

Epididymit sa läkarna – det var testistorsion

Borde ha opererat akut för att kunna ställa rätt diagnos

En AT-läkare och en kirurg fälls för att de feldiagnostiserade epididymit när den 28-åriga mannen hade testistorsion. Utredningen borde ha kompletterats med akut operation, anser Ansvarsnämnden. (HSAN 268/03)

II Mannen kom till akutmottagningen på ett universitetssjukhus på kvällen den 1 september på grund av smärtor i höger punga. AT-läkaren bedömde att besvären orsakades av bitestikelinflammation och ordinerade medicinering.

Patienten fick lämna sjukhuset men återkom en timme senare med förvärrade besvär. Då bedömde kirurgen att fynden stödde den tidigare diagnosen.

Tre dagar senare uppsökte patienten en distriktsläkarjour på grund av kvarstående besvär. Han remitterades till en kirurgklinik under frågeställningen testikelstumör. Nästa dag bedömdes besvären orsakade av reaktivt hydrocele.

Patienten blev inte bra och sökte primärvården på nytt och den 10 september remitterades han åter till kirurgkliniken, nu under frågeställningen testistorsion. En akut operation bekräftade diagnosen och höger testikel togs bort.

Kirurgisk exploration måste göras

Fallet anmäldes enligt Lex Maria. Socialstyrelsens vetenskapliga råd i urologi, Jan-Erik Damber, framhöll att det råder konsensus om att testistorsion inte säkert kan uteslutas utan kirurgisk exploration.

I detta fall förelåg en typisk anamnes och insjuknande redan vid första besöket på akutmottagningen den 1 september, vilket borde ha föranlett AT-läkaren och kirurgen att ombesörja en akut exploration. (Se separat artikel här nedanför).

Först den 10 september efter konsultation med bakjour beslutades om explo-

II I fallet här ovanför fanns flera saker som gjorde att man på basis av anamnes och status inte kunde utesluta torsion. Det ansåg vetenskapliga rådet Jan-Erik Damber och listade följande punkter:

1. Det akuta insjuknandet efter fysisk aktivitet (cykling).

2. Negativa infektionsparametrar uteslöt inte epididymit men gjorde den diagnosen mindre sannolik.

3. Tilltagande smärta under kvällen den 1 september vilket föranledde patienten att återkomma till akutmottagningen efter att först ha blivit hemskickad av AT-läkaren.

ration. Man fann en torkverad testikel, som var totalnekrotisk och avlägsnades.

Akuta tillstånd i pungen ska handläggas med största brådska och det råder konsensus om att oklara smärttillstånd i pungen ska exploreras med mycket vida indikationer, underströk Damber.

Socialstyrelsen anmälde AT-läkaren och kirurgen till Ansvarsnämnden. AT-läkaren accepterade anmälan. Kirurgen däremot bestred att hon gjort fel.

Vid palpation av höger testikel angav patienten lätt obehag. På fråga om det var någon skillnad vid palpation av den andra, icke afficerade testikeln var dock svaret nej. Då ingen sidoskillnad fanns bedömde hon det som normalfynd, uppgav kirurgen.

Helt avgörande för hennes beslut

Hon hade gått igenom de läroböcker i kirurgi och urologi hon kunde hitta och samtliga poängterade den uttalade ömheten i testis vid torsion.

Hon hade därför ingen anledning att betvivla att hon kunde använda sig av testisstatus som ett någorlunda säkert kriterium för huruvida exploration var nödvändig eller inte, menade kirurgen.

Ingen artikel nämnde att en torsion kan föreligga trots normalt testisstatus.

Det faktum att patienten saknade status från testikeln fortfarande efter 5 timmar var helt avgörande för hennes beslut att avstå från exploration då hon ansåg det oförenligt med testistorsion.

Hon kunde inte finna annat än att statusfynden i detta fall var mycket ovanliga för en torsion och starkt talade för epididymit. Kombinerat med patientens ålder då torsion blir alltmer ovanligt samtidigt som epididymit är mycket vanligt var misstaget i hennes ögon förstäligt, hävdade kirurgen.

Jan-Erik Damber yttrade sig igen.

»Torsion kunde inte uteslutas«

4. Uppgiften i kirurgens anteckning om att patientens besvär hade börjat minska stämmer inte med verksamhetschefens vid urologklinikens anteckning från den 3 september då patienten uppgav att han fortfarande hade ont ifrån skrotum, som också var svullen. Den kliniska bilden kan dock variera.

Jan-Erik Damber hänvisade också till två källor i sin bedömning:

• En kommentar i Riskronden nr 2 1996 är relevant här. Där står att »Svull-

nad av epididymis minskar således inte sannolikheten av testistorsion, som tillfälligt kan gå tillbaka för att sedan recidivera, vilket gör att den fysikaliska diagnostiken försvaras och motiverar kirurgisk exploration på vida indikationer.«

»Efterkonstruktion«

Patienten undersöktes av AT-läkaren och denne beskrev status som »lätt svullnad och rodnad hö pungen. Testikel palp lätt ömmer i hö sidan. Mer svullnad och ömmer på bitestikeln«. En timme senare konstaterade kirurgen »höger scrotalhalva normalstor väsentligen oöm testis med epididymis kraftigt uppdriven och ömmande«. Att på basis av dessa två journalanteckningar hävda att patienten inte uppvisade några symtom från testikeln uppfattade han delvis som en efterkonstruktion, sa Damber.

Det är riktigt att incidenspiken för testistorsion är i åldrarna 14–16 år och att tillståndet gradvis minskar därefter. Det är dock viktigt att framhålla att torsion kan uppträda i alla åldrar, att det inte är ovanligt i åldersintervallet 25–30 år.

På basis av tillgängliga journalhandlingar fanns ingenting i sjukhistoria eller fysikalisk undersökning som gjorde att testistorsionsdiagnosen kunde uteslutas och att diagnosen epididymit kunde säkerställas, hävdade Damber.

II Bedömning och beslut

Det är uppenbart, menar Ansvarsnämnden, att AT-läkaren och kirurgen gjorde felaktiga bedömningar om orsaken till patientens besvär. Utredningen borde ha kompletterats med akut operation, i synnerhet när patienten återkom till sjukhuset med förvärrade besvär på kvällen den 1 september. Med hänsyn till de diagnostiska svårigheterna anser nämnden att påföljden kan stanna vid en erinran. •