

Onkolog och kirurg varnas sedan kvinna avlidit i bröstcancerrecidiv

Trippeldiagnostik ska göras även om knölen uppstår under strålbehandling

Onkologen borde ha utfört en noggrannare utredning och kirurgen borde ha ordnat mammografiundersökning och punktion när den bröstcanceropererade kvinnan under strålbehandling fick en ny knöl i samma bröst. (HSAN 3478/07)

Den 33-åriga kvinnan opererades för cancer i vänster bröst med bröstbevarande kirurgi den 18 augusti 2005. Efter cytostatikabehandling remitterades hon till onkologiska kliniken på ett universitetssjukhus för strålbehandling.

Under pågående strålbehandling, den 4 april–17 maj 2006, upptäcktes att hon hade en mjuk 8 mm stor knöl i samma bröst. Hon rekommenderades att vänta med eventuella åtgärder till efter behandlingen.

Inga undersökningar gjordes

När strålbehandlingen avslutades träffade hon onkologen igen och återremitterades till kirurgkliniken på hemorten för uppföljning. Den 21 juni 2006 träffade hon kirurgen. Inga undersökningar av knölen gjordes.

Den 14 december undersöktes knölen och det bekräftades då att det rörde sig om ett återfall i bröstcancer.

Patienten anmälde de båda läkarna. Hon uppgav bland annat att onkologen bedömt knölen som ofarlig. Efter avslutad strålbehandling så även kirurgen att den var ofarlig.

Ansvarsnämnden tog in patientens journal och yttranden från de anmälda, som bestred att de gjort fel.

Onkologen berättade att han undersökte patienten första gången den 4 april 2006 utan att i status finna några tecken till patologiska förändringar. Vid sedvanligt planerat läkarbesök efter att patienten fått 22 av de planerade 50 Gy oroadde hon sig över en knöl i anslutning till operationsåret i vänster bröst.

I status palperades en ca 8 mm stor mjuk knöl förenlig med konsistensen hos patientens övriga bröst, som uppvisade en tydlig körtelkonsistens.

Han rekommenderade att avvakta med fortsatt utredning till efter det att

behandlingen avslutats och då de radioterapiinducerade biverkningarna försvunnit.

Det bör framhållas att strålbehandlingen vid detta tillfälle hade orsakat att bröstvävnader i viss mån blev svullna och ömma samt att de naturliga och tydliga körtelstrukturerna accentueras vilket gjorde bröstet svåra att bedöma. Dessa biverkningar gör att man inte brukar göra diagnostiska undersökningar under pågående strålbehandling, så även i detta fall, hävdade onkologen.

Bedömningen svårare

Undersökningar som mammografi och ultraljud är i denna fas mycket svåra att bedöma, och rekommenderas tidigast några veckor eller någon månad efter avslutad strålbehandling. Även cytologi skördad under pågående strålbehandling är svårare att bedöma säkert. Därför strävar de alltid efter att genomföra cytologisk diagnostik före eller efter strålbehandling om de hittar patologiska fynd.

»Även om knölen uppstod under strålbehandling, och bröstet efter detta var svårpalpabelt, gäller Socialstyrelsens rekommendationer om trippeldiagnostik ...«

Fortsatt radioterapi till tänkt fulldos bedömdes som den viktigaste åtgärden för patienten i detta fall, framhöll onkologen.

Repalpation rekommenderades vid första återbesöket vilket alltid görs rutinmässigt hos inremitterande instans. Denna information fick också patienten.

På kirurgiska kliniken bedömdes bröstet vid kontrollpalpation den 21 juni vara normala utan tecken till recidiv. Åtta månader efter avslutad radioterapi, i december 2006, uppmärksammades tyvärr ett lokalt recidiv i vänster bröst vid kontrollmammografi.

Dessvärre fann man att sjukdomen även spridit sig till levern.

Båda brösten utan resistens

Kirurgen berättade bland mycket annat att patienten kom på kontroll efter strålbehandlingen den 21 juni 2006. Båda brösten var palpatoriskt utan någon resistens.

Vid ettårskontrollen den 14 december hittade man strax ovan året efter den

partiella mastektomin en knöl som inte var rörlig.

På mammografi samma dag såg man i vänster bröst kl 2 cirka 8 cm från mamillen kranieellt om operationsåret en hård, inte förskjutbar cirka 5 mm stor tumör.

En mammografiundersökning visade kod 4, som betyder misstänkt tumör, och man gjorde vävnadsprov med mellannål. Histopatologisk undersökning visade lokalt recidiv av duktal cancer. PAD-svaret kom den 19 december. DT torax och buk den 29 december visade misstänkt levermetastas i vänster leverlob. Inga lungmetastaser.

Patienten avled

Den 17 januari 2007 gjorde man en leverbiopsi under ultraljudskontroll. PAD-svaret visade levermetastas av duktal cancer, förenlig med spridning från patientens tidigare diagnostiserade bröstcancer.

Patienten informerades om fyndet. Behandling med Taxol påbörjades den 16 mars, uppgav kirurgen.

Patienten avled den 24 oktober 2007.

Trippeldiagnostik ska göras

Ansvarsnämnden framhåller att ett återfall i ett canceropererat bröst kan uppstå när som helst, och när det vid undersökning bekräftas att det rör sig om en knöl bör en utredning göras.

En aktuell strålbehandling är inget hinder för att göra finnålsbiopsi, mammografi samt eventuellt ultraljud även om resultaten av undersökningarna kan bli svårtolkade.

Onkologen borde således ha utfört en noggrannare utredning antingen vid besöket under strålbehandlingen eller när strålbehandlingen avslutades.

Kirurgen hade tillgång till journalkopior med uppgift om knölen. Han borde därför ha ordnat mammografiundersökning och punktion när han träffade patienten vid återbesöket i juni 2006.

De båda läkarnas fel motiverar disciplinpåföljd. Även om knölen uppstod under strålbehandling, och bröstet efter detta var svårpalpabelt, gäller Socialstyrelsens rekommendationer om trippeldiagnostik, varför påföljden blir en varning, bestämmer Ansvarsnämnden. ■

Borde remitterat kvinna med grav synned-sättning till neuroradiologi

Besvären berodde på en hjärntumör

Den 31-åriga kvinnan hade en grav synned-sättning men var i övrigt ögonfrisk. Vid en sådan funktionsförlust måste hjärntumör uteslutas. (HSAN 3591/07)

Kvinnan anmälde i oktober 2007 sin ögonläkare för att inte ha tagit hennes synned-sättning på allvar då hon under 2005 uppsökte ögonkliniken. Hon påpekade att uppföljning och kontroller inte vidtogs.

Hon förstod inte informationen om vad hennes besvär orsakades av. Väsentligen var även lång när hennes synned-sättning förvärrades under år 2007.

Hennes besvär berodde på en tumör, som numera opererats.

Ögonläkaren bestred att hon gjort fel. Hon uppfattade besöken före den 22 oktober 2005 som preskriberade och påpekade att patientens besök på ögonkliniken den 6 december 2005 skedde enbart hos ortoptist. Hon själv undersökte inte patienten vid detta besök.

Ortoptisten bedömde att synned-sättningen var funktionell. Ortoptisten rådgjorde med ögonläkaren.

Funktionell synned-sättning

Tidigare undersökning av synskärpan hade inte visat någon förbättring när syntavlan flyttades fram till 3 m. Om avståndet till syntavlan halveras, ska synskärpan förbättras. Eftersom så inte skedde kunde det tyda på en funktionell synned-sättning.

En tidigare undersökning hade inte visat någon synfältsdefekt utan synfältet hade lite speciellt utseende. Ögonläkaren tolkade synfältsutseendet som funktionellt, uppgav hon.

Uppfattningen att synned-sättningen var funktionell stöddes av att den enligt anamnesen och remissen hade funnits sedan november 2004 utan att kvinnan hade sökt för den på ögonkliniken.

Väntetiden under 2007, mellan remis-

sens ankomst till ögonkliniken den 2 mars och besöket hos henne den 31 maj, hade hon inte kunnat påverka. I samband med detta besök vidtogs åtgärder för att påskynda undersökningen på radiologen, framhöll ögonläkare.

Ansvarsnämnden påpekar att den på grund av preskription inte kan pröva anmälan mot ögonläkaren för tiden före den 22 oktober 2005.

Synskärpan sjönk till omätbar

Efter den dagen hade ögonläkaren under år 2005 befattning med patienten den 6 december. Patientens hade då undersökts av ortoptist, som rådgjort med ögonläkaren.

Vid undersökningen hade konstaterats ytterligare synförsämring jämfört med en undersökning den 8 juli 2005. Synskärpan på höger öga hade sjunkit från 0,1 till omätbar med synprovningstavla även på närmaste avstånd. På ögat fanns ingen närsynsfunktion för läsning över huvudet.

Med vänster öga kunde patienten enbart läsa stor rubriktext. För läsning av skrift krävdes punktstorlek 14 mot tidigare 12.

Den 22 september 2005 hade patienten genomgått en synfältsundersökning, som ögonläkaren bedömde hade ett lite speciellt utseende.

Hon tolkade såväl detta som den kraftiga, progredierande synned-sättningen som funktionell.

Kvinnan var en yngre patient med en grav synskärpenedsättning men i övrigt ögonfrisk.

Vid en sådan funktionsförlust måste hjärntumör uteslutas, innan man som uteslutningsdiagnos diagnostiserar tillståndet som funktionellt.

Ögonläkaren borde därför i vart fall efter samrådet med ortoptisten den 6 december 2005 ha remitterat patienten för en neuroradiologisk undersökning. Hon får en varning. ■

»Kvinnan var en yngre patient med en grav synskärpenedsättning men i övrigt ögonfrisk. Vid en sådan funktionsförlust måste hjärntumör uteslutas, innan man som uteslutningsdiagnos diagnostiserar tillståndet som funktionellt.«

Utvecklade central pontin myelinolys efter alltför snabb korrigerig av hyponatremi

Risken inte tillräckligt känd i vården

Komplikationsrisken vid behandling av allvarlig hyponatremi är inte tillräckligt känd i sjukvården, hävdar Socialstyrelsen. (HSAN 1108/07)

En 51-årig kvinna missbrukade alkohol och hade haft kontakt med beroendemottagning vid ett universitetssjukhus när hon den 5 augusti fördes till akutmottagningen vid universitetssjukhuset efter det att sonen funnit henne i hemmet med blåmärken över hela kroppen.

En skiktröntgen av hjärnan visade inte någon blödning eller annan akut skada. Hon lades in för observation.

Dog efter skada i hjärnstammen

Hon bedömdes nästa morgon av en kirurg, som beslöt att föra över henne till beroendekliniken. Prov visade lågt natriumvärde (111 mmol/l) och lågt kaliumvärde (2,2 mmol/l). Kvinnan återremitterades till akutmottagningen och undersöktes av internmedicinare A, som fann henne desorienterad men vaken.

A ordinerade 800 ml NaCl 0,9 % att infunderas under åtta timmar, dvs infusion av 15 mmol natrium per timma. Emellertid gavs 1 000 ml och infusionen gjordes under fem timmar. Kl 23.50 hade natrium stigit till 121 mmol/l. En läkare ordinerade då 1 000 ml av 0,9 % NaCl med tillsats av 80 mmol kalium, och den infusionen gick in fram till kl 12.00 den 7 augusti.

På förmiddagen den 7 augusti undersöktes kvinnan av internmedicinare B. Även denne ordinerade 1 000 ml NaCl 0,9% att infunderas under fyra timmar.

Kvinnan avled

På eftermiddagen samma dag var natrium 129 mmol/l. Hon flyttades på nytt till beroendekliniken. Under de följande dagarna utvecklade hon en generell svaghet i extremiteter och sväljningssvårigheter. Utredning visade att hon fått en skada i hjärnstammen, pontin myelinolys. Hon avled den 4 oktober.

Kvinnans barn anmälde en lång rad läkare och sjuksköterskor. Vi håller oss till tre som fällt, kirurgen samt A och B.

Kirurgen berättade att patienten vid hans undersökning var helt opåverkad, kontrollerna var utan anmärkning. Neu-

rologistatus var utan anmärkning. Hon hade ätit och druckit. Han fann ingen anledning att ta blodprov på henne då. Han kontaktade läkare på beroendecentrum för fortsatt behandling.

A träffade patienten den 6 augusti på medicinens akutintag kl 17.00. Med tanke på uttalad hyponatremi satte A in behandling med natriumkloridinfusion i liten mängd, 800 ml 0,9 % natriumklorid med 40 mmol kaliumtillsats. Infusionen skulle enligt ordinationen pågå åtta timmar. Senare lade A in patienten på AVA och ordinerade ny kontroll av elektrolytstatus och rapporterade patienten till bakjouren, en endokrinolog.

Internmedicinare B var bakjour den 7 augusti och bedömde att patienten kunde ha ett begynnande delirium och bäst kunde skötas av beroendecentrum. Han kom ihåg att han reagerade på den stora mängden NaCl som hon hade fått och på den mycket snabba korrigeringen av hennes S-Na.

Tyvärr blev det inte mer än en reflektion, uppgav B. Som en av de inblandade läkarna kunde han bara konstatera att de begick ett mycket beklagligt fel. Han borde ha avslutat NaCl-infusionen.

Död och svåra hjärnskador

Socialstyrelsen uppgav att flera fall av utveckling av central pontin myelinolys efter alltför snabb korrigerig av hyponatremi har anmälts enligt Lex Maria. Två patienter har avlidit, övriga fått svåra hjärnskador. Socialstyrelsen bedömer att komplikationsrisken vid behandling av allvarlig hyponatremi inte är tillräckligt väl känd i sjukvården.

Ansvarsnämnden anser att kirurgen innan han tog ställning till remittering till beroendekliniken borde ha föreställt om provtagning åtminstone innefattande elektrolyter, njurfunktionsprov och Hb. Han får en erinran.

Patienten hade den 6 augusti extremt lågt natriumvärde, 111 mmol/l. Om man vid ett så lågt värde tillför natrium snabbt kan allvarliga skador uppstå i hjärnstammen. Som första åtgärd vid extremt lågt natriumvärde försöker man

bedöma om det låga värdet uppkommit genom att patienten förlorat stora mängder vätska de senaste dygnen. Är det så kan det låga värdet spegla en genuin brist på natrium, samtidigt som patienten ersatt vätske- och saltförluster med enbart vatten.

Nästa steg är att bedöma om natriumkoncentrationen är låg beroende på att vattenmängden i blodet ökat som följd av att njurarna inte utsondrat överskott av vatten.

Som generell regel anges att natriumvärdet inte bör höjas från extremt låga nivåer med mer än 8–10 mmol per dygn. För denna patient borde behandlingen syftat till ett natriumvärde på 119–121 mmol/l vid 17-tiden den 7 augusti.

Enligt de anvisningar som fanns på kliniken skulle behandling av hyponatremi vara inriktad på att uppnå ett natriumvärde på 125 mmol/l genom att höja natriumnivån 1–2 mmol/timme.

Det är tydligt att man vid författandet av dessa anvisningar underskattat risken för uppkomsten av pontin myelinolys.

Summarisk undersökning

A gjorde en ytterst summarisk undersökning och det framgår inte av journalen hur hon bedömde henne. Hon ordinerade 800 ml NaCl 0,9 % att ges under åtta timmar, en förhållandevis stor mängd under kort tid.

A borde ha sett till att bestämma natriumhalten varannan till var fjärde timma för att förvissa sig om att natrium inte steg för snabbt.

Vidare borde hon till sjuksköterska ha givit uppgift om hur högt natrium som mest fick stiga och att om den nivån uppkom skulle infusionen stoppas.

A är specialist i medicin. Hon borde, med tanke på att behandling av extremt lågt natrium är vanskligt, ha givit instruktioner om den fortsatta handläggningen till de läkare som skulle ta över patienten. Hon får en erinran.

Internmedicinare B:s ordination av ytterligare 1 000 ml NaCl att ges under fyra timmar var utifrån klinikkens riktlinjer helt obefogad och felaktig. Han borde ha avstått från ytterligare infusioner av NaCl. Han får en varning. ■

»Det är tydligt att man vid författandet av dessa anvisningar underskattat risken för uppkomsten av pontin myelinolys.«

»Socialstyrelsen bedömer att komplikationsrisken vid behandling av allvarlig hyponatremi inte är tillräckligt väl känd i sjukvården.«