

Upptäckte inte testistorsion hos ung pojke – två läkare varnas, en tredje kritiseras

Vid oklara buksmärtor ska pungen palperas

Vid oklara buksmärtor, särskilt hos unga pojkar, ska man överväga om förklaringen inte ligger utanför bukhålan. Pungen ska palperas eftersom en testistorsion i början kan ge symtom från buken. (HSAN 2011/06)

En 15-årig pojke vaknade en morgon av plötsliga svåra smärtor i nedre delen av buken. Hans föräldrar åkte genast med honom till sjukhus, där han omkring kl 07.00 undersöktes av en kirurg. Hon kände på hans buk, som ömmade obetydligt. Hon fann inte skäl till ytterligare undersökningar utan pojken fick åka hem.

Han kom tillbaka vid 12-tiden, eftersom han fortfarande hade ont. Han undersöktes vid 13-tiden av en doktor, som tog prov på inflammatorisk aktivitet. Proven visade normala värden och han fick åka hem.

Helt förstörd testikel

Två dagar senare svullnade pungen och pojken kom på nytt till sjukhuset med sina föräldrar. Han undersöktes av en ST-läkare, som föranstaltade om ultraljudsundersökning av pungen på misstanke om i tur och ordning orkit, testistumor och torsion. Undersökningen talade i första hand för testistorsion och pojken opererades akut samma kväll varvid en helt förstörd testikel togs bort.

Föräldrarna anmälde de ansvariga läkarna för felbehandling av sonen.

Ansvarsnämnden tog in patientjournalen och yttranden av de tre läkarna, som alla hävdade att de inte gjort fel.

Kirurgen berättade att patienten sökte på grund av att han hade vaknat ett par timmar tidigare med kraftiga buksmärtor.

Patienten lokaliserade på förfrågan själv smärtan strax nedanför naveln på höger sida. Buken var vid palpation helt mjuk och patienten upplevde en lätt ömhet vid palpation på det stället men uppgav ingen ökad palpationsömhet i någon

annan riktning. Patienten var vid undersökningen inte synligt smärtpåverkad och inget i anamnes, beteende, rörelsemönster eller undersökning ingav några misstankar som motiverade ytterligare akuta åtgärder eller undersökningar.

Då patienten var opåverkad och tedde sig åldersadekvat, och därför måste anses som tillförlitlig med avseende på anamnes och undersökningsreaktion, fick han åka hem med instruktion om att återkomma för en ny undersökning under dagen om smärtorna skulle kvarstå.

Inga påtagliga fynd

Doktorn berättade att han tog prov för att utreda om de symtom som patienten upplevt på natten hade givit upphov till någon inflammatorisk reaktion eller annan avvikelse i blodproven.

Patienten hade omkring åtta timmar tidigare vaknat upp med smärtor i buken, i navelhöjd på höger sida.

Kirurgen som tidigare under morgonen undersökt honom hade misstänkt appendicit och rekommenderat återbesök för blodprov och ny undersökning.

Vid samtal/undersökning åtta timmar efter symtomdebut framkom att smärtorna efterhand minskat och var nästan helt borta. Smärtorna hade inte ändrat lokalisering eller karaktär under dagen. Det förelåg ingen ömhet vid bukundersökning och i blodproven fanns inget anmärkningsvärt.

Åtta timmar efter symtomdebut förelåg således avsaknad av påtagliga fynd vid klinisk undersökning, avsaknad av fynd i blodprov, frånvaro av smärtvandring. Symtomen vid undersökningstillfället var även i avtagande och smärtan nästan helt borta. Detta ledde fram till bedömningen att några ytterligare undersökningar inte var indicerade.

Det framkom även vid detta besök att patienten varit förkyld och haft feber tidigare under veckan, vilket bidrog till bedömningen. Förkylning kan ibland

leda till svullnad av körtlar i buken och symtom i form av buksmärtor utan egentliga fynd vid blodprovsanalys, enligt doktorn.

Buksmärtor och svullen pung

ST-läkaren, som träffade patienten vid lunchtid två dagar senare, berättade att denne kom med buksmärtor och svullen pung.

Patienten uppvisade en kraftig inflammatorisk reaktion på höger sida av pungen som delvis grep över mot vänster.

Han förklarade för patienten och den föräldrar att det kunde röra sig om en torsion. Han berättade också att om anamnes och status talade för att det var en torsion med blod- och syrebrist i testikeln skulle det sannolikt vara för sent att rädda testikeln.

Han valde därför att börja med en ultraljudsundersökning av pungen med frågeställningen orkit. Frågeställning nr 2 var testikelcancer med blödning/vävnadsdöd medan frågeställning nr 3 var torsion.

Som snart färdig urologspecialist och med erfarenhet inom området visste han att det inte finns någon undersökning som säkert kan svara på frågan om torsion föreligger.

Anamnes och status talade för att det skulle vara för sent att rädda testikeln om det handlade om torsion, hävdade ST-läkaren.

Röntgenundersökningen beställdes akut. Yngre patienter och barn, speciellt med allvarliga frågeställningar som dessa, har alltid förtur till röntgen. Undersökningen påvisade nekros i höger testikel.

Man kunde inte avgöra om nekrosen orsakats av torsion och/eller en tumör i testikeln. Detta styrkte ST-läkaren i hans första bedömning, och om de hade valt att primärt operera hade testikeln ändå inte kunnat räddas.

Testikeln helt nekrotisk

Han operationsanmälde patienten akut och tog kontakt med kvällsjouren, som planerade att utföra ingreppet. Före detta togs blodprov i form av cancermarkörer i vanlig ordning i fall det skulle röra sig om en testikeltumör.

Patienten opererades och man fann en

»Vid oklara buksmärtor, särskilt hos unga pojkar, ska man överväga om förklaringen inte ligger utanför bukhålan. Pungen ska palperas, eftersom det är känt att en testistorsion i början kan ge symtom från buken.«

helt nekrotisk testikel som man inte såg någon som helst möjlighet att rädda. En orkiopexi utfördes på den friska sidan för att hindra den testikeln från att rotera i framtiden.

ST-läkaren menade att någon fördröjning av diagnostik och/eller behandling inte hade skett från hans sida.

Ansvarsnämnden understryker att vid oklara buksmärter, särskilt hos unga

pojkar, ska man överväga om förklaringen inte ligger utanför bukhålan. Pungen ska palperas, eftersom det är känt att en testistorsion i början kan ge symtom från buken.

Varken kirurgen eller doktorn undersökte patientens pung. I vart fall har de inte dokumenterat någon sådan undersökning.

De har av oaktsamhet åsidosatt sina

skyldigheter i yrkesutövningen. Felet renderar dem var sin varning.

När patienten återkom efter två dagar på misstanke om testistorsion, beslöt ST-läkaren att inte undersöka testiklarna snarast möjligt utan lät honom genomgå ytterligare undersökningar. För detta kan han inte undgå kritik. Kritiken är dock inte sådan att den motiverar disciplinåtgärd. ■

Tidigare fälld ögonläkare frias av länsrätten

Inte fel göra samtidigt bilateralt refraktivkirurgiskt ingrepp med CLE

Det var omdömeslöst och en utmaning av komplikationsriskerna att genomföra samtidig intraokulär operation av den närsynte patientens båda ögon, konstaterade Ansvarsnämnden och fällde en ögonläkare. Länsrätten gör en helt annan bedömning och friar läkaren sedan Socialstyrelsen tillstyrkt dennes överklagande.

Patienten, en 56-årig man, sökte hos ögonläkaren på en privat ögonklinik för kraftig närsynthet. Han opererades i båda ögonen genom linsextraktion med linsprotesimplantation. Under operationen uppstod en ruptur i vänster ögas bakre kapsel.

Vid ett återbesök tre veckor senare konstaterades en omfattande näthinneavlossning med kraftig synnedsättning i vänstra ögat. Patienten remitterades till ett sjukhus där han opererades nästa dag. Han anmälde ögonläkaren.

Den vanliga tekniken vid grå starr

Ansvarsnämnden konstaterade att linsextraktion är den vanliga tekniken vid kirurgisk behandling av grå starr. Operationsindikationen är synnedsättning som påverkar det dagliga livet negativt och upplevs handikappande. Näthinneavlossning är en reell risk vid sådan behandling. Risken ökar väsentligt vid stark närsynthet eller vid den peroperativa komplikationen bakre linskapselbrott.

Vid grå starr är det rimligt att acceptera de riskerna med operationen. I detta fall var operationsindikationen kraftig närsynthet vid full synskärpa med korrektion – en indikation som inte accepteras som sjukvårdande behandling i den samhällsfinansierade sjukvården.

Det handlar om ett avancerat kirurgiskt ingrepp i fullt funktionsdugliga ögon med full synskärpa. Ingreppet – där den enda operationsindikationen är att avhjälpa brytningsfel som alternativ till fortsatt glasögonkorrektion – rymmer allvarliga risker för svåra komplikationer. Det var därför omdömeslöst och en utmaning av komplikationsriskerna att genomföra samtidig intraokulär operation av båda ögonen.

HSAN pekade även på andra fel av ögonläkaren gällande journalföring och information till patienten. Ögonläkaren fick sammantaget en varning.

Var kraftigt närsynt

Han överklagade Ansvarsnämndens fällning och menade bland annat att HSAN hade fel när man påstod att patienten hade full synskärpa. Denne hade en närsynthet om minus 9 dioptrier.

Ögonläkaren konstaterade att HSAN i första hand ansåg att den aktuella behandlingsmetoden, CLE (clear lens extraction), inte ska användas vid närsynthet och att man då underkände en behandlingsmetod som idag torde vara medicinskt vedertagen praxis vid kraftig närsynthet.

Dessutom bedömde HSAN att risken för den komplikation som tillstötte skulle ha samband med att operationen utfördes samtidigt på båda ögonen.

»Ingen udda behandlingsmetod«

Den samhällsfinansierade sjukvården har uteslutit all behandling av närsynt-

het. Detta har inget att göra med att riskerna skulle överväga nyttan med operationen. Det är inte fråga om en udda behandlingsmetod bara för att den inte bekostas med allmänna medel, ansåg ögonläkaren. Inom privatsjukvården erbjuds den här behandlingen mot närsynthet på ett stort antal kliniker.

Tillfrisknar snabbare

Att båda ögonen i vissa fall opereras samtidigt innebär att tillfrisknandet sker snabbare. Samtidigt föreligger det, enligt flertalet läkare som tillfrågats i det här ärendet, inte några ökade risker med bilateral operation.

Med hänvisning till en kvalitetsindikator från Socialstyrelsen hävdade han att det finns skäl för samtidig operation vid grå starr och att det bedöms utgöra god medicinsk praxis. Det finns från risksynpunkt ingen anledning att se anorlunda på de operationer av samma slag som sker på grund av svår närsynthet.

Ögonläkaren framhöll att risk för näthinneavlossning finns även vid operation av

starr och vid flera andra ögonkirurgiska ingrepp. Risken är dock inte stor och inte större vid CLE än vid andra ingrepp.

Socialstyrelsen tog in yttrande av sitt vetenskapliga råd, professor Anders Heijl, och delade dennes uppfattning att ögonläkaren inte hade handlat i strid mot vetenskap och beprövad erfarenhet genom att utföra operationen genom linsextraktion med linsprotesimplantation på båda ögonen (se separat artikel). Socialstyrelsen delade däremot HSANs

»Det är inte korrekt att ange att riskerna var för stora för att vara acceptabla i detta fall. CLE borde i så fall inte accepteras i Sverige generellt ...«

kritik mot ögonläkaren då det gällde journalföringen.

Länsrätten delar upp fallet i tre delar: informationen, ingreppet och journalföringen.

Det var inte klarlagt vilken information patienten fått inför operationen. alltså kan inte ögonläkaren fällas på den punkten.

I fråga om ingreppet påpekar länsrätten att HSAN bedömde att genomförandet av CLE rymmer allvarliga risker för svåra komplikationer. Därför var det omdömeslöst och en utmaning av komplikationsriskerna att göra samtidig in-

traokulär operation av patientens båda ögon. Till sitt överklagande har patienten bifogat handlingar som visar att CLE idag erbjuds på flera privata ögonkliniker och privata sjukhus.

Socialstyrelsen har, efter ett yttrande från vetenskapliga rådet Anders Heijl, bedömt att ögonläkaren inte handlade i strid mot vetenskap och beprövad erfarenhet genom att använda den aktuella operationsmetoden, inte heller genom att operera båda ögonen samtidigt.

Länsrätten menar att det inte kan anses visat att CLE skulle vara förenat med sådana risker att ingreppet i sig skulle stå

i strid mot vetenskap och beprövad erfarenhet.

Inte heller kan det anses visat att ögonläkaren handlat i strid mot vetenskap och beprövad erfarenhet när han valde att utföra det aktuella ingreppet på patienten. Han ska alltså inte ha någon disciplinpåföljd för detta.

I fråga om journalföringen konstaterar länsrätten att ögonläkarens brister motiverar en disciplinpåföljd. Men med hänsyn till att felet haft liten betydelse för patientens säkerhet får det betraktas som ringa. Alltså frias ögonläkaren även på den punkten. ■

Vetenskapliga rådet delade inte HSANs bedömning

»Riskerna var inte för stora för att vara acceptabla«

För att få vägledning i fallet i den förra artikeln vände sig Socialstyrelsen till sitt vetenskapliga råd i ögonsjukdomar, professor Anders Heijl.

Denne framhöll att CLE i detta fall hade givit upphov till en allvarlig komplikation, ensidig bestående synnedsättning.

Patienten hade symtom som tydligt pekade mot näthinneavlossning innan synnedsättningen kom och med en snabbare handläggning av näthinneavlossningen hade sannolikt synnedsättningen kunnat undvikas.

HSAN beskrev CLE i negativa ordalag. Man kan ha olika åsikter om refraktiv kirurgi i allmänhet – alla sådana ingrepp är ju operationer på mer eller mindre »friska» ögon.

Detta innebär inte att man kan fördöma enskilda utövare av sådan verksamhet om denna sköts på vedertaget sätt, eller ange förhållandet att sådana ingrepp inte tillhandahålls kostnadsfritt av den offentliga sjukvården som ett skäl för kritik, menade vetenskapliga rådet.

Refraktiv kirurgi är internationellt sett en stor verksamhet, och olika typer av sådan kirurgi har också förekommit i Sverige i 20 år och har tillhandahållits av många olika sjukvårdsproducenter, de flesta men inte alls alla privata.

Högre risk för näthinneavlossning

CLE är riskablare än flera andra av de refraktiva ingreppen, men används också mest i ögon där de vanligare refraktiva ingreppen på hornhinnan inte passar.

Det ligger i sakens natur att CLE är förknippad med högre risk för näthinneavlossning än andra korneala refraktiva ingrepp och också än de flesta gråstarrsoperationer, just för att ingreppen utförs i ögon med stark närsynhet, som var fallet hos den aktuella patienten.

Det är inte korrekt att ange att riskerna var för stora för att vara acceptabla i detta fall.

CLE borde i så fall inte accepteras i Sverige generellt, medan i själva verket sådana här ingrepp erbjuds av minst ett halvdussin sjukvårdsproducenter inklusive landets största ögonklinik, S:t Eriks ögonsjukhus i Stockholm.

Att ingreppet skedde i båda ögonen samtidigt ändrade enligt Anders Heijl inte riskbilden på något avgörande sätt. ■

kvarts liggande annons