

Misstag vid tumördiagnostik

Diagnosförseningar beror i allmänhet på att man misstolkat symtomen och inte gjort nödvändiga undersökningar. Nedan redovisas i stället fyra olika missöden som inträffat i samband med de diagnostiska undersökningarna: Bristfällig undersökning vid mikroskopi, feltolkning av fynd vid endoskopi, skada på annat organ och felaktig märkning av preparat.

Klara, otvetydiga förändringar förbisågs

**Anmälare: Socialstyrelsen
Anmäld: Patologöverläkare vid universitetssjukhus
Orsak: Metastatisk växt i lymfkörtel förbisågs
HSAN 940/00**

En kvinna född 1956 genomgick en Wertheimoperation för cervixcancer. Vid operationen insändes separat två lymfkörtlar för fryssnitt. Enligt patologen visade mikroskopisk undersökning av dessa kronisk lymfadenit med sinus-histocytos men inga metastaser i materialet. I samband med patolog/gynkonferens konstaterades emellertid att en av de två lymfkörtlarna innehöll metastatisk växt av kvinnans cervixcancer. Fallet anmäldes av chefläkaren enligt Lex Maria.

Socialstyrelsens vetenskapliga råd professor Jan Eriksson har rådfrågats och han har bl a uppgett:

Under operationen hade skickats vävnad från lymfkörtelstation vid vänster bäckenvägg till patologavdelningen för fryssnittsundersökning med frågeställningen »lymfkörtelmetastas». Den anmälde patologen hade under den på-

gående operationen meddelat operatören att materialet innehöll två lymfkörtlar utan tecken till cancermetastaser. Inte heller sedan vävnaden fixerats, inbäddats, snittats och färgats enligt gängse histopatologiskt förfarande ansåg patologen att där fanns tecken till cancermetastaser. Eriksson har granskat både fryssnitt och konventionellt framställda snitt och funnit att man i båda typerna av snittmaterial kan se att en av körtlarna innehåller cancerväxt. Det rör sig om mycket klara och otvetydiga förändringar, som vid en granskning av en specialist i patologi absolut inte skall kunna misstolkas eller förbises. Han anser att misstagen bör bedömas som grova.

Läkaren har delgetts anmälan men inte yttrat sig över den.

Bedömning och beslut

Nämnden har delat Erikssons bedömning. Genom att ställa den felaktiga patologdiagnosen har patologen gjort sig skyldig till fel som varken är ringa eller ursäktligt. Han ålades en varning.

Papill i stället för polyp

**Anmälare: Socialstyrelsen
Anmäld: Kirurg på länsdelslasarett
Orsak: Feltolkning vid endoskopi
HSAN 1315/99**

En 59-årig kvinna utreddes på kirurgklinik på grund av värk i maggroppen. I samband med gastroskopi fann man en misstänkt polyp i duodenum, som fotodokumenterades. Provtagning från polypen visade inflammatoriska förändringar. För att utesluta malignitet beslöt kirurgen att ta bort polypen genom slyngning och sända preparatet för mikroskopisk undersökning. Polypen tappades emellertid i tarmen och åter-

fanns inte. Efter ingreppet fick patienten illamående, smärtor och trötthet samt visade tecken till gallstas och pankreatit. Vid förnyad gastroskopi konstaterades att papilla Vateri tagits bort vid föregående tillfälle.

Socialstyrelsens vetenskapliga råd

professor Ulf Haglund har i ett yttrande angett bl a följande: Förändringen i duodenum hade uppenbarligen uppfattats som en polyp, men för att säkerställa detta borde papillen ha identifierats, helst då med ett duodenoskop i stället för gastroskop. Hade »polypen» då visat sig vara skild från papillen, hade försök till slyngning eller biopsi varit en rimlig möjlighet. Att säkerställa att materialet inte förloras kräver stor erfarenhet, vilket förefaller sannolikt att kirurgen inte hade. Andra alternativ skulle därför ha övervägts, i första hand diskussion med en erfaren kollega. Biopsi med en större fång via ett duodenoskop borde ha varit tillräckligt som ett första steg, särskilt som vare sig den bild som togs av förändringen vid den första gastroskopin eller biopsin från detta tillfälle talade för cancer. »Att iakttaga en polypliktande bildning i denna region och, utan att förvissa sig om denna förändring utgörs av en papill eller en polyp och utan vidare utredning, med slynga skära av en sådan icke identifierad bildning och sedan elektrokoagulera basen av densamma», ansåg Haglund inte vara i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Socialstyrelsen anslöt sig till vetenskapliga rådets bedömning och menade att patienten utsatts för stor risk både på kort och på lång sikt.

Kirurgen har framhållit att han gjort mellan 4 000 och 5 000 gastroskopier inklusive tumördiagnostik i duodenum och att han därför inte kan karakteriseras som oerfaren. Han ansåg sig ha följt dokumenterade principer i detta fall.

En överläkare vid kliniken har i en skrivelse framhållit att risken för att utveckla cancer i papillpolyper är större

ANNONS

än i övriga duodenum och att ett adenom kan avlägsnas genom ett mindre ingrepp via endoskopi och utan narkos. Att avlägsna smärre bitar med biopsitång är inte alltid tillräckligt för att utesluta cancer i adenomet. Hur stark sedan malignitetsmisstanken är, måste överlämnas åt den enskilde endoskopisten att avgöra.

Haglund har i ett förnyat yttrande bl a framhållit att vid adenom med misstanke om cancer skall detta avlägsnas, men om sådan misstanke tillåts uppkomma på alltför lös grund blir antalet negativa biopsier mycket stort, liksom antalet komplikationer. Kirurgen har inte gjort sannolikt att det verkligen förelegat någon för adenom/adenocarcinom misstänkt polyp i det aktuella fallet. Ingreppet gjordes drygt tre månader efter den första gastroskopin. Under denna tid framkom ingenting som skulle stödja malignitetsmisstanken.

Bedömning och beslut

Nämnden fann att det inte fanns några indikationer om att den aktuella strukturen var malign eller premalign. Kirurgen gjorde inte heller någon adekvat preoperativ utredning för att bringa klarhet i denna fråga. Han övertygade sig inte heller om att rätt organ togs bort vid den andra gastroskopin. Felet är vare sig ringa eller ursäktligt. Han tilldelades en varning.

Pneumotorax vid finnålsbiopsi

Anmälare: Patienten

Anmäld: Kirurgöverläkare på länslasarett

Orsak: Läkaren »tog i så hårt att han punkterade vänster lunga»

HSAN 591/00

En 34-årig kvinna hade känt en knöl i vänster bröst. Mammografi och ultraljudsundersökning hade inte visat något patologiskt, men den undersökande kirurgen på länsjukhuset fann påtaglig nodicitet nedtill-centralt i det lilla, lätt-palpabla bröstet.

Den kliniska undersökningen gav en direkt malignitetsmisstanke men han gjorde en finnålspunktion centralt nedtill i bröstet. Enligt läkaren framkom inget anmärkningsvärt vid undersökningen eller omedelbart efteråt. Sedan patienten lämnat kliniken fick hon emellertid smärtor i bröstet. Hon upp-

sökte akutmottagningen på länsdelslasarettet, där man konstaterade pneumotorax. Hon behandlades med Bülowdrän.

Patienten har uppgett att läkaren »förde in minst två av provrören alldeles för lång in». Eftersom han noterat i journalen att hon var något mager, borde han ha tagit hänsyn till detta vid ingreppet. När vävnad sögs ut kändes det som om han »försökte pumpa upp en cykel».

Läkaren har uppgett att han de senaste 15–20 åren utfört finnålspunktion av bröstförändringar hos kvinnor 10–20 gånger per vecka. Vid välvgränsad och lättpalpabel förändring görs vanligen 1–3 punktioner vid varje tillfälle, vid mer diffusa fynd 5. Han kunde från de senaste två decennierna erinra sig två eller möjligen tre fall där han förorsakat pneumotorax. I inget av dessa fall hade sugbehandling erfordrats. (Patienterna hade självfallet erhållit ersättning från Patientförsäkringen enligt gällande regler.) Han hävdade att i detta fall punktionen utförts med sedvanlig teknik och försiktighet. Förändringen var belägen i ett ganska tunt område av bröstet och därmed nära bröstkorgsväggen, där lungsäcken mellan revbenen endast täcks av ett tunt muskelskikt.

Bedömning och beslut

Nämnden framhöll att punktion av lunga i samband med finnålsprovtagning från ett bröst är en sällsynt komplikation. Om knöligheten ligger nära bröstkorgsväggen kan den tunna nålen komma några millimeter fel och punktera lungsäcken. Detta kan man inte helt gardera sig mot. Anmälan lämnades utan åtgärd.

Höger/vänsterproblematik

Anmälare: Socialstyrelsen

Anmäld: Distriktsläkare

Orsak: Förväxling av PAD-preparat

HSAN 207/00

En kvinna född 1930 sökte distriktsläkaren för en hastigt växande hudförändring på vänster överarm. Läkaren avlägsnade förändringen och dessutom ett rött märke som patienten länge haft på höger överarm. Preparaten märktes med 1 och 2 utan att ange från vilken sida de tagits. I PAD-svar daterat

två veckor senare angavs att preparat 1 visade malignt melanom, varför patienten remitterades till kirurgklinik för utvidgad excision. När detta skulle göras kunde kirurgen inte av remissen utläsa på vilken sida melanomet suttit. Operationen ställdes in och man kontaktade distriktsläkaren. Hon förklarade per telefon att det gällde höger arm, något som kompletterades med fax, varefter det gjordes utvidgad excision på höger arm. Distriktsläkaren kontaktade patienten angående PAD-svaret, och det framkom då att den växande förändringen hade suttit på vänster arm. Två månader efter det primära ingreppet opererades patienten även på denna sida. Mikroskopisk undersökning visade inga tecken till kvarvarande malignt melanom. Händelsen anmäldes enligt Lex Maria.

Socialstyrelsen har granskat journalen. I den handskrivna remissen har läkaren benämnt preparat 1 som »plötsligt ökat sår» och preparat 2 som »sedan lång tid sår nedsänkt, lite rött, ej växt», däremot saknades sidoangivelser. Inte heller på remissen till kirurg finns någon sidoangivelse. I journalen har hon, när det gäller preparatet från vänster sida, angett »hastigt växande sår på höger överarm». På den remiss som faxats, sedan operationen skjutits upp, står: »Malignt melanom höger överarm, Clark nivå III, infiltrationsdjup 2 mm.»

I kirurgjournalen finns antecknat: »Det har varit lite strul vad gäller sidoangivelse men distriktsläkaren är övertygad om att det var höger sida. Patienten trodde det var vänster beroende på att det var den sidan hon sökte för, medan doktorn såg att det var något annat på höger sida.»

Socialstyrelsen konstaterade att distriktsläkaren inte vidtagit nödvändiga åtgärder för att förhindra förväxling, eftersom remissen inte anger från vilken sida respektive preparat avlägsnats. Inte heller på förvaringskärlen fanns sidoangivelser. Slutligen hade hon i journalen angett höger/vänster fel. Hennes felhandlingar har lett till att adekvat behandling försenats.

Läkaren menar att om hon fått reda på att patienten införde kirurgen uppgett att hon sökt för växande förändring på vänster arm, så hade hon inte hållit fast vid sin dikterade sidoangivelse.

Bedömning och beslut

Nämnden delade Socialstyrelsens uppfattning att läkare gjort sig skyldig till fel som är varken ringa eller ursäktligt och ålade henne en varning. •