

Perforation af trommehinden pga. børnemishandling

Christian Banner Gindesgaard & Troels Reinholdt Møller

Forvirrende symptomatologi og recidiverende infektioner hos børn kan i sjældne tilfælde skyldes Münchhausen by proxy-syndrom (MSBP), der er en psykiatrisk lidelse, der blev beskrevet for første gang i 1977 af Roy Meadow [1]. Sygdommen er en undertype af ICD-10-koden DF68.1 sygdomsefterligning eller i DSM IV-kodning 300.19 *factitious disorder*. Diagnosen defineres igennem følgende kriterier: 1) Barnets symptomer er fabrikeret af en forælder eller en anden person med forældremyndighed, 2) der har været mange kontakter til sundhedsvæsenet mhp. undersøgelser af barnet, 3) gerningspersonen benægter kendskab til symptomernes ætiologi, og 4) symptomerne ophører, når barnet og gerningspersonen separeres [2].

Det er ofte den biologiske mor, som står bag misrøgten af barnet [3]. Epidemiologien er svær at beskrive, da sygdommen er meget underdiagnosticeret [4]. Sundhedspersonalet kan let blive misledt og dermed uvilligt deltage i misbruget af barnet, især på en specialafdeling, hvor man primært har fokus på somatisk sygdom.

SYGEHISTORIE

En femårig pige med dysmorphe træk i form af lavtsiddende ører, fladt bagehoved og stor øjenspalte, men uden kendte genetiske eller kromosomale sygdomme var siden toårsalderen blevet fulgt på en øre-næse-hals-afdeling pga. blodigt flåd fra venstre øre. Den første otomikroskopi viste trommehindeperforation og granulationspolypper. Podning fra mellemøret viste vækst af species *Morganella morganii*, som sædvanligvis kun findes i tarmen [5]. Dette blev starten på et flerårigt forløb, hvor man blev nødt til at operere flere gange, bl.a. med tympanoplastikker og mastoidektomier. Det opsummerede sig til 11 operationer i generel anæstesi, adskillige kortere og en længerevarende indlæggelse, hvor man uden held forsøgte langvarig behandling med intravenøse antibiotika.

Moderen, en i øvrigt rask 40-årig kvinde, havde igennem de sidste tre år været i behandling for depression efter bruddet med sin eksmand (pigens biologiske fader). Hun var meget kontaktsøgende, og hendes egen sygehistorie fyldte meget i dialogen med plejepersonalet. Denne opførsel er tidligere beskrevet ved MSBP [1].

Mod slutningen af den sidste indlæggelse opstod der en situation, hvor plejepersonalet hørte pigen skrigende højlydt nede fra sin stue. De fandt hende siddende meget forpint i sin seng, hvor hun tog sig til sit tidligere raske højre øre. Moderen stod ved siden af sengen. Pigen fortalte, at smerterne begyndte, da moderen rensede hendes ører. Dette afviste moderen. Kort efter afslørede man ved en otomikroskopi af højre øre en frisk trommehindeperforation og rifter i øregangen. En overflytning til en pædiatrisk afdeling blev iværksat mhp. psykosocial observation.

På den pædiatriske afdeling indtraf der diverse situationer, som støttede mistanken om MSBP. Pigens anklager mod moderen fortsatte, og man bemærkede, at hun under leg reproducerede situationer, som hun med stor sandsynlighed havde været udsat for. Sagen blev overdraget til de sociale myndigheder og politianmeldt. Under efterforskningen, som ved færdiggørelsen af denne artikel endnu ikke var afsluttet, besluttede man at fratage moderen forældremyndigheden og retten til at være alene med sit barn. Indtil da havde den terapeutiske behandling af moderen bestået af psykologsamtaler.

Efterfølgende kontroller af barnets ører i øre-næse-hals-regi viste bedring i tilstanden.

DISKUSSION

MSBP er en kompleks form for børnemishandling og er en stor udfordring for selv erfarent sundhedsperso-

KASUISTIK

Øre-næse-hals
Afdelingen, Vejle
Sygehus



Ørerne på pigens bamse blev under leg ofte udsat for voldsomme rensninger med vatpinde. En situation, som hun med stor sandsynlighed selv havde været udsat for. (Illustration: Ugeskrift for Læger).

nale. Diagnosen er svær at stille, og det er vigtigt at være opmærksom på de kliniske tegn hos både barnet og gerningspersonen. Derudover kan det være ubehageligt at journalføre mistanken om diagnosen, da man jo anklager en anden person for en alvorlig kriminel handling. I tilfælde, hvor man har mistanke om MSBP, skal sundhedspersonalet forholde sig meget objektivt i interaktionerne med familien, så man undgår at facilitere misbruget af barnet. Man har selvfølgelig også pligt til at underrette de relevante instanser, så den nødvendige separation af barn og gerningsperson kan effektueres, når mistanke om diagnosen foreligger.

Præcis og deskriptiv dokumentation skal sikre den korrekte diagnose og hjælpe de sociale myndigheder med at sammenholde barnets kliniske bedring med den terapeutiske separation fra gerningspersonen. Patienter med MSBP kan behandles med kogni-

tiv terapi. Patienterne kan ses i stort set samtlige kliniske specialer, så det er vigtigt, at alle læger er opmærksomme på denne sjældne sygdom, så symptomerne genkendes, og der kan interveneres, så den onde cirkel af misbrug bliver brudt.

KORRESPONDANCE: Christian Banner Gindesgaard, Øre-næse-hals Afdelingen, Vejle Sygehus, 7100 Vejle. E-mail: christianbannergindesgaard@gmail.com

ANTAGET: 14. december 2010

FØRST PÅ NETTET: 11. april 2011

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. Meadow R. The history of Munchausen syndrome by proxy. I: Levin AV, Sheridan MS, red. Munchausen syndrome by proxy: issues in diagnosis and treatment. New York: Lexington Books, 1995:3-12.
2. Rosenberg DA. Web of deceit: a literature review of Munchausen syndrome by proxy. Child Abuse Negl 1987;11:547-63.
3. Meadow R. Different interpretations of Munchausen syndrome by proxy. Child Abuse Negl 2002;26:501-8.
4. Squires JE, Squires RH. Munchausen syndrome by proxy: ongoing clinical challenges. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2010;51:248-53.
5. <http://emedicine.medscape.com/article/222443-overview> (8. okt. 2010).

Binyrebarkinsufficiens ved behandling med inhalationssteroid

Atul Shukla & Helene Nørrelund

KASUISTIK

Medicinsk Afdeling,
Regionshospitalet
Viborg, Skive

Kortisolmangel er en potentielt livstruende tilstand. Kortisol dannes i binyrebarkens zona fasciculata under feedbackregulering fra hypothalamus og hypofysen. Et svigt i binyrernes kortisolproduktion opstår enten pga. primær binyrebarkinsufficiens (Addisons sygdom) eller sekundært til en nedsat produktion af adrenokortikotrop hormon (ACTH) i hypofysen [1]. En velkendt iatrogen årsag til sidstnævnte er peroral steroidbehandling. Nedenfor beskrives et tilfælde af symptomatisk sekundær binyrebarkinsufficiens relateret til behandling med inhalationssteroid.

SYGEHISTORIE

En 16-årig dreng, der havde astma og var i behandling med fluticasonpropionatsalmeterol 50/250 mikrogram (2 pust × 2 dagl.), blev indlagt med hoste, feberfølelse, svimmelhed og utilpashed igennem nogle dage. Ved ankomsten var han bevidsthedspåvirket og havde lavt blodtryk, men var afebril. Der blev ikke fundet noget abnormt ved objektiv undersøgelse.

Resultatet af de parakliniske prøver gav mistanke

om infektion med C-reaktivt protein 275 mg/l (referenceværdi 0-9) og beskeden leukocytose med venstreforskydning, men var i øvrigt upåfaldende. På mistanke om sepsis blev der påbegyndt bredspektret antibiotisk behandling. En bloddyrkning viste vækst af pneumokokker. I intensiv regi blev der ved indlæggelsen lavet synactentest som led i daværende sepsisprotokol. Man fandt lave værdier med basalkortisol på 119 nmol/l (referenceværdi 200-700) og 30-minutters-værdi på 171 nmol/l (referenceværdi > 500). Resultatet af testen blev tolket som relativ binyrebarkinsufficiens, og man påbegyndte behandling med glukokortikoid 50 mg × 4 givet intravenøst. Patienten bedredes, og glukokortikoidbehandlingen blev halveret og udtrappet over et par dage. Efterfølgende skete der en klinisk forværring. Computertomografi af thorax og abdomen viste upåfaldende forhold. Fornyet synactentest gav insufficient respons, og der blev iværksat behandling med hydrokortison. Endokrinologisk udredning viste normale hypofysehormoner fraset lav ACTH. Magnetisk resonans-skanning af hypofysen viste et insignifikant