

Patient med pacemaker som söker för yrsel ska undersökas med EKG

En patient med pacemaker som söker på grund av nytillkommen yrsel ska undersökas med EKG, oavsett om patienten i vanliga fall kontrolleras vid hjärtmottagning. (HSAN 1290/07)

På grund av ett medfött hjärtfel fick den då 8-åriga flickan år 1984 en mekanisk hjärtklaffprotes och pacemaker.

År 2006 drabbades hon av trötthet, yrsel och konstiga hjärtslag. Hon undersöktes vid flera tillfällen på ett länssjukhus. Den 1 november sökte hon akut vid en vårdcentral på grund av yrsel. En distriktsläkare tolkade det som nackbesvär och beställde datortomografiundersökning av hjärnan.

Fick en ny pacemaker

Vid en undersökning på länssjukhuset den 16 november fann man att pacemakern hade gått över i sparläge, och sex dagar senare fick hon en ny pacemaker.

På grund av fortsatta besvär med trötthet och dålig ork fortsatte utredningen vid länssjukhuset. Man fann slutligen att förmakselektroden inte fungerade vid högre frekvenser, och hon remitterades den 28 februari 2007 till ett universitetssjukhus för elektrobyte.

Patienten anmälde distriktsläkaren och ansvarig personal vid länssjukhuset för fel i vården under tiden 2006–2007.

Ansvarsnämnden läste patientens journaler samt hämtade in yttrandet av distriktsläkaren och en kardiolog vid länssjukhuset. Båda bestred att de gjort fel. Kardiologen frias, varför vi lämnar hans argument.

Distriktsläkaren uppgav att patienten sökte henne på en akuttid den 1 november 2006 för yrsel som hon fått plötsligt på jobbet.

Patienten berättade att hon hade en hjärtsjukdom, att hon hade pacemaker och behandlades med Waran. Hon berättade att hon för hjärtat stod under kardiologkontroll på länssjukhuset.

Yrsel är ett ospecifikt symptom som kan ha olika orsaker, framhöll distriktsläkaren. Hon gjorde en klinisk undersökning, auskulterade hjärta, blodtryck, undersökte nacken och tog ett neurologiskt status.

»Nackutlöst yrsel«

Vid hjärtundersökningen fann hon ett blåsljud men en jämn, regelbunden rytm, och eftersom patienten stod under kardiologkontroll gick hon inte vidare med någon ytterligare hjärtundersök-

ning. Hon fann ömma och spända nackmuskler, vilket kan ge upphov till yrsel. Muskelspänningar kan i sin tur orsakas av att man befinner sig i en pressad situation.

Hennes slutsats blev att patienten hade en nackutlöst yrsel till vilken en pressad social situation kunde bidra. På grund av Waranbehandlingen och yrselns karaktär beslöt distriktsläkaren dock att beställa en datortomografi av hjärnan.

Ska undersökas med EKG

Ansvarsnämnden anser att de kontroller som utförts vid länssjukhuset har skett på sedvanligt sätt, och det finns inga tecken till feltolkning av data från pacemakern. Patientens undersökts på ett adekvat sätt, varför personalen där frias.

En patient med pacemaker som söker på grund av nytillkommen yrsel ska undersökas med EKG, oavsett om patienten i vanliga fall kontrolleras vid hjärtmottagning.

Distriktsläkaren borde därför ha tagit EKG och rådgjort med en hjärtmottagning/medicinklinik. Hon får en erinran, bestämmer Ansvarsnämnden. ■

Yrsel, nedsatt känsel, domningar och nedsatt kraft tydde på hjärnstamspåverkan

Borde remitterats till neurolog eller undersökts med skiktröntgen eller MR

Nedsatt känsel i ansiktet, försämring av smaken i tungan, domningar i arm, yrsel och nedsatt kraft i ben är symptom som tyder på hjärnstamspåverkan. Patienten borde ha remitterats till neurolog eller blivit föremål för skiktröntgen, alternativt magnetkameraundersökning. (HSAN 1266/07)

Den 58-åriga kvinnan sökte den 29 december 2004 vid en vårdcentral på grund av känselnedsättning i ansiktets vänstra sida och yrsel sedan ett år tillbaka. Hon remitterades till en öronklinik

vid länssjukhuset, där man bedömde att yrseln orsakades av hennes halsryggsbesvär.

Hon återkom till vårdcentralen den 14 oktober 2005 eftersom yrseln förvärrats. Man bedömde på nytt att yrseln härrörde från halsryggraden. Hon fick därför remiss till sjukgymnast för träning och remitterades även till ortoped för bedömning.

Beslöt att avvakta

Den 29 mars 2006 sökte hon på nytt vid vårdcentralen på grund av yrsel, svälj-

svårigheter och stickningar i vänster arm. Man bedömde att hon hade besvär som tidigare och beslöt att avvakta.

Den 12 april sökte hon åter vid vårdcentralen och berättade att knäet vid ett tillfälle en månad tidigare vikt sig bakåt samt att hon kände sig svag i vänster ben och gick med släpande gång.

Hon besvärades också av smärta på insidan av knäet när hon gick och hade sedan ett år en förmildelse över låret, som om det berördes av spindelnät.

Vid undersökning fann man ömhet över ett muskelfäste (pes anserinus), och

hon fick tabletter Diklofenak och remiss för röntgenundersökning av knäna.

Den 26 maj sökte hon på ett privat-sjukhus. Där fann en läkare efter under-sökning med magnetkamera ett stort meningiom, beläget petroklivalt med på-verkan på hjärnstammen.

Hon remitterades till universitets-sjukhus X. Den 20 juni be-dömde man att hon skulle opereras och att ingreppet borde utföras vid universi-tetssjukhus Y. Under tiden behandlades hon vid läns-sjukhuset. Den 4 septem-ber 2006 opererades hon vid universitetssjukhus Y.

Patienten anmälde bland annat personalen på vård-centralen. Ansvarsnämnden tog in patientens jour-naler samt yttranden av en AT-läkare och hennes handledare samt en ST-läkare. De två första frias varför vi lämnar deras argument.

Väntetiden 10 månader

ST-läkaren berättade att patienten kom till henne i mars 2006 på grund av yrselbesvär. Patientens väntade på ortopedbe-dömning och kände sig desperat då hon fått remissbekräftelse med väntetid giv-en till 10 månader.

Anamnestiskt fanns en pisksnärtsska-da i botten. Patienten var med om en bil-olycka 1993 och drabbades i efterförlop-pet av rygg- och nackbesvär.

Yrselbesvär debuterade under hösten 2004. Hon träffade då en distriktsläkare, och det framkom sväljningsbesvär, yr-selbesvär med ostadighetskänsla samt känselnedsättning på vänster sida i an-siktet, vilket även noterades i status. Pa-tienten remitterades till länssjukhuset, och yrselutredning gjordes på öronklini-ken där man bedömde att besvären san-nolikt kom från halsryggen.

Yrseln förvärrades

I november 2005 sökte patienten på grund av yrseln, som hade förvärrats. AT-läkaren remitterade efter handled-ning henne till ortopederna för bedöm-ning av halsryggsbesvär med kraftig yr-sel.

När ST-läkaren träffade patienten den 29 mars 2006 handlade det om samma symtom som ovan, dvs sväljningssvårig-heter och yrsel/ostadighetskänsla. Hon kände sig stadig med stöd av maken och kunde springa på löpband om hon höll sig i ett handtag.

I status noterade ST-läkaren nedsatt känsel kring vänster mungipa, det fanns beskrivet i journalen sedan flera år. Då

hon inte fann några nytillkomna neuro-logiska tecken, en yrselutredning tidi-gare var gjord på öronkliniken och pati-enten nyligen remitterats till ortoped-kliniken, skrev hon en ny remiss till or-topeden med önskemål om ompriorite-ring/omdirigering av remissen på grund av de handikappande besvären.

»... nedsatt känsel i ansiktet, försämring av smaken i tungan, domningar i arm, yrsel och nedsatt kraft i ben är symtom som tyder på hjärnstamps-påverkan.«

Den 12 april 2006 träf-fade ST-läkaren patienten, som en månad tidigare känt det som om vänster knä vek sig bakåt och sedan dess hade värk på insidan av knäet. Smärtan förvärrades vid gång. ST-läkaren fann ömhet över muskelfästet och tolkade detta som in-flammerat och ordinerade antiinflammatorisk medi-cin.

Röntgen beställdes och gjordes den 11 maj 2006 men visade inte artros i något av knäna.

Hade en hjärntumör

Den 29 maj 2006 fick ST-läkaren ett fax från privatsjukhuset där patienten sökt hjälp om att utredningen med MR hade visat en hjärntumör. Specialistvårdsremiss rekommenderades till neurokir-urgkliniken vid ett universitetssjukhus för ställningstagande till operation.

Samma dag pratade ST-läkaren med patienten. Hon pratade också med medi-

cinbakjouren vid länssjukhuset. Denne bad henne skriva remissen till neurokir-urgen vid universitetssjukhuset och att sända den via honom för vidimering då det gällde en specialistvårdsremiss. Re-missen skickades den 30 maj.

Tyder på hjärnstamps-påverkan

Ansvarsnämnden framhåller att nedsatt känsel i ansiktet, försämring av smaken i tungan, domningar i arm, yrsel och ned-satt kraft i ben är symtom som tyder på hjärnstamps-påverkan.

Även om man i detta fall skulle ha upp-fattat dessa symtom som multifokala fanns det skäl att utreda tillståndet. Pati-enten borde ha remitterats till neurolog eller undersökts med skikkröntgen alter-nativt magnetkamera.

AT-läkaren och hennes handledare kan knappast lastas för att de inte ifråga-satte tidigare specialisters bedömningar. De frias av Ansvarsnämnden.

Vid ST-läkarens undersökning i april 2006 hade sjukdomen fortskridit, och då fanns de nämnda symtomen, som tydde på att orsaken inte var ortopedisk. Hon borde ifrågasatt den tidigare diagnosen.

Borde ordnat ytterligare utredning

Hon skulle rådgjort med sin handledare eller ordnat ytterligare utredning med MR eller datortomografi eller i vart fall remitterat patienten till neurolog. Hon får en erinran. ■

»Sugklockan var inte hög utan medelhög«

I Läkartidningen nr 44/2007, sidan 3289, refereras ett ansvarsärende där en yngre kollega uppges ha lagt en hög sugklocka i samband med asfyxi.

När man läser fallbeskrivningen så finner man att vertex stod vid spinalplanet. Definitionsmässigt är det då inte fråga om en hög sugklocka utan om en medel-hög sugklocka.

Om huvudet har nått spinalplanet samtidigt som cervix är fullvidgad finns förutsättningar för en vaginal extrak-tion, och det är inte givet att man skall utföra kejsarsnitt.

Att hävda att det är lätt att utföra ett kejsarsnitt i dessa fall är inte sant, och det finns ett flertal studier som visar på ett ökat antal intraoperativa komplika-tioner vid dessa kejsarsnitt.

Däremot föreligger det ofta svårighet-er vid nivådiagnostik under förloss-

ningen. Vid palpation nerifrån kan man lätt missbedöma nivån av vertex i förhål-lande till spinalplanet. Därför är det vik-tigt att man utför yttre palpation och känner efter yttre segment.

Om de yttre segmenten av fosterhuvu-det inte kan palperas står fosterhuvudet nedanför eller vid spinalplanet och det finns förutsättningar för extraktion.

Höga extraktioner utförs endast vid extraktioner på tvilling två i modern ob-stetrik.

Karin Pettersson
förlösningsöverläkare

Marja-Liisa Swahn
överläkare, docent

Magnus Westgren
överläkare, professor;

samtliga vid enheten för obstetrik och gyne-kologi, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge