patienten blev overflyttet til rehabilitering ved Afsnit for Traumatisk Hjerneskade og blev udskrevet syv måneder senere med aftagende hemiparese og svære kognitive forstyrrelser.

II: En 19-årig mand fik to måneder efter svært hovedtraume i forbindelse med bilulykke foretaget en MR-skanning. Patienten var på dette tidspunkt indlagt til rehabilitering på Afsnit for Traumatisk Hjerneskade, i langsom opvågning og med højresidig hemiparalyse. MR-skanningen viste diffus aksonal skade, en blødning i venstre basalganglieområde, og overraskende - dissektion og total okklusion af højre a. carotis

Figur 1. A. Sygehistorie I. Magnetisk resonans-skanning. Der ses infarkt i højre arteria cerebri medias forsyningsområde. B. MR-angiografi. Pilen markerer den underudviklede arteria communicans anterior. (MR-Afdelingen, H:S Hvidovre Hospital).

