

# Gjorde ingen hel trippeldiagnostik – missade bröstcancer hos ung kvinna

**Kvinnor med symtom från bröstet där man också kan känna en avgränsad förändring ska undersökas med trippeldiagnostik. Det understryker Ansvarsnämnden och varnar en kirurg sedan han inte upptäckt bröstcancer hos en 32-årig kvinna. (HSAN 2786/05)**

Efter remiss från vårdcentralen undersöktes kvinnan i april 2004 vid sjukhus på grund av besvärande sekretion från höger bröstvårta. I juni och oktober undersöktes hon på grund av en knöl i det andra bröstet.

I maj 2005 opererades förändringen i det vänstra bröstet och man fann cancer.

Kvinnan anmälde kirurgen för fel i vården under tiden april 2004 till april 2005.

Ansvarsnämnden läste patientens journal och hämtade in yttrande av kirurgen, som bestred att han gjort fel. Han hänvisade till journalanteckningarna, som han tyckte var tydliga och beskrev händelseförloppet väl.

Han berättade att patienten kom till honom på remiss på grund av flytningar från höger bröst. Att det skulle vara något problem med vänster bröst vid den tidpunkten nämndes överhuvudtaget inte. Vid mammografi såg man något i vänster bröst som föranledde att man också gjorde en ultraljudsundersökning och bedömde då ett litet fynd såsom en lymfkörtel.

Som framgår av journalen hade patienten överhuvudtaget inte nämnt något anmärkningsvärt i vänster bröst vid detta tillfälle och kirurgen hade heller inte palperat något.

Då han efter ett par månader utomlands träffade henne igen diskuterade de först att duktografi inte hade gjorts av höger bröst varför ny remiss skrevs.

Dessutom palperade han en mindre förändring som då omnämndes i vänster bröst. Det kändes helt benignt och en röntgenläkare beskrev det som troligtvis ett ytligt fibrom eller lymfkörtel.

Det blev inte tal om finnålspunktion vid detta tillfälle då det handlade om ett bifynd som både palpatoriskt och röntgenologiskt verkade helt benignt, framhöll kirurgen.

## Resistensen blev större

I september fick de ett brev där patienten berättade att hon skulle besöka en annan läkare för att göra en duktografi av höger bröst och en finnålspunktion av vänster. Detta blev dock inte gjort och patienten kom till sjukhuset efter ytterligare en månad då man nu hade gjort en duktografi här och de talade igenom resultaten noggrant både beträffande den normala duktografien och att ultraljud av vänster bröst uppvisade samma knappt cm-stora förändring, som inte hade förändrats det sista halvåret.

Då patienten var orolig uppmanade

kirurgen henne att återkomma ifall resistensen ökade något i storlek. Efter ytterligare ett halvår kom hon på återbesök och han tyckte nog vid detta tillfälle att resistensen hade blivit något större och hårdare. Hon hon opererades och cancer upptäcktes.

Sammanfattningsvis, sade kirurgen, kan man naturligtvis i efterhand säga att en finnålspunktion kunde ha gjorts.

Samtidigt är det dock så att denna oroliga patient sökte för flytningar i höger bröst och att fynden i vänstra bröstet var något av bifynd. Både han och röntgenläkaren bedömde att det var ett väldigt ytligt fibrom eller möjligtvis en lymfkörtel och deras grad av misstänksamhet var inte så stor att finnålspunktion gjordes.

Även om finnålspunktion är en del av trippeldiagnostik så är det naturligtvis inte så att de sticker alla knölar de känner utan det blir en bedömningsfråga. I efterförloppet är det alltid lätt att vara vis. Det är naturligtvis tragiskt att en så ung kvinna får bröstcancer.

Han uttryckte sin sympati för hennes oro och behov att finna någon som kunde bära skulden.

## Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden framhåller att en patient med symtom från bröstet, där man dessutom kan känna en avgränsad förändring skall undersökas både kliniskt, med mammografi/ultraljud och med vävnadsdiagnostik – trippeldiagnostik. Kirurgen borde senast under hösten 2004 ha tagit ett cellprov. Han får en varning.

»En patient med symtom från bröstet där man dessutom kan känna en avgränsad förändring skall undersökas med trippeldiagnostik«

## Upptäckten av skelettmetastaser försenades

Bröstcanceropererad kvinna skulle ha remitterats tidigare

**Till följd av att den bröstcanceropererade kvinnan inte remitterades tidigare försenades upptäckten av hennes skelettmetastaser och hon fick inte heller adekvat smärtstillande behandling. (HSAN 795/05)**

Den 57-åriga kvinnan hade under en längre tid haft ryggbesvär. Den 11 november 2004 uppsökte hon akut vårdcentralen på grund av vänstersidig huvudvärk.

Hon undersöktes av en underläkare, som bedömde att det rörde sig om muskuloskeletala besvär och att patienten skulle fortsätta med de värkmediciner hon tog. Patienten undersöktes även av en annan läkare, som instämde i underläkarens bedömning.

Patienten återkom till underläkaren den 22 november med mer uttalad ryggvärk. Hon fick nya smärtstillande tabletter.

Den 10 december uppsökte hon på nytt underläkaren akut på grund av värk i ryggen och huvudet sedan en månad tillbaka. Hon gick då med rollator och hade svårt att sätta sig ned och resa sig från stolen. I journalen antecknades att hon hade behandlats för bröstcancer för cirka tio år sedan. Underläkaren skrev remiss för datortomografiundersökning av skallen.

Den 28 december kom patienten akut

till ett sjukhus på grund av andningsbesvär och skelettsmärter. Hon blev inlagd. En utredning visade utbredda skelettmetastaser.

Patienten anmälde underläkaren.

Ansvarsnämnden läste patientens journaler och hämtade in yttrande av underläkaren, som bestred att hon gjort fel.

Hon pekade på att hon inom en månad hade inlett en adekvat åtgärd i form av datortomografi skalle.

Vid patientens andra besök ordinerade hon blodprov, för att se om problemet inte enbart var lokala besvär utan mer av generell natur med hänsyn till patientens sjukhistoria (tidigare bröstcancer).

Hon ansåg att upptäckt av cancersjukdom inom trettio dagar inte är någon fördröjning.

#### **Beslutade om datortomografi**

Underläkaren påpekade att undersökning med magnetisk resonanstomografi (MR) av ryggen hade gjorts under våren. Röntgenundersökning av bröstkorget

hade nyligen gjorts. I remissen skrev man att patienten hade bröstcancer och olyckligtvis hade röntgen inte visat några skelettmetastaser.

**»Till följd av att patienten inte remitterades tidigare försenades upptäckten av hennes metastaser och hon fick inte heller adekvat smärtstillande behandling«**

Underläkaren hänvisade till att patienten haft tidigare oro och ångest som har legat som underlag för hennes färdtjänst.

Bröströntgen hade gjorts första gången 1997. Patienten hade sökt hjälp flera gånger under de senaste åren på grund av nackvärk och för ryggsmärtor. Allt detta föranledde utredning på ortoped under våren 2004. Hon besökte ortoped under diagnos osteoporos lumbago ischias. Då utfördes MR och patienten skulle följas upp vid läkarbesök.

Med hänsyn till att ryggen MR-undersökts under året och att bröstet röntgats den 24 september, fanns det skäl att i första hand misstänka accentuerade besvär från rörelseorgan vid patientens första besök hos henne den 11 november 2004, framhöll underläkaren.

Från patientens journal har ständigt och jämt framkommit att hon är bröst-

canceropererad. Detta ledde till att underläkaren beslutade om datortomografi skalle, som hon ordinerade 30 dagar från patientens första besök hos henne.

#### **Bedömning och beslut**

Underläkaren kände till att patienten hade opererats för bröstcancer för tio år sedan. Hon har undersökt patienten noggrant vid besöket den 11 november 2004 och gjort en rimlig bedömning, anser Ansvarsnämnden.

Vid besöket den 22 november hade patienten tilltagande besvär i form av ryggvärk vid rörelse och smärta, som orsakade henne rörelseinskränkning.

Underläkaren har dock inte ställt någon diagnos utan enbart ordinerat smärtstillande. Redan då borde hon ha remitterat patienten till sjukhus. Detta var än mer påkallat när patienten återkom akut den 10 december. Det var inte tillräckligt att enbart skriva remiss för datortomografi av skallen.

Till följd av att patienten inte remitterades tidigare försenades upptäckten av hennes metastaser och hon fick inte heller adekvat smärtstillande behandling, konstaterar Ansvarsnämnden.

Underläkaren får en erinran.

## **Skulle ha remitterat patienten eller själv försökt påverka den långa väntetiden till MR**

**Kvinnan hade skelettmetastaser – sannolikt beroende på en svårupptäckt bröstcancer**

**Trots att distriktsläkaren inte fann några neurologiska symtom hos patienten borde han ha insett att sjukdomsförloppet inte tydde på något vanligt, godartat tillstånd. Han borde, senast då han fick kännedom om den långa väntetiden till undersökning med magnetisk resonanstomografi (MR), antingen ha remitterat patienten vidare eller själv försökt påverka väntetiden. (HSAN 1726/05)**

Den 55-åriga kvinnan uppsökte i maj 2004 vårdcentralen på grund av ryggsmärtor och fick bland annat smärtstillande medel och ordinerades sjukgymnastik. Hon förbättrades periodvis, men blev inte helt av med besvären, som förvärrades av tungt arbete.

I januari 2005 träffade hon distriktsläkaren, som skrev remiss för röntgen av bröstryggen. Undersökningen visade degenerativa förändringar men inget som fordrade vidare utredning. I mars skrev distriktsläkaren remiss för MR-undersökning av ryggen och patienten fick tid i

månadsskiftet maj-juni. Dessförinnan, den 14 maj, uppsökte hon sjukhus på grund av att hon blivit sämre med ökande smärtor och känselbortfall i ben och bål. Vidare undersökning visade skelettmetastaser, sannolikt beroende på en svårupptäckt bröstcancer.

#### **Långa köer**

Kvinnan anmälde distriktsläkaren. Hon hävdade bland annat att hon i januari och i februari 2005 bett att få en undersökning med MR för att fastställa en korrekt diagnos. Detta nekades hon med hänvisning till att hon inte uppfyllde de indikationer som krävdes, att en röntgen var kostnadskrävande samt att köerna var långa.

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

Han berättade att patienten sökte i maj 2004 med smärtor dorsalt i torakalryggen i samband med luftvägsinfektion med hosta. Ryggsmärtorna bättrades

men försvann aldrig helt och hon sökte därför åter i september.

Sjukgymnastisk behandling var framgångsrik. Smärtorna provocerades dock fram av tyngre arbete med armarna. Patienten hade ett för armarna tungt arbete i färgaffär. Hon kunde dock i stor utsträckning arbeta fram till årsskiftet utan sjukskrivningsintyg.

Den 7 januari 2005 sökte hon med en veckas anamnes på kraftig försämring av ryggsmärtorna. Hon hade bättrats något på smärtstillande mediciner, men var långt ifrån bra, uppgav distriktsläkaren. Remiss för slätröntgen bröstrygg skrevs vid detta tillfälle.

Vid ett nytt besök den 20 januari hade patienten ytterligare förbättrats, men kvarvarande smärtor gjorde henne fortfarande oförmögen till arbete. Vid besök den 23 februari hade hennes ryggsmärtor försämrats med tåtare, svårare och mer långdragna och lättprovocerade smärtor jämfört med hösten 2004.

Den 23 mars noterades ytterligare för- ➔



sämring med mycket lättprovocerad smärta och remiss för magnetröntgen av hela ryggraden samt slätröntgen av hals- och ländrygg utfärdades.

Distriktsläkaren bedömning fram till mars 2005 var att smärtorna var betingade av ett benigna tillstånd i stöd- och rörelseapparaten. Vid besöket i januari hade patienten en akut försämring där han bedömde att bättring kunde inväntas.

När han träffade patienten den 23 februari fann han inga neurologiska symtom i form av domningar, känsel- eller kraftnedsättning. Slätröntgen av bröst- ryggen visade spondylos, som i sig kan ge smärttillstånd, och han bedömde därför sammantaget att MR-undersökning inte var indicerad.

**MR-undersökning blev nödvändig**

En månad senare, den 23 mars, stod det dock utan tvivel klart att smärtorna var av progredierande karaktär och att en MR-undersökning var nödvändig och remiss utfärdades därför för både slätröntgen av hals- och ländrygg samt MR-undersökning av ryggraden. Några neurologiska symtom förelåg inte.

Under väntetiden försämrades patientens tillstånd ytterligare vad beträffar smärtan. Vid besök den 4 maj fanns vissa subjektiva neurologiska symtom, men inga objektiva neurologiska fynd, uppgav distriktsläkaren och accepterade därför att invänta den planerade tiden för röntgenundersökning fyra veckor senare.

Senare fick han veta att patienten där- efter ytterligare hade försämrats och uppsökt akutmottagningen vid ett sjukhus och uppvisat tydliga neurologiska symtom i benen.

**Bedömning och beslut**

Ansvarsnämnden konstaterar att patienten inte hade någon tidigare cancer- sjukdom i anamnesen. Det fanns under det tidiga sjukdomsförloppet ingen anledning till misstanke om en pågående cancersjukdom med spridning till bröst- ryggen eller om någon annan allvarlig sjukdom. Röntgenundersökningen i januari 2005 visade heller inte någon cancer och patienten uppvisade då även viss förbättring.

I februari hade hon åter blivit sämre, men hade inga neurologiska symtom. Inte heller när hon träffade distriktslä-

karen i mars framkom några neurologiska symtom. En MR-undersökning beställdes med bland annat frågeställning- en »expansiv process i thorakalryggen?« Tid kunde dock fås först mer än två månader senare. Ny slätröntgen gav inte heller anledning till misstanke om tumör.

Den 4 maj sökte patienten åter distriktsläkaren och hade då ytterligare försämrats. Inga neurologiska fynd hittades, men hon beskrev att det »surrade« i fötterna vid hosta.

Vid telefonsamtal med sjuksköterska den 10 maj noterades att patienten hade känselbortfall i benen och att hon, enligt egen uppgift, hade haft det även vid besöket den 4 maj, vilket distriktsläkaren in- formerades om.

Trots att distriktsläkaren inte fann några neurologiska symtom hos patienten borde han ha insett att sjukdomsförloppet inte tydde på något vanligt, godartat tillstånd, anser Ansvarsnämnden.

Han borde, senast då han fick känne- dom om den långa väntetiden till MR- undersökning, antingen ha remitterat patienten vidare eller själv försökt på- verka väntetiden. Han får en erinran.

## Anamnes och symtom var typiska för angina pectoris – nytt arbetsprov borde ha gjorts

**En kardiolog fälls för att inte ha ordnat med ett nytt arbets-EKG för en patient med anamnes och symtom som var typiska för angina pectoris. (HSAN 510/05)**

Den 61-åriga kvinnan lades in akut på sjukhuset den 5 april 2004. Hon hade de senaste fyra veckorna besvärats av andfåddhet och bröstsmärtor.

Smärtorna strålade ut mot halsen och bägge axlarna samt uppkom i samband med ansträngning och gick över vid vila. Besvären lindrades med Nitromex. Hon observerades under ett dygn och skrevs ut den 6 april. Hjärtsjukdom som förklaring till hennes besvär bedömdes inte föreligga.

Tre månader senare, under en utlands- vistelse, fick hon åter bröstsmärtor. Hon togs in på sjukhus och en bypassopera- tion genomfördes.

Kvinnan anmälde ansvarig personal vid sjukhuset där hon vårdades 5–6 april. Hon menade att hon inte blivit ordentligt utredd. Ansvarsnämnden läste patientens journal och hämtade in yttrande av kardiologen, som bestred att han gjort fel.

Av anmälan framgår att patienten an-

ser att vården varit felaktig på grund av att koronarangiografi inte utfördes.

Det rör sig om en kvinna som kolecyst- ektomerades 2003. Har hypertoni. Pati- enten intogs på HIA den 5 april på grund av tilltagande andfåddhet och bröstsmär- ta. I vilo-EKG sågs som tidigare höger skänkelblock. Infarktmarkörer (CK-MB x 2 samt Troponin T x 1) var negativa. ST- övervakning utfördes med ST-guard, be- rättade kardiologen.

**Arbetsprov utan smärta i bröstet**

Arbetsprov var tidigare utfört den 10 oktober 2003 där patienten belastades med 60 W utan smärta i bröstet. EKG-mässigt framkom inga hållpunkter för koronarin- sufficiens. Patienten bedömdes ha en ar- betsförmåga motsvarande ordinär för ål- dern.

Under vårdtiden utfördes kor- pulm- röntgen som var ua. Även ekokardiografi utfördes och visade normala fynd. Man såg en normal vänsterkammarfunktion utan tecken till regional dyskinesi.

Ovanstående förhållanden gjorde att kardiell genes till patientens besvär be- dömdes som mindre sannolik. För fort-

satt uppföljning hänvisades till patientens familjeläkare, uppgav kardiologen.

Han pekade på att han i anmälan kriti- seras för att inte ha fattat beslut om koronarangiografi. Han framhöll att patientens tidigare negativa arbets-EKG, nega- tiva infarktmarkörer, oförändrade EKG, normala ekokardiografiundersökning samt atypiska symtom motiverade hans beslut.

Han motsatte sig anmälan och hävdade att patienten handlagts enligt vetenskap och beprövad praxis.

**Bedömning och beslut**

Vid vårdtillfället uppvisade patienten anamnes och symtom som är typiska för angina pectoris, menar Ansvarsnäm- nden. Hon hade även inremitterats under frågeställningen instabil kärkramp.

Arbets-EKG hade tidigare utförts i de- cember 2003, med normalt resultat. Det- ta uteslöt dock inte en försämring och ett nytt arbetsprov borde ha genomförts. Om arbetsprovet hade visat ett normalt utfall borde även en myokardskint ha utförts. Kardiologen får en erinran, bestämmer Ansvarsnämnden.