

# Risk- Ronden

## Appendicit hos barn:

## Diagnostiken kräver tid och erfarenhet

### Dag 1

En 6-årig pojke insjuknar med smärta i övre delen av buken. Han kräks såväl på eftermiddagen som på kvällen. Under natten har han fortfarande ont i magen. Enligt modern är han palpationsöm i buken och har »släppsmärta». Temperatur är 37,4°. Man kontaktar vårdcentralen, där man misstänker appendicit och skickar honom vidare till länsdelssjukhuset.

### Dag 2

Vid ankomsten till länsdelssjukhuset uppmäts temperaturen till 37,8°. Pojken ömmar nedtill i buken såväl till höger som till vänster men anger ingen ömhet vid palpation per rektum. CRP är 14 och vita blodkroppar 14,3. Undersökningen av buken genomförs enligt moderns uppgift av en jourhavande underläkare medan närvarande överläkare inte deltar i själva undersökningen. Man ställer diagnosen förstoppning, ordinerar Microlax och låter pojken åka hem.

### Vår kommentar

De som läser detta referat måste få intryck av att sjukhusläkarna drabbats av diagnostisk blindhet. Nu var väl sjukdomsförloppet mer komplext än vad som framgår av detta sammandrag, men ändå förvånar man sig över att man på flera nivåer lyckades förklara bort den diagnos man i första hand måste misstänka när en 6-årig grabb får smärta i övre delen av buken och vid undersökning ömmar i dess nedre del. Distriktsläkaren och uppenbarligen även modern misstänkte att det kunde vara fråga om appendicit och remitterade pojken för specialistbedömning. En underläkare på sjukhuset gjorde buk- och rektalpalpation. Modern påpekar att den närvarande överläkaren ej deltog »i själva undersökningen», vilket kan ha varit av betydelse.

Den som i sin yrkesutövning känt på ett stort antal akuta bukar bör ha utvecklat en känsla i fingrarna, som gör

### Dag 3

Smärtorna är nu lokaliserade framför allt i nedre delen av buken. Modern uppger att pojken klagat över smärtutstrålning i penis, smärta vid vat tenkastning och ibland även vid avföring. Temperaturen uppmäts i hemmet till 39°. Enligt jourhavande kirurgs journalanteckning var buken mjuk och oöm. Enligt modern undersöktes pojken enbart stående. Inga blodprov togs.

### Dag 4

Nytt besök, denna gång vid länsdelssjukhusets barn- och ungdomsmottagning. Pojken har fortfarande smärta i nedre delen av buken med symtom talande för retning av såväl urinblåsan som ändtarmen. Temperaturen är 38,8°, vita blodkroppar 26,0 och CRP 200. Pojken remitteras samma dag till centralsjukhuset.

Där finner man på barn- och ungdomskliniken att pojken är pig och opåverkad och att hans buk är mjuk och

det möjligt att känna igen de diskreta tecken på muskelspänning i bukväggen, som kan signalera en lokal infektiös process. Redan vid detta tillfälle förelåg en leukocytos, ett symtom med »hög vikt» vid misstänkt appendicit, något som borde ha lett tanken till annan diagnos än obstipation.

**Dag 3 förelåg** flera symtom som kan ha förorsakats av en inflammatorisk process i bäckenet. Att göra bukpalpation på en stående patient kan knappast vara att rekommendera och speciellt inte vid symtom från urinblåsa-rektum. Nästa dag hade pojken hög feber samt kraftig leukocytos och förhöjt CRP. På centralsjukhusets barnklinik bedömde man, att det var fråga om virussjukdom och han skickades hem. Kan man verkligen ha konsulterat kirurg? Hos en patient med denna sjukhistoria och med dessa laboratorievärden, måste man miss-

*I Socialstyrelsens informationsblad Riskronden tog man för en tid sedan (nr 10) med utgångspunkt i ett specifikt fall upp frågan om appendicit hos barn. Eftersom fallet är av principiellt intresse återger vi det här tillsammans med en kommentar av vår medicinske expert, professor Lars Räf.*

oöm. Någon temperaturmätning eller blodprovstagning anses inte nödvändig och man avfärdar tillståndet med att symtombilden överensstämmer med en virusinfektion.

Patienten skickas därför hem.

### Dag 5

Pojkens tillstånd försämrats hastigt och han tas in vid centralsjukhusets kirurgiska klinik och opereras. Man finner en brusten blindtarm i en varhåla i nedre delen av buken i fossa Douglasi.

### Socialstyrelsens kommentar

Blindtarmsinflammation torde hos allmänheten och inom läkarkåren vara en av de mest välkända akuta sjukdomarna och förekommer förhållandevis ofta hos barn. Samtidigt finner man överraskande ofta en svårförklarad benägenhet hos läkare att med olika förvändningar undvika att ställa diagnosen.

tänka att det kan vara fråga om abscess.

Det visade sig vid operation nästa dag, att denna var lokaliserad till bäckenet, vilket förklarar varför buken var »mjuk och oöm». En rektalpalpation eller ett ultraljud av bukbäcken hade säkerligen uppenbarat orsaken till pojken symtom.

**De flesta anmälningar** till HSAN när det gäller försenad diagnos av appendicit drabbar läkare i den slutna vården. Vid disciplinär påföljd har det ofta varit fråga om bristande undersökning eller att man tolkat gjorda fynd fel. I det ovan relaterade fallet verkar det ha varit fråga om bådadera. Man förvånas dessutom, att läkarna skickade hem pojken tre gånger, trots att inläggning för bukobservation borde ha varit motiverad i ett fall som detta. Den hårda bedömningen i dagens akutsjukvård ka ha bidragit. •