

I denne spalten ønsker vi å trykke kasuistikker som har gjort spesielt inntrykk og som bidragsyterne har opplevd som spesielt lærerike. For har vi selv lært noe i slike situasjoner, vil det som oftest også være av interesse for andre. Og vi vil gjerne ha en kommentar til slutt om hvilke tanker du har gjort deg rundt denne opplevelsen. Bidrag sendes Karin Frydenberg (red.) frydrein@online.no. Kast dere frampå, folkens



En fastleges feilvurdering med fatal utgang

ILLUSTRASJONSFOTO: INGER ANNE HILBERG



Det dreier seg om en 57 år gammel kvinne som jeg har hatt som pasient i mange år. Hun fikk innsatt mekanisk aorta-ventil i 1992 for aorta-insuffisiens.

Menopause 32 år gammel, hesteskonyre, residiverende urinveisinfeksjoner, mye plaget med nakke-myalgier, hodepine, noe angst og depresjon, samt flere andre plager.

Gift, barnløs. Mannen har også vært mye syk, inn og ut av sykehus og var ACB-operert for annen gang juli 2007 og var for tiden innlagt sykehus for arterielle sår i beina.

Hun stod på Ciproxin for en urinveisinfeksjon, mulig pyelonefritt og brukte ellers Marevan, Levaxin, Livial og Trimetoprim.

Pasienten konsulterte meg på kontoret på dagtid og klaget over sterke smerter midt mellom skulderbladene som hadde kommet for tre timer siden. Hatt lignende før, men ikke helt på denne måten. Jeg undersøkte pasienten, BT 130/80, over hjertet fint ventilklikk, lunger og abdomen normale forhold, gode lyskepulser bilateralt. Pasienten var distinkt palpasjonsømt midt mellom skulderbladene på midten og litt paravertebralt. Over og under dette området ikke ømt. Hb 13,5 CRP < 8.

Samtidig med denne pasienten kom det inn en 15 åring med synkope fra skolen. Jeg ble løpende litt mellom disse to pasientene. EKG til min 57-årige pasient viste intermitterende AV-blokkeringer. Jeg oppfattet det som vagusmedi-

ert pga. sterke smerter. Gav pasienten ti mg morfin og Afipran i.v. Det lindret mye på smertene. Nytt EKG viste sinusrytme og normalt EKG og helt likt gammelt EKG til sammenligning. Jeg konfererte med kardiolog på sykehuset om jeg skulle legge pasienten inn. Jeg fikk bestemme var svaret, men vi ble enige om se det an da EKG ble normalisert og sende EKG i posten for nærmere vurdering.

Pasienten ble sendt hjem da klinikken ble tolket som sterke myalgier, og pasienten var utsatt for betydelige psykiske belastninger pga. mannens sykdom og egne sykdommer, men fikk beskjed om å ringe meg hvis smertene var like ille eller ble verre.

Pasienten ble sendt hjem kl. 15.30. Jeg ringte pasienten kl. 20.00 for å høre hvordan det gikk. Det var først opptatt på telefonen, men så svarte søsteren som var på besøk at «du må komme med en gang». Pasienten hadde plutselig fått sterke smerter midt mellom skulderbladene, kastet opp og falt om. Ambulanse og jeg kom frem samtidig etter åtte minutter. Pasienten hadde respirasjons- og hjertestans. Gjenopplivning ble forsøkt i ½ time uten hell. Vi fikk ikke innlagt noen i.v. nål, heller ikke på halsen.

Det var en tragisk situasjon som hadde oppstått. Pasienten hadde vært hos meg for fire timer siden med smerter mellom skulderbladene oppfattet som myalgier og hadde falt død om hjemme. Mannen hadde mistet kona som han var inderlig glad i, jeg hadde gjort en feilvurdering. Jeg hadde sterk mistanke om aortadisseksjon eller oversett hjerteinfarkt. Mannen skrev seg ut fra sykehuset.

Jeg forklarte situasjonen og om mulig feil fra min side. Jeg ville gjerne ha pasienten obdusert både for hans del og min egen del. Han motsatte seg ikke det. Jeg forklarte også at han kunne legge saken frem for fylkeslegen for å få belyst mulig feilbehandling fra min side. Jeg har et godt forhold til

denne familien gjennom mange år, og mannen ville ikke innklage meg til fylkeslegen.

Nede på legekontoret igjen ringte jeg politiet og forklarte det som hadde skjedd, og spurte om de skulle ha saken pga. mulig feilbehandling med fatal utgang. Politiet ville ikke ha saken da pasientens søster var til stede da pasienten døde. Neste dag ringte jeg fylkeslegen og forklarte det som hadde skjedd. De ville ikke ha saken hvis ikke pårørende innklaget meg til dem.

Jeg avtalte med overlegen på patologen neste dag om obduksjon, ringte NAV og fikk bekreftelse på at de ville dekke transporten til sykehuset for obduksjon. Overlegen i patologi ringte meg opp igjen dagen etter. Pasienten hadde en aortadisseksjon hvor riften i intima begynte fire cm over aortaringen og dissekerte seg gjennom thoracalaorta og ut i thorax/pleurahule hvor der var to liter blod.

Personlige betraktninger

Jeg var rystet de neste dagene. Jeg fortalte kolleger på kontoret og sykepleierne som jobber der om hva som hadde skjedd. Jeg gikk gjennom journalnotatet og EKG flere ganger. Ville jeg vurdert det annerledes i ettertid, med fasiten klar? Hva med min egen faglighet og vurderingsevne? Jeg så for meg tap av legelisensen. Jeg som elsket faget og jobben min.

Ville jeg heretter legge alle pasienter inn på sykehus ved den minste tvil? Ville pasientene begynne å tvile på meg? Jeg kom frem til at jeg hadde gjort en rimelig vurdering og undersøkelse av pasienten. Jeg hadde gitt klar beskjed om at hun skulle legges inn igjen hvis det ikke gav seg eller ved forverring.

Jeg hadde også selv ringt til pasienten for å høre hvordan det gikk. Jeg hadde gjort så godt jeg kunne selv om det i ettertid kan kritiseres. Etter en del kamp kom jeg til at jeg fortsatt var en habil lege som kunne utføre legeyrket på en bra måte. Jeg var god nok.

Jeg er blitt enda nøyer med å ta en grundig anamnese, lytte til pasientene, tenke differensialdiagnoser og med rimelig skjønn utelukke disse før jeg kommer til en diagnose. Det er innebygget i legeyrket at vi kan komme til å gjøre vurderingsfeil med fatale konsekvenser.

Det er noe må vi leve med. Jeg har fått god støtte av kollegaer og medarbeidere på kontoret.

Om aortadisseksjon

Tilstanden er forårsaket av en rift i intima med disseksjon av blod i aortaveggen. Inndeles i type A eller proksimal disseksjon fra aortaroten og buen, type B eller distal disseksjon som er lokalisert distalt for aortabuen. Disseksjonen kan klemme av grener i aortas forløp: Koronararterier kan gi ST-hevning på EKG, cerebrale arterier kan gi symptomer på slag, spinale arterier kan gi paraplegi eller ischemi til ekstremitet, armarterier kan gi forskjell i blodtrykk på begge armer > 30 mm Hg, tarmarterie kan gi tarmischemi, retrograd disseksjon kan gi aortainsuffisiens.

Typisk er hyperakutt smertedebut, «excruciating pain» mellom skulderbladene eller retrosternalt i motsetning til mer gradvis smertedebut ved hjerteinfarkt, smertevandring ettersom disseksjonen brer seg og tillegg av kompromitert sirkulasjon til noen av aortas grener.

Noen ganger kan det være vanskelig å avgjøre om det foreligger disseksjon eller akutt hjerteinfarkt da begge tilstander kan gi ST-hevning på EKG.

Jeg viser til artikkel i tidsskriftet nr 17/2003 «thoracal aortadisseksjon – en viktig differensialdiagnose ved brystmerter og EKG-forandringer». Men som oftest er EKG normalt eller viser uspesifikke forandringer.

Kilder

The Merck manual, 18th edition 2006.

Tidsskriftet nr. 17, 11. september 2003.

NN fastlege
(for å bevare familiens anonymitet)



ILLUSTRASJONSFOTO: KNUJ TEANGER



Foto: Knut Bakke

ULTRALYDSYMPOSIUM



Trondheim - Tromsø 4. - 6. april 2008
Hurtigruta Finnmarken

- Doppler
- Basalkunnskap
- Ultralyd av barn
- Ultralyd av muskel-skjelett
- Gastroenterologisk ultralyd
- Oppfylninger i adenex
- Rutineundersøkelsen av gravide
- Ultralyd i allmennmedisin og i spesialistpraksis
- Egen sesjon for ingeniører og teknologer
- Tid til praktisk trening
- Frie foredrag med priser
- Gjesteforelesere: *Lil Valentin, Christian Nolsoe og Ann Thuring*



NORSK FORENING FOR ULTRALYD-DIAGNOSTIKK

norwegian society for diagnostic ultrasound in medicine

[Mer info og påmelding: www.nfud.no innen 1. februar 2008]
Symposiet søkes godkjent av Dnlf som tellende kurs i mange spesialiteter

