

Ung kvinna dog av vinkristin administrerat spinalt

Vinkaalkaloider bör endast ges som intravenös infusion via minibag

Hongkong den 7 juli 2007: En 21-årig kvinna avlider sedan man av misstag administrerat vinkristin spinalt.

Vinkristin, ett vanligt använt cytostatikum, bör endast administreras intravenöst och aldrig på något annat sätt.

Många patienter som får intravenöst vinkristin får samtidigt annan läkemedelsbehandling administrerat spinalt som en del av deras behandlingsprotokoll. Detta har lett till misstag där vinkristin har givits spinalt.

Sedan 1968 har denna typ av misstag rapporterats i olika internationella sammanhang 55 gånger. Upprepade varningar liksom olika rekommendationer om märkning och standarder har givits under tiden.

Trots detta har misstag beroende på oavsiktlig administrering av vinkristin spinalt fortsatt att ske.

Åttaårig pojke dog

Olycksfall med vinkristin administrerat spinalt och som lett till dödsfall finns att läsa om i ett utskick från WHO daterat 18 juli 2007 [1].

I Sverige hade vi ett dödsfall orsakat av denna typ av misstag 1995 [2]. En åttaårig pojke som behandlades för leukemi drabbades då läkaren först gav sprutan med metotrexat och sedan av misstag fortsatte med att ge sprutan med vin-

kristin. Båda sprutorna fanns i en medicinbox och dessa följde med in på operationssalen.

Misstaget upptäcktes av läkaren när halva mängden av vinkristin hade sprutats in. Åtgärder vidtogs för att försöka rädda pojken, men skadan var för svår.

I informationen från WHO beskrivs förslag på två olika vägar för att förhindra en upprepning.

Antingen kan man göra det omöjligt att koppla en spruta avsedd för intravenös injektion på en spinal nål (»lock and key design«), eller administrera vinkristin i en utspädd volym (till exempel 50 ml natriumklorid 9 mg/ml) via en minibag för att avhålla läkare och sjuksköterskor från att administrera det spinalt.

Rekommenderar minibag

Både Institute for Safe Medication Practices (ISMP) [3] i USA och Safety and Quality Council in Australia [4] rekommenderar att vinkristin ska administreras via minibag.

WHO rekommenderar:

– Märkningen av vinkristin ska inkludera en varningsetikett som säger: »För intravenöst bruk endast – fatalt om det administreras på annat sätt«.

– Sprutor bör inte användas för administrering av vinkristin.

– Vinkristin bör om möjligt beredas genom utspädning i en minibag, för att

skydda mot oavsiktlig administrering spinalt.

Låt oss i Sverige snabbt ta till oss WHO:s rekommendation. Från Apoteket ABS sida kommer vi, via våra beredningsenheter för cytostatika, att arbeta för en övergång till att ge vinkristin via minibag (infusionspåse 50, 100 eller 250 ml) snarast!

Händer inte här ...?

Om nu någon tror att detta inte händer här eller att ni har så säkra rutiner att det inte kommer att ske, så rekommenderas en film som tagits fram och kan beställas från Department of Health i England [5].

AnnSofie Fyhr

apotekare, sjukhusapoteket Lund

Eva Sjökvist Saers

tillverkningschef, Apoteket AB

REFERENSER:

1. World Health Organization. Information Exchange System Alert No. 115
<http://www.who.int/medicines/publications/drugalerts/drugalertindex/en/index.html>
2. Göteborgs-Posten 1996-02-24:6
3. <http://www.ismp.org/Newsletters/acutecare/articles/20051201.asp>
4. <http://www.safetyandquality.org/internet/safety/publishing.nsf/Content/vincristine>
5. Mail till dh@prolog.uk.com ref 50006, Intrathecal chemotherapy training

Positivt F-Hb borde lett till vidare utredning av mag-tarmkanalen

Misstänkt uretärsten var koloncancer

Den preliminära diagnosen uretärsten var rimlig, men då provsvaret om blod i avföringen var positivt borde allmänläkaren genast ha omprövat sin diagnos och planering samt ordnat remiss för vidare undersökning av mag-tarmkanalen. Patienten hade koloncancer. (HSAN 315/07)

Den 53-årige mannen sökte vårdcentralen den 22 juni 2006 på grund av besvär med gasspänningar sedan en månad. Han uppgav att han tyckte sig ha blivit något bättre av att undvika mjölkpro-

dukter. En distriktsläkare bedömde att det inte var fråga om någon allvarlig sjukdom och ordinerade behandling med Omeprazol och prov avseende laktosintolerans.

Provet var negativt, vilket meddelades patienten vid telefonsamtal den 27 juli 2006.

Föranledde ingen åtgärd

Två veckor senare sökte patienten vid ett läkarhus och uppgav då besvär med gaser sedan två månader och ihållande obehag i nedre delen av buken sedan en

och en halv vecka. Allmänläkaren noterade att diagnosen var oklar, men utfärdade remiss för urografi på misstanke om uretärsten. Återbesök skulle ske efter urografen.

I samband med besöket togs även prov avseende blod i avföringen. Provsvaren var positiva (3 x pos F-Hb), men föranledde ingen åtgärd av allmänläkaren förrän vid återbesök på patientens initiativ den 28 september.

Patienten hade då själv avbeställt urografen och i stället genomgått ultraljudsundersökning av njurar och gallvägar, ➔

vilken hade utfallit utan anmärkning. Vid återbesöket noterade allmänläkaren att patientens besvär hade avtagit, men att en koloskopi borde utföras med anledning av det positiva avföringsprovet.

Hon bedömde dock att blödningskällan sannolikt var analfissur eftersom patienten uppgav att han ibland noterat färskt blod i avföringen vid förstoppning.

Fann koloncancer

Allmänläkaren skrev remiss för koloskopi, men innan denna hann utföras uppsökte patienten akutmottagningen på grund av förvärrade besvär. Man fann en tjocktarmscancer, som opererades akut. Patienten anmälde distriktsläkaren och allmänläkaren.

Ansvarsnämnden läste patientens journal och yttranden från de anmälda, som inte ansåg att de gjort fel.

Distriktsläkaren framhöll att ingenting i anamnesen eller undersökningen tydde på att patienten skulle lida av nå-

gon mycket allvarlig åkomma. Han frias, se motiveringen längst ner i artikeln, varför vi lämnar hans argument.

Allmänläkaren berättade att patienten för henne uppgav att han sedan en och en halv vecka hade högersidig buksmärta. Han hade två månader tidigare haft gasbesvär och förstoppning, men detta hade sedan några veckor normaliserats.

På grund av palpationsömheter över höger uretär samt spår av blod i urinen misstänkte hon uretärsten. Därför beställdes urografi och patienten uppmanades beställa återbesökstid efter urografen. Förväntad väntetid till denna undersökning var tre veckor.

Förekomst av blod

Tre avföringsprov inlämnades den 16 augusti och visade mikroskopisk förekomst av blod. Uppföljning av detta fynd skulle normalt ha skett efter urografen. Olyckligtvis valde patienten att avboka denna. Anledningen uppgavs vara besvärsfrihet.

I stället vände sig patienten den 21 september till en annan vårdgivare för ultraljudsundersökning av buken.

Patienten kom på återbesök till henne den 28 september. Samma dag utfärdade hon remiss till koloskopi, uppgav allmänläkaren.

Ansvarsnämnden menar att distriktsläkaren gjorde en tillräcklig undersökning av patienten och att hans bedömning och åtgärder inte kan kritiseras.

Han borde dock tydligare ha informerat patienten om att denne måste utredas vidare om besvären kvarstod, men detta kan inte ge någon disciplinpåföljd.

Borde omprövat sin diagnos

Allmänläkarens preliminära diagnos och bedömning var rimlig, men då provsvaret avseende blod i avföringen var positivt borde hon omgående, utan att avvakta resultatet av den beställda urografen, ha omprövat sin diagnos och planering samt föranstaltat om remiss för vidare undersökning av mag-tarmkanalen.

Genom att underlåta detta har allmänläkaren av oaktamhet inte fullgjort sina skyldigheter. Hon får därför en erinran. ■

Symtom och övervikt motiverade arbetsprov och ekokardiografi

Patientens symtom i kombination med övervikt skulle kunna tyda på risk för hjärt-kärlsjukdom. Han borde därför ha utretts vidare med bland annat arbetsprov och ekokardiografi för att klargöra orsaken till andfåddheten. (HSAN 286/07)

Den 58-årige mannen sökte i mars 2006 hos distriktsläkaren på grund av att han sedan januari känt sig trött och andfådd samt haft en tyngdkänsla till vänster i bröstet. Utredningsfynd, EKG och lungröntgen var normala. Vidare utredning gjordes inte av symtomen. I november drabbades patienten av en akut hjärtinfarkt.

Patienten anmälde distriktsläkaren. Han hävdade att han drabbades av hjärtinfarkt i mars 2006 men att läkaren inte upptäckte den. I november drabbades han av en ny hjärtinfarkt, som allvarligt skadade hjärtat.

Ansvarsnämnden tog in patientens journal och ett yttrande av distriktsläkaren, som bestred att han gjort fel.

Patienten hade kommit till honom den 27 mars och berättade att han sedan januari känt sig trött och upplevt en tyngdkäns-

la till vänster i bröstet samt andfåddhet. Han beskrev inga bröstsmärtor.

Vid undersökningen konstaterades fetma, normalt allmäntillstånd och inga kliniska tecken till hjärtsvikt. Hjärtat slog lugnt med normala toner och utan biljud. Blodtrycket var normalt. EKG togs och var helt normalt, uppgav distriktsläkaren.

Han beställde en hjärt-lungröntgen för att finna eventuella orsaker till besvären. Denna var helt normal, vilket han meddelade patienten per brev.

»Som vid en färsk hjärtinfarkt«

Efter detta besök hörde han inte av patienten förrän denne sökte akut den 8 november. Patienten berättade då att han den 3 november fått kraftiga smärtor i bröstet med utstrålning mot halsen. Smärtorna avtog, men han kände värre andfåddhet än innan. Han sökte dock inte kontakt med sjukvården förrän tre dagar senare, den 6 november, då han ringde till medicinakuten. I sköterskans journalanteckning står:

»Ringer till med.akuten pga andfåddhet. Svårt få fram anamnes. Har sedan en längre tid varit andfådd. Tidigare sökt på sin VC för detta. Förnekar bröstsmärta. Samtalet kopplas till VC via växeln.«

På vårdcentralen uppfattade man att patienten sökte för långvariga besvär, han bokades för tid den 8 november. Då pati-

enten kom till distriktsläkaren den dagen var han opåverkad, men EKG visade tydliga demarkationspotentialer som vid en färsk hjärtinfarkt. Patienten inremitterades akut till medicinkliniken där han omhändertogs.

Patientens uppfattning att han vid besöket i mars skulle ha haft en hjärtinfarkt är inte korrekt. Undersökning, EKG och röntgen var ua. Att han inte sökte akut den 3 november, då säkerligen infarkten uppkom, utan väntade så många dagar är beklagligt, och har orsakat den kraftiga hjärtmuskelskada som han ådragit sig, menade distriktsläkaren.

Borde utretts vidare

Ansvarsnämnden slår fast att besvär i form av andfåddhet i regel måste utredas, men hur och i vilken omfattning beror på omständigheter som till exempel ålder, symptomduration, andra sjukdomar och tidigare utredningar.

Patienten sökte i mars 2006 för relativt nytillkomna besvär. Hans symtom i kombination med övervikten skulle kunna tyda på risk för hjärt-kärlsjukdom. De undersökningar som gjordes kunde varken utsluta eller bekräfta sådan sjukdom. Patienten borde därför ha utretts vidare, med bland annat arbetsprov och ekokardiografi, för att klargöra orsaken till andfåddheten.

Distriktsläkaren har inte utrett patientens besvär adekvat. Han får en erinran. ■