

OPIS PRZYPADKU

Wpłynęło: 24.10.2008 • Zaakceptowano: 27.10.2008

© Akademia Medycyny

Zespół dziecka maltretowanego – opis przypadku

Maltreatment child syndrome – case report

Paweł Bąk¹, Cezary Pakulski^{1,2}, Błażej Richter³, Beata Wudarska²

¹ Centrum Leczenia Urazów Wielonarządowych Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1, Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie

² Oddział Kliniczny Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Medycyny Ratunkowej, Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie

³ Zakład Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej, Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie

**Streszczenie**

W pracy przedstawiono przypadek 5-miesięcznego dziecka z ciężkim, krytycznym urazem czaszkowo-mózgowym. Na podstawie danych z wywiadu oraz badania przedmiotowego wysunięto podejrzenie, iż pacjent doznał obrażeń będących następstwem przemocy. Badania dodatkowe w postaci szczegółowej diagnostyki radiologicznej potwierdziły to podejrzenie i jednoznacznie pozwoliły rozpoznać „zespół dziecka maltretowanego”. Zwrócono szczególną uwagę na grupę cech w badaniu podmiotowym, przedmiotowym oraz w diagnostyce radiologicznej, które dają podstawę do wysunięcia podejrzenia, iż mamy do czynienia z „zespołem dziecka maltretowanego”. *Anestezjologia i Ratownictwo 2008; 2: 261-264.*

Słowa kluczowe: urazy nieprzypadkowe, dziecko krzywdzone, zespół dziecka maltretowanego, objawy kliniczne

Summary

W pracy przedstawiono przypadek 5-miesięcznego dziecka z ciężkim, krytycznym urazem czaszkowo-mózgowym. Na podstawie danych z wywiadu oraz badania przedmiotowego wysunięto podejrzenie, iż pacjent doznał obrażeń będących następstwem przemocy. Badania dodatkowe w postaci szczegółowej diagnostyki radiologicznej potwierdziły to podejrzenie i jednoznacznie pozwoliły rozpoznać „zespół dziecka maltretowanego”. Zwrócono szczególną uwagę na grupę cech w badaniu podmiotowym, przedmiotowym oraz w diagnostyce radiologicznej, które dają podstawę do wysunięcia podejrzenia, iż mamy do czynienia z „zespołem dziecka maltretowanego”. *Anestezjologia i Ratownictwo 2008; 2: 261-264.*

Keywords: non-accidental injury, child abuse, maltreatment child syndrome, clinical feature

Wstęp

„Zespół dziecka maltretowanego” (*maltreatment child syndrom*) to termin medyczny o bardzo szerokim znaczeniu pojęciowym, zawierający w swojej istocie

szereg różnych zespołów klinicznych, takich jak zespół dziecka potrząsanego (*shaken baby syndrom*), zespół dziecka bitego (*battered child syndrom*), zespół dziecka wykorzystywanego seksualnie (*sexual abused child syndrom*), czy zespół nadopiekuńczości (*Munchausen*

syndrom by proxy) [1]. Oczywistym jest, że czynnikiem łączącym te wszystkie zespoły jest przemoc wobec dzieci. Maltretowanie to, według definicji, zadawanie krzywdy świadomie, nie przez przypadek. W znakomitej większości zdarzeń krzywda ta jest wyrządzana przez osoby, na których ciąży prawny obowiązek opieki i zapewnienia bezpieczeństwa poszkodowanym.

„Zespół dziecka maltretowanego” to zespół o bardzo dużej częstości występowania. Według różnych statystyk, od 19 do 33% urazów głowy u dzieci poniżej 3. roku życia jest pochodzenia nieprzypadkowego. Oznacza to, że średnio co czwarty mały pacjent odniósł uraz głowy w wyniku pobicia, potrząśnięcia lub zaniedbania [2,3]. Statystycznie częściej ofiarami przemocy domowej są chłopcy [4,5]. „Zespół dziecka maltretowanego” dotyczy głównie niemowląt od 7-12 miesiąca życia i małych dzieci [4,5]. To również zespół o dużym odsetku śmiertelności ocenianym na 13-15% [5]. Główną przyczyną zgonu są następstwa obrażeń głowy (w 80-86%) [5-7]. Wśród powikłań urazów głowy najczęstsze to: krwawienie podpajęczynówkowe, krwiak podtwardówkowy, rozległe uszkodzenie aksonalne [2,3,8]. Obrażenia te pozostają w związku z odmiennością fizjologiczną i anatomiczną dzieci w stosunku do dorosłych [9]. Istotą tych odrębności są:

- większa proporcja wielkości głowy dziecka w stosunku do reszty ciała,
- słabo rozwinięte mięśnie szyi, które nie są w stanie amortyzować przyspieszeń i wyhamowań poprzecznych, co może łatwiej doprowadzać do uszkodzeń typu „*whiplash damage*” (urazy o typie „*smagnięcia biczem*”) [1],
- miękkie kości czaszki, z niezarośniętymi szwami (słabsza ochrona mechaniczna przed bezpośrednim uszkodzeniem, ale z drugiej strony - swego rodzaju bufor przy wzroście ciśnienia wewnątrzczaszkowego),
- duża przestrzeń podpajęczynówkowa, co powoduje większą wrażliwość naczyń mostkowych na zerwanie i stąd łatwiej dochodzi do krwawienia podtwardówkowego.

Cel pracy

Celem pracy było przedstawienie schematu postępowania diagnostycznego, który powinien zostać zainicjowany w razie podejrzenia „zespołu dziecka maltretowanego”. Chcieliśmy również zwrócić uwagę na znaczenie drobiazgowego i właściwie przeprowa-

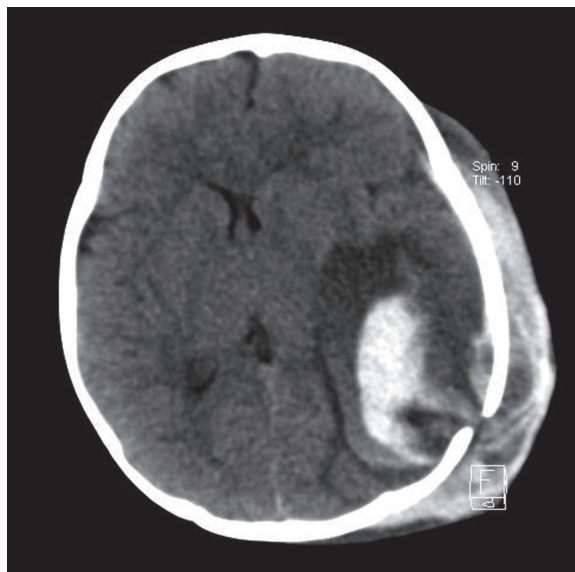
dzzonego badania klinicznego dla stwierdzenia, czy odniesione obrażenia u dziecka są efektem przypadku, czy też przyczyną ich była przemoc.

Opis przypadku

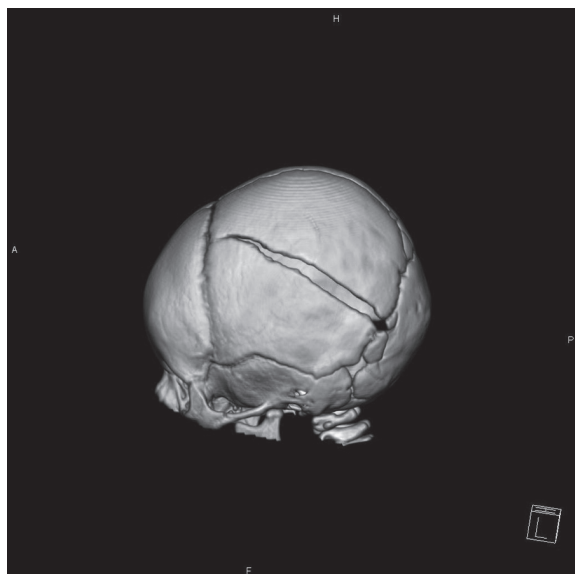
Do Kliniki Chirurgii Dziecięcej i Onkologicznej PAM przywiezione zostało niemowlę 5-miesięczne płci męskiej. W transporcie zespołem ratownictwa medycznego dziecku towarzyszyli rodzice. Według wywiadu uzyskanego od obojga rodziców chłopczyk kilka godzin wcześniej, pozostawiony sam w pokoju, zsunął się z kanapy na podłogę. Niepokój rodziców miało wzbudzić pojawienie się na główce dziecka dużego guza. Lekarz dyżurny izby przyjęć szpitala powiatowego zdecydował o transporcie dziecka do ośrodka specjalistycznego. W wykonanym z poziomu izby przyjęć dziecięcej SPSK nr 1 w Szczecinie badaniu radiologicznym czaszki stwierdzono obecność długiej i szerokiej szczeliny złamania, biegnącej przez łuskę kości ciemieniowej lewej. Ze względu na pogarszający się ogólny i neurologiczny stan dziecka, zdecydowano o jego hospitalizacji. Niemowlę było apatyczne, blade, podsypiające, z bardzo słabą reakcją na bodźce zewnętrzne. W wykonanym w trybie pilnym badaniu tomografii komputerowej głowy wykazano w lewej okolicy ciemieniowej obecność rozległego krwiaka śródmózgowego wielkości 4,6x3x4 cm, otoczonego strefą obrzęku, z przemieszczeniem struktur środkowych mózgowia na stronę prawą o 5 mm. Stwierdzono również dwumiejscowe złamanie kości ciemieniowej lewej i rozległy krwiak podczepcowy po lewej stronie, grubości około 1,5 cm (Zdjęcie 1). Potwierdzeniem istotnej utraty krwi do tkanek miękkich był krytyczny w swojej wymowie wynik morfologii krwi: E - 2,61 mln/ul; Ht - 21,9%; Hb - 7,2g/dl.

W wyniku przetworzenia obrazu TK (VRT – technika odwzorowania objętości) uzyskano rekonstrukcję 3D kości czaszki, która pokazuje rozmiar złamania lewej kości ciemieniowej (Zdjęcie 2).

U dziecka wdrożono techniki intensywnej terapii, po czym przekazano je na blok operacyjny Kliniki Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej celem leczenia operacyjnego. Wykonano zabieg kraniektomii lewostronnej w okolicy skroniowo-ciemieniowej z usunięciem wyłamanej fragmentu kości ciemieniowej i obecnego pod nim krwiaka śródmózgowego. Odbarczone mózgowie było poszarpane, blade i słabo tętniące.



Zdjęcie 1. TK mózgowia, projekcja poprzeczna; krwiak śródmózgowy lewego płata ciemieniowego otoczony strefą obrzęku, któremu towarzyszy niewielka ilość krwi przymózgowo. Widoczne jest przemieszczenie struktur linii środkowej; podczepcowo, w okolicy ciemieniowej widoczny jest rozległy krwiak; szeroka szczelina złamania kości ciemieniowej



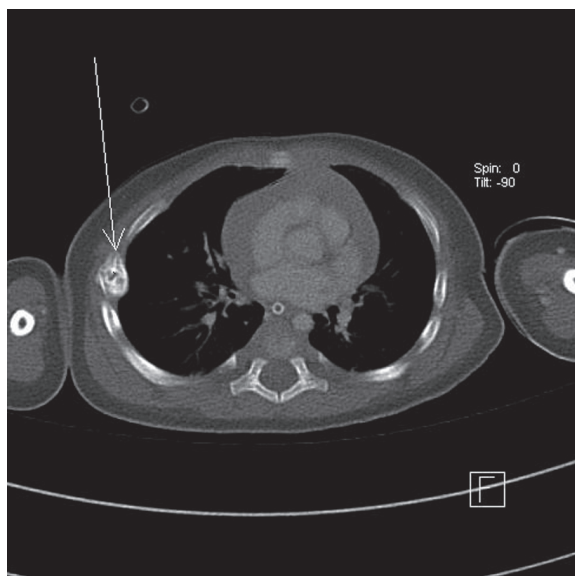
Zdjęcie 2. Technika odwzorowania objętości (VRT), widok od lewej strony; szeroka szczelina złamania lewej kości ciemieniowej

Stwierdzony śródoperacyjnie charakter i rozmiar uszkodzenia struktur wewnątrzczaszkowych wskazywał na jednoznacznie złe rokowanie co do przeżycia dziecka. W czasie zabiegu operacyjnego oraz po jego zakończeniu przetaczano preparaty krwiopochodne. W okresie pooperacyjnym dziecko leczono bez powodzenia w Centrum Leczenia Urazów Wielonarządowych. Stosowane typowe w przypadku krytycznych obrażeń mózgowia techniki wysokospecjalistyczne nie wpłynęły na poprawę stanu dziecka i rokowania co do przeżycia. W ciągu następnych godzin kolejno pojawiały się objawy sugerujące przekroczenie granicy śpiączki przekroczonej. W kontrolnym badaniu tomografii komputerowej stwierdzono obecność rozległego nawrotowego krwiaka okolicy ciemieniowej lewej z efektem masy w postaci przemieszczenia struktur linii środkowej o 1 cm w prawo oraz zatarciem różnicy między istotą białą i szarą. Ostatecznie dziecko zmarło w mechanizmie śmierci mózgowej potwierdzonej orzeczeniem Komisji do Spraw Orzekania o Śmierci Mózgu.

Wobec niewiarygodnego wywiadu chorobowego, przy zastanawiającym zachowaniu rodziców, zdecydowano o rozszerzeniu diagnostyki radiologicznej w kierunku poszukiwania stygmatów przemocy. Nieadekwatne w stosunku do sytuacji zachowanie rodziców polegało na wyrażaniu smutku i przygnębienia z powodu stanu dziecka tylko na sali chorych, w obecności personelu pielęgniarskiego i lekarskiego, przy prezentowaniu braku emocji w chwilach, gdy rodzicom wydawało się, że nie są obserwowani. Nienaturalne wydało się też oddalenie rodziców na spacer w chwili trwania być może decydującej o życiu dziecka procedury operacyjnej. Gdy wykonane badania radiologiczne wykazały głęboką patologię pourazową w obszarze mózgowia, rodzice z własnej inicjatywy zaczęli w dziwny sposób tłumaczyć powstanie krwawików. Według matki np. w przeszłości niemowlę łatwo się siniaczyło i często płakało z powodu bólu głowy (u 5-miesięcznego niemowlęcia jest zupełnie nierealne zidentyfikowanie bólu głowy jako przyczyny płaczu). Jeszcze przed wykonaniem badań obrazowych rodzice dziecka sugerowali możliwość obecności starych złamań, co miałyby pozostawać w związku z niezwykle trudnym przebiegiem porodu dziecka wspomaganym zewnętrznym uciskiem na powłoki brzuszne.

Wysunięcie podejrzenia obserwacji w kierunku „zespołu dziecka maltretowanego” obligowało zespół leczący do wykonania dodatkowych radiologicznych

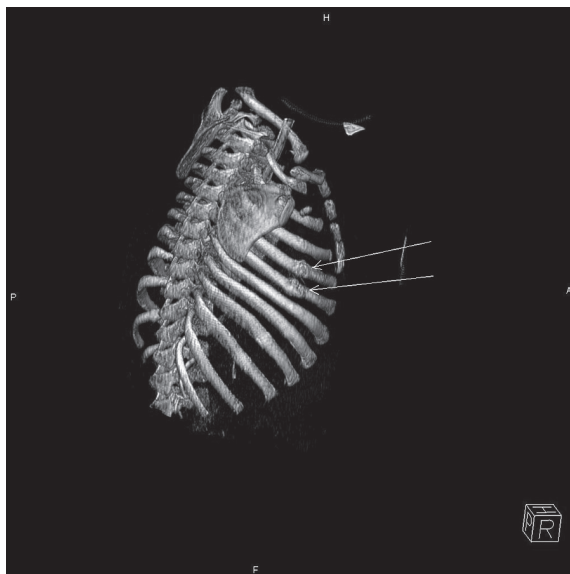
badan potwierdzających lub wykluczających to podejrzenie [10-12]. Ze względu na krytyczny stan ogólny dziecka, który nie pozwalał na wykonywanie serii zdjęć radiologicznych różnych okolic ciała, dla zbadania obecności ewentualnych znamion wcześniejszych obrażeń ciała zdecydowano o wykonaniu badania tomografii komputerowej całego ciała. Badanie to daje możliwość dokładnego zobrazowania wszystkich okolic ciała, a w przypadku małego dziecka również jego kończyn. Kwestia wielkości dawki promieniowania nie była brana pod uwagę, z uwagi na jednoznacznie złe rokowanie dziecka co do przeżycia.



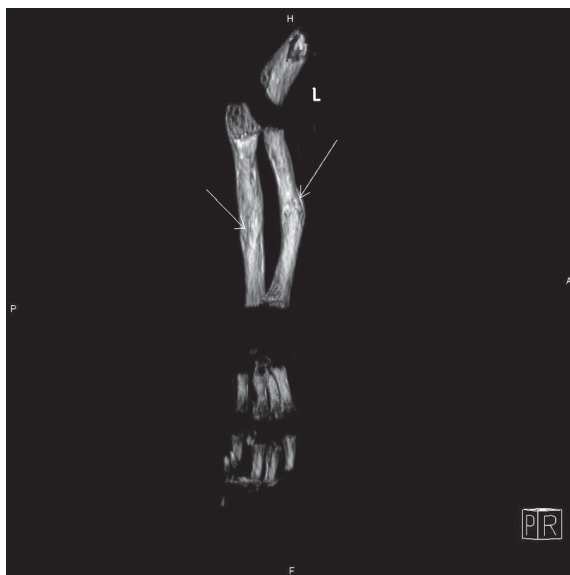
Zdjęcie 3. TK w protokole urazu wielonarządowego, skan poprzeczny klatki piersiowej w oknie kostnym; strzałka wskazuje bliznę kostną po dawniej przebytym złamaniu żebra

W wykonanym badaniu tomografii komputerowej całego ciała w protokole urazu wielonarządowego, oprócz opisanych wcześniej obrażeń głowy, stwierdzono obecność zmian po przebytym dawniej złamaniu żeber IV i V po stronie prawej oraz żebra VII, X i XI po stronie lewej (Zdjęcia: 3 i 4).

W tym samym badaniu uwidoczniono też obecność złamania prawej kości łokciowej w połowie jej długości i stan po złamaniu kości promieniowej i łokciowej po stronie lewej (Zdjęcie 5).



Zdjęcie 4. Technika odwzorowania objętości (VRT), widok od prawej strony; strzałki wskazują blizny kostne po dawniej przebytych złamaniach IV i V żebra po stronie prawej



Zdjęcie 5. Technika odwzorowania objętości (VRT); stan po dawniej przebytych złamaniach kości łokciowej i promieniowej po stronie lewej (strzałki)

Całość obrazu radiologicznego w połączeniu z obrazem klinicznym i wywiadem chorobowym (a raczej z kompletną jego niespójnością) jednoznacz-

nie wskazywały, iż mamy do czynienia z dzieckiem, któremu wyrządzono ogromną krzywdę i u którego postawienie rozpoznania „zespołu dziecka maltretowanego” jest uprawdopodobnione. O podejrzeniu popełnienia przestępstwa powiadomiono Policję i Prokuraturę Rejonową właściwą dla miejsca zamieszkania dziecka a całość zgromadzonej dokumentacji medycznej skopiowano i zabezpieczono.

Omówienie

Odkrycie „zespołu dziecka maltretowanego” to zdarzenie dramatyczne dla wszystkich osób włączonych w proces diagnozowania i leczenia małego pacjenta. Widok skatowanego lub zakatowanego bezbronniego dziecka staje się traumą, w której prawdziwość trudno uwierzyć i o której trudno zapomnieć. Nie podlega dyskusji, że każdy, kto zajmuje się leczeniem i pielęgnacją dzieci, zwłaszcza małych, musi wiedzieć o istnieniu „zespołu dziecka maltretowanego”, musi umieć rozpoznać jego symptomy i znać procedury postępowania prawnego w takich przypadkach, zwłaszcza że pracownicy medyczni są najczęściej pierwszymi, którzy stykają się z dzieckiem, któremu wyrządzono krzywdę. Wielu autorów zajmujących się tym tematem sugeruje nawet wyrobienie w sobie czujności wobec „zespołu dziecka maltretowanego” na wzór czujności onkologicznej w odniesieniu do niepokojących objawów u pacjenta. Pogląd taki jest ze wszech miar słuszny, jeżeli uświadomimy sobie, iż w zespole tym wyjątkowo nie możemy liczyć na pomoc ze strony rodziny małego pacjenta.

Wyrobienie w sobie czujności wobec „zespołu dziecka maltretowanego” polega na konieczności przestrzegania pewnych standardów postępowania w badaniu podmiotowym i przedmiotowym oraz na wykonaniu określonych badań obrazowych przy najmniejszym podejrzeniu tego zespołu. Przy badaniu dziecka po urazie należy zwrócić uwagę na:

- charakterystyczne dane z wywiadu,
- sposób zachowania się rodziców,
- odstępstwa od tzw. normy stwierdzone w trakcie realizowanego badania przedmiotowego,
- jednoznaczne obrazy radiologiczne przebytych dawniej zmian pourazowych.

Zbierając od rodziców wywiad powinniśmy zwrócić szczególną uwagę na to, czy jest on jasny, klarowny i spójny oraz czy zeznania wszystkich świadków zdarzenia są takie same, czy odniesione obrażenia są

proporcjonalne do podawanego mechanizmu urazu, czy podobne urazy zdarzały się wcześniej, wreszcie czy wersja zdarzenia jest zgodna z poziomem rozwoju psychoruchowego dziecka.

Ocena zachowania się rodziców jest niezwykle trudna. W swoim wstępnym osądzie można się łatwo pomylić, co utrudnia lub nawet uniemożliwia dalszą komunikację na linii lekarze – rodzice. Z punktu widzenia potwierdzenia możliwości znęcania się nad dzieckiem konieczna jest ocena sposobu zachowania się rodziców w chwili, gdy nie spodziewają się niczyjego zainteresowania, a więc poza gabinetem lekarskim, poza salą chorych, czy też poza obszarem oddziału. Wyrażanie smutku i przygnębienia z powodu stanu dziecka tylko na sali chorych i tylko w obecności personelu pielęgniarskiego i lekarskiego, przy normalnym, wręcz beztrudnym, zachowaniu na korytarzu musi wzbudzić podejrzenia. Podobnie próby tłumaczenia nieprawidłowości stwierdzonych w trakcie badania przedmiotowego wyimaginowaną przeszłością dziecka.

Badając dziecko przedmiotowo powinniśmy ocenić czy dziecko jest dobrze odżywione, zadbane, określić stan czystości skóry (poszukujemy blizn, ran, sińców, ubytków włosów), symetrię i kształtność kończyn (oceniaamy zarysy kości długich). Badaniem palpacyjnym oceniamy kształt i symetrię rusztowania klatki piersiowej. Dopełnieniem naszego badania jest ocena jamy ustnej pod kątem obecności ewentualnych uszkodzeń śluzówki, czy wyłamanych zębów (u dziecka po okresie żąbkowania) oraz ocena okolic narządów płciowych [13].

Przy jakimkolwiek podejrzeniu możliwego „zespołu dziecka maltretowanego” winniśmy wykonać dodatkowe badania radiologiczne. Według Caffey'a **„kości podają historię, której małe dziecko nie może, a rodzice nie chcą opowiedzieć”**. Dla potwierdzenia, bądź wykluczenia, faktu aktualnego lub wcześniejszego znęcania się nad dzieckiem absolutnie nieodzowne jest wykonanie co najmniej badania radiologicznego czaszki w dwóch rzutach typowych, badania radiologicznego klatki piersiowej w dwóch rzutach typowych lub w prezentacji skośnej, badania radiologicznego kości długich, ze szczególnym zwróceniem uwagi na okolicę przynasad obu kości ramiennych. W przypadku istniejących przesłanek klinicznych uprawdopodobniających rozpoznanie, diagnostykę trzeba uzupełnić o badanie tomografii komputerowej głowy (obecność ubytkowych objawów neurologicznych bądź dodatni wynik badania radiologicznego czaszki) oraz

- w skrajnych przypadkach - o badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej [10,12].

Przestrzeganie wyżej wymienionych zaleceń minimalizuje możliwość przeoczenia sygnałów mogących świadczyć o zetknięciu się z przypadkiem „zespołu dziecka maltretowanego”.

W przedstawionym przypadku klinicznym występuje cały szereg cech, które są charakterystyczne dla „zespołu dziecka maltretowanego”. Począwszy od samego wywiadu uzyskanego od rodziców, który był całkowicie niespójny z obrazem klinicznym uszkodzeń narządowych a skończywszy na konsekwencji urazu, którą była śmierć dziecka. Podawane przez rodziców okoliczności doznania urazu, w połączeniu z tak dużym - i w efekcie krytycznym - urazem głowy, już na samym początku musiały zaniepokoić i „obudzić” czujność diagnostyczną. Trudno było uwierzyć, aby zsuniecie się dziecka, czy nawet upadek z kanapy z wysokości 30-50 cm, mógł doprowadzić do tak rozległych obrażeń czaszki i mózgowia. Bardzo cenną w samym dochodzeniu istoty tego, co mogło się wydarzyć była wnikliwa obserwacja przez personel pielęgniarstwa samych rodziców w trakcie odwiedzin dziecka. Rola personelu pielęgniarstwa w rozpoznaniu „zespołu dziecka maltretowanego” jest nieoceniona

i wymieniona jako jedno z podstawowych zadań ujętych w standardzie postępowania przy podejrzeniu „zespołu dziecka maltretowanego”.

Wnioski

1. „Zespół dziecka maltretowanego” jest zespołem klinicznym o dużej częstości występowania.
2. Niezbędne jest wyrobienie w sobie czujności klinicznej wobec przypadków „zespołu dziecka maltretowanego”.
3. Niezbędne jest opracowanie schematu postępowania diagnostycznego umożliwiającego jednoznaczne rozstrzygnięcie czy mamy do czynienia z przypadkiem „zespołu dziecka maltretowanego”.

Adres do korespondencji:

Paweł Bąk

Centrum Leczenia Urazów Wielonarządowych
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1
Pomorska Akademia Medycznej w Szczecinie
ul. Unii Lubelskiej 1; 71-252 Szczecin

Tel. (+48 91) 425 3581;

E-mail: cluw@sci.pam.szczecin.pl

Piśmiennictwo

1. Sauvageau A, Bourgault A, Racette S. Cerebral traumatism with a playground rocking toy mimicking shaken baby syndrome. *J Forensic Sci* 2008; 53: 479-82.
2. Cohen RA, Kaufman RA, Myers PA, Towbin RB. Cranial computed tomography in the abused child with head injury. *AJR Am J Roentgenol* 1986; 146: 97-102.
3. Myhre MC, Groggaard JB, Dyb GA, Sandvik L, Nordhov M. Traumatic head injury in infants and toddlers. *Acta Paediatrica* 2007; 96: 1159-63.
4. Johnson ChF. Child maltreatment 2002: recognition, reporting and risk. *Pediatr Int* 2002; 44: 554-60.
5. Reece RM, Sege R. Childhood head injuries, accidental or inflicted? *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154: 11-15.
6. Graupman P, Winston KR. Nonaccidental head trauma as a cause of childhood death. *J Neurosurg* 2006; 104 (4 Suppl): 245-50.
7. McNeely PD, Atkinson JD, Saigal G, O’Gorman AM, Farmer JP. Subdural hematomas in infants with benign enlargement of the subarachnoid spaces are not pathognomonic for child abuse. *AJNR Am J Neuroradiol* 2006; 27: 1725-8.
8. Demareel P, Casteels I, Wilms G. Cranial imaging in child abuse. *Eur Radiol* 2002; 12: 849-57.
9. Chaney SE. Child abuse: clinical findings and management. *J Am Acad Nurse Pract* 2000; 12: 467-471
10. Hansen KK, Prince JS, Nixon GW. Oblique chest views as a routine part of skeletal surveys performed for possible physical abuse - is this practice worthwhile? *Child Abuse Negl* 2008; 32: 155-9.
11. Skellern CY, Wood DO, Murphy A, Crawford M. Non-accidental fractures in infants: risk of further abuse. *J Paediatr Child Health* 2000; 36: 590-2.
12. Hansen M, Weltzien A, Blum J, Botterill NJ, Rommens PM. Complete distal humeral epiphyseal separation indicating a battered child syndrome: a case report. *Arch Orthop Trauma Surg* 2008; 128: 967-72.
13. Stricker T, Lips U, Sennhauser FH. Oral bleeding: child abuse alert. *J Paediatr Child Health* 2002; 38: 528-9.