

»Synlig urinvägsblödning ska betraktas som malignitet tills motsatsen är bevisad«

Diagnosen urinblåsecancer fördröjdes flera månader

Synlig urinvägsblödning skall betraktas som malignitet tills motsatsen är bevisad, understryker Ansvarsnämnden och fäller en distriktsläkare för att diagnosen urinblåsecancer fördröjdes flera månader. (HSAN 335/03)

II När den 64-åriga kvinnan den 18 april 2002 undersöktes av distriktsläkaren hade hon under den senaste månaden haft episoder med tyst makroskopisk hematuri. Urinprov innehöll inga röda blodkroppar. Distriktsläkaren bedömde att besvären berodde på njursten, och patienten fick återvända hem.

Den 2 januari i år ringde patienten till distriktsläkaren på grund av en kraftig blödning. Hon hänvisades till en gynekolog och sattes upp för besök hos distriktsläkaren den 15 januari. Hon gick till gynekologen, som remitterade henne till en urolog, som konstaterade att hon hade en tumör i urinblåsan. Hon opererades för urinblåsecancer i februari.

Kvinnan anmälde distriktsläkaren och menade att denna borde ha remitterat henne till en specialist redan under våren 2002. Då hade cancern kanske inte hunnit utvecklas.

Ansvarsnämnden läste patientens journal och tog in yttrande av läkaren.

Hon berättade att patienten den 18 april 2002 uppgav att hon haft några episoder med hematuri, förenade med sten-

avgång. Lab-status visade då (den 22/4) inget blod i urinen.

Distriktsläkaren bedömde att patienten hade blödning orsakad av njursten, där stenen avgått spontant. Patienten var besvärsfri, och urinprov var utan anmärkning, men för säkerhets skull sa hon till patienten att återkomma i händelse av fortsatta blödningar.

I telefon den 2 januari uppgav patienten makroskopisk hematuri. Eftersom distriktsläkaren under den veckan var ledig, hänvisade hon patienten i första hand till gynekologisk undersökning. Hon bokade också in patienten för ett besök den 15 januari när hon räknade med att ha fått svar på undersökningen.

»Gynekologen hann före«

Distriktsläkaren berättade att hennes avsikt var att fortsätta utredningen med cystoskopi om den gynekologiska bedömningen var utan anmärkning. Nu hann gynekologen före och remitterade själv patienten till urologspecialist.

Distriktsläkaren ansåg inte att det var fel att handlägga patienten på detta sätt.

Patienten vidhöll att doktorn skulle sänt henne för undersökning när de träffades den 18 april 2002.

Den 2 januari hänvisade distriktsläkaren henne till en gynekolog, trots att hon sade att det var vid vattenkastning som hon blödde. Patienten ansåg att hon omedelbart borde ha blivit remitterad till

en urolog när hon poängterade att det var från urinröret det blödde.

II Bedömning och beslut

Den 18 april 2002 sökte patienten distriktsläkaren på grund av återkommande tyst makroskopisk hematuri. Hon uppgav, enligt patientjournalen, att blödningarna varit förenade med stenavgång. Urinprov togs men visade inga röda blodkroppar. Distriktsläkaren kom fram till att besvären var betingade av njursten, och patienten uppmanades att söka på nytt om blödningarna återkom.

Läkaren kan inte undgå kritik för sin handläggning vid besöket den 18 april. Synlig urinvägsblödning ska betraktas som malignitet tills motsatsen är bevisad, understryker Ansvarsnämnden.

Distriktsläkaren bedömde att besvären berodde på njursten, trots att blödningarna inte var förenade med smärta och patienten inte hade någon njurstens-anamnes. Hon verifierade inte njurstensdiagnosen och utförde inte sedvanlig utredning av makroskopisk hematuri, det vill säga röntgen- och ultraljudsundersökning av njurarna och cystoskopi med cellprov från urinblåsan.

På grund av distriktsläkarens underlåtenhet att ordna med sådan utredning blev diagnostiseringen av patientens sjukdom fördröjd åtskilliga månader, konstaterar Ansvarsnämnden och varnar henne. •

»Symtomen motiverade misstankar om sjukdom i struphuvudet«

Kvinnan med epiglottit avled – läkare varnas

Patientens besvär med halsont, sväljningssvårigheter, feber och andfåddhet motiverade misstankar om sjukdom i struphuvudet. Hon dreglade också, vilket är karakteristiskt vid epiglottit. Men läkaren missbedömde det som sjukdom i bronkerna och varnas av Ansvarsnämnden. (HSAN 945/03)

II Den 69-åriga kvinnan kom till akutmottagningen klockan 2 natten mot den 12 januari i år på grund av tilltagande halsont och andningssvårigheter. Hon hade hög feber, svårigheter att svälja och uppgav att det kändes som »tjockt slem i halsen«.

Läkaren försökte suga bort slem ur

halsen men lyckades endast avlägsna en mindre mängd. Vid inspektion av svalget noterades han rodnande slemhinnor men inga tecken till tonsillsvullnad. Han bedömde att besvären orsakades av en övre luftvägsinfektion samt ordinerade kortison, bronkvidgande läkemedel och syrgas.

Några timmar senare fick kvinnan lämna sjukhuset med ordination på hostmedicin och uppmanades att återkomma till sjukhuset vid behov.

Samma förmiddag kom hon tillbaka med ambulans. Hon var tydligt andfådd och hade svårt att andas in. Man noterade en uppenbar svullnad i halsen med blåmärke. Hon intuberades akut och man fann då en påtaglig svullnad över struplocket och i munbotten. Hon vårda-

des i respirator och ordinerades intravenös antibiotikabehandling. Man gjorde trakeotomi, och på grund av rytmrubbningar genomgick hon elkonvertering. Hon drabbades senare av hjärtsvikt och avled den 3 februari.

Kvinnans dotter anmälde läkaren som tog emot på sjukhusets akut på natten mot den 12 januari.

Ansvarsnämnden tog in patientens journal och yttrande av läkaren, som bestred att han handlat fel.

Han uppgav att kvinnan kom på grund av andningssvårigheter, feber och tilltagande halsont. Hon uppgav dessutom sväljningssvårigheter och att det kändes som om segt slem satt i halsen.

Det allmänna tillståndet präglades av oro; patienten var febril (39,3 grader)

och hade en ökad andningsfrekvens på 25 andetag per minut. Syremättnaden låg på 93 procent. Hjärtrytmen var regelbunden – 110 slag per minut.

Vid lungauskultationen förelåg inga lokala krepitationer, dock expiratoriska biljud som tydde på obstruktivitet över luftvägarna. Han inspekterade munnen och svalget men fann inga tecken till tonsillsvullnad. Rodnade slemhinnor konstaterades som enda positiva fynd vid inspektionen.

»Övre luftvägsinfektion«

Läkaren bedömde preliminärt att det förelåg tecken till övre luftvägsinfektion med obstruktivt inslag på grund av ökad slemproduktion i luftvägarna. Kvinnans snabba hjärtrytm såg han som sannolikt orsakad av den förhöjda kroppstemperaturen. Han ordinerade provtagning i form av snabbsänka.

Vid klockan 02.30 ordinerade han inhalationer med bronkvidgare men även slemlösande i inhalationsform. Han gav också kortison i tablettform.

Under tiden erhöll patienten syrgas. Han försökte även vid tre tillfällen suga rent i halsen med måttlig utbyte av segt slem. CRP-analysen visade 46, vilket enligt hans bedömning stämde med den preliminära diagnosen.

Patienten fick stanna på akutmottagningen fram till dess att en stabilisering inträdde. Hennes besvär med andningen och ont i halsen var enligt läkarens preliminära bedömning sannolikt orsakade av en virusinfektion med ökad slemproduktion i luftvägarna. Han ordinerade även Panodil supp i febernedsättande syfte.

Hon mådde bättre efter behandlingen och fick råd att söka igen om besvären skulle tillta eller bestå.

II Bedömning och beslut

Kvinnan hade drabbats av akut struplocksinfektion, som numera är en förhållandevis sällsynt sjukdom. Typiska symptom på sjukdomen är feber, inandningssvårigheter, svårigheter att svälja saliv samt oro.

Tillståndet orsakas av blodförgiftning, vilket medför en svullnad av struplocket och i uttalade fall även omgivande vävnad i munbotten. Eftersom svullnaden blockerar andningsvägarna är sjukdomen livshotande om den inte behandlas. I ett tidigt skede kan struplocksinfektion emellertid vara svår att upptäcka, och andningssvårigheter uppstår vanligen först i ett långt framskridet skede. Det är då nödvändigt med en omedelbar intubation och antibiotikabe-

handling, påpekar Ansvarsnämnden.

När kvinnan kom till sjukhuset under natten mot den 12 januari konstaterade jourhavande läkare tecken på andningshinder. Vid inspektion av svalget noterade han en rodnad och bedömde därför att besvären orsakades av en virusinfektion i luftvägarna.

Patientens besvär med halsont, sväljningssvårigheter, feber och andfäddhet var emellertid inte förenliga med sjukdom i bronkerna och motiverade i stället misstankar om sjukdom i struphuvudet. Hon dreglade också, vilket är karakteristiskt vid struplocksinfektion, framhåller Ansvarsnämnden.

Auskultation av lungorna gjordes, och på grundval av biljud vid utandning ordinerade läkaren medicinering som mot astma, vilket kan ge falsk och övergående lindring vid epiglottit. Läkaren försökte dessutom att suga upp slem ur patientens hals. Detta var olämpligt eftersom svullnaden kunde ha förvärrats.

Han övervägde uppenbarligen inte ens att patienten kunde ha drabbats av ett allvarligt övre luftvägshinder, och han borde med hänsyn till att hennes symptom inte stämde överens med sjukdom i bronkerna (KOL) ha konsulterat sin bakjour, kritiserar Ansvarsnämnden.

Läkaren får en varning. •