

Mastektomi med axillutrymning gjordes utan klara maligna fynd

Några klara fynd av malign art fanns inte hos patienten. Trots detta utförde kirurgen en mastektomi med axillutrymning. (HSAN 3284/07)

Den 49-åriga kvinnan genomgick den 4 juli 2007 en mammografiundersökning sedan hon känt två knölar i sitt vänstra bröst. Undersökningen, som inte visade några cancermisstänkta förändringar, kompletterades med en ultraljudsundersökning som visade förändringar i vänstra bröstet med oklar genes och en liknande förändring i höger bröst. Även finnålspunktioner gjordes.

Ultraljudsfyndet klassificerades som en »kod 4«, vilket innebär att risken är hög för att förändringen i bröstet är elakartad. Cancerdiagnosen kunde inte säkerställas, men inte heller uteslutas.

Ingen cancer fanns

Den 10 juli undersöktes kvinnan av en kirurg. Denne tog kontakt med en cytolog, som gav honom besked om att det inte förelåg några klara kriterier för att kalla provet malignt, men att den cytologiska bilden kunde stämma med tumörnekros.

Vid kontakt med röntgenläkaren framkom att ultraljudsfyndet bedömdes som kod 4. Därefter beslutade kirurgen om mastektomi med axillutrymning på grund av multifokal tumör på vänster sida och sektorresektion på höger.

Någon cancer kunde emellertid inte återfinnas i den bortopererade vävnaden.

Den 27 september utfördes en eftergranskning av mammografi- och ultraljudsundersökningarna där samtliga förändringar hade bedömts ha benigt utseende. Vid samma tillfälle eftergranskades även det cytologiska materialet, som inte påvisade malignitet.

Fick besked om cancer

Patienten anmälde kirurgen och röntgenläkaren.

Efter en mammografiundersökning, som hon fått tid till eftersom hon känt två knölar i sitt vänstra bröst, togs prov med nål från två av de fyra knutor som hittades vid undersökning med ultraljud; de syntes inte med vanlig mammografiundersökning. Hon fick besked om att hon hade cancer i vänster bröst.

Man tog även prov från det högra bröst-



Mammografiundersökningen visade inga cancermisstänkta förändringar.

tet med nål eftersom det fanns en knuta i det också, men det provet togs om eftersom man inte fått tillräckligt med substans för att säkerställa provet, som sedan visade att det inte fanns farliga celler, berättade patienten.

Blev av med bröstet i onödan

Hon fick sedan besked om att det måste bli en operation då man tar bort hela vänster bröst, även lymfkörtlar på vänster sida, och en tårtbit från höger bröst för att vara säker. Allt detta skedde inom loppet av nio dagar, med undersökning och operation.

Vid återbesök 14 dagar efter operationen fick hon veta att det inte var cancer, vilket hon naturligtvis var väldigt tacksam för, men samtidigt känns det väldigt onödigt att bli av med ett helt bröst, en bit av det andra och sist men inte minst lymfkörtlar när det inte var nödvändigt.

Hur kunde det visa på cancer i ett prov när det inte var det? Det kunde patienten inte förstå.

Blev helt fel

När hon skrev sin anmälan väntade hon på operation för att rekonstruera ett bröst.

Någonstans blev ju detta helt fel med operationen där man tar så mycket i onödan, och hon har fått vara sjukskriven och orolig. Patienten underströk också att hon inte ville att det i hennes journal skulle stå »bröstcancer«.

Ansvarsnämnden tog in patientens journal och yttrande av de anmälda, som bestred att de gjort fel. Röntgenläkaren frias varför vi lämnar henne.

Kirurgen berättade att bröstpatienten-

terna vid hans klinik sedan flera år sköts genom en multidisciplinär konferens där röntgenläkare, patolog, onkolog och kirurg samråder kring varje patient.

Sommartid fungerar dock inte detta då de under 4–6 veckor saknar onkolog. Mammografienheten är också stängd 2–4 veckor och veckorna innan stängningen är det ett pusslande för att få så många färdigdiagnostiserade patienter som möjligt opererade. Målet är operation inom 2 veckor efter diagnos.

Han träffade patienten den 10 juli, det vill säga veckan innan mammografien skulle stänga, deras onkolog hade semester och vid mammografienheten tjänstgjorde en läkare med lite andra rutiner i handläggandet än de ordinarie kollegerna.

Möjlig tumörnekros

Kirurgen fick en handskrivna remiss om att patienten sökt för två knutor som hon själv känt i vänster bröst, men vid ultraljud hade man nu funnit fyra knutor i vänster bröst samt en knuta i höger. Cytologiprovet som tagits var inte konklusivt, men talade för möjlig tumörnekros.

Han gick till mammografienheten och tittade tillsammans med röntgenläkaren på mammografibilderna, som inte visade några tumörer, medan ultraljud av vänster sida visade tydliga förändringar i olika delar av bröstet.

Röntgenkollegan bedömde dem som en 4 på den 5-gradiga skala de använder för att bedöma sannolikheten av malignitet. Dessutom fanns en oklar förändring i höger bröst.

För att ytterligare få stöd för beslutsfattandet tog han telefonkontakt med den cytolog vid ett universitetssjukhus som bedömt preparaten. Han fick veta att det inte fanns klara kriterier för att kalla provet malignt, men att en sådan cytologisk bild kan ses vid en tumörnekros.

Han fick alltså uppgiften att knutorna i vänster bröst var nytillkomna, att en ultraljudsmässigt klar misstanke om malignitet förelåg och att cytologisvaret inte direkt motsade detta. Till det kom att det under sommarmånaderna är kraftigt neddragen operationskapacitet och att egentligen enbart tumörkirurgi kan komma ifråga förutom akuta fall, uppgav kirurgen.

Med intentionen att hjälpa patienten

till ett snabbt omhändertagande och att hon skulle slippa leva i oro över vad hon hade i bröstet, ordnade de en »klämtid« en fredag. Att låta henne vänta ytterligare 2–3 veckor på diagnostik och operation kändes inhumant, framhöll kirurgen.

Ingen cancerväxt

Med tanke på multifokalitet kunde inget annat än en ablation av vänster bröst tänkas och inte heller kunde enbart en SN-undersökning utan regelrätt axillutrymning komma i fråga.

På höger sida planerades en diagnostisk sektorresektion.

Operationen genomfördes på vanligt sätt utan komplikationer. När det var dags för återbesök och svaret på preparatet var klart, hade kirurgen hunnit gå på semester.

Det visade sig att man inte funnit någon cancerväxt i bröstet och då förstas inte heller i axillkörtlarna, berättade han.

När kirurgen såg tillbaka på förloppet insåg han att han handlat för snabbt i sin iver att hjälpa patienten. Han borde ha bett om en mellannålsbiopsi och låtit det ta den tid som behövdes.

Det skulle då i stället blivit en operation med avlägsnande av två sektorer av vänster bröst. Det skulle ha lämnat mycket lite bröstvävnad kvar, men patienten skulle inte ha utsatts för en onödig axillutrymning.

Ska inte göras utan klara fynd

Ansvarsnämnden framhåller att vid bröstkirurgi ska inte en stympande operation utföras utan klara fynd av malignitet eller annan allvarlig sjukdom i bröstet.

Några klara fynd av malign art fanns inte hos patienten. Trots detta utförde kirurgen en mastektomi med axillutrymning.

Att ultraljudsfyndet bedömdes som kod 4 innebär som regel, även om en operation bör utföras, att diagnosen först bör säkerställas genom att till exempel utvidga vävnadsprovtagningen med grövre nål, alternativt genom att med en öppen operation ta bort själva knölen och låta undersöka den.

Kirurgen får en disciplinpåföljd. Med hänsyn till att det inte fanns någon möjlighet till multidisciplinär konferens där alla undersökningarna hade kunnat eftergranskas och diskuteras, finner Ansvarsnämnden att påföljden kan bestämmas till en erinran.

Fyra av de nio nämndledamöterna ville i stället ge kirurgen den strängare påföljden varning. ■

Genomlysning otillräcklig postoperativ kontroll

Mycket kraftig rotation av femur upptäcktes inte

Den radiologiska postoperativa kontrollen var otillräcklig och inkluderade endast genomlysningar av lårbenet, vilket inte ger möjlighet att bedöma en rotationsfelställning. (HSAN 3381/07)

Den 45-årige mannen skadade höger ben i samband med skidåkning den 3 april 2007 och fördes med ambulans till sjukhus. Röntgenundersökning visade att han ådragit sig en subtrokanter dislokerad femurfraktur, som fixerades med spik vid en operation samma dag. Ingreppet utfördes av en ortoped. Dagen efter överfördes patienten till sitt hemsjukhus där han reopererades.

Patienten anmälde ortoped för att frakturen fixerades med en felställning så att han måste reopereras.

Klart förbättrat läge

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

Denne uppgav att patienten hade mycket muskulösa och stora lår. Röntgen visade att frakturen var dislokerad. Då frakturen var under trokanterområdet valde han att anmäla patienten för mærgspikning. Detta för att få mera stabila förhållanden, lättare reposition och bättre läkning.

När patienten var bedövad och låg på operationsbordet såg man att frakturen var mer dislokerad än tidigare. Genom kraftigt drag i frakturen samt att benet vinklades in mot mitten och kraftigt roterades inåt fick frakturen ett klart förbättrat läge.

Ortopeden roterade patella något mer än horisontellt i inåtrotationen för att få ett bättre läge. För att få ner spiken krävdes bara ett mindre hudsnitt ovanför muskelfästena mellan lår och bäcken, vilket även borgar för en snabbare och bättre läkning.

Alternativet hade varit att öppna hela

låret, gå igenom den kraftiga muskulaturen och försöka reponera frakturen med frakturhållartänger. Men han valde alltså att försöka få ner en spik i stället.

Då spiken kommit på plats i lårbenet blev frakturen ytterligare något förbättrad, men inte helt bra, men han accepterade läget och valde att gå vidare upp i

lårbenshalsen med spikarna, som båda fick ett bra läge och fäste. Han släppte där efter på både draget och inåtrotationen för att benet skulle komma i ett mer neutralt läge och inte heller vara utdraget för att inte spikarna i lårbenshalsen och huvudet senare skulle skära. De båda skruvarna längst ner i mærgspiken fick också mycket gott fäste.

Bilderna från operationen sparades för demonstration inför ortopedkollegor nästa morgon. Under diskussionen vid röntgenronden framkom inga avvikande åsikter om frakturen och dess behandling.

Patienten mätte illa postoperativt men var väl smärtlindrad, hade en hel del besvär med miktionen som slutligen löste sig. Han remitterades vidare till hemortssjukhuset för fortsatt vård och rekommenderades partiell belastning de första fyra veckorna under läkningsprocessen.

Ortopeden berättade att han förklarar för patienten om den komplicerade frakturen och att de hade fått den i ett acceptabelt läge, dock inte perfekt.

Grav rotationsfelställning

Ansvarsnämnden konstaterar att patienten hade ådragit sig en fraktur i lårbenets övre del, vilken fixerades vid en operation utförd av ortoped.

Det förelåg peroperativa svårigheter att reponera frakturhållartänger, men ortoped har uppgett att dess läge sedermera bedömdes vara acceptabelt. Dagen efter ingreppet överfördes patienten till sitt hemortssjukhus, där man konstaterade en grav rotationsfelställning på mer än



Patienten bröt sitt lårben under skidåkning.

Foto: Mikael Sjöberg/Scanpix

50 grader i frakturen. Detta är inte acceptabelt.

Vid reponering av en fraktur felställning används ofta stor kraft för att uppnå ett gott läge. Det är därför betydelsefullt att kontrollera att ingen rotationsfelställning uppstått i frakturen innan operationen avslutas.

Ortopeden har uppenbarligen brustit i denna kontroll eftersom den betydande

felställning som konstaterades hade kunnat upptäckas genom en klinisk kontroll av höftrörligheten under operationen.

Den radiologiska postoperativa kontroll som gjordes var otillräcklig och inkluderade endast genomlysningar av lårbenet, vilket inte ger möjlighet att bedöma en rotationsfelställning.

Ortopeden får en erinran. ■

Vanlig och känd diagnos kan vara svår att ställa med enbart röntgen

Inkilad kollumfraktur är en vanlig och känd diagnos, som kan vara svår att ställa med hjälp endast av röntgenundersökning. (HSAN 513/07)

Den 67-åriga kvinnan ramlade i hemmet i slutet av januari och slog i vänster höft. Hon fick därefter svårigheter att gå och uppsökte primärvårdens jourcentral. Hon remitterades till sjukhus för röntgenundersökning av vänster höftled med frågeställningen fraktur.

Sedan röntgenläkaren granskat bilderna fick patienten beskedet att det inte var någon fraktur och skickades hem.

Hade en inkilad kollumfraktur

Eftersom hennes besvär kvarstod uppsökte hon läkare på nytt och remitterades för röntgen av bäcken och vänster höftled med frågeställningen inkilad kollumfraktur.

Röntgenundersökningen, som utfördes den 14 februari, visade en sådan fraktur.

Patienten anmälde röntgenläkaren.

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

Denne berättade att patienten undersöktes med röntgen av vänster höftled och bäcken med frågeställning fraktur.

De bilder som togs visade ett litet område med ökad täthet vid övergången mellan vänster lårbenshuvud och lårbenshalsen. Han tolkade detta som förändringar som uppkommit på grund av förslitning i höftleden, med ökad bennytbildning på kanterna av lårbenshuvudet.

Någon övertygande frakturlinje med felställning kunde inte påvisas.

Vid förnyad undersökning den 14 februari, som föranleddes av att besvären

inte ville ge med sig, konstaterades en tydlig fraktur där det fanns en felställning som tillkommit sedan föregående undersökning.

Det kan alltså konstateras att det vid den andra undersökningen påvisades en fraktur som inte säkert kunde påvisas vid den första undersökningen då det inte syntes någon felställning eller tydlig frakturlinje, påpekade röntgenläkaren.

Han menade därför att han inte kunde klandras för att inte ha sett frakturen då det fanns en alternativ diagnos som kunde förklara fyndet av ökad täthet i skelettet vid övergången mellan lårbenshuvud och lårbenshals vid den första undersökningen.

Ansvarsnämnden slår fast att man vid eftergranskning av bilderna från den första röntgenundersökningen kunnat se en inkilad kollumfraktur. Den är tydligare vid den andra undersökningen den 14 februari men kan uppfattas redan vid den första undersökningen.

Kartläggningen extra viktig

Inkilad kollumfraktur är en vanlig och känd diagnos som kan vara svår att ställa endast med hjälp av röntgenundersökning. Det är därför extra viktigt, när frågeställningen är så precis som i detta fall – det vill säga att patienten har trillat på vänster höft, har smärtor och frågar efter fraktur – att man vid röntgen verkligen kartlägger om det finns en fraktur eller inte.

Trots att frakturen var svår att se vid den första röntgenundersökningen, borde röntgenläkaren i egenskap av specialläkare ha upptäckt den.

Han har således av oaktamhet inte fullgjort sina skyldigheter. Felet är varken ringa eller ursäktligt och renderar honom en erinran. ■

Missade att patienten hade tumör i ryggen

Doktorn tog ingen adekvat anamnes och gjorde ingen adekvat neurologisk undersökning. Hon missade att patienten hade en tumör i ryggen. (HSAN 2792/07)

Den 22-årige mannen uppsökte den 27 mars 2007 ett läkarhus på grund av smärta i vänster ben och undersöktes av doktorn. Han hade skadat vänster fot tre år tidigare men varit smärtfri en period.

En ny smärta hade uppstått två år före besöket och han hade nu tilltagande smärta, svaghet, domningar och känselnedsättning men inga ryggsmärtor. Doktorn konstaterade att patienten hade nedsatt känsel på insidan av fotleden och att han inte kunde belasta foten. Han fick lämna blodprov och hon beslöt om vidare utredning vid fortsatt smärta och sjukskrev honom.

Den 18 april undersökte doktorn underbenet och skrev remiss för ultraljudsundersökning av benet. Vid nytt besök den 24 april blev patienten sjukskriven i avvaktan på röntgenundersökningen. Han hade sedan telefonkontakt med doktorn flera gånger. Den 15 juni remitterade hon honom till ortoped.

Diagnostiserade tumör i ryggen

Den 6 augusti sökte han akut på ortopediska kliniken vid ett sjukhus där man diagnostiserade en tumör i ryggen. Han överfördes till neurokirurgiska kliniken vid ett universitetssjukhus där han opererades den 10 augusti.

Patienten anmälde doktorn, som bestred att hon gjort fel. Hon berättade att patienten vid första besöket klagade på smärta i vänster fot och vänster underben. Efter undersökning remitterade hon honom till sjukhus för följande undersökningar: Blodprov, ultraljud vänster ben, magnetkamera vänster underben.

Sedan svaren kommit fick patienten remiss till ortopedkliniken för utredning och bedömning.

Patienten hörde av sig flera gånger på telefon med anledning av försenat svar på ortopedremissen. Han klagade också på smärta i vänster fot och underben.

Ansvarsnämnden konstaterar att doktorn vid sin utredning koncentrerade sig endast på patientens besvär från vänsterbenet. Hon hade inte heller gjort någon ny undersökning och bedömning, då han senare uppsökte henne och ringde till henne.

Hon hade uppenbarligen inte övervägt att hans besvär kunde komma från ryggen och således inte tagit en adekvat anamnes eller gjort en adekvat neurologisk undersökning. Hon får en erinran.