

# Trots avföringsrubbningar, viktnedgång och blod i avföringen gjordes ingen korrekt undersökning

Rektalpalpation, rektoskopi och kolonröntgen alternativt koloskopi ska utföras

**Två läkare fälls sedan de inte kunnat ställa rätt diagnos på en 60-årig kvinna som visade sig ha en stor tumör i övergången mellan kolon och rektum. Kvinnan avled. (HSAN 2834/06)**

Kvinnan, som dog den 18 maj 2006, besökte doktorn på vårdcentralen den 20 september 2005. Hon hade då sedan några veckor tillbaka haft diarré med lös brun avföring, kramper i magen och gått ned i vikt. Vid undersökningen framkom inget patologiskt, men ingen rektalundersökning genomfördes.

Prov påvisade blod i avföringen, vilket tolkades som hemorrojder.

Vid ny provtagning i slutet av oktober kvarstod fyndet av blod i avföringen. Besvären tolkades som colon irritabile och patienten fick behandling med läkemedel mot diarré.

Den 11 november hos en distriktsläkare framkom att kvinnan hade fortsatta besvär med lös avföring och buksmärter. Distriktsläkaren utförde ingen undersökning, men ansåg att förekomsten av blod i avföringen skulle utredas med röntgen av tjocktarmen.

## Stor tumör

Denna undersökning beställdes omedelbart, men beställningen kom inte till röntgenavdelningen förrän i slutet av månaden och utfördes i början av januari 2006.

Röntgenundersökningen visade en stor tumör i övergången mellan kolon och rektum. Vid undersökning på kirurgiska kliniken nåddes tumören med fingret och var vid rektoskopi belägen ca 9 cm från tarmöppningen.

Patientens man anmälde doktorn och distriktsläkaren.

Ansvarsnämnden läste patientens journal och Socialstyrelsens beslut avseende anmälan enligt Lex Maria. Nämnden tog in yttrande av de anmälda, som bestred att de gjort fel.

## Långdragna besvär

Doktorn berättade att patienten sökte första gången den 20 september för

långdragna besvär med brunaktig diarré, som hon haft i flera veckors tid och associerade med lättare krampaktiga smärtor i magen. Patienten uppgav mest besvär dagtid men någon förbättring framåt kvällen, dock inget besvär nattetid.

I övrigt hade hon varken blod eller slem i avföringen. Patienten uppgav också viktnedgång, dock oklart hur många kilo. Statusmässigt var hon helt utan anmärkning.

Undersökningen kompletterades med en del labprov, bland annat blodstatus, leverstatus, fecesodling, F-Hb samt S-kreatinin, S-Na och S-K. Patienten sattes in på Imodium 2 mg enligt Fass i symtomlindrande syfte. Samtliga prov var helt utan anmärkning förutom hypokalemi och positivt F-Hb.

Den 3 oktober gav han patienten telefonbesked om provsvaren samt ordnade med ny provtagning på grund av positivt F-Hb och proven kompletterades med SR, tyreoidaprov och ett nytt F-Hb, S-K. Han hade ordnat återbesök till mottagningen den 21 oktober.

Vid det besöket uppgav patienten att hon mätte rätt så skapligt, blivit betydligt bättre i magen och klarat sig med två tabletter Imodium 2 mg om dagen. SR var normal, men patienten hade positivt

F-Hb. Hon uppgav då att hon hade hemorrojder, vilket torde vara orsaken till hennes positiva F-Hb.

De kom överens om att avvakta med vidare utredning. Patienten fick rådet att kontrollera vikten och återkomma vid behov.

Den 11 november skrev kollegan distriktsläkaren en remiss till kolonröntgen. Denna gjordes först den 3 januari 2006. Doktorn fick svaret den 4 januari, ringde upp kirurgmottagningen samma dag, ordnade tid åt patienten till den 9 januari och faxade remissen dit.

## Extratid med förtur

Distriktsläkaren berättade att patienten den 31 oktober tog telefonkontakt med honom för att hon ville att en annan än

hennes tidigare läkare skulle undersöka henne.

Han ordnade en extratid med förtur och träffade patienten den 11 november. Patienten berättade att hon sedan några månader tillbaka hade haft lös avföring och smärtor i flanken. Hon hade gått ned en storlek i vikt men kunde inte uppge något kiloantal.

Vid undersökningen kunde distriktsläkaren konstatera att det fanns ett tidigare taget prov med spår av blod i avföringen, vidare att sänkan var förhöjd. Därför ordnade han med remiss för tjocktarmsröntgen, som skrevs direkt under besöket.

Väntetiden blev sex veckor mot normalt en månad, vilket kunde hänga samman med jul- och nyårshelgerna. Detta var dock röntgenavdelningens ansvar, framhöll distriktsläkaren.

## Diagnosen fördröjdes

Socialstyrelsen konstaterade att diagnosen ändtarmscancer fördröjdes. Nyttillkomna symtom som viktnedgång, knip-smärter i buken och diarré hos en kvinna i sextioårsåldern ska alltid inge misstanke om allvarlig buksjukdom tills motsatsen är bevisad.

Det fanns inget anamnesticiskt som talade för tarmsmitta eller diarré på grund av antibiotikabehandling. Förekomsten av positivt faeces-Hb stärker misstanken om allvarlig sjukdom. Hemorrojder kan aldrig, i patientens åldersgrupp, räcka som förklaring till rektalblödning utan att annan blödning i mag-tarmkanalen har uteslutits.

Utredning med rektalpalpation, rektoskopi och tjocktarmsröntgen bör påbörjas omgående då patienter söker med dessa symtom.

## Båda läkarna fälls

Ansvarsnämnden påpekar att vid patientens första besök hos doktorn framkom tecken på sjukdom i tjocktarmen. Trots avföringsrubbningar under några veckor, viktnedgång och fynd av blod i avföringen genomfördes ingen korrekt undersökning.

För patienter i den aktuella åldern ska diagnosen funktionella tjocktarmsbesvär inte ställas utan att en korrekt undersökning med rektalpalpation, rektoskopi och röntgen av tjocktarm alterna-

**»För patienter i den aktuella åldern ska diagnosen funktionella tjocktarmsbesvär inte ställas utan att en korrekt undersökning med rektalpalpation, rektoskopi och röntgen av tjocktarm alternativt koloskopi har utförts för att utesluta tumör.«**

tivt koloskopi har utförts för att utesluta tumör. Doktorn får en varning.

Distriktsläkaren fann att fyndet av blod i avföringen inte hade någon klar förklaring och remitterade därför patienten till tjocktarmsröntgen, vilket var

korrekt. Han borde emellertid ha kompletterat undersökningen med rektalpalpation och rektoskopi, vilket rimligen hade givit en korrekt diagnos.

Vid tjocktarmsröntgen är det väl känt att röntgenläkaren på grund av tekniken

som används inte kan ansvara för den sista biten av tarmen. Den delen av tarmen måste därför remitterande läkare undersöka innan remiss till röntgenundersökning skrivs. Distriktsläkaren får en erinran. ■

Handläggning och vidare utredning fördröjdes fem månader

## Prognosen hos kvinna med koloncancer försämrades

**Distriktsläkaren åsidosatte patientsäkerheten på ett flertal punkter, vilket försämrade patientens prognos. Hon visade sig senare ha en inoperabel koloncancer. (HSAN 2739/06)**

Den då 28-åriga kvinnan opererades 1982 för högersidig äggstockscancer. Senare togs även vänster äggstock bort. Kvinnan var sedan frisk, men vid en hälsokontroll 2004 på företagshälsovården konstaterades att hon led av anemi.

Hon remitterades till vårdcentralen, där distriktsläkaren remitterade henne till datortomografi av buken samt tog prov för den ärftliga blodsjukdomen talassemi. Han fann också en knuta på hennes hals.

Datortomografin visade en förändring i levern som sannolikt kunde vara ofarlig men som borde utredas vidare. Den 25 februari 2005 meddelade dock distriktsläkaren kvinnan att det inte fanns några tecken på cancer i buken.

I juli 2005 sökte kvinnan akut på sjukhuset för smärta i buken sedan en längre tid, viktnedgång och förändrade avföringsvanor. En utredning visade utbredd cancer i grovtarmen med spridning till lever och bukvägg.

Socialstyrelsen anmälde distriktsläkaren. Efter operationen 1982 i Libanon för en högersidig äggstockscancer genomgick kvinnan cellgifts- och strålbehandling. Något år senare togs vänster äggstock bort. Kvinnan var därefter symptomfri under många år.

När anemin upptäcktes 2004 remitterade hon till vårdcentralen för vidare utredning. Hon träffade distriktsläkaren den 10 januari 2005.

Denne antecknade i journalen att

kvinnan hade besvär med trötthet och yrsel samt gaser i magen efter matintag. Vid kroppslig undersökning fann han en hård centimeterstor knuta till vänster på halsen. Buken var utan anmärkning.

### Ingen uppföljning planerades

Mot bakgrund av kvinnans tidigare operationer samt då hennes syster har en blodsjukdom som kan vara ärftlig, talassemi, ordinerade läkaren en hel del laboratorieprov samt skrev remiss för dator-tomografi av buken. Han planerade fortsatt utredning av resistensen till vänster på halsen.

Datortomografi av buken genomfördes den 4 februari. Man fann en förändring i höger leverlob; en 2 centimeter stor förändring som laddade upp oregelbundet med kontrast.

Röntgenläkaren bedömde att det kunde vara ett atypiskt heman-giom men rekommenderade fortsatt utredning med ultraljud för att utesluta någon annan orsak.

Den 25 februari meddelade distriktsläkaren per telefon kvinnan att det vid datortomografiundersökning inte hade förelegat några hållpunkter för cancersjukdom i buken.

Vidare meddelade han att kalkvärdet var lågt och rekommenderade husmanskost. Någon fortsatt uppföljning eller utredning planerades inte.

### Tillståndet inoperabelt

Kvinnan sökte den 17 juli 2005 vid akutkliniken på grund av lågt sittande buk-smärtor sedan en längre tid tillbaka. Hon hade gått ned i vikt och fått ändrade avföringsvanor.

En fortsatt utredning under sommaren omfattande bland annat ultraljud

med punktion av leverförändringen, laparoskopi och koloskopi visade en utbredd cancersjukdom i grovtarmen med spridning till lever och bukvägg; adenokarcinom i sigmoideum med levermetastaser, peritonealkarcinos och ascites.

Tillståndet bedömdes som inoperabelt och i september överfördes kvinnan till onkologiska kliniken för cellgiftsbehandling.

Läkaren uppgav i ett yttrande att remiss för ultraljud och punktion av förändring i levern inte blivit åtgärdade och att uppföljningen inte skett lege artis.

Han skrev också att journalanteckningen från den 25 februari 2005 var vilseledande och att det borde angetts om fyndet på halsen (tyreoidea) skulle följas upp eller inte.

### Prognosen försämrades

Socialstyrelsen konstaterade att handläggning och vidare utredning av lågt blodvärde och oklara förändringar i levern hos kvinnan fördröjts med fem månader.

När utredning väl genomfördes visade det sig att hon hade en inoperabel grovtarmscancer med utbredd spridning. Fördröjningen bedömdes ha försämrat prognosen för henne. (Se närmare nästa artikel.)

Ansvarsnämnden läste Socialstyrelsens utredning och hämtade in yttrande av distriktsläkaren, som godtog Socialstyrelsens anmärkningar.

Han uppgav att han per telefon den 25 februari hade berättat för patienten att resultatet av undersökningen med datortomografi tre veckor tidigare inte var helt entydigt och att det behövdes ytterligare granskning.

Hon svarade omgående med oro. Då tänkte läkaren att en smärtsam punktion, ultraljud med biopsi, av en oklar förändring i levervävnad, som dock inte var fastställt malign, kunde vara början på en lång process med operativa in-

**»När utredning väl genomfördes visade det sig att hon hade en inoperabel grovtarmscancer med utbredd spridning. Fördröjningen bedömdes ha försämrat prognosen för henne.«**

grepp, eventuella cellgifter och utredningar, och därmed en process av lidande, som hade dåliga förutsättningar till kurativ behandling. Detta ställt i relation till att hon sade sig må bra – vilket inte var betydelselöst i sammanhanget.

Han hade inte tillräckliga hållpunkter för malignitet, men väl för en fortsatt prioriterad utredning av misstänkt buk-

malignitet, menade distriktsläkaren. Hans erfarenhet av peritonealkarcinos är dålig prognos, i synnerhet vid spridning av till exempel adenokarcinom.

Därmed hade kvinnan vid beslut om exspektans inte haft någon riktigt årlig chans att i samtal vid läkarstationen ytterligare få reflektera över eventuella utredningar och orsaker till dem, samt

möjligheten till vård vid eventuell sjukdom.

Ansvarsnämnden konstaterar att distriktsläkaren inte fullföljde utredningen av patientens anemi och leverförändring.

Inte heller har patientens knuta på halsen undersökts närmare. Distriktsläkaren får en varning. ■

## »Patientsäkerheten har åsidosatts på ett flertal punkter«

**Socialstyrelsen konstaterade att handläggning och vidare utredning av lågt blodvärde och oklara förändringar i levern hos kvinnan i föregående artikel fördröjdes med fem månader. Fördröjningen bedömdes ha försämrat prognosen för henne.**

Den 10 januari 2005 påbörjade distriktsläkaren på ett korrekt sätt en utredning av kvinnans låga blodvärde och magbesvär.

Därefter har hans handläggning inte varit i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och patientsäkerheten har åsidosatts på ett flertal punkter:

- Undersökningen med datortomografi den 4 februari visade bland annat en förändring i höger leverlob som laddade oregelbundet med kontrast och där radiologen rekommenderade fortsatt utredning med ultraljud. Distriktsläkaren har uppen-

barligen felbedömt röntgensvaret som att malign sjukdom i buken inte kunde föreligga.

Det korrekta hade varit att driva utredningen vidare, antingen genom fortsatt ultraljudsundersökning av levern, som radiologen rekommenderade, eller att remittera kvinnan vidare.

- Provtagning som genomfördes på vårdcentralen den 10 januari visade ett flertal avvikelser i kvinnans laboratorievärden; lågt mikrocytärt blodvärde med Hb 114 och MCV 65 (fl), lågt plasmakalcium 2,06 mmol/l och lågt plasma-albumin 31 g/l. Det låga blodvärdet i kombination med lågt MCV-värde borde ha föranlett vidare kompletterande blodprovstagning med bland annat S-ferritin och kontroll av eventuell förekomst av blod i avföringen.

I kombination med att kvinnan hade besvär från buken ingav de låga kalcium- och albu-

minvärdena också misstanke om sjukdom i mag-tarmkanalen och borde ha föranlett vidare utredning.

Den 25 februari meddelade läkaren per telefon kvinnan att hennes kalkvärde var lågt och rekommenderade henne att äta husmanskost. Att avbryta en pågående utredning där det förelegat patologiska provsvar med denna rekommendation är inte förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet. Det korrekta hade varit att utreda kvinnan vidare.

### **Ska undersökas närmare**

- Vid somatisk undersökning av kvinnan den 10 januari fann distriktsläkaren en hård knuta på vänster sida av sköldkörteln.

Han antecknade i journalen att eventuell vidare utredning med remiss för punktion av knutan skulle ske efter provtagning. När provsvar förelåg skrev han inte någon remiss för punktion.

Hårda knutor lokaliserade i sköldkörteln kan ibland vara maligna och ska undersökas närmare så att inte tumörsjukdom förbises eller missas. ■

**»Därefter har hans handläggning inte varit i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och patientsäkerheten har åsidosatts på ett flertal punkter: ...«**