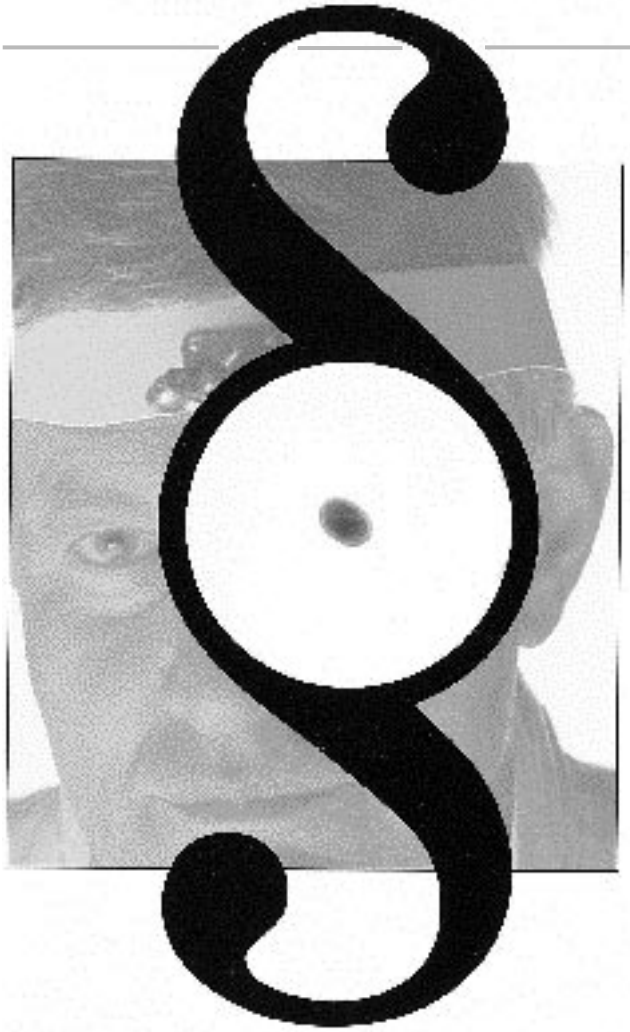

Ett fall ur Ansvarsnämndens arkiv

Redaktör: Lennart Hartler

Denna vecka: Principfråga om ansvar för second opinion

HSAN 451/98:B 3

Även kollega ställde diagnos – båda förbisåg testistorsion

Läkaren: »Inte ens ultraljud någon säker diagnostisk åtgärd»

En man född 1976 sökte på ett sjukhus i Mellansverige den 13 april 1997 på grund av smärtor i höger punghalva. Han undersöktes av dr A, som fann att bitestikeln på höger sida var kraftigt uppdriven och ömmande, men att själva testikeln var mjuk och oöm. Mannen hade lite röda och vita blodkroppar i urinsedimentet. En annan läkare, dr B, tillfrågades om sin uppfattning.

Dr A bedömde tillståndet som epididymit. Av journalanteckningen framgår att dr A ville göra ett ultraljud. På grund av att jourhavande röntgenolog inte behärskade tekniken var detta dock inte möjligt. Patienten ordinerades Ciproxin och skulle höra av sig om han inte blev förbättrad. Han återkom följande dag på grund av fortsatta smärtor i höger punghalva. Vid ultraljudsundersökning fann man inga hållpunkter för inflammation utan snarare för torsion. Patienten opererades på Huddinge sjukhus, varvid höger testikel avlägsnades på grund av upphörd cirkulation.

Anmälan

Socialstyrelsen har anmält båda läkarna för feldiagnostisering den 13 april 1997 och åberopat ett utlåtande av ett vetenskapligt råd i urologi. Styrelsen har uppgett bland annat följande.

– – – I avsaknad av entydigt stöd i sjukhistoria och undersökningsresultat för diagnosen epididymit och då konsekvenserna därav ej drogs att explorera testikeln har patienten inte handlagts enligt Socialstyrelsens råd beträffande diagnos och behandling av testistorsion från 1990 eller enligt RiskRonden från 960126. Socialstyrelsen anser detta vara försummelse. Spår av röda och 0-1 vita blodkroppar är den minsta mängd som kan påvisas och i avsaknad av bakterier i urinen och av urinvägs-/urinrörsbesvär kan man ej basera diagnosen bitestikelinflammation på detta fynd. – – –

Inte heller undersöktes patientens prostata som ofta engageras hos patienter med urinvägs-/urinrörsinfektion och som kan vara av betydelse för diagnosen epididymit. En urinvägs-/urinrörsinfektion hos en 21-årig man borde även ha odlingsverifierats vilket ej nämns i journalen att det gjorts. För diagnosen epididymit talade egentligen enbart de båda doktorerna A:s och B:s uppgifter om att patienten ömmade motsvarande höger bitestikel som var kraftigt uppdriven och att det inte förelåg ömhet över testikeln som var normalstor. – – –

Utredning

Ansvarsnämnden har tagit del av Socialstyrelsens utredning och hämtat in yttranden av dr A och dr B. De har bestritt att de handlat felaktigt och uppgett bland annat följande.

Doktor A. Han undersökte patienten ▶

ANNONS

noggrant och omsorgsfullt. Denne hade haft skrotal smärta i ett dygn. De differentialdiagnoser han hade att ta ställning till var epididymit och testistorsion. Han bedömde tillståndet som epididymit huvudsakligen på grundval av sina palpationsfynd. Vid undersökningen fann han tydlig svullnad och ömhet på platsen för bitestikeln, medan testikeln var vare sig svullen, ömmande eller uppdragen. Även den för torsionsdiagnosen långa anamnesen påverkade hans bedömning, liksom patientens ålder.

Torsion förekommer mest frekvent i barnaålder och nedre tonår, vid 21 års ålder har incidensen avtagit betydligt. Epididymit är däremot inte någon ovanlig diagnos vid denna ålder. – – –

I oklara fall är kirurgisk exploration det enda sättet att säkert utesluta testistorsion. I den kliniska verkligheten och med det stora antalet akutfall de handlägger är det en praktisk omöjlighet att operera alla patienter med skrotal svullnad och/eller smärta. Han finner det förvånande att Socialstyrelsen anmält dr B som undersökte patienten på hans uppmaning utan att ha formellt patientansvar.

Doktor B. Patienten sökte precis i ett jourbyte och han blev tillfrågad av dr A att gå in och undersöka patienten för en s k second opinion. Han undersökte höger testikelhalva noggrant och palperade en testikel som var mjuk och oöm och inte förstorad jämfört med kontralaterala testikeln. Däremot var bitestikeln kraftigt uppdriven och ömmande. Med detta palpationsfynd kände han sig då säker på att det inte rörde sig om en testistorsion och han gjorde således samma bedömning som dr A. Han hänvisar till ett yttrande av en docent och överläkare i allmän kirurgi.

> *”Det skulle ju i så fall innebära att samtliga patienter med skrotal smärta, oavsett anamnes, palpationsfynd eller andra diagnostiska fynd, opereras.”*

Av den åberopade läkarens yttrande framgår bland annat följande.

– – – I såväl RiskRonden, som i PM om skrotal smärta samt även i vetenskapliga rådets utlåtande framhålls att operativ exploration och friläggning av testikeln skall ske på vida indikationer, i varje fall där testistorsion icke på annat sätt med full säkerhet kan uteslutas. Ingenting nämns i dessa tre skrifter om hur testistorsion med »full säkerhet kan uteslutas» och jag har inte heller någon annanstans i litteraturen funnit någon uppgift om hur testistorsion med »full säkerhet» kan uteslutas. Inte ens ultraljud har visat sig vara någon säker diagnostisk åtgärd. – – –

Palpationsfyndet skulle sålunda i detta fall kunna gå samman med epididymit, där man har en isolerad svullen och smärtande bitestikel. Diagnosen av testikeltorsion och differentialdiagnosen gentemot epididymit är sålunda mycket svår. Den enda absolut säkra möjligheten att diagnostisera eller utesluta testikel-torsion tycks vara explorativ friläggning. Det skulle ju i så fall innebära att samtliga patienter med skrotal smärta, oavsett anamnes, palpationsfynd eller andra diagnostiska fynd, opereras. Även den samlade expertisen tycks dock vara återhållsam med att framföra denna kategoriska åsikt. Det råder alltså ett slags i princip tillåtande att grunda sitt handlande på en klinisk bedömning vad gäller differentialdiagnosen mellan testistorsion och epididymit. – – –

Socialstyrelsen har beretts tillfälle att yttra sig över utredningen. Styrelsen har hänvisat till ytterligare ett yttrande av vetenskapliga rådet samt uppgett bland annat följande.

– – – Det är klarlagt att patienten undersöktes och bedömdes av de båda läkarna. Ingen av dem har undersökt patienten i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Var och en är ansvarig för sitt arbete. Socialstyrelsen finner inte att ansvaret är mindre för sådan undersökning och bedömning som görs med anledning av begärd s k second opinion än vid annan undersökning. – – –

Av vetenskapliga rådets yttrande framgår bland annat följande.

Dr A:s yttrande tillför inget nytt i ärendet. – – –

Han nämner emellertid ingenting om att patienten vare sig hade symtom eller anamnes på möjligheten av urethrainfektion, han kommenterar ej varför han ej undersökte patienten per rektum, han kommenterar ej varför han inte ansåg det motiverat att undersöka patienten vare sig med urinodling eller urethraodling om han nu ansåg att patienten hade en epididymit och han kommenterar ej heller den anamnestiska uppgiften att patienten tidigare efter fysisk träning haft övergående smärta i scrotum, vilket är vanligt vid torsion. Jag vill med detta endast betona, att patienten inte hade en kliniskt klar epididymit och att det fanns många anamnestiska uppgifter som talade för torsion. I den tveksamma situationen borde man enligt Socialstyrelsens rekommendationer explorerat patienten. Detta innebär inte, att alla patienter med skrotal smärta och svullnad oberoende av anamnestiska uppgifter och kliniska fynd skall exploreras utan varje patient får bedömas individuellt. Jag instämmer däremot i dr A:s ifrågasättande av det rimliga i att Socialstyrelsen yrkar disciplinpåföljd även för dr B.

Dr B:s yttrande refererar endast till ett utlåtande i ärendet från en överläkare. Denne betonar att de två kardinalsymtomen vid testistorsion – svullnad av testis–epididymis och palpationssmärta – ej förelåg i det aktuella fallet, varför handläggningen måste anses adekvat även om diagnosen senare visat sig vara felaktig.

Jag vill dock påpeka, att diagnoserna testistorsion och epididymit måste grunda sig på mer än palpatoriska fynd vid undersökningen av scrotum. Även sjukhistorien måste vägas in. – – –

Jag finner därför ingen anledning att ändra min tidigare framförda uppfattning i ärendet.

Bedömning

Ansvarsnämnden delar Socialstyrelsens bedömning att dr A av oaktsamhet har åsidosatt sina åligganden i yrkesutövningen genom att förbise diagnosen testistorsion. Hans fel är varken ringa eller ursäktligt och bör medföra disciplinpåföljd i form av en varning.

Dr B borde ha gjort en i alla avseenden egen bedömning av patienten. Om han tagit en komplett anamnes, hade han haft bättre förutsättningar att komma fram till rätt diagnos. Även han har av oaktsamhet åsidosatt sina åligganden. Nämnden finner dock vid en samlad bedömning att påföljden kan begränsas till en erinran.

Beslut

Ansvarsnämnden ålägger – med stöd av 4 § lagen (1994:954) om disciplinpåföljd m m på hälso- och sjukvårdens område – dr A en varning och dr B en erinran.

Vi har bett tidningens medicinske expert, professor Lars Räf, om en kommentar till fallet:

Samma noggrannhet nödvändig för båda

Missad diagnos av testistorsion anmäls i ett flertal fall per år till HSAN eller Patientförsäkringen. Vanligen medför sådan anmälan disciplinär påföljd, alternativt att skadan bedöms som undvikbar och därmed berättigar till ersättning. Trots att Socialstyrelsen år1990

gett råd hur dessa fall skall handläggas och trots påminnelse i RiksRonden 1996, missas fortfarande testistorsioner, både i primärvård och vid akutmottagningar, med ett antal förlorade testiklar på unga personer som följd. Diagnosen kan uppenbarligen vara svår

När det är fråga om försenad diagnos är det inte ovanligt att flera läkare drabbas av anmälan. I allmänhet är det då fråga om att en yngre läkare vänt sig till en mer erfaren för att få hjälp med diagnostiken. I och med detta överlämnas i allmänhet ansvaret till annan läkare. Blir det fråga om HSAN-anmälan, drabbar eventuell påföljd i allmänhet den aktör som är högst placerad i hierarkin. I det ovan relaterade fallet har situationen varit en annan, en biträdande överläkare har vänt sig till en avdelningsläkare och bett om second opinion, men därefter själv ansvarat för vidare behandlingsåtgärder. Socialstyrelsen och vetenskapliga rådet har haft olika åsikter om huruvida avdelningsläkarens felbedömning skall föranleda påföljd eller ej; Ansvarsnämnden har gjort en kompromiss och bedömt den tillfrågade läkaren mildare och endast gett honom en erinran.

Lärdomen av de beslut som Socialstyrelsen och HSAN fattat i detta fall blir, att om man ombeds att ge en second opinion så måste man ta sig an fallet med samma noggrannhet som om man åtagit sig fallet primärt samt att man kan bli medansvarig för hur patienten sedan behandlas. Om det senare kan man ha olika åsikter, men uppenbarligen är det vad som gäller.

Två ytterligare synpunkter

Att palpera innehållet i en uppdriven och starkt ömmande skrotalhalva är inte lätt och att då med absolut säkerhet fastställa om den sjukliga processen sitter i testis eller epididymis kan vara mycket svårt, vilket också det aktuella fallet visar.

Argument som: »Det skulle i så fall innebära att samtliga patienter med skrotal smärta, oavsett anamnes, palpationsfynd eller andra diagnostiska fynd, opereras» är att tillskriva motparten åsikter, som denne inte har. Med sådana argument stärker man knappast sin sak.

Ansvarsärenden i korthet

Ett svårt vägval

Anmälare: Fadern
Anmäld: Gynekolog och kirurg
Orsak: Behandling av retroperitoneal blödning
HSAN 1957/97

En 24-årig kvinna i graviditetsvecka 26 inkom till förlossningsavdelning på grund av vänstersidiga flanksmärtor. Man fann mikroskopisk hematuri och misstänkte njurstensanfall. Ultraljudsundersökning nästa dag visade dock ingen vidgning av njurbäckenet. Hon hade fortsatta intervallsmärtor och vid midnatt fick hon ett blodtrycksfall och blodvärdet var lågt. Fostrets hjärtljud pendlade mellan 100 och 150 slag per minut. På misstanke om plancentaavlösning beslöts sectio. Vid operationen kunde man dock konstatera normal livmoder med levande foster. Däremot hittades en retroperitoneal, buktande blödning. Kirurg tillkallades. Han fann att den stora livmodern var i vägen för att adekvat kunna fastställa varifrån blödningen kom, men att det inte fanns tecken till pågående blödning. Eftersom sectio skulle innebära stor risk för barnet och blödningen dessutom hade stannat, beslöt man med viss tvekan att avsluta ingreppet. Patienten fick blodtransfusion och blödningshämmande medel. Tillståndet var stabilt på efternatten, men nästa morgon försämrades hon och opererades akut. Fostret visade sig ej vara livsdugligt. Man gjorde fruktlösa försök att stoppa den retroperitoneala blödningen. Kvinnan avled. Obduktion visade rupturerat njurartäraneurysm.

Fadern menar att kejsarsnitt i samband med det första ingreppet troligen hade räddat barnet och att kirurgen borde ha följt upp orsaken till blödningen.

Gynekologen fann vid den första operationen att hematomet ej påverkade livmodern och följaktligen inte fostret. Hans bedömning var att man skulle kunna åtgärda blödningen och låta graviditeten fortgå.

Kirurgen fann att bukhålan till större delen upptogs av den kraftigt förstorade livmodern, vilket starkt försvårade åtkomligheten i buken. Till vänster och framför aorta fanns ett 5×10 cm stort retroperitonealt hematom med spridning som sträckte sig från bäckenet till bukhålans övre del. I anslutning till mjältens nedre pol fanns ca 50 ml blod och blodlevrar, men i övrigt fanns inget utflytande blod i bukhålan. Han bedömde att blödningen hade utgått från någon aortagren, men för att identifiera blödningen krävdes att peritoneum öppnades utmed aorta.

Detta var dock inte möjligt, eftersom operationsområdet täcktes av livmodern. Sectio skulle innebära en avsevärd risk för det prematura barnet. Att öppna det retroperitoneala rummet skulle dessutom ha medfört betydande risk för att blödningen startat på nytt, och eftersom blödningens nivå inte var fastställd, kunde det vara mycket svårt att i den blodimbiberade vävnaden hitta det blödande kärlet. Hematomet hade under 1,5 timmars observation ej ökat, vilket han tolkade som att blödningen avstannat spontant.

Han fann därför, att han hade två behandlingsalternativ:

1. Att göra sectio, öppna den bakre bukhinnan och försöka lokalisera blödningskällan. Nackdelar med detta var att barnets överlevnad äventyrades samt att det kunde bli svårt att identifiera blödningskällan, särskilt om blödningen upphört.

2. Avstå från aktiva åtgärder och under kommande morgon under optimala förhållanden på röntgenavdelningen genom angiografi lokalisera blödningen och möjligen även kunna embolisera ett skadat kärl.

Eftersom moderns tillstånd efter blodtransfusion var fullt tillfredsställande, valde han att avsluta ingreppet och övervaka patienten på intensivvårdsavdelning.

Kirurgen uppger slutligen att brustet njurartäraneurysm är ett mycket ovanligt tillstånd; vid en litteraturgenomgång fann han att av 24 patienter (8 gravida) hade 20 avlidit.

Bedömning och beslut

Vid den första operationen stod man inför valet att avsluta graviditeten – och därmed kanske offra barnet – för att kirurgiskt kunna undersöka blödningsområdet. Vid 26 veckor och två dagar är risken för att barnet inte skall överleva påtaglig. Eftersom kirurgen bedömde att blödningen stannat och att det fanns möjligheter att med icke-kirurgisk teknik åtgärda kärlet senare, var det inte fel att avstå från att gå vidare med sectio och kärlfriläggning. Det hade varit önskvärt, att man gjort kärlröntgen på efternatten innan patienten åter försämrades. Det fanns dock sannolikt inte resurser på sjukhuset att nattetid göra detta på en nyopererad patient. Anmälan lämnades utan åtgärd.