Redaktör: Tom Ahlgren 08-790 35 26
tom.ahlgren@lakartidningen.se

Följde inte röntgenläkarens råd – rätt diagnos fördröjdes fem månader

Vaginalt ultraljud inte en tillräcklig undersökning avseende sjuklighet i äggstockarna

Röntgenläkaren rekommenderade i sitt svar att kvinnans buk skulle undersökas vidare med datortomografi. Gynekologen följde inte rådet och missade att patienten hade en mycket stor cysta på ena äggstocken. HSAN 3482/07

Den 45-åriga kvinnan kom till sin gynekolog i mitten av januari på grund av utebliven menstruation sedan åtta månader och tilltagande bukomfång. Vid undersökning bedömdes bukomfånget som enormt, medan en vaginal ultraljudsundersökning visade en liten livmoder med tunn slemhinna. Äggstockarna kunde inte bedömas.

»... gynekologen gjorde en vaginal ultraljudsundersökning. Det är dock väl känt att detta inte är en tillräcklig undersökning avseende sjuklighet i äggstockar ...«

Patienten remitterades för röntgenundersökning av hjärta och lungor samt buköversikt.

Opererades efter fem månader

I röntgensvaret rekommenderades vidare undersökning av buken med ultraljud eller datortomografi.

Patienten opererades fem månader senare, den 13 juni, för en 30 cm stor godartad cysta utgången från höger äggstock.

Patienten anmälde gynekologen för att inte ha beslutat om datortomografiundersökning och för att inte ha upptäckt cystan i hennes mage.

Ansvarsnämnden tog in patientens journal och ett yttrande av gynekologen.

Hon berättade att patienten sökte för två problem, utebliven mens sedan åtta månader, svettningar och klimakteriebesvär samt att magen hade blivit större.

Vid en gynekologisk undersökning konstaterades att magen var stor. Vaginalt ultraljud på mottagningen visade en normalstor livmoder med tunn slemhinna. Något annat kunde inte bedömas.

Rekommenderade DT buk

För att lindra klimakteriebesvären förskrev hon hormoner, Femasekvens. Med anledning av att patienten tyckte att magen blivit större beställdes en buköversikt.

Då utfördes även en röntgen av hjärta och lungor. Röntgenläkaren kunde inte se någon malignitet men rekommenderade DT buk eller ultraljud.

Patienten hade enligt journalen inte kommit till mottagningen för ett återbesök så att vidare utredning kunnat göras.

Det åligger patienten ...

Det åligger patienten själv att beställa tid om hon inte söker på något annat ställe. De kallar patienter enbart för återbesök och tar kontakt när något svar från en undersökning visar tecken på malignitet. Frågan var, hävdade gynekologen, varför patienten inte återkom.

Ansvarsnämnden konstaterar att patienten vid besöket i januari uppgav att hennes menstruation hade uteblivit i åtta månader, vilket gynekologen borde ha utrett närmare i stället för att endast ordinera hormontabletter utan adekvat uppföljning.

Patienten hade även fått ett ökat bukomfång, vilket endast ledde till att gynekologen gjorde en vaginal ultraljudsundersökning. Det är dock väl känt att detta inte är en tillräcklig undersökning avseende sjuklighet i äggstockar, särskilt som dessa inte kunde bedömas vid undersökningen.

Den utförda buköversikten bidrog knappast till utredningen.

Utförde ingen palpation

Även den kliniska undersökningen var bristfällig eftersom varken buk- eller ändtarmspalpation utfördes.

Röntgenläkaren uppmanade i sitt svar till vidare undersökning med datortomografi. En sådan undersökning hade med stor sannolikhet visat en stor cysta, varför gynekologen genom att inte följa röntgenläkarens råd fördröjde rätt diagnos med omkring fem månader.

Gynekologen får en erinran. ■

Viktnedgång och kraftigt ökande magbesvär borde ha lett till en ny bedömning

Patienten hade drabbats av äggstockscancer

Distriktsläkaren hade redan vid första besöket noterat viktnedgång och kraftigt tilltagande magbesvär hos patienten, vilket borde ha lett till en ny förutsättningslös bedömning. Patienten hade äggstockscancer. (HSAN 368/08)

»Äggstockscancer upptäcks sällan innan den är långt framskriden på grund av sitt smygande förlopp.«

Den 62-åriga kvinnan sökte vårdcentralen och träffade distriktsläkaren den 2 oktober 2007 för orolig mage och ofrivillig viktnedgång.

Undersökningen gav inga patologiska fynd och provtagningen endast ett förhöjt kolesterolvärde. Patienten ordinerades simvastatin.

Patientens bukbesvär tilltog kraftigt med framför allt svullnad, och hon kontaktade distriktsläkaren igen en månad senare.

Läkemedelsbiverkan?

På grund av den information denne fick under telefonsamtalet misstänkte han läkemedelsbiverkan och bytte läkemedel, till pravastatin.

Patienten kontaktade sjukvårdsupplysningen den 25 december och uppma-

nades att söka sjukhuset akut. En utredningen visade att hon hade drabbats av äggstockscancer.

Hon anmälde distriktsläkaren för att ha fördröjt diagnosen.

Hon hävdade att hennes tillstånd kunde ha upptäckts mycket tidigare om distriktsläkaren hade gjort sin plikt i stället för att per telefon övertyga henne om att det handlade om läkemedelsbiverkningar och inget annat.

Hade varit överens

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

Han hänvisade till journalen och menade att patienten och han varit överens om de åtgärder som vidtagits. Han hävdade att patientens anmälan genomsyrades av ett missnöje som var förståeligt, men att hennes beskrivning av deras kontakter i form av besök och telefonsamtal i stora delar var främmande för honom.

Adekvat utredning gjordes

Han beklagade att rätt utredning inte startades vid patientens första besök, att rätt diagnos inte kunde ställas tidigt.

Men med ledning av de symtom som presenterades ansåg han att en adekvat utredning utfördes efter det första besöket den 2 oktober.

Om patienten senare valt att beställa en tid för ett återbesök i stället för en telefonkontakt, eller mer tydligt framställt vilken grad av buksvullnad det rörde sig om, skulle hon helt säkert ha beretts en tid för en ny undersökning på vårdcentralen samma dag, hävdade distriktsläkaren.

Vanlig biverkan

Ansvarsnämnden påpekar att magsmärta och gaser i magen är en vanlig biverkan av simvastatin, som patienten först ordinerats. Pravastatin kan ge liknande biverkningar men i lägre frekvens.

Distriktsläkaren hade redan vid första besöket noterat viktnedgång och kraftigt tilltagande magbesvär hos patienten, vilket borde ha lett till en ny förutsättningslös bedömning.

Att genom en telefonkontakt bedöma besvären som läkemedelsutlösta utan att ha träffat och undersökt patienten är således inte tillfredsställande.

Upptäcks i regel sent

Äggstockscancer upptäcks sällan innan den är långt framskriden på grund av sitt smygande förlopp.

För sin bristande utredning av patienten får distriktsläkaren en erinran. ■

Gynekologen borde inte ha låtit patienten skjuta upp operationen

Undersökningen visade cancer på ett tidigt stadium och att man inte kunde utesluta invasion. Gynekologen borde därför inte ha låtit patienten skjuta upp operationen, särskilt inte med tanke på att utredningen från början var fördröjd nio månader. Hon skulle snabbt ha fått en tid för operation. (HSAN 976/07)

Den 55-åriga kvinnan remitterades efter en gynekologisk hälsokontroll den 4 februari 2005 till kvinnokliniken för fortsatt utredning efter upptäckten av cellförändringar på livmodertappen. Hon underrättades av gynekolog A om provsvaret per brev och fick information om att hon snart skulle kallas till kvinnokliniken.

»Den mikroskopiska undersökningen som gjordes vid besöket den 12 december visade cancer på ett tidigt stadium och att man inte kunde utesluta invasion.«

Någon kallelse skickades emellertid inte. Men ett backupsystem reaktiverade remissen nio månader senare, och patienten fick tid för en undersökning hos gynekolog B den 12 december. Nya prov visade uttalade cellförändringar.

Den 27 februari 2006 fick hon tid för konisation hos gynekolog C. Eftersom cellförändringarna då bedömdes vara alltför stora för ingrepp i lokalbedövning fick patienten en ny tid för konisation med narkos den 22 mars. I april fick hon beskedet att hon hade skivepitelcancer.

Behandlingen dröjde för länge

Patienten anmälde de ansvariga för att utredningen av de upptäckta cellförändringarna fördröjdes och för att det tog för lång tid innan någon behandling påbörjades.

Ansvarsnämnden tog in patientens journal och yttrande från de anmälda gynekologerna A, B och C, som alla bestred att de gjort fel.

A och C frias, varför vi lämnar deras argument men ger de friande motiveringarna i slutet av artikeln.

Gynekolog B berättade att han träffat patienten vid ett tillfälle, den 12 december 2005. Hon kom då för utredning av en tidigare cellförändring, efter hänvisning från den gynekologiska hälsokontrollens bevakningslista i november.

Han tog ett nytt cellprov och gjorde en sedvanlig gynekologisk undersökning. Livmoderhalsen kändes då jämtjock, hade normal konsistens och ingav inte misstanke om någon elakartad tumörväxt.

Visade grav dysplasi

Livmodertappen undersöktes i förstoring med kolposkop, och riktade vävnadsprov togs från de områden där en eventuell cellförändring kunde misstänkas på grund av ett avvikande utseende i kolposkopet. Vävnadsprov togs även från livmoderhålan.

Cytologiprovet visade uttalade cellförändringar, grav dysplasi. Detta stämde överens med vävnadsproven från livmodertappen, som visade varierande grader av skivepiteldysplasi, ställvis uttalade/carcinoma in situ.

B rekommenderade därför patienten att låta ta bort cellförändringarna genom en konisation med elektroslynga i lokalbedövning, vid deras mottagning inom 1–2 månader. Patienten informerades om detta per brev den 29 december, ett brev med klinikens rutinformulering vid sådana cellförändringar.

Tid för behandlingen bokades till den 25 januari 2006. Patienten begärde dock per e-post den 19 januari att få avboka tiden av hänsyn till sitt arbete, som hon inte ville ta ledigt från.

Ville skjuta på ingreppet

Hon önskade skjuta på behandlingen till mitten av februari, »om inte ingreppet är jätteakut«.

Det kunde det ju inte sägas vara, eftersom de tagna proven inte hade påvisat några cancerceller och en väntetid på två månader till operation inte behövde inge oro – såsom brevet till henne var formulerat, menade B.

Patienten bokades därför om till den 27 februari när en annan läkare hade ledig operationstid för konisation, och då kom patienten också.

Naturligtvis var han mycket ledsen för

patientens skull, att cancerförebyggande kontroller i detta fall inte lyckades hindra utvecklingen av den skivepitelcancer som senare upptäcktes hos patienten.

B menade att han hade genomfört sin del av utredningen noggrant och omsorgsfullt och att han följt klinikens rutiner.

Han ansåg därför att han inte varit försumlig vid utredningen och behandlingen.

Förändringar vanliga

Cellförändringar på livmodertappen är vanliga, konstaterar Ansvarsnämnden. Det cellprov som togs vid hälsokontrollen den 4 februari 2005 visade oklara cellförändringar, som i regel inte innebär något allvarligt, särskilt inte i åldersgruppen 50–60 år.

Utveckling av en cellförändring till cancer uppskattas ta omkring 10–15 år. Patienten fick vänta i tio månader innan hon undersöktes på kvinnokliniken.

Remissen registrerades den 2 mars 2005 och bedömdes av gynekolog A. Förseningen orsakades av ett administrativt fel. Kedjan remiss, bedömning och besked till patienten fungerade – någon kallelse skickades emellertid inte. Men ett backupsystem reaktiverade remissen nio månader senare. Gynekolog A kan därför inte kritiseras.

»... borde därför inte ha låtit patienten skjuta upp operationen, särskilt inte med tanke på att utredningen från början var fördröjd nio månader. Hon borde i stället snabbt ha fått en tid för operation.«

Dubbel förtur

Patienten fick därefter en tid för undersökning den 12 december, inom två veckor, vilket är att betrakta som dubbel förtur.

Hon undersöktes av gynekolog B och fick tid för operation en månad senare. Patienten ville skjuta upp denna tid en månad, vilket godkändes av B.

Den mikroskopiska undersökningen som gjordes vid besöket den 12 december visade cancer på ett tidigt stadium och att man inte kunde utesluta invasion. B borde därför inte ha låtit patienten skjuta upp operationen, särskilt inte med tanke på att utredningen från början var fördröjd nio månader. Hon borde i stället snabbt ha fått en tid för operation.

Vid undersökningen den 27 februari upptäckte gynekolog C en stor förändring på livmodertappen, som var betydligt större än vid den tidigare undersökningen. Patienten opererades i narkos den 22 mars.

Lång väntan på operation

Eftersom provsvaren visade misstanke om invasion, var det olyckligt att patienten fick vänta nästan fyra veckor på operation.

Det kan konstateras att hela utredningen av hennes cellförändringar tog nästan fyra månader, förutom den ursprungliga förseningen på nio månader. För detta kan riktas viss kritik mot C eftersom han var klinikchef och ansvarig för rutinerna vid kliniken. Kritiken ger dock inte någon disciplinpåföljd.

Däremot får gynekolog B en erinran. ■

Gynekolog och urolog varnas efter prolapsoperation

Märkligt att inte kvinnans postoperativa besvär följdes upp

Det är anmärkningsvärt att gynekologen som operatör inte följde upp patienten då hon uppgav sig ha besvär efter prolapsoperationen. Och urologen skickade hem patienten med enbart analgetika trots fyra veckors anamnes på högersidig flanksmärta och febertoppar. (HSAN 1110/07)

Den 28-åriga kvinnan hade under 2005 en traumatisk förlossning. I maj 2006 sökte hon för framfall i främre slidväggen. Den 11 september opererades hon av en gynekolog vid ett universitetssjukhus .

Postoperativt hade hon svårigheter att kissa och blev därför tappad på urin. Hon klagade över smärta i höger sida av buken, men gynekologen bedömde att smärtan inte hade med operationen att göra. Hon skrevs ut den 14 september.

Blev akut sämre

Den 18 september ringde hon gynekologen på grund av feber och smärta. Denne bedömde att besvären kunde bero på en urinvägsinfektion och ordinerade antibiotika. Patienten blev något bättre, men den 23 september blev hon akut sämre med smärta och febertoppar. Hon sökte akut på kvinnokliniken där en doktor rådde henne att gå till medicinakuten för utredning av febern.

Den 8 oktober sökte patienten akutmottagningen på samma sjukhus med svår smärta. En urolog bedömde att besvären inte hade med operationen att göra. Han gav fyra stolpiller diklofenak mot smärtan och skickade remiss för röntgen och till urologklinik. I remissen skrev han att röntgenundersökningen borde göras inom tio dagar.

»Det är anmärkningsvärt att gynekologen som operatör inte följde upp patienten då hon uppgav sig ha postoperativa besvär.«

Då patienten fortfarande hade svår smärta sökte hon akut den 9 oktober. Den jourhavande läkaren beställde akut röntgen, vilken visade högersidig uretärstas. Patienten fick kateter inlagd i höger njurbäcken, antibiotika och smärtstillande läkemedel. Hon skrevs hem efter några dagar men lades in igen den 5 december för operation då uretären implanterades i urinblåsan.

Patienten anmälde gynekologen, doktorn och urologen för brister i operationen den 11 september och den påföljande handläggningen.

Ansvarsnämnden läste patientens journal och yttranden från de anmälda, som bestred att de gjort fel. Doktorn frias, varför vi lämnar henne men ger den friande motiveringen i slutet av artikeln.

Skräddarsydde en modell

Gynekologen berättade att operationen var en främre plastik, som genomfördes på traditionellt sätt med upplyftning av den framfallna urinblåsan. I det postoperativa skedet inträffade urinstämma, en förhållandevis vanlig händelse vid alla blåsnära operationer.

Traditionellt sköter de denna typ av

urinstämma med tappningar, kontroll av hur mycket urin som står kvar i blåsan, och om problemet kvarstår lägger de antingen in en kvarkateter eller anbringar en suprapubisk blåskateter.

För att tillmötesgå hennes mycket starka önskan om att få komma hem till sin handikappade dotter så fort som möjligt, försökte de skräddarsy en modell som skulle ge henne så mycket frihet som möjligt, berättade gynekologen.

Klagade över smärtor

Hon tappades och fick åka på permission, och då hon inte ville att de skulle sätta in någon kvarkateter gjorde de i stället upprepade tappningar. Då hon visste vad RIK (ren intermittent kateterisering) är, föreslog hon själv att hon skulle få »RIKa« sig och på så vis kunna få vara hemma hos dottern.

Eftersom hon klagade över smärtor och även hade svårighet att få igång tarmen kontrollerades hon den 14 september. Gynekologen konstaterade att operationens läkningsprocess fortskred som förväntat och att det fanns rikligt med tarminnehåll som kunde vara en förklaring till delar av patientens smärtupplevelse.

Hon fick därför hjälp med tarmtömning och fick åka hem med möjligheten att tappa sig själv om vattenkastningen inte kom igång spontant i den lugnare hemmiljön.

Den 18 september kom patienten tillbaka med feber och trängningar. En urinodling visade kolibakterier, varför trimetoprim sattes in. Fyra dagar senare ringde patienten igen. Vattenkastningen var helt igång, men hon hade fortfarande trängningar. Gynekologen bytte till pivmecillinam då det kliniskt föreföll som om trimetoprim inte haft effekt.

Patienten tog åter telefonkontakt den 28 september och berättade att hon var kry och mådde bra. Hon hade då avslutat sin pivmecillinamkur, och deras diskussion berörde endast vad hon fick och inte fick göra under konvalescensen. Efter det hade han inte haft någon kontakt med patienten, uppgav gynekologen.

Inga symtom talade för akut inläggning

Urologen berättade att då han träffade patienten var hon kliniskt opåverkad. Den smärtepisod hon hade haft tidigare under kvällen hade spontant gått över. Hon företedde då inga symtom som talade för en akut inläggning.

Han tog en grundlig anamnes. Även om det var en månad sedan hon hade blivit opererad misstänkte han att det kunde röra sig om uretärskada alternativt annat hinder i uretären. Han förberedde en utredande röntgenundersökning och lät henne gå hem.

Urologen påpekade att han alltid uppmanar patienter som är under utredning att komma tillbaka i förtid, i synnerhet vid utredningar av buksmärtor, om de skulle uppleva att de blir sämre.

Så skedde i detta fall, och patienten träffade en läkare som genomförde röntgenundersökningen akut cirka 12 timmar senare. Han ansåg inte att han hade orsakat patienten någon skada och motsatte sig därför anmälan.

Inte sällsynta

Ansvarsnämnden påpekar att komplikationer med urinvägssymtom såsom svårigheter att tömma urinblåsan och/eller urinvägsinfektion inte är sällsynta efter en främre prolapsoperation.

I det här fallet var smärtlokalisationen och de återkommande febertopparna trots antibiotikabehandlingen mer typiska för njurbäckenengagemang.

Det är anmärkningsvärt att gynekologen som operatör inte följde upp patienten då hon uppgav sig ha postoperativa besvär. Trots att hon hade besvärlig smärta med feberattacker och trots att urinprovet inte visade tecken på urinvägsinfektion fick hon ordination att fortsätta med antibiotika. Hon blev efter utskrivningen inte undersökt av gynekologen, utan kontakten sköttes via sjuksköterska respektive telefon.

»Urologen ... skickade hem patienten med enbart analgetika trots fyra veckors anamnes på högersidig flanksmärta och febertoppar. Han har därigenom varit alltför exspektativ.«

Var alltför exspektativ

Att doktorn inte ställde rätt diagnos bör inte kritiseras med hänsyn till hennes begränsade erfarenhet av komplikationer efter prolapsoperation. Hon kritiseras däremot för att inte ha diskuterat patientens besvär med en mer erfaren kollega, men kritiken är inte sådan att den leder till disciplinpåföljd.

Urologen övervägde diagnosen njurstas men skickade hem patienten med enbart analgetika trots fyra veckors anamnes på högersidig flanksmärta och febertoppar. Han har därigenom varit alltför exspektativ. Han borde i stället ha ordnat en omedelbar utredning av patientens besvär.

Både han och gynekologen varnas. ■