

Skulle ha ordnat kolonröntgen eller koloskopi

Otillräckligt att bara göra rektoskopi

En kirurg varnas för att han genom otillräcklig undersökning kraftigt fördröjde diagnosen koloncancer hos en manlig patient. (HSAN 1581/02 och 3194/02)

II Den 60-årige mannen sökte den 3 december 2000 en klinik för blod i avföringen. Han undersöktes av kirurgen med rektoskopi. Undersökningen visade inre hemorroider, vilka ligerades. Vid återbesök hos kirurgen den 13 januari 2001 undersöktes mannen med proktoskopi. Undersökningen visade inget anmärkningsvärt.

Den 1 december 2001 återkom patienten till kirurgen på grund av att han på nytt fått blod i avföringen. Rektoskopi visade nya hemorroider och en polyp, vilken togs bort.

Samma dag remitterades patienten till koloskopi, som utfördes vid ett universitetssjukhus den 31 januari 2002. Undersökningen visade tumörmisstänkta förändringar i nedre delen av tjocktarmen. Patienten fick reda på resultatet av undersökningen den 7 mars och remitterades samma dag till kirurgkliniken.

»Uppmanades söka ånyo«

Patienten anmälde kirurgen och uppgav sammanfattningsvis att denne brustit i sitt medicinska ansvar.

Ansvarsnämnden tog in patientens journal och yttrande av kirurgen.

Kirurgen ansåg sig inte ha gjort något fel. Han hänvisade till journalen och uppgav bland annat följande.

Patienten sökte för att han hade haft rött blod på avföringen av och till med i övrigt oförändrad tarmfunktion och god aptit. Detta besök skedde den 3 december år 2000 då patienten i övrigt kände sig frisk. Vid rektoskopi upp till 8 centimeters nivå fann man bruna feces ovan-

för denna nivå och hemorrojder i analöppningen som ligerades av. Vid kontroll den 13 januari år 2001 hade patienten inte längre färskt blod på avföringen och mätte bra. Han uppmanades å det bestämdaste att söka ånyo om han fick blod på avföringen igen eller om tarmfunktionen ändrades.

Patienten sökte på nytt den 1 december 2001 på grund av blod på avföringen. Han angav god aptit och förnekade ändrade avföringsvanor. Vid rektoskopi och anoskopi fann man en polyp innanför anus som avlägsnades och sändes till mikroskopisk undersökning. För att utesluta polyper högre upp i tarmen skrevs remiss för koloskopi då detta bedömdes vara det snabbaste och effektivaste sättet att få kompletterande diagnos samt eventuellt behandling om det behövdes, sa kirurgen.

Anmäld från två håll

Efter en Lex Maria-anmälan anmälde även Socialstyrelsen kirurgen.

Socialstyrelsen konstaterade att rätt diagnos sannolikt blivit fördröjd cirka ett år. Socialstyrelsen ansåg inte att enbart rektoskopi/proktoskopi upp till sju–åtta cm kan anses vara en tillräcklig utredning av en patient i mannens ålder, som söker för blod i avföringen. Även om hemorrojder kan konstateras måste utredningen kompletteras med kolonröntgen eller koloskopi för att en blödningskälla av allvarlig natur högre upp i kolon skall kunna uteslutas.

Socialstyrelsen menade att kirurgen redan vid det första besöket hade bort föranstalta om en mer fullständig utredning av orsaken till patientens besvär. Genom att underlåta detta hade han begått ett fel i sin yrkesutövning, som utsatte patienten för en inte obetydlig risk.

Kirurgen bestred även nu att han

gjort fel och uppgav bland annat att han frågade patienten både i december 2000 och i januari 2001 om ändring i avföringsvanor eller knip i magen förekommit. Patienten svarade nej vid båda tillfällena.

Vid rektoskopi fann man endast normalfärgad avföring i tarmavsnitt ovanför det område där blödningskällan observerats och behandlats. Det förekom vid kontroll i januari 2001 inga hållpunkter vid undersökningen som talade för tumör vare sig i grovtarm, magsäck, bukspottkörtel eller prostata. Därför utreddes inte dessa typer av cancer. Hade blödning via anus fortsatt eller andra tecken på möjlig tumör förelegat här eller i annan del av kroppen vid kontrollbesök skulle detta självklart lett till omedelbar vidare utredning, som skedde vid besök i december 2001.

Patienten uppmanades vid kontrollen i januari 2001 att omedelbart söka läkare om han fick ny blödning via ändtarmen liksom vid ändrade avföringsvanor eller knip i magen, hävdade kirurgen.

II Bedömning och beslut

Om en patient i mannens ålder söker för blod i avföringen och man vid undersökningen inte kan påvisa en uppenbar blödningskälla måste utredningen kompletteras med kolonröntgen eller koloskopi, understryker Ansvarsnämnden. Det räcker inte med en undersökning av bara ändtarmen med rektoskopi.

Vid besöket den 3 december 2000 kompletterade kirurgen inte utredningen med någon av nämnda undersökningar. Inte heller vid återbesöket den 13 januari 2001 föranstaltade han om utvidgad tarmundersökning.

Kirurgen har av oaktsamhet åsidosatt sina skyldigheter i yrkesutövningen, anser Ansvarsnämnden. Han varnas. •

Borde remitterat man med rektaltumör

Ansvarsnämnden faller en kirurg för att han inte remitterade en patient med en avancerad rektaltumör till en klinik med adekvat erfarenhet av hur sådana allvarliga tillstånd skall behandlas. (HSAN 2499/02)

II Den 53-årige mannen hade drabbats av rektalcancer. Enligt den preoperativa utredningen var sjukdomen avancerad

och man misstänkte tumörväxt mot sädesblåsorna.

Efter sedvanlig strålbehandling opererades mannen den 20 december 2000 av kirurgen, som konstaterade tumörväxt över mot urinblåsan. Han avlägsnade delar av tumören och anlade en stomi.

Patienten upplystes om att tumören var inoperabel, och kirurgen utfärdade remiss till onkolog för ställningstagande till strål- och cellgiftsbehandling.

Patienten uppsökte i stället ett annat lasarett. Därifrån remitterades han till ett universitetssjukhus där man vid ny operation avlägsnade tumören och delar av

omgivande organ. Patienten anmälde kirurgen.

Han uppgav bland annat att kirurgen efter operationen förklarade att sjukdomen inte kunde behandlas. Hans önskemål om remiss till annat sjukhus avfärdades. Han tog själv kontakt med ett lasarett och blev genast remitterad till universitetssjukhuset där man i februari 2001 avlägsnade tumören, urinblåsan och prostatan.

Ansvarsnämnden läste patientens journal och tog in yttrande av kirurgen, som bestred att han gjort fel.

Han berättade att han träffade patienten

ten första gången dagen före operationen. Av journalen framgick att patienten hade blivit preoperativt strålbehandlad. Kirurgen såg att det rörde sig om en avancerad tumör, som dock enligt magnetkameraundersökning inte påvisade någon överväxt på prostata, urinblåsa, sakrum eller bäckenmuskulatur.

Kirurgen berättade att när han öppnade buken med ett nedre medellinjessnitt fanns det inga tecken till spridning, men han fick intryck av att tumören var avancerad. Om tumören var fixerad eller ej gick inte att bedöma eftersom den inte gick att palpera nerifrån rektum.

Enligt magnetkameraundersökningen skulle tumören vara resekelabel med viss reservation för eventuell inväxt i vesiklarna. Enda chansen att bedöma detta var att incidera främre omslagsvecket.

Efter några klipp endast i peritoneum med samtidigt drag på sigmoideum bröts tarmens halva cirkumferens av utan att han över huvud taget klippte i någon tarmvägg. Det berodde på att tarmen var genomkretotisk vilket även bekräftades av PAD, förklarade kirurgen.

Tumören var inte resekelabel i detta läge, utan det enda han kunde göra var att resekerar den del av tumören som låg ovanför tarmrupturen samt lägga upp en sigmoidostomi. Tumörhålet ner i lilla bäckenet täcktes av en mesoflik samt oment, uppgav kirurgen.

Morgonen därpå berättade kirurgen om operationen för patienten. Han föreslog att de skulle konsultera onkolog-konsult som en gång varje vecka kom till sjukhuset. Hans bedömning i det läget var att tumören inte var resekelabel, men man skulle eventuellt med strålbehandling eller cellgifter kunna nedgradera tumören och sedan göra en ny bedömning, sa kirurgen.

II Bedömning och beslut

Enligt den preoperativa utredningen led patienten av en avancerad rektaltumör med misstänkt överväxt till sädesblåsor. Med hänsyn till sjukdomens framskridna stadium borde kirurgen ha remitterat patienten till en klinik med adekvat erfarenhet av hur sådana allvarliga tillstånd skall behandlas, menar Ansvarsnämnden.

Han valde i stället att själv utföra en operation och fann då tumörväxt över mot urinblåsan. Om han inte avsåg att avlägsna tumören radikalt borde han i detta skede endast ha anlagt en avlastande stomi och sedan avbrutit ingreppet.

Kirurgen har själv uppgett att han bedömde att tumören inte kunde avlägsnas radikalt, men att den skulle kunna nedgraderas med postoperativ strål- eller cellgiftsbehandling. Det är emellertid inte vedertaget med ytterligare strålbe-

handling om detta skett även före ingreppet, framhåller Ansvarsnämnden.

Kirurgen borde efter operation ha remitterat patienten till kirurg med erfarenhet av behandling mot avancerad rektalcancer.

Kirurgen får en erinran. •

Husläkare reagerade inte på cancerrecidiv

PSA hos en man som tidigare opererats för prostatacancer steg till 13. Ändå reagerade inte husläkaren. Och nästa prov togs först nästan två år senare. Mannens prostatacancer hade recidiverat, och husläkaren fällt av Ansvarsnämnden. (HSAN 2547/02)

II Den 73-årige mannen hade opererats år 1989 med radikal prostatektomi för prostatacancer. Regelbundna kontroller av värdet för prostataspecifikt antigen (PSA) gjordes fram till 1997 på lasaretet och därefter hos mannens husläkare.

Provtagningarna fram till och med maj 1998 visade PSA-värden på under 1,0. Vid provtagning i september 1999 hade värdet stigit till 1,8 och ett nytt prov i november samma år visade 2,9. I november 2000 hade värdet stigit till 13. PSA-värdet kontrollerades inte under år 2001, men ny provtagning i augusti 2002 gav värdet 97.

Husläkaren remitterade då patienten till en urologisk klinik. Utredning visade recidiv av prostatacancer med skelettmetastas i ländryggen.

Mannen anmälde sin husläkare. Han menade att läkaren borde ha reagerat redan när PSA var 13 och påpekade dessutom att inget prov togs under 2001.

Provet som gjordes i augusti 2002 och visade 97 togs på hans eget initiativ, då han haft kraftiga blödningar från grovtarmen och därför var rädd för cancer i tarmen. På grund av läkarens slarv med kontrollen hade han nu en cancersvulst i ländryggen, med ständig smärta som följd, framhöll patienten.

»Många olyckliga omständigheter«

Ansvarsnämnden tog in mannens journal och yttrande från husläkaren.

Att det kunde gå nästan två år sedan provet togs tydde på en kombination av många olyckliga omständigheter, menade denne.

Han tyckte det var märkligt att patienten, som visste att han hade en prostatacancer och även varit rädd för tarmcancer, inte frågade eller diskuterade PSA-provet under hela denna tid.

Husläkaren frågade sig hur han, som tidigare noga kontrollerat patienten med prostataprov, helt plötsligt slutade göra det.

Han kunden bara finna ett svar: datasystemet. Han berättade att när klinikens datasystem infördes i mitten på 1990-talet hade han ingen erfarenhet av datajournaler, och först efter hand kom han till insikt om fler och fler brister och rena felaktigheter.

Husläkaren pekade på flera fel i systemet och menade att där fanns anledningen till att patientens prostatacancerdiagnos »försvann«. Han framhöll att han lämnat flera förslag till förbättringar i datasystemet men att inget hänt.

Han ansåg att han hade varit förutseende och gjort allt han kunnat »för att förbättra patientsäkerheten och undvika sådana missöden som skett med denna patient«.

Patienten yttrade sig igen och framhöll bland annat att eftersom datasystemet var så dåligt borde det ha gjort husläkaren mer uppmärksam.

Han delade inte husläkarens åsikt att det var märkligt att han inte diskuterat PSA-provet med honom,

»...det är inte alls märkligt då jag litat på att han tagit de prov han skulle göra. När det tagits några prov fick jag besked om att var det något anmärkningsvärt skulle han höra av sig. När så aldrig skett har jag uppfattat det som att allt var bra«, skrev patienten.

II Bedömning och beslut

Av utredningen framgår att patienten opererades för prostatacancer år 1989 samt att man därefter gjorde regelbundna kontroller av PSA-värdet. Kontrollerna utfördes från och med 1997 hos husläkaren.

Fram till och med kontrollen i maj 1998 var PSA-värdet under 1,0. Vid provtagningar i september och november 1999 hade värdet emellertid stigit till 1,8 respektive 2,9. Redan dessa värden visade att prostatacancer hade recidiverat, menar Ansvarsnämnden.

Vid nästa kontroll, i november 2000, var PSA 13. Provtagningen och det förhöjda PSA-värdet kommenterades emellertid inte i journalen förrän i augusti 2002 och först då togs ett nytt prov.

Husläkaren underlät att ta ställning till resultatet av det PSA-prov som togs i november 2000 och tog ett nytt prov först i augusti 2002.

Han har härigenom av oaktsamhet inte fullgjort sina skyldigheter, vilket bör medföra disciplinpåföljd. Med hänsyn till de brister som verkar ha funnits i klinikens journalföringssystem bör den bestämmas till en erinran, beslutar Ansvarsnämnden. •