

Accelererande bröstsmärtor, EKG-förändringar och stigande hjärtskademarkörer

Skulle valt aktivare strategi – relativt ung patient dog i hjärtinfarkt

Den 44-årige mannen fick allt tätare smärteepisoder med tilltagande EKG-förändringar förenliga med ischemisk hjärtsjukdom och successivt stigande hjärtskademarkörer. Kardiologen skulle därför ha valt en aktivare strategi än han gjorde. (HSAN 2901/05)

Den 44-årige mannen hade inga egentliga riskfaktorer för ischemisk hjärtsjukdom. Den 9 september vid 01-tiden på natten kom han med ambulans till akutmottagningen sedan han vaknat med bröstsmärtor, som han hade haft av och till de senaste dagarna. Han lades in på en hjärtavdelning med telemetri för utslutande/verifierande av infarkt.

Preliminärdiagnosen blev muskuloskeletalt utlöst bröstsmärta. De närmaste timmarna innehöll upprepade episoder med bröstsmärta, EKG-förändringar av ischemiskt utseende och stigande markörer för hjärtmuskelskada.

Kunde inte räddas

Diagnosen hjärtinfarkt ställdes 15 timmar efter ankomsten och då flyttades han till IVA. En kranskärlsröntgen vid ett PCI-center nästa dag visade totalstopp i vänster nedåttstigande kranskärlsgren.

Komplikationer tillstötte med uttalad proppbildning i kranskärlen. Han flyttades till en toraxkirurgisk klinik och opererades akut. På grund av en uttalad och omfattande hjärtmuskelskada kunde hans liv inte räddas. Han avled elva dagar senare på en toraxintensivavdelning.

Socialstyrelsen anmälde en kardiolog med stöd av ett utlåtande från sitt vetenskapliga råd i kardiologi, professor Eva Swahn. Se nästa artikel.

Socialstyrelsen ansåg att kardiologen hade ett överordnat ansvar för patienten och att han gjorde en feltolkning av symptom, EKG och hjärtskademarkörer.

Han brast i noggrannhet och fördröjde diagnosen och behandlingen av patientens hjärtinfarkt. Det kunde inte utslutas att förseningen hade en negativ påverkan på utgången.

Kardiologen bestred, med stöd av ett utlåtande av en konsultationsläkare i Läkarförbundet, professorn i kardiologi Johan Herlitz, att han gjort fel. Se nästa artikel.

Krav på samstämmighet

Han framhöll, med hänvisning till en dom i kammarrätten, att för att disciplinföljd ska kunna åläggas krävs enligt praxis att det hos den medicinska expertisen råder samstämmighet om att det skett ett avsteg från vetenskap och beprövad erfarenhet. Här rådde inte någon sådan samstämmighet mellan vetenskapliga rådet och Johan Herlitz.

(Reds anm: I minst två fall under de senaste åren har läkare som fällts såväl i Ansvarsnämnden som länsrätten friats av kammarrätten med den motivering som kardiologen åberopade. Det ena fallet gällde en förlossningsläkare, det andra en kirurg.

Vi berättade om dessa fall i nr 12/2005 respektive nr 37/2006).

Ansvarsnämnden konstaterar att trots att patienten var relativt ung och hade ett atypiskt smärtmönster, bedömdes hans tillstånd vid ankomsten till sjukhuset möjligen kunna förklaras av en koronarsjukdom alternativt en kombination av muskulära smärtor och en kranskärlssjukdom.

Det fortsatta förloppet karaktäriserades av allt tätare smärteepisoder och med tilltagande EKG-förändringar, som var förenliga med ischemisk hjärtsjukdom samt successivt stigande värden för hjärtskademarkörer.

Kardiologen borde därför redan vid morgonronden den 9 september och i vart fall senast vid smärteepisoden kl 11.30, då en EKG-undersökning åter visade tecken på akut myokardskada, ha valt en aktivare strategi.

Bedömningen mycket osannolik

Vid bedömningen kunde man inte isolera de olika delarna av förloppet utan var tvungen att se till kombinationen av accelererande bröstsmärtor, tilltagande EKG-förändringar och stigande värden på hjärtskademarkörer, även om dessa till en början var inom normalgränserna.

Vid denna kombination framstod bedömningen muskulära smärtor som orsak till besvären som mycket osannolik redan på morgonen den 9 september. Den erfarna kardiologen borde därför ha initierat en aktiv behandling av patienten.

Hans underlåtenhet renderar honom en erinran, beslutar Ansvarsnämnden. ■

En expert ville fälla, en annan fria

Socialstyrelsens vetenskapliga råd i kardiologi, professor Eva Swahn, ville fälla kardiologen i förra artikeln medan Läkarförbundets konsultationsläkare i kardiologi, professor Johan Herlitz, ville fria honom.

Här kan vi endast mycket kort återge delar av deras mycket omfattande argumentering.

Eva Swahn påpekade att patienten under några dagar hade haft anamnes på

instabil angina. Detta kamouflerades dock av något som han själv uppfattade som träningsvärk på grund av att han nyligen börjat träna intensivt.

Primärjournen lade dock in honom som hjärtobs, mest därför att patientens bröstsmärtor vid ankomsten släppte på nitroglycerin.

Patienten lades in på vanlig avdelning utan möjlighet till ischemimonitorering. Sannolikt gjordes detta val för att A uppfattade sannolikheten som mycket liten

för utveckling av hjärtinfarkt. Hade patienten lagts direkt på IVA med ischemimonitorering och specialutbildad personal hade möjligen sjukdomstillståndet tolkats som ischemiskt utlösta bröstsmärtor i ett tidigare skede.

Nattsjuksköterskan på avdelningen hann ändå ta ett EKG under pågående bröstsmärta. Detta EKG såg och bedömde dock inte primärjournen själv utan accepterade den av sjuksköterskan upplästa datortolkningen av EKG. Om primär-

jouren hade sett detta EKG och jämfört det med ankomst-EKG hade hon troligen, eller förhoppningsvis, noterat de tydliga tecken på ischemi som detta EKG, som var nr 2 i en seirie om totalt sju, uppvisade.

Otvetydig förändring

EKG nr 2 togs kl 03.57 vid bröstsmärta. Då fanns en otvetydig förändring i aVL jämfört med EKG 1. Här fanns ST-lyft, snarast ST-nedpressning inferiort. ST-formförändring och lyft även i VI-V4. Detta EKG läkarbedömdes alltså inte, utan datortolkningen accepterades.

EKG nr 4 togs kl 11.29, på nytt vid bröstsmärta. Återigen fanns ST-höjning i aVL där också en T-negativitet nu syntes. ST-höjningar även i VI-V3.

EKG nr 5 togs kl 15.46 med klar Q-våg och kvarstående ST-höjning i aVL, I och QS-komplex i VI-V2.

Sammanfattningsvis visade denna EKG-serie utveckling av framväggsinfarkt med utbredning även högt upp lateralt.

Myokardmarkörserien visade redan vid den andra provtagningen på morgonen den 9 september ett stigande värde jämfört med det första värdet.

Detta tillsammans med de under natten återkommande bröstsmärteepisoderna och EKG-förändringarna som nu tolkades även av kardiologen som »icke säkert invändningsfritt«, borde åtminstone i detta läge ha medfört intensivövervakning och behandling som vid instabil kranskärlssjukdom alternativt ST-höjningsinfarkt.

En ny episod med bröstsmärta tillstötte kl 11.25 varvid EKG visade ST-höjning (se EKG nr 4 ovan). Denna ST-höjning noterades av kardiologen, men ändå ordinerades Voltaren.

»Fortfarande fanns ingen tanke på pågående infarcering och flyttning av patienten till IVA. Detta ställningstagande dröjde ytterligare ett antal timmar och togs först då markörserien visade tecken på stor myokardskada.«

Fortfarande fanns ingen tanke på pågående infarcering och flyttning av patienten till IVA. Detta ställningstagande dröjde ytterligare ett antal timmar och togs först då markörserien visade tecken på stor myokardskada, kritiserade Eva Swahn.

Vid flyttningen till IVA ansåg en andra kardiolog att för lång tid hade förflutit efter smärtdebut och att EKG-förändringarna var otillräckliga (»ej odiskutabelt patologiska«) för reperusionsbehandling.

Här förbisågs det faktum att patienten haft upprepade episoder av bröstsmärta efter ankomsten, antydande dynamik i det ischemiska skeendet, och således sannolikt inte haft ett totalockluderat kranskärl hela tiden, hävdade Eva Swahn.

Inte fråga om missad diagnos

Johan Herlitz framhöll att alla som tagit del av detta tragiska fall måste vara överens om att det var olyckligt att tromboshämmande och antiischemisk behandling inte påbörjades tidigare.

Det fanns två tänkbara förklaringar till

annons

förseningen. Den ena var brist på kunskap och noggrannhet hos ansvarig vårdpersonal, den andra att förloppet var atypiskt och därigenom försvårade möjligheterna för optimal diagnostik och behandling i ett tidigt skede. Han hävdade att det sistnämnda var det dominerande inslaget.

Han pekade på atypiska och förvillande inslag i patientens tidigare sjukhistoria, förvarningssymtom, smärtförlopp och EKG-utveckling. Han pekade på att även vad gällde de biokemiska markörerna var förloppet atypiskt.

I sin bedömning av vårdpersonalens handläggning menade han att det var uppenbart att de redan från början haft hjärtinfarktdiagnosen i åtanke.

De hade arbetat med två arbetshypoteser, dels muskuloskeletal eller atypisk

bröstmärta, och dels akut koronart syndrom. Det handlade alltså inte om någon missad diagnos utan hela tiden om differentialdiagnostiska överväganden. Man kunde självfallet i efterhand ifrågasätta varför de inte intog en mera aggressiv approach.

Fullständigt försvarbart

Vad Johan Herlitz kunde förstå valde de mot bakgrund av de atypiska smärtorna att vilja ha en klar diagnos innan de satte in behandling. Det var försvarbart, menade han. Det fortsatta kliniska förloppet visade att detta var olyckligt.

Men personalen hade inte handlat mot vetenskap och beprövad erfarenhet, hävdade Johan Herlitz med skärpa.

Han ansåg att handläggningen av patienten var fullständigt försvarbar och att

den definitivt inte motiverade någon disciplinär påföljd.

Plan ska hindra upprepning

I ett kompletterande utlåtande berättade Eva Swahn att hennes utlåtande resulterat i en händelseanalys utförd på uppdrag av klinikledningen. Händelseanalysen ledde till att en åtgärdsplan upprättats för att hindra en upprepning av den tragiska händelsen.

Det är ju ett faktum att diagnosen missades under lång tid, varför inte helt adekvata åtgärder vidtogs i tid.

Med ett annorlunda vårdprogram, kopplat med tillräcklig kompetens och erfarenhet, hade denna patient kunnat hanteras på ett annorlunda sätt, vilket möjligen kunde ha förhindrat den tragiska utgången, hävdade hon. ■

Ortoped fälldes efter fingeramputation – nu frias han av länsrätten

Antibiotikabehandling inte nödvändig om såret reviderats tillräckligt

Med stöd av Socialstyrelsen frias en ortoped av länsrätten från en erinran han tidigare fått av Ansvarsnämnden efter en fingeramputation.

Vi berättade om Ansvarsnämndens fällning i nr 38/2006.

En 48-årig kvinna råka- de kapa av halva vänstra pekfingeret i en vedkap. En lokal infektion fördröjde läkningsförloppet. Ett ömmande amputationsneurom utvecklades i amputationstoppen. Efter en ny operation åtta månader senare kunde kvinnan återgå i arbete.

Patienten anmälde ortopedens som behandlade henne direkt efter olyckan.

Med stöd av ett sakkunnigutlåtande från överläkare Tomas Hultgren konstaterade Ansvarsnämnden att ortopedens inte hade utfört amputationen av fingret på det sätt som är rekommenderat.

Indicerat vid öppen fraktur

Han hade bland annat inte dragit fram de två digitalnerverna före avskärning. Detta var sannolikt skälet till uppkoms-

ten av det smärtsamma neuromet, ansåg Ansvarsnämnden. Mer allvarligt var att han inte heller hade givit antibiotika, vilket är indicerat vid en öppen fraktur. Avsaknad av antibiotika var en bidragande orsak till infektionen, som uppstod ett par dagar senare, menade Ansvarsnämnden. Ortopeden fick en erinran.

Han överklagade beslutet och hävdade att han hade reviderat såret enligt gällande rutiner på kliniken. Det inkluderade identifiering och kortande av digitalnerverna på gängse sätt. Ansvarsnämndens påstående att han inte hade dragit fram digitalnerverna var alltså fel. Han hade dragit fram dem före avskärningen.

Makroskopiskt rent

Ortopeden påpekade att antibiotika inte ges regelmässigt vid alla fingeramputationer. Han underströk att någon absolut indikation för antibiotikabehandling vid amputationer inte finns. Huruvida man ska ge antibiotika måste bedömas från fall till fall, bland annat beroende på hur rent såret är.

Efter revidering av såret och mycket riklig spolning bedömde han att antibio-

tika inte var nödvändigt. Såret var makroskopiskt rent.

Socialstyrelsen, som biföll överklagandet, påpekade att ortopedens bland annat uppgett att han hade reviderat såret enligt rutinerna på kliniken och hänvisade till ett utlåtande av vetenskapliga rådet, professor Göran Lundborg.

Denne förutsatte att ortopedens var sanningsenlig om att amputationsskadan behandlats och reviderats enligt allmänt vedertagen kirurgisk praxis. Han bekräftade att ett smärtsamt neurom kan uppstå trots nedkortning av nerven.

Kirurgisk slentrian

Antibiotika ges ofta av kirurgisk slentrian, men evidens finns från den medicinska litteraturen att sådan behandling inte är nödvändig vid vare sig öppna frakturer eller amputationsskador, under förutsättning att en tillräcklig revision av såret skett, hävdade Göran Lundborg. Han menade att det inte med säkerhet kunde visas att ortopedens av oaktsamhet inte fullgjort sina plikter.

Socialstyrelsen höll med.

Länsrätten menar att frågan i målet är om ortopedens har utfört amputationen enligt allmänt vedertagen kirurgisk praxis och enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

Länsrätten delar Socialstyrelsens uppfattning och friar ortopedens. ■