

ningschock och opererades för rupturerad extrauterin graviditet i höger äggledare. Hon har vid samtal i efterhand berättat att hon vid insjuknandet i hemmet tolkat symtomen som »kräksjuka«.

Den konservativa behandlingen hade som mål att bevara äggledaren och patienten förnekade symtom vid upprepade kontakter, hävdade gynekologen och motsatte sig därför delvis anmälan om dålig gynekologisk vård.

Ansvarsnämnden påpekar att ett förmodat missfall som inträffat tre veckor tidigare förvisso kan ses med brun flytning, liten livmoder och tom livmoderhåla. Men tillsammans med ett hCG i serum om nästan 12 000 borde detta status ha ingett misstanke om en annan diagnos än ett komplett missfall.

Standardprovtagning brukar innebära kontroll av hCG med 48 timmars mellanrum.

När gynekologen först en vecka senare kontrollerade värdet visades ett hCG i serum om 7 092 IU/l. Vid ett missfall hade det förväntade värdet varit mellan 3 000 och 6 000 IU/l.

**Talade för utomkvedshavandeskap**

Den långsammare eliminationstakten talade för ett utomkvedshavandeskap eller eventuellt en druvbörd.

Det hade därför varit rimligt av gynekologen att kalla in kvinnan för ny undersökning och behandling för att förebygga det livshotande tillstånd hon nu hamnade i.

Gynekologen får en varning. ■

## Svårt förstå att radiologen missade aortadissectionen

**Det framstår som svårförklarligt att aortadissectionen undgick radiologen vid granskningen av datortomografin. (HSAN 351/07)**

En 54-årig man drabbades den 28 augusti 2006 av plötsliga bröstsmärtor och remitterades till sjukhus A för undersökning med datortomografi.

Bilderna granskades av radiologen. Enligt utlåtandet förelåg ingen dissection. Han uppgav att aorta var ektatisk och som bifynd beskrevs perikardvätska »dorsalt drygt 1 cm, klingar av successivt ventralt«.

**Patienten dog**

Patientens besvär kvarstod, och eftersom de kliniska symtomen alltjämt tydde på aortadissection begärdes en ny granskning av datortomografin. Man stod dock fast vid det tidigare utlåtandet.

Man gjorde en akut koronarangiografi, vilken bekräftade den kliniska bedömningen. Patienten överfördes till ett universitetssjukhus för akut operation, men hans liv kunde inte räddas.

Patientens fru anmälde radiologen och hävdade bland mycket annat att radiologen hade förorsakat hennes mans död på grund av att han gjorde en diagnostisk felbedömning.

Ansvarsnämnden läste patientjournalen och tog in yttrande av radiologen, som bestred att han gjort fel.

Han höll fast vid sin tidigare bedömning: Det fanns inga säkra tecken på aortadissection, vilket bekräftades av

att man gjorde en angiografi på sjukhus A. Patienten borde ha sänts direkt till universitetssjukhuset om kliniken var säker, där de har modern utrustning och kärllkirurger för akut omhändertagande, vilket saknas på sjukhus A.

Ansvarsnämnden påpekar att patienten hade drabbats av kliniska symtom som redan vid den akuta bedömningen ingav misstanke om aortadissection. Man ombesörjde datortomografi under denna frågeställning, som förtydligades genom en tydlig anamnes i remissen.

Vid eftergranskning av undersökningen, som gjordes med kontrast och tjocka snitt på 10 mm, noterades en väggförtjockning längs arcus aortae och ett misstänkt kontinuitetsavbrott.

Enligt radiologens utlåtande noterade han inte dessa fynd, som bekräftade den kliniska bedömningen.

**Kan vara vansklig att konstatera**

Aortadissection kan visserligen vara vansklig att konstatera och bedömningen försvarades ytterligare av de tjocka snitten. Radiologen konstaterade emellertid perikardutgjutning, som kan uppstå vid aortadissection. Detta fynd borde ha förstärkt de kliniska misstankarna och åtminstone föranlett radiologen att uttrycka farhågor om detta tillstånd i sitt utlåtande.

Det framstår således som svårförklarligt att dissectionen undgick radiologen vid granskningen av datortomografin den 28 augusti 2006.

Han får en varning. ■

### Bilden så tydlig att radiologen borde ha ställt rätt diagnos

**Magnetkamerabilden talade för att patienten hade en Arnold–Chiari-missbildning. Bilden är så tydlig att radiologen borde ställt rätt diagnos. (HSAN 218/08)**

Den 26-åriga kvinnan remitterades till ett sjukhus för en magnetkameraundersökning av hjärnan med frågeställningen Arnold–Chiari.

I röntgenutlåtande beskrev radiologen att lillhjärnstonsillerna var något lågt belägna och nådde ner till allra översta delen av foramen magnum, men att någon Chiari-missbildning inte förelåg.

Sedan patienten 10 månader senare opererats för just en Arnold–Chiari-missbildning anmälde hon radiologen.

Ansvarsnämnden tog in patientens journal med röntgenbilder och yttrande av radiologen. Denne medgav att han ställt fel diagnos men bestred att det inträffade borde leda till disciplinpåföljd.

Han berättade att MR-undersökningen av hjärnan genomfördes på sedvanligt sätt. Arnold–Chiari-missbildning efterfrågades. Detta tillstånd innebär att nedersta delarna av lillhjärnan (lillhjärnstonsillerna) befinner sig minst fem millimeter nedom foramen magnum.

I svaret angav han att lillhjärnstonsillerna är något lågt belägna. Vid en ny mätning fann han att de befinner sig 8–9 mm nedom foramen magnum.

**»Kan vara svår att göra«**

En exakt bedömning av foramen magnums läge på MR-undersökningar kan ibland vara svår att göra. På de flesta sjukhus sker i dag rutinmässigt dubbelgranskning av radiologiska undersökningar, eftersom det är känt att perceptionsfel förekommer vid denna typ av undersökningar. Det sker tyvärr inte på detta sjukhus. Hade denna rutin funnits skulle kanske bedömningen blivit en annan, menade radiologen.

Ansvarsnämnden slår fast att vid eftergranskning av magnetkamerabilden kan konstateras att både lillhjärnans form och läge talade för att patienten hade en Arnold–Chiari-missbildning.

Detta är en sällsynt missbildning. Bilden är dock så pass tydlig att radiologen borde ha ställt korrekt diagnos. Patientens anamnes var också sådan att den inremitterande läkaren direkt frågade efter denna missbildning.

Radiologen får en erinran. ■