

## Angående DT-undersökning av avlidet barn.

Barnkliniken har ett PM som anger att vid oklara dödsfall hos barn skall barnet undersökas med DT helkropp. För barn upp till 1 år är det obligat att följa detta PM. För barn över ett år kan man om det motiveras göra avsteg från detta PM.

I PM:et nämns instruktionen om DT mycket kort under provtagning: **"CT-helkropp (inkl skalle) Bör göras innan barnet transporteras till kylrum, skall göras inom 24 timmar."** Tidigare i dokumentet anges att: "Barnet bör föras till **kylrum** inom 3 timmar efter dödstillfället."

**Sammantaget kan detta uttolkas som att man bör utföra undersökning inom 3h men skall annars senast utföras inom 24h.**

## Design av remiss och planering

Vi har tre designförval vid undersökning av avliden. Dessa ligger i RIS-prio under mappen "DT 19 Avliden" Avseende barn skiljer vi på undersökning av "foster och barn upp till 1 år" och "barn över 1 år". Det senare gäller upp till 12 år enligt Tilda.

När dessa undersökningar körs är alla "spärrar" vad gäller stråldoser bortkopplade vilket, vid större barn, kan medföra att man behöver vänta några minuter efter körningen så att röntgenröret svalnar. Undersökningen skall göras senast 24 timmar efter dödsfallet. Är det praktiskt möjligt så är det ingen nackdel att göra undersökningen så snart möjlighet finns. Undersökningen bör utföras av sköterskor med erfarenhet, och om möjligt vana, av liknande undersökningar. Det finns mycket få indikationer att utföra undersökningen nattetid om inte inblandad personal är tillfreds med detta.

Man bör dock beakta att det kan finnas en fördel att göra undersökningen när "andra patienter inte är i närheten på DT". Man kan därför t ex planera för att göra undersökningen före eller efter ordinarie program.

Tub, katetrar, drän och liknande skall lämnas kvar vid undersökningen. Likaså ev penetrerande främmande föremål. Remittent/barnläkare kan besluta att något skall avlägsnas men då bör man göra tydlig notering om vad som har suttit var. Finns det något som skapar uttalade artefakter på bilderna kan man eventuellt överväga att köra serie med och därefter utan föremålet i bild men tänk på att INTE avlägsna något som bör vara på befintlig plats vid eventuell (rättsmedicinsk) obduktion. Ta **aldrig** bort något föremål utan noggrant samråd med ansvarig barnläkare.

## Granskning av undersökningen

Med tanke på hur sällan dessa undersökningar utförs skall granskning och utlåtande begränsas till ett mindre antal personer. När bildmaterialet är säkrat bör granskningen i normalfallet vänta till ordinarie kontorstid för bedömning. Finns riktad och motiverad (del)frågeställning får naturligtvis jourhavande göra en preliminär bedömning och förmedla till inremitterande om man är tillfreds med det.

Enligt Fredrik Stålhammar (barnrtg Lund) är de relativt sparsamma i sina utlåtanden och vi bör vara ytterst återhållsamma med spekulationer kring dödsorsaker. Det stora värdet med DT är att hjälpa patologen med delar som de kan ha svårt att bedöma vid obduktion så som odislacerade frakturer och i viss mån intracraniella blödningar svåra att bedöma på grund av hjärnparenchymets nedbrytning.

Nedanstående lista anger granskningspunkter som i normalfallet bör påtalas eller negeras:

- Intracraniell blödning eller synlig fokal expansivitet.
- Skallfraktur
- Pneumothorax
- Främmande kropp i luftvägar
- Tubläge och läge av övriga infarter
- Övriga frakturer

Övriga synliga skador skall beskrivas, men fynd som är att förvänta post mortem måste inte särskilt beskrivas. T ex Generell hjärnsvullnad, kvävgasutfällning i buk, mindre mängder pericardvätska, ödem/atelektaser i lungparenchym.

/2019-02-06 Mattias Mjöman