

Borde kallats för påskyndad utredning med akut MR-undersökning

# Diagnos och behandling av hjärnabscess fördröjdes – patienten avled

**Patienten med en oklar förändring i hjärnan borde ha kallats in till sjukhuset för en påskyndad utredning med akut MR-undersökning. (HSAN 1640/05)**

Den 37-årige mannen insjuknade den 18 juni med svår huvudvärk. Den 22 juni sökte han akut vid ett universitetssjukhus. En akut datortomografi visade en oklar förändring i hjärnan. Han blev inlagd och behandlades med kortison. Nästa dag kände han sig bättre och skrevs ut på egen begäran.

Den 28 juni beslutades om undersökning med magnetkamera. Två dagar senare blev han sämre och fick per telefon ordination om ökning av kortison dosen. Senare samma dag blev han ännu sämre och fördes till sjukhuset. På grund av hotande inklämning opererades han. Man fann en varbildning. Patienten avled i avslutning till ingreppet.

Mannens syster anmälde en neurolog, en underläkare, en neuroradiolog, en neurokirurg samt en neuroonkolog.

Ansvarsnämnden läste patientens journal och yttranden av de anmälda. Här återger vi bara neuroonkologens argument, då endast han fällt. Nämnden tog även in sakkunnigutlåtande av professor Lennart Persson och ett beslut av Socialstyrelsen med anledning av en Lex Maria-anmälan (se nästa artikel).

## Planerade MR-undersökning

Neuroonkologen berättade att han hörde om patienten första gången vid terapironden den 28 juni.

Datortomografibilderna hade utseendet av en sannolikt malign tumör i vänster pannlob med omgivande svullnad; med detta var de på samma linje som utlåtandet från neuroradiologen den 22 juni, som var misstänkt glioblastom i vänster frontallob.

Neurokirurgen påpekade att man inte kunde utesluta abscess. Planen var att ordna en magnetkameraundersökning.

Patienten och hans syster ringde till neuroonkologen den 30 juni. Han hade haft mer huvudvärk och kräkts på mor-

gonen. Neuroonkologen bedömde att patienten åter hade symtom av förhöjt intrakraniellt tryck, samma symtom han hade innan han sökte sjukhus.

Kortison dosen hade sänkts när patienten skrevs ut till hemmet. Att huvudvärken kom tillbaka efter några dagar kunde vara tecken på att dosen inte räckte till. De kom överens om att dubblera kortisonet (Betapred).

En hotande bild av inklämning var inte aktuell eftersom patienten inte var trött och inte hade andra symtom av dysfunktion i hjärnan. Patienten uppmanades att söka akuten omedelbart om han blev tröttare, om huvudvärken inte förbättrades eller om han skulle kräkas igen. Patienten fick besked från terapirond att han sannolikt hade en malign tumör i hjärnan, och att man skulle utreda honom med magnetkamera två dagar senare.

Alla nya fall av hjärntumör diskuteras på klinikens multidisciplinära terapirond. Differentialdiagnos mellan tumör, metastas eller abscess sker i nästan alla fall, framhöll neuroonkologen.

## Kommer ofta snabbt

Lennart Persson påpekade att observation i hemmet i väntan på utredning inte är adekvat vid en expansiv process med symtom på intrakraniell tryckstegring. Men i detta fall upplevde patienten att han blivit bättre efter insatt behandling med Betapred, som på kort sikt är livräddande vid intrakraniell tryckstegring oavsett orsak, och skrev ut sig till hemmet mot läkares inrådan.

Tumörrondens bedömning den 28 juni tycks adekvat och också önskemålet om en snar komplettering med speciell MR-undersökning för att klargöra om det var abscess eller tumör. Neuroonkologen, som endast sett patientens fall på tumörronden den 28 juni, ordnade den 30 juni en snar tid för MR när anhöriga kontaktade honom.

Patienten blev sämre igen den 30 juni med illamående, accentuerad huvudvärk och kräkning. Dosen Betapred fördubblades och tid för MR-undersökning lämnades till patienten per telefon.

Detta är adekvat första åtgärd i denna situation vid misstanke om intrakraniell tryckstegring. Vid en sådan är det emellertid av stor vikt att man också bedömer patientens skick.

En plötslig massförskjutning på grund av ökad intrakraniell fokal expansivitet med inklämning vid en frontal expansivitet kommer ofta snabbt och kan inte åtgärdas adekvat i hemmet; man hinner inte alltid vidta adekvat åtgärd i tid ens på sjukhus, påpekade Lennart Persson.

## Borde ha kallats

Någon dokumentation som skulle styrka att patienten i detta skede inte önskade komma till sjukhus för utredning finns inte. Patienten borde sålunda kallats för klinisk bedömning och sannolik inläggning med påskyndad utredning med akut MR-undersökning.

När patienten under kvällen/natten den 30 juni akut blev sämre och togs till sjukhus var den akuta utredningen och den neurokirurgiska behandlingen adekvat, liksom uppföljningen, diagnostiken av total hjärninfarkt och avslutandet av behandlingen.

När initiala behandlingsåtgärder vid en expansiv lesion i hjärnan har övergående effekt och nya symtom på fokala skador, försämring/återkomst av tidigare symtom tillstötter eller patienten får förändringar i personlighet eller vakenhet är det att betrakta som terapivikt.

Terapivikt kan bero på underbehandling mot den ursprungliga diagnosen men måste alltid misstänkas bero på en komplikation till den, till exempel blödning i konstaterad tumör, eller att en misstänkt tumör är en encefalit/cerebrit/abscess, som kan kräva annan behandling, underströk Lennart Persson.

I detta fall borde patienten den 30 juni ha givits rådet att omedelbart uppsöka sjukhusets akutmottagning för fortsatt observation och diagnostik.

## Läkarbedömning nödvändig

Ansvarsnämnden friar med stöd av Lennart Perssons utlåtande fyra av läkarna. Den femte, neuroonkologen, borde när han den 30 juni blev kontaktad ha gett patienten rådet att komma till sjukhuset akut eftersom en läkarbedömning var nödvändig. Han får en erinran.

»Patienten borde sålunda kallats för klinisk bedömning och sannolik inläggning med påskyndad utredning med akut MR-undersökning.«

## »Risken för en upprepning måste minimeras«

**Det tragiska förloppet hade kunnat undvikas med en mer optimal handläggning, menade Socialstyrelsen i sin utredning av fallet i den föregående artikeln.**

Socialstyrelsen, dit fallet anmäldes enligt Lex Maria, påpekade bland annat att icke traumatiska eller postoperativa hjärnabscesser hos individer utan predisponerande sjukdomstillstånd utgör en väl känd differentialdiagnos till de incidensmässigt betydligt vanligare primära eller sekundära intraaxiala tumörsjukdomarna.

### Följderna vanligen katastrofala

Differentialdiagnostiken är ofta svår. Detta till följd av dels likartade kliniska och neuroradiologiska bilder och dels att en signifikant andel av individer med hjärnabscesser inte har feber eller laboratoriemässiga belägg för en pågående infektion.

Kliniskt och neuroradiologiskt förlopp är däremot vanligen snabbare vid abscess än vid malign tumörsjukdom.

Vid fördröjd diagnos och behandling av hjärnabscess blir konsekvenserna vanligen katastrofala, vilket också blev fallet här.

Vid tidig diagnos och behandling är prognosen däremot betydligt gynnsammare än vid malign tumörsjukdom. Differentialdiagnostiken mellan fokal infektion i hjärnan och intraaxial tumörsjukdom är sålunda av största betydelse.

### Skall hållas aktuell

Vid en nyupptäckt intrakraniell expansiv process, som här, ska patienten som regel primärt vårdas på slutenvårdsnivå för kompletterande utredning och information liksom för tillräcklig tidsmässig uppföljning av förlopp och klinisk effekt av eventuell ödemreducerande farmakoterapi.

Den differentialdiagnostiska möjligheten av fokal infektion skall hållas aktuell och beaktas utredningsmässigt. Vid symtomaccentuering hos patient med nyupptäckt intrakraniell expansiv process skall möjligheten av ett potentiellt allvarligt skeende övervägas.

Socialstyrelsen framhöll att verksamhetschefen enligt hälso- och sjukvårdslagen skall svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet på vården samt främjar kostnadseffektivitet.

### Risken måste minimeras

Verksamhetschefen ansvarar för uppföljning och analys av verksamheten, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården. Risken för att en liknande händelse upprepas är i sig en integrerad del i neuroonkologisk verksamhet. Konsekvensen för patienterna kan, som i det här fallet, bli katastrofal och risken för att händelsen upprepas måste minimeras.

Verksamhetschefen måste tillsammans med övriga medarbetare kraftfullt arbeta vidare med att optimera handläggningen, både i det fortlöpande arbetet och via vårdprogram.

Det är av särskild vikt att skapa säkra rutiner för att en utredning inte fördröjs beroende på tillgång till akuta undersökningsmöjligheter under jourtid, menade Socialstyrelsen.

## Patienten saknade klassiska symtom på begynnande hjärtinfarkt – fälld läkare friades

**Med tanke på bland annat patientens tidigare magsår och avsaknad av klassiska symtom på begynnande hjärtinfarkt var det rimligt av läkaren att uppfatta tillståndet som en magåkomma. Läkaren, som fälldes i Ansvarsnämnden, friades i länsrätten.**

Den 57-årige mannen kom (vi berättade om fallet i nr 42/2005) till jourcentralen på kvällen sedan han under eftermiddagen hade drabbats av buksmärtor i epigastriet, som tryckte upp bakom bröstbenet.

Han berättade att han för tio år sedan hade haft ett duodenalsår och läkaren bedömde att mannens besvär kom från magsäcken. Hon ordinerade magsårsmedicin och skickade hem patienten.

Ett dygn senare fördes mannen med ambulans till sjukhus där man konstaterade att han drabbats av en hjärtinfarkt. Patienten anmälde läkaren på jourcentralen.

Ansvarsnämnden konstaterade att mannen kom till jourcentralen på grund

av högt sittande buksmärtor sedan samma eftermiddag.

Hos patienter i mannens ålder med sådana besvär måste hjärtinfarkt uteslutas om inte symtomen entydigt talar för någon annan sjukdom. Läkaren borde, trots att patienten haft magsårsbesvär tio år tidigare, ha misstänkt hjärtinfarkt och remitterat honom akut till sjukhus för provtagning, EKG och observation, ansåg Ansvarsnämnden och gav henne en erinran.

### »Magåkomma rimlig bedömning«

Läkaren överklagade beslutet till länsrätten.

Socialstyrelsen tillstyrkte överklagandet med stöd av sitt vetenskapliga råd överläkare Kerstin Hulter Åsberg.

Hon fann att patienten vid sitt besök på jourcentralen saknade klassiska tecken på angina pectoris eller begynnande hjärtinfarkt.

Hon menade att det med tanke på patientens tidigare magsår, Iprenkonsumtion, uppgivna symtom, ömhet i maggro-

pen samt avsaknad av riskfaktorer för hjärtinfarkt var rimligt att i första hand uppfatta tillståndet som en magåkomma.

Kerstin Hulter Åsberg ansåg att det högst sannolikt skulle ha tagits ett EKG om patienten hade berättat att han hade bröstsmärtor. Läkaren hade handlagt patienten enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och gjort en rimlig bedömning.

Läkaren återopade ett utlåtande av konsultationsläkaren Ingvar Norén. Inte heller denne delade Ansvarsnämndens bedömning av fallet.

I sammanfattning menade han att frånvaron av riskfaktorer för hjärtinfarkt, den vilseledande sjukhistorien med magsmärtor som huvudsymtom och en tidigare ulcussjukdom gjorde det begripligt och ursäktligt att läkaren handlade som hon gjorde.

Länsrätten delade Socialstyrelsens syn och menade att läkaren inte åsidosatt sina skyldigheter samt upphävde hennes disciplinåtgärd.