

Klinisk mammografi mer noggrann än screeningmammografi

Nödvändigt använda alla lättillgängliga verktyg för att utesluta malignitet

Kvinnan sökte vid två tillfällen för nyttillkomna symtom från bröstet och undersöktes kliniskt och med punktion. En knölighet kändes vid båda dessa tillfällen av såväl läkare som kvinnan. Det är då nödvändigt att använda alla lättillgängliga verktyg för att försäkra sig om att inte en malign sjukdom föreligger, slår Ansvarsnämnden fast och påpekar vikten av trippeldiagnostik. (HSAN 3274/05)

Den 55-åriga kvinnan hade under flera år gått på undersökningar på ett universitetssjukhus för knöliga bröst, man hittade cystor och godartade bindvävsknölar. Den 2 mars 2004 sökte hon igen eftersom hon känt en nyttillkommen knöl i vänster bröst. Kirurg X kände en »välavgränsad mjuk knölighet« från vilken han tog ett cellprov med punktion.

Eftersom en hälsokontrollsmammografi med godartat utfall utförts sex månader tidigare avstod han från en ny mammografi, och eftersom cellprovet utföll godartat fick patienten brevsvaret.

Den 15 juli 2005 kom patienten tillbaka med en »insjunkning« i samma bröst och träffade kirurg Y. Denne kände den oförändrade knölen från det tidigare besöket. Även han utförde en punktion, som visade godartade förhållanden. Mammografi diskuterades, men eftersom nästa hälsokontrollsmammografi skulle göras under hösten, avvaktade man med undersökningen.

Vid denna hälsokontrollsmammografi i oktober hittades en cancertumör, som vid operationen var nära fyra cm stor. Det fanns redan då spridning till lymfknutorna.

Patienten anmälde de båda kirurgen. Ansvarsnämnden tog in patientens journal och yttrande från de anmälda, som båda bestred att de gjort fel.

»Inget krav på trippeldiagnostik«

Kirurg X hänvisade till att patienten sex månader innan han träffade henne hade genomgått screeningmammografi, som

var utan anmärkning. I status skrev han att »man känner klockan 12 cirka 10 cm från mamillen en välavgränsad mjuk knölighet som punkteras.« Med »knölighet« menade han att han inte uppfattat det som en tydlig knöl i bröstet utan som benign »knölighet«.

För en patient i denna ålder brukar han vanligen komplettera med en mammografi eftersom det är den metod som har högst sensitivitet, framhöll X.

Han var medveten om att skillnaden mellan en knöl, som skall omfattas av korrekt trippeldiagnostik, och »knölighet« inte alltid är knivskarp. Eftersom han inte uppfattade detta som en äkta tumör gällde enligt hans mening inte kravet på trippeldiagnostik.

Han gjorde en fin nålspunktion därför att han visste att patienten tidigare haft cystor, och han närde en förhoppning att om möjligt få ut cyst-

vätska från området även om palpationsfyndet inte tydde på detta. Men småcystisk fibroadenos kan ibland nappa på fin nålspunktion. Så var icke fallet. Mot bakgrund av detta och den genomgångna mammografin rekommenderade han patienten att kontrollera själv.

De har vid kliniken inte rutinen eller resurser att följa upp alla patienter med bröstsymtom, utan målsättningen är så långt möjligt att klassa patienten som »frisk« eller »sjuk« vid första besöket.

Föranledde ingen åtgärd

När svaret på fin nålspunktionen anlände tyckte han inte att det föranledde någon åtgärd.

Med facit i hand hade han naturligtvis frågat sig om han borde gjort en ny mammografi och fin nålspunktion. Han hade även funderat över sin medanmälde kollegas fortsatta handläggning av patienten. Som han såg det kunde man ställa sig frågan vad en mammografi har för »bäst före-datum« vid negativa kliniska fynd. Något svar hade han inte.

Fanns tumören när kvinnan sökte honom? frågade X. Troligen fanns den åtminstone i någon mikroskopisk form.

Hade man kunnat se den på mammografi? Det visste han inte.

Han hävdade att patientens tumör var svärtdiagnostiserad eftersom han själv, den medanmälde kollegan och slutligen mammografiläkaren, sedan mammografin visat cancer, alla punkterat förändringen utan malignt utbyte.

Man kunde också notera att när tumören diagnostiserats mammografiskt något helt entydigt palpationsfynd inte förelegat och att de därför preoperativt gjorde en ultraljudsledd indikering av tumörens läge i bröstet. Vidare hade han och en erfaren kollega och en yngre kollega samt mammografiläkaren alla frikännt axillen.

Det var först vid operationen när X kom in i planet mellan bröstet och fascia pectoralis han uppfattade att det palpatiskt var en klar malignitet. Vidare blev det vid operationen fullständigt klarlagt att det fanns en extensiv spridning till axillen. Tyvärr finns det brösttumörer som biologiskt beter sig på detta sätt, framhöll X.

»Ingen avgränsbar tumör«

Kirurg Y berättade att han vid undersökningen den 15 juli fann en konsistensökning av körtelvävnaden motsvarande övre delen av vänster bröst, men ingen avgränsbar tumör. Han noterade den insjunkning av bröstkörtelvävnaden som var anledning till att patienten hade beställt tid. Vid undersökning av axelhålorna kunde några förstorade lymfkörtlar inte påvisas.

Med anledning av undersökningsfyndet föreslog han mammografi och cellprov. Han informerade patienten att mammografiavdelningen hade semesterstängt, varför det kunde dröja innan hon blev kallad till undersökningen. Patientens fråga då om hon kunde vänta tills hon blev kallad till en ny screeningmammografi, som hon förväntade sig skulle ske under hösten 2005.

Då Y vid en klinisk undersökning bedömde knölen i vänster bröst som godartad, den hade inte ökat i storlek på 16 månader, accepterade han patientens förslag att mammografiundersökningen skulle ske vid screeningtillfället. Patientens uppmanades kontakta kirurgmottagningen om hon inte fått kallelse till

mammografiscreening under hösten 2005. Y tog cellprov från övre delen av vänster bröst. Det var godartat.

Bedömning och beslut

Patienten sökte vid två tillfällen för nyttkomna symtom från bröstet och undersöktes kliniskt och med punktion. En knölighet kändes vid båda dessa tillfällen

av såväl läkare som patienten själv. Det är under sådana omständigheter nödvändigt att använda alla lättillgängliga verktyg för att på bästa sätt försäkra sig om att inte en malign sjukdom föreligger, slår Ansvarsnämnden fast.

Det är viss skillnad på en klinisk mammografi och en hälsokontrollsmammografi. Den förra är mer noggrann, varför

man inte utan vidare kan luta sig mot den senare om symtom tillkommer.

Trippeldiagnostik är viktig att genomföra på kvinnor som söker för symtom med knölighet. Detta har både X och Y underlåtit.

Det är viktigt att inte negligera risken för intervallcancer, men så har skett i detta fall. Både X och Y får en erinran.

Pjäxan kvar fem timmar efter benbrott –patienten fick kompartmentsyndrom

Det är inte osannolikt att de fem timmar som förflöt från skidolyckan till det att pjäxan på det brutna benet togs av bi-drog till att patienten drabbades av kompartmentsyndrom. (HSAN 1703/05)

Den 22-åriga kvinnan föll den 12 februari illa vid utförsåkning. Hon fördes med benbrott på vänster underben till hälsocentralen där hon undersöktes av distriktsläkaren. Efter röntgen konstaterades en boot top-fraktur.

Distriktsläkaren remitterade henne till sjukhus tio mil bort för operation, dit hon fördes samma dag. Där framkom att hon drabbats av ett kompartmentsyndrom i vänster underben. Hon genomgick flera operationer och skrevs ut från sjukhuset den 3 mars.

Kvinnan anmälde distriktsläkaren. Pjäxan borde ha tagits av redan på hälsocentralen. Det hade besparat henne kompartmentsyndromet, fyra operationer och eventuellt framtida lyte och men.

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

»Patienten prioriterades«

Han berättade att patienten kom till hälsocentralen med ambulans och fördes in liggande på bår med sträckanordning påkopplad. Han undersökte henne omgående och en röntgenremiss skrevs in i datorsystemet. Han poängterade för röntgensjuksköterskan att undersökningen skulle prioriteras före övriga undersökningar.

Då han redan på förhand hade en stark misstanke om att både skenbenet och vadbenet var brutna strax ovan på pjäxkanten, bad han röntgensköterskan ta bilder med patienten liggande i sträck. Allt talade för att hon snarast borde vidare till lasarettet för gipsning alternativt operation.

Hennes pjäxa var uppknäppt men inte avtagen, och skulle inte tas av enligt de-

ras rutiner. Detta just på grund av kompartmentrisken. Så snart röntgenbilderna var klara, och misstanken besannats om frakturerna, ordnade han transport till ortopedkliniken vid lasarettet med ambulans. Patienten smärtstillades adekvat och fick ligga kvar i sitt sträck.

Vid alla frakturer och mjukdelsskador på armar och ben genomförs alltid ett distalstatus. Då pjäxan fortfarande satt på kunde han självfallet inte kontrollera vare sig cirkulation eller känsel i foten, framhöll distriktsläkaren.

Han angav också detta på remissen till ortopedkliniken med fyra utropstecken efter, och överrapporterade det till tjänstgörande sjuksköterska på ortopedsektionen på akutmottagningen.

»Närmast som tortyr«

Bakgrunden till att man väljer att inte ta av pjäxan i detta läge är just kompartmentrisken, som innebär att söndertrasade vävnader och muskler sväller i sin muskelloge. Muskler omges av en stram hinna som är oeftergivlig. Om svullnaden blir tillräckligt kraftig, kan trycket öka så mycket i muskellogen att nerver och kärl komprimeras på ett sätt som äventyrar syre- och näringstillförsel respektive nervfunktion.

Problemet med kompartmentsyndrom är alltså inte att man har ett yttre tryck i form av pjäxa, som i detta fall dessutom var uppknäppt, utan att trycket inne i vävnaderna ökar. För att inte ytterligare öka risken för kompartmentsyndrom genom att röra i brottet, och på så sätt ytterligare trasa sönder vävnaderna, väljer man alltså att låta pjäxan sitta kvar, förklarade distriktsläkaren.

I anmälan påtalas att pjäxan togs av först på operationsavdelningen. Det talar rimligen för att kollegorna på lasarettet inte heller uppfattade att det var oundgängligen nödvändigt att så snabbt som möjligt få foten fri. Strävan är alltid

att så snabbt som möjligt få patienten till operation. Är det inte möjligt, smärtstillas och sövs patienten med kort rus för att man skall kunna stabilisera frakturen så gott som fullständigt när pjäxan tas av. På hälsocentralen har de inte narkoskompetens och kan inte ge ett kort sovrus och ta av pjäxan. Detta skulle ha ökat riskerna och snarast kunna betecknas som tortyr, hävdade distriktsläkaren.

Denne påpekade att de tillsammans med ortopedkliniken vid lasarettet utarbetat goda rutiner som han uppfattade hade fungerat även i detta fall, åtminstone ur hälsocentralens aspekt. Tydligt hade man även på akutmottagningen vid lasarettet följt gällande rutiner, eftersom pjäxan inte heller där omedelbart togs av utan först på operationsavdelningen där patienten kunde sövas.

Han underströk att skidåkning innebär en skaderisk, och denna typ av skada innebär i sig alltså kompartmentrisk.

Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden påpekar att det är väl känt att ett gipsförband eller en fast virad linda kan medföra ett ofördelaktigt extremitetstryck i en skadad extremitet. Detta kan leda till ett kompartmentsyndrom.

Det är inte osannolikt att de fem timmar som förflöt från olyckan till det att pjäxan på det skadade benet togs av bi-drog till kompartmentsyndromet.

Nytan av att lämna pjäxan kvar runt det frakturerade underbenet kan starkt ifrågasättas, i synnerhet inför en transport. Pjäxkanten slutade i höjd med frakturen, vilket inte var ett bra sätt att lagra en frakturerad extremitet i.

Pjäxan borde ha tagits av snarast möjligt, och benet lagrats i gips eller skena före röntgen. Problemet med att ta av pjäxan utan bedövning uppvägs här av problemen med att låta pjäxan sitta kvar under transport.

Distriktsläkaren får en erinran.