

Diagnosen malignt melanom i ögat fördröjdes flera månader

Risk för tumorspridning efter felaktig handläggning av två ögonläkare

Diagnosen malignt melanom i patientens öga, och därmed också behandlingen, fördröjdes avsevärt vilket medförde risk för tumorspridning. (HSAN 3931/06)

En 59-årig kvinna opererades den 3 augusti 2004 för grå starr i vänster öga. Operatör var ögonläkare A på en ögonklinik efter remiss från ögonläkare B på en privat praktik.

Den 22 mars 2005 kom hon på planerat återbesök hos B, som noterade att hon klagade över besvär från höger öga och ordinerade behandling med salva.

Ett nytt planerat besök skedde den 19 oktober 2005. Den 15 januari 2006 skrev patienten ett brev till B och redogjorde för besvär från det vänstra ögat, vilka hon beskrev som rörelser, fladder och solkatter samt en känsla av att något skymde övre delen av ögat. Hon fick komma till honom den 27 januari. Hon fick lugnande besked och tid för återbesök i juni.

Den 27 april 2006 uppsökte patienten ögonkliniken, efter att i ett brev ha beskrivit sina besvär.

A bedömde att det förelåg koroidalavlossning i det vänstra ögat och ordinerade behandling med kortison. Patienten lämnade återbud till B och kom på nya besök till ögonkliniken den 10 maj och den 13 juni, då kortisonbehandlingen förlängdes med viss nedtrappning av dosen.

Ögat opererades bort

Vid telefonkontakt den 14 juni sattes behandlingen med kortison ut på grund av utebliven effekt och behandling med Diamox mot glaukom sattes in. Då inte heller denna gav effekt, ordinerades den 7 juli i stället Isopto-Maxidex (glukokortikoid). Vid ett återbesök den 22 augusti konstaterade A utfyllnad av nästan hela ögat bakom pupillen och även strukturen påverkan på iris.

På patientens begäran utfärdades specialistvårdsremiss till ögonklinik vid ett universitetssjukhus, inklusive journal-

kopior och ultraljudsbilder. Vid besök där den 27 september misstänktes malignt melanom i vänster öga. En remiss utfärdades till S:t Eriks ögonsjukhus i Stockholm, där diagnosen bekräftades och en enukleation gjordes den 26 oktober.

Patienten anmälde A och B. Ansvarsnämnden tog in patientens journaler och yttrande från de anmälda.

B berättade att patienten vid undersökningen den 27 januari klagade över »fladder och solkatter« i vänster öga. Därför undersökte han henne noggrant. Förutom lättare efterstarr perifert fanns inte fakadones, och ögonbotten var ua. Därefter fick patienten ett lugnande besked och en ny tid i juni. I stället sökte kvinnan ögonkliniken.

Bedömdes som koroidalavlossning

A berättade att patienten i april i ett brev beskrev krokseende för vänster öga. När hon undersökte patienten hade synskärpan på höger öga gått ner till 0,5.

Med vänster öga såg hon också 0,5. Det var lite disig insyn på grund av efterstarr, men A såg en svullnad under näthinnan som gick över gula fläcken. Hon bedömde detta som en koroidalavlossning, vilket man i sällsynta fall kan få även sent efter en kataraktoperation, menade hon. Hon gjorde en ultraljudsundersökning som hon tyckte bekräftade den diagnosen.

Hon visade patienten för en kollega, och de kom överens om att prova med en kortisonkur för att om möjligt minska svullnaden i åderhinnan.

Då inte detta hjälpte tog A kontakt med ännu en erfaren specialist vid universitetssjukhuset efter att ha faxat journalkopia. Förslaget därifrån blev fortsatt expektans

samt försök med Diamox, som används för att sänka höga ögontryck men också kan användas för att minska svullnad, i stället för kortison.

Under sommaren skedde en dramatisk försämring och det som A bedömde

som koroidalsvullnad fyllde ut större delen av ögonbulben.

Hon tog ånyo kontakt med universitetssjukhuset och patienten fick komma dit.

Därifrån skickades hon till S:t Eriks ögonsjukhus med misstanke om malignt melanom och ögat opererades bort. PAD bekräftade diagnosen.

»Sparsamt pigmenterad«

En bidragande orsak till att diagnosen blev fördröjd, menade A, kan ha varit att maligna melanom vanligtvis är mörkt pigmenterade medan den här tumören var mycket sparsamt pigmenterad. Man såg också vätska under näthinnan, vilket kan ha bidragit till att hon inte tyckte att den hade ett massivt utseende som vid tumör.

Maligna ögonmelanom är relativt sällsynta, framhöll A. Hon påpekade att även om rätt diagnos hade ställts före sommaren hade patienten med all sannolikhet inte kunnat få behålla ögat.

Ansvarsnämnden konstaterar att B den 15 januari 2006 fick ett brev från patienten där denna berättade att hon tyckte att något skymde den övre delen av vänstra ögat. Trots detta genomförde B vid besöket den 27 januari ingen synfältundersökning och i journalen finns ingen anteckning om att en noggrann och perifer undersökning utfördes.

Gjorde ingen adekvat undersökning

Patienten, som var väl förtrogen med ögonundersökningar, har även uppgett att någon undersökning efter pupillvidgning inte genomfördes.

Med hänsyn till den senare upptäckta tumörens storlek och synpåverkan, är det närmast uteslutet att förändringen inte skulle ha upptäckts vid en adekvat undersökning.

B har mot bakgrund av anamnesen inte genomfört erforderliga diagnostiska undersökningar. Han får en erinran.

A bedömde vid besöket den 27 april 2006 patientens besvär som hänförliga till koroidalavlossning. Denna avlossningstyp är inte helt ovanlig i det direkta postoperativa förloppet efter en intraokulär operation och är då förenad med lågt ögontryck.

»A har under fyra månader följt ett progressivt sjukdomsförlopp under den förmodade diagnosen koroidalavlossning – trots att lång tid gått sedan operationen och trots att något lågt ögontryck aldrig konstaterades.«

Det är dock ytterst sällsynt att den uppträder senare än högst tre veckor efter operation. I det här fallet hade det gått ca 15 månader från operationen till dess att patienten upplevde påtagliga symtom.

Dessutom sågs misstänkt näthinneavlossning framför koroidalavlossningen, vilket inte är typiskt för godartad koroidalavlossning.

Ingen alternativ diagnos övervägdes

Patienten visade tydlig försämring med synnedsättning vid den nya kontrollen den 10 maj, men trots de ovannämnda avvikelserna från koroidalavlossningens vanliga kliniska manifestationer övervägdes inte någon alternativ diag-

nos och den medicinska behandlingen fortsattes.

Risk för tumörspridning

Vid återbesöket den 13 juni 2006 var synskärpan ytterligare kraftigt försämrad och A noterade att den centrala ögonbotten skymdes av den förmodade koroidalavlossningen.

Hon konsulterade visserligen ögonspecialist vid universitetssjukhuset angående den fortsatta handläggningen, men ultraljudsbilderna översändes inte dit, varför någon visuell bedömning om förändringen inte kunde erhållas.

Inte heller vid nästa kontroll den 22 augusti övervägde A någon möjlig alternativ diagnos, trots att hon såg utfyllnad

av nästan hela ögat bakom pupillen och även strukturen påverkan på iris.

A har under fyra månader följt ett progredierande sjukdomsförlopp under den förmodade diagnosen koroidalavlossning – trots att lång tid gått sedan operationen och trots att något lågt ögontryck aldrig konstaterades.

Hennes handläggning har medfört avsevärd fördröjning av en riktig diagnos och behandling, med risk för tumörspridning.

Även om malignt melanom i ögat är sällsynt och i detta fall dessutom var svagt pigmenterat, kan felet inte anses som ringa eller ursäktligt.

A får en varning, beslutar Ansvarsnämnden. ■

Relativt ung kvinna med upprepade urinvägsinfektioner hade urinblåsecancer

Bakomliggande sjukdom ska uteslutas i första hand gynekologiskt

Vid täta urinvägsinfektioner hos kvinnor ska bakomliggande sjukdom uteslutas i första hand gynekologiskt. (HSAN 3285/06)

Den 39-åriga kvinnan hade upprepade urinvägsinfektioner (UVI) för vilka hon sökte på vårdcentralen. Mellan den 30 januari och den 27 juni hade hon, enligt journalen, kontakt med distriktsläkaren vid sju tillfällen. Redan vid det första besöket hade hon haft tre urinvägsinfektioner under januari månad. Vid det sista tillfället skickades en remiss till gynekologmottagningen. En cystoskopiundersökning visade urinblåsecancer.

Patienten anmälde distriktsläkaren.

Alla prov normala

Distriktsläkaren kunde inte se att hon gjort några fel och berättade att deras första kontakt var den 10 januari, då patienten ringde för urinvägsbesvär. Enligt egen uppgift hade hon vid detta tillfälle redan fått behandling men inte blivit besvärsfri.

Hon hade även lämnat en urinodling, som visade förekomst av streptokocker. Patienten fick en ny antibiotikakur mot grampositiva streptokocker.

Mellan den 10 och 27 januari kontaktade patienten distriktssköterskan och fick lämna ytterligare, mer avancerade prov som alla visade sig vara normala. Den 30 januari fick patienten en akuttid

på grund av sina fortsatta urinvägsbesvär. Hon var allmänt opåverkad, men hade besvär med sveda i urinröret och smärta i nedre del av buken. Hon fick förnyad antibiotikabehandling enligt gällande terapirekommendationer.

Därefter hade distriktsläkaren ingen kontakt med patienten förrän i slutet av april, då patienten kontaktade vårdcentralen på nytt för sina UVI-symtom.

Gynekologisk undersökning

Eftersom labbproverna visade på helt normala resultat bokade distriktsläkaren in en tid för gynekologisk undersökning med tanke på patientens besvär, som likaväl skulle ha kunnat förorsakas av gynekologisk patologi.

Vid undersökningen hittade distriktsläkaren inget som tydde på patologiska förändringar, uppgav hon.

Även fynden från urinprovet var mycket sparsamma: klamydia-PCR var negativt, urinodlingen var negativ. I kontrollprovet fanns positiva nitriter men inga vita eller röda blodkroppar osv.

Därefter hade distriktsläkaren ingen mer kontakt med patienten, vilket hon olyckligtvis tolkade som att patienten hade blivit besvärsfri.

Den 27 juni ringde hon till patienten sedan denna hade tagit kontakt med di-

striktssköterskan, men endast sambon var anträffbar.

Enligt sambons uppgift kvarstod patientens besvär och därför skrev hon en remiss för cystoskopi. Cystoskopin visade urinblåsecancer. Efter samtalet den 27 juni hade hon inte haft någon kontakt med patienten.

Ansvarsnämnden pekar på att urinblåsecancer är betydligt vanligare hos män och vanligen uppkommer i högre åldrar. De första symptomen är ofta synligt blod i urinen.

Återkommande urinvägsinfektioner är tämligen vanliga symtom hos kvinnor. Vid tätt återkommande urinvägsinfektioner ska bakomliggande sjukdom uteslutas i första hand gynekologiskt.

Skulle remitterat direkt

Patienten hade under tiden 3 februari – 24 april inte någon kontakt med vårdcentralen. Det var då rimligt att tro att hon mätte bra.

Emellertid borde distriktsläkaren omedelbart ha vidareremitterat henne för utredning när den gynekologiska undersökningen i maj var utan anmärkning och då patienten hade kvarstående symtom utan bakterieväxt.

Distriktsläkaren får en erinran. ■

»Vid tätt återkommande urinvägsinfektioner ska bakomliggande sjukdom uteslutas i första hand gynekologiskt.«