

Varför gjordes inte primär datortomografi?

I Läkartidningen nr 50/98 fanns en fallbeskrivning om en man som behandlades med antikoagulantia och fick en hjärnskakning. Först efter 15 timmar sjönk mannen i medvetandegrad; datortomografi visade då en stor subduralblödning. Så här i efterhand är det obegripligt att denne man inte omedelbart datortomograferades, skriver Bengt Järhult i följande debattinlägg.

Det är snart 20 år sedan jag lämnade sjukhusvärlden. Min bild av hur det går till på sjukhuset riskerar med tiden att bli allt mer schablonartad och mina kunskaper om den akuta handläggningen föråldrade.

Ändå tror jag det är viktigt att allmänläkaren är med i diskussionen om vårdinsatserna i slutenvården. Vården är och kommer i framtiden i allt större utsträckning att flyta samman i de kommuniserande kärl som länssjukvård och primärvård är skänklar i. Det är jag som allmänläkare som i hög grad styr patientinflödet till sjukhuset via remisser och råd till min befolkning i upptagningsområdet. Patienten blir lidande om inte jag, som distriktsläkare, på hemmaplan och sjukhusets subspecialister på bortaplan har en samsyn i centrala medicinska frågor. Därför är det viktigt med en öppen debatt och att byta åsikter också i enskilda fall.

Modigt och föredömligt publicera kontroversiellt fall

Det är modigt och föredömligt att ofientligt publicera ett så kontroversiellt fall – »Räkna med riskfaktorer vid handläggningen av hjärnskakning» – som i Läkartidningen nr 50/98. Redovisningen har mycket lite av det som i flertalet andra fallpresentationer i medi-

cinska tidskrifter är så vanligt, nämligen att peka på hur duktig man själv som läkare har varit. Efter en mängd utredningar har det exklusiva tillståndet lyckligt fastställts! Här beskriver Stefan Acosta och Carl-Henrik Nordström istället en vardagssituation, och öppnar för en viktig klinisk diskussion. Fallpresentationen kommer från mitt eget läns-sjukhus, men det är inte min patient.

Det rör sig om en 76-årig man, som står på antikoagulantia. Han får en hjärnskakning och efter 15 timmar sjunker han snabbt i medvetandegrad och dör i den hjärnblödning, som torde ha initierats av traumat.

Jag sitter nu i samma position – med facit i hand – som mina sjukhuskolleger så ofta gör med mina patienter från primärvården. Risken för efterrationaliseringar är därför stor. Det måste ha varit så mycket svårare, kanske på en stökig akutmottagning, för Acosta och hans kolleger i Karlskrona. Men för mig så här i efterhand är det obegripligt att denne man inte omedelbart datortomograferades.

När jag i veckor och månader väntar på tid för datortomografi i någon neurologiutredning retar det mig att akut datortomografi av skulle verkar vara en fri nyttighet, och att den görs på så lösa bolar på var och varannan akutpatient på sjukhus. Jag är medveten om att detta sannolikt är en fördom från min sida. Men här har vi en patient, där jag tycker indikationen är solklar, och då lägger man in patienten för observation och röntgar inte. Varför? Av fallpresentationen framgår ju att: mannen var relativt gammal, hjärt-kärlsjuk, hade slagit i huvudet två gånger samt varit medvetlös i 30 minuter; han hade huvudvärk; han stod på antikoagulantia med PT-värde 9 procent, således med klar risk för blödning från olika organsystem vid trauma; han luktade alkohol.

Har jag gjort fel?

Sammantaget tycker jag indikationen för akut datortomografi är synnerligen stark. Har jag gjort fel då jag genom åren skickat ett antal antikoagulantibehandlade patienter på akut datortomografi när de haft huvudvärk och något – även lindrigare – trauma har funnits?

DEBATT

”Har jag gjort fel då jag genom åren skickat ett antal antikoagulantibehandlade patienter på akut datortomografi när de haft huvudvärk och något – även lindrigare – trauma har funnits?”

Författarna skriver emellertid själva i diskussionen att »opåverkade skalltraumapatienter som står under antikoagulantibehandling löper en ökad risk för utveckling av intrakraniella blödningar. En akut datortomografi bör utföras även om patienten är helt opåverkad». **Varför gjorde man då inte datortomografi? Den 76-åriga mannen var ju tillika påverkad i så måtto att han hade huvudvärk, om än lindrig, och var alkoholpåverkad.**

Hur resonerade man på akutmottagningen? Fanns det olika uppfattning mellan kirurgkolleger och mellan primär- och bakjour? Konsulterades i detta skede neurokirurg? Gör man heller inte i Lund datortomografi akut på en patient som ligger lågt i PT, luktar etyl, har haft ett kraftigt huvudtrauma (med säkerställd medvetlöshet i 30 minuter) och har huvudvärk? Varför gjorde man i alla fall inte datortomografi efter 9 timmar när patienten började kräkas frekvent? Först efter 15 timmar när patienten blev medvetlös gjordes datortomografi och då var det för sent.

Det är än svårare att förstå handläggningen i perspektivet av den studie som redovisas i Läkartidningen nr 50/98 »Datortomografi alternativ till observation vid hjärnskakning». Där argumenterar Jean-Luc af Geijerstam och medarbetare för akut datortomografi i stället för inläggning, det kan ge såväl medicinska som ekonomiska vinster. I denna artikel saknar man synpunkter på långtidseffekter, till exempel frekvensen av vårdkrävande postkommotionella syndrom. De kanske blir fler om patienten skickas

Författare

BENGT JÄRHULT

distriktsläkare, Hälsökällan, Kyrkhult, primärvården i Olofström.

hem, och inte får vila och bli ompysslad som vid en inläggning några dagar? **Men finns nu argument för omedelbar datortomografi vid hjärnskakning – på patienter också utan riskfaktorer – undrar man varför inte patienter med flerfaldiga riskfaktorer genomgår akut datortomografi.**

Ibland när man läser ansvarsnämndens utlåtanden tar man sig för pannan och frågar sig om inte nämnden och dess vetenskapliga råd vet hur vardagssjukvården fungerar i Sverige. Att fallet med den 76-årige mannen inte blev ett lex Maria-fall är väl uppenbart, men vilka resonemang fördes på kliniken? Övervägdes en kontakt med chefläkaren för att diskutera lex Maria-anmälan?

Var det fel att mannen hade Apekumerol?

Den stackars mannens död hade väl inte skett efter hjärnskakningen om han inte hade haft Apekumarol. I sista hand kanske det var primärvårdsläkarens eller intermedicinarens fel att mannen dog? Detta om inte indikationerna var solklara – hur var det med indikationerna? En viss misstänksamhet insmyger sig vad gäller indikationen: har den verkligen omprövats hos denne relativt gamla man, som brukar alkohol och har ett lågt, ja nästan subterapeutiskt värde i PT? Kanske det inte bara var en engångsföreteelse att PT var lågt?

Min egen PT-mottagning har expanderat våldsamt under det senaste decenniet, framför allt beroende på att internmedicinerna tycker sig ha goda indikationer, och ställer var och varannan gamling på bloduttnning. De nya indikationerna grundas på kliniska prövningar under rigorösa förhållanden, där exklusionskriterierna är stenhårda och uppföljningstiden avgränsad. Men i vardagssjukvården slappas indikationerna och exklusionskriterierna upprätthålls inte lika strikt. Patienternas ökande ålder, tillika tillkommande sjukdomar och starka psykologiska bindning till antikoagulantia – svårt att sätta ut – gör att nackdelarna kanske åter upp vinsterna som dokumenterats de första åren efter insättandet av terapi? Kanske Acostas fall är ett exempel på denna problematik?

Det är bedrövligt att vårt samhälle – med landstingssjukvårdens benägna bistånd till läkemedelsindustrin – satsar årliga miljarder på att pressa ut mer eller mindre meningslösa nya läkemedel medan gamla, billiga, beprövade läkemedel, som behövde följas upp under lång tid, vad gäller effekt och säkerhet i vardagssjukvården, inte får finansiering och så sällan förknippas med glamour i den akademiska hierarkin.

Replik:

Observation hade nog varit det vanligaste alternativet

Här följer löpande svar på Bengt Järhults frågor och funderingar, allt eftersom de dyker upp i hans artikel.

Min första respons kommer efter »Den 76-årige mannen var ju tillika... var alkoholpåverkad.»

Mannen drabbades av en commotio efter lågenergivåld. Han doftade alkohol, men var helt klar och redig. PT-värdet var 9 procent. Han hade medvetandegrad 1 och var neurologiskt intakt. Jag är säker på att handläggningen här hade skiftat mellan observation till datortomografiundersökning, beroende på vem som är jour och på vilket sjukhus man arbetar. Observation hade nog varit det vanligaste alternativet. Akut datortomografiundersökning med negativt svar innebär inte att mannen kunde ha friats. Antagligen hade 8/10 datortomografiundersökningar varit normala vid liknande fall. Det är ju också så att allmänläkarens referensramar skiljer sig från kirurgens/neurokirurgens när det gäller bland annat neurotrauma.

»Först efter 15 timmar när patienten blev medvetslös gjordes datortomografi och då var det för sent.»

Mannen var opåverkad och hade normalt neurologstatus efter 14 timmars observation. Han kunde själv gå på toaletten och klara sina bestyr. Han hade huvudvärk och kräktes några gånger, vilket ju inte är ovanligt efter commotio. Det är alltid lätt att vara efterklok med facit i hand, men jag tycker inte de jourhavande kirurgerna gjort någon felbedömning. Även bakjordsbedömning gjordes. Medförfattare och neurokirurg Nordström tycker inte heller att det begåtts något fel i handläggningen. Det finns inga klara riktlinjer för hur man skall handlägga patienter med commotio som står under antikoagulantibehandling, varför denna problematik nu belyses.

»...med flerfaldiga riskfaktorer genomgår akut datortomografi.»

Commotiofall bedöms objektivt genom 1. medvetandegrad, 2. neurologstatus. Finns det en förändring i någon av dessa parametrar görs datortomografi. Vid multipeltrauma eller högenergivåld finns det en starkare indikation för datortomografi. Förekommer det en kraftig drog/alkoholpåverkan, som omöjliggör klinisk kontroll finns det också skäl för datortomografi. Utifrån dessa parametrar och faktorer så fanns det inga skäl att aktivera akut datorto-

mografiundersökning.

»... engångsföreteelse att PT var lågt?»

Den 76-årige mannen hade genomgått en kranskärlsoperation samt haft fyra mindre och en större cerebrovaskulär insult. Sistnämnda gav sequelae med kvarstående svaghet i vänster ben, och Apekumarol insattes. Patienten hade dessutom hypertoni, kostbehandlad diabetes mellitus och obehandlad prostatacancer.

I dagens läge är inte Apekumarol indicerat i detta fall. Nya vårdprogram beträffande handläggningen av cerebrovaskulär insult håller på att upprättas och antikoagulantiaindikationerna ses över. Indikationerna kommer att stramas upp.

En absolut indikation är sekundärprevention efter förmaksflimmer med cerebral embolus.

Mycket riktigt står för många patienter på antikoagulantiaterapi, vilket ju framgår av artikeln.

Stefan Acosta

ST-läkare, kirurgiska kliniken, Karlskrona sjukhus