

hon fick tabletter Diklofenak och remiss för röntgenundersökning av knäna.

Den 26 maj sökte hon på ett privat-sjukhus. Där fann en läkare efter under-sökning med magnetkamera ett stort meningiom, beläget petroklivalt med på-verkan på hjärnstammen.

Hon remitterades till universitets-sjukhus X. Den 20 juni be-dömde man att hon skulle opereras och att ingreppet borde utföras vid universi-tetssjukhus Y. Under tiden behandlades hon vid länssjukhuset. Den 4 septem-ber 2006 opererades hon vid universitetssjukhus Y.

Patienten anmälde bland annat personalen på vård-centralen. Ansvarsnämnden tog in patientens jour-naler samt yttranden av en AT-läkare och hennes handledare samt en ST-läkare. De två första frias varför vi lämnar deras argument.

Väntetiden 10 månader

ST-läkaren berättade att patienten kom till henne i mars 2006 på grund av yrsel-besvär. Patienten väntade på ortopedbe-dömning och kände sig desperat då hon fått remissbekaftelse med väntetid an-given till 10 månader.

Anamnestiskt fanns en pisksnärtsska-da i botten. Patienten var med om en bil-olycka 1993 och drabbades i efterförlop-pet av rygg- och nackbesvär.

Yrselbesvär debuterade under hösten 2004. Hon träffade då en distriktsläkare, och det framkom sväljningsbesvär, yr-selbesvär med ostadighetskänsla samt känselnedsättning på vänster sida i an-siktet, vilket även noterades i status. Pa-tienten remitterades till länssjukhuset, och yrselutredning gjordes på öronklini-ken där man bedömde att besvären san-nolikt kom från halsryggen.

Yrseln förvärrades

I november 2005 sökte patienten på grund av yrseln, som hade förvärrats. AT-läkaren remitterade efter handled-ning henne till ortopederna för bedöm-ning av halsryggsbesvär med kraftig yr-sel.

När ST-läkaren träffade patienten den 29 mars 2006 handlade det om samma symtom som ovan, dvs sväljningssvårig-heter och yrsel/ostadighetskänsla. Hon kände sig stadig med stöd av maken och kunde springa på löpband om hon höll sig i ett handtag.

I status noterade ST-läkaren nedsatt känsel kring vänster mungipa, det fanns beskrivet i journalen sedan flera år. Då

hon inte fann några nytillkomna neuro-logiska tecken, en yrselutredning tidi-gare var gjord på öronkliniken och pati-enten nyligen remitterats till ortoped-kliniken, skrev hon en ny remiss till or-topeden med önskemål om ompriorite-ring/omdirigering av remissen på grund av de handikappande besvären.

»... nedsatt känsel i ansiktet, försäm-ring av smaken i tungan, domningar i arm, yrsel och nedsatt kraft i ben är symtom som ty-der på hjärnstams-påverkan.«

Den 12 april 2006 träf-fade ST-läkaren patienten, som en månad tidigare känt det som om vänster knä vek sig bakåt och sedan dess hade värk på insidan av knäet. Smärtan förvärrades vid gång. ST-läkaren fann ömhet över muskelfästet och tolkade detta som in-flammerat och ordinerade antiinflammatorisk medi-cin.

Röntgen beställdes och gjordes den 11 maj 2006 men visade inte artros i något av knäna.

Hade en hjärntumör

Den 29 maj 2006 fick ST-läkaren ett fax från privatsjukhuset där patienten sökt hjälp om att utredningen med MR hade visat en hjärntumör. Specialistvårdsre-miss rekommenderades till neurokir-urgkliniken vid ett universitetssjukhus för ställningstagande till operation.

Samma dag pratade ST-läkaren med patienten. Hon pratade också med medi-

cinbakjouren vid länssjukhuset. Denne bad henne skriva remissen till neurokir-urgen vid universitetssjukhuset och att sända den via honom för vidimering då det gällde en specialistvårdsremiss. Re-missen skickades den 30 maj.

Tyder på hjärnstamspåverkan

Ansvarsnämnden framhåller att nedsatt känsel i ansiktet, försämring av smaken i tungan, domningar i arm, yrsel och ned-satt kraft i ben är symtom som tyder på hjärnstamspåverkan.

Även om man i detta fall skulle ha upp-fattat dessa symtom som multifokala fanns det skäl att utreda tillståndet. Pati-enten borde ha remitterats till neurolog eller undersökts med skiktröntgen alter-nativt magnetkamera.

AT-läkaren och hennes handledare kan knappast lastas för att de inte ifråga-satte tidigare specialists bedömningar. De frias av Ansvarsnämnden.

Vid ST-läkarens undersökning i april 2006 hade sjukdomen fortskridit, och då fanns de nämnda symtomen, som tydde på att orsaken inte var ortopedisk. Hon borde ifrågasatt den tidigare diagnosen.

Borde ordnat ytterligare utredning

Hon skulle rådgjort med sin handledare eller ordnat ytterligare utredning med MR eller datortomografi eller i vart fall remitterat patienten till neurolog. Hon får en erinran. ■

»Sugklockan var inte hög utan medelhög«

I Läkartidningen nr 44/2007, sidan 3289, refereras ett ansvarsärende där en yngre kollega uppges ha lagt en hög sugklocka i samband med asfyxi.

När man läser fallbeskrivningen så fin-ner man att vertex stod vid spinalplanet. Definitionsmässigt är det då inte fråga om en hög sugklocka utan om en medel-hög sugklocka.

Om huvudet har nått spinalplanet samtidigt som cervix är fullvidgad finns förutsättningar för en vaginal ekstrak-tion, och det är inte givet att man skall utföra kejsarsnitt.

Att hävda att det är lätt att utföra ett kejsarsnitt i dessa fall är inte sant, och det finns ett flertal studier som visar på ett ökat antal intraoperativa komplika-tioner vid dessa kejsarsnitt.

Däremot föreligger det ofta svårighe-ter vid nivådiagnostik under förloss-

ningen. Vid palpation nerifrån kan man lätt missbedöma nivån av vertex i förhål-lande till spinalplanet. Därför är det vik-tigt att man utför yttre palpation och känner efter yttre segment.

Om de yttre segmenten av fosterhuvu-det inte kan palperas står fosterhuvudet nedanför eller vid spinalplanet och det finns förutsättningar för extraktion.

Höga extraktioner utförs endast vid extraktioner på tvilling två i modern ob-stetrik.

Karin Pettersson
förlossningsöverläkare

Marja-Liisa Swahn
överläkare, docent

Magnus Westgren
överläkare, professor;

samtliga vid enheten för obstetrik och gyne-kologi, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge