

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn

Sammenfatning
af
nævnets praksis
vedrørende

TYKTARMSTUMORER

1999-2007

December 2008

Fuldmægtig, cand. jur. Marie Dalgaard Jones

Fuldmægtig, cand. jur. Cornelia B. Persson

Fuldmægtig, cand. jur. Elise S. Olsen

Fuldmægtig, cand. jur. Carina Nelin



Sundhedsvæsenets Patientklagenævn

Patientklagenævnet har udgivet nedenstående

Sammenfatninger af nævnets praksis:

- Kliniske tandteknikere. 1999-2001. November 2002
- Psykologer. 1998-2002. Januar 2003
- Identifikation, mærkning og glemte ting. 2000-2001. Februar 2003
- Sundhedspersoners tavshedspligt. 1998-2002. Juli 2003
- Fødsler (obstetrik) 2000-2002. November 2003
- Information og samtykke og journalføring heraf. 1998-2003. December 2003
- Klager over plastikkirurgiske indgreb på bryster. 1998-2003. Juli 2004
- Klager i forbindelse med udlevering af medicin fra apoteker. 1999-2003. Oktober 2004
- Klager inden for neurokirurgi. 1999-2003. November 2004
- Klager over diagnostik af brystkræft. 2001-2003. December 2004
- Tandlæger. 1998-2005. November 2005
- Klager i forbindelse med øjensygdomme. 2003-2004. December 2005
- Psykiatriske ankesager. 1997-2005. December 2005
- Klager over ambulancebehandlere. November 2006
- Sundhedspersoners tavshedspligt, 1998-2006. November 2006
- Lægeerklæringer, 1998-2006. December 2006
- Aktindsigt. 1998-2007. December 2007
- Klager i forbindelse med hjertesygdomme. 2003-2007. December 2007
- Klager i forbindelse med rygmarvsbedøvelse. 2003-2007. December 2007
- Klager i forbindelse med meningitis. 2000-2007. December 2007
- Klager i forbindelse med informeret samtykke. 1998-2007. November 2008

Sammenfatningerne findes på nævnets hjemmeside www.pkn.dk under nyhedsbreve og publikationer

FORORD

Med denne publikation offentliggør Sundhedsvæsenets Patientklagenævn en systematisk gennemgang af nævnets praksis i klage- og indberetningssager vedr. tyktarmstumor.

Det er mit håb, at sammenfatningen ikke blot bliver et nyttigt redskab for nævnets medlemmer, sagkyndige konsulenter og medarbejderne i sekretariatet, men at sammenfatningen også vil blive brugt i sundhedssektoren til forbedring af kvalitet og patientsikkerhed.

Sammenfatningen offentliggøres på nævnets hjemmeside www.pkn.dk og vil blive ajourført efter behov.

Kommentarer til sammenfatningen er meget velkomne – gerne på e-mail til pkn@pkn.dk.

Peter Bak Mortensen
dir.

INDHOLDSFORTEGNELSE

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Indledning | 5 |
| 2 | Generelt om tyktarmen og tyktarmstumorer | 5 |
| 2.1 | Tyktarmens anatomi og funktion | 5 |
| 2.1.1 | Anatomi..... | 5 |
| 2.1.2 | Funktion | 6 |
| 2.2 | Tyktarmstumorer..... | 7 |
| 2.3 | Undersøgelles- og behandlingsmetoder..... | 8 |
| 2.3.1 | Skopier | 8 |
| 2.3.2 | Skanningsteknikker | 9 |
| 2.3.3 | Røntgen | 9 |
| 2.3.4 | Ultralyd | 10 |
| 2.3.5 | Operation..... | 10 |
| 2.3.6 | Kemoterapi..... | 11 |
| 3 | Klager i forbindelse med diagnostik af tyktarmstumorer | 11 |
| 3.1 | Klager over utilstrækkelige undersøgelser..... | 11 |
| 3.2 | Klager over mangelfuld diagnostik..... | 16 |
| 3.2.1 | Forstoppelse og tarmslyng contra tyktarmstumorer..... | 16 |
| 3.2.2 | Godartet sygdom viser sig at være ondartet..... | 18 |
| 4 | Klager i forbindelse med operation og komplikationer hertil..... | 23 |
| 4.1 | Klager over bristning af sammensyningen..... | 23 |
| 4.2 | Klager over følger af stomi | 27 |
| 5 | Klager i forbindelse med efterforløb og tilbagefald..... | 29 |
| 6 | Miniordbog..... | 31 |
| 7 | Sagsoversigt | 32 |

1 INDLEDNING

Dette er en sammenfatning af Patientklagenævnets praksis i de sager, der omhandler tyktarmstumorer. Sammenfatningen omfatter afgørelser, der er truffet i perioden 1999-2007. I denne periode blev der truffet 50 afgørelser vedrørende tyktarm- og endetarmstumorer.

Sammenfatningen består af 5 kapitler. *Kapitel 2* indeholder en generel gennemgang af tyktarm- og endetarmsanatomien samt en gennemgang af tyktarm- og endetarmstumorer og undersøgelsesmetoderne i forbindelse med mistanke tumorer. *Kapitel 3* indeholder en gennemgang af nævnets praksis vedrørende diagnostik af tyktarmstumorer, og *kapitel 4* indeholder en gennemgang af nævnets praksis i forbindelse med operationer af tyktarmstumorer og komplikationer hertil. Endelig er *kapitel 5* en gennemgang af nævnets praksis for så vidt angår klager i forbindelse med efterforløb og recidiv.

I sammenfatningen refereres et antal afgørelser, der belyser nævnets praksis. I den elektroniske udgave af praksissammenfatningen på Patientklagenævnets hjemmeside www.pkn.dk er der links til de anonymiserede afgørelser. Det er således muligt at læse afgørelserne i hele deres længde.

2 GENERELT OM TYKTARMEN OG TYKTARMSTUMORER

2.1 Tyktarmens anatomi og funktion

Tyktarmen er en del af den syv meter lange mave-tarmkanal og er cirka halvanden meter. Den er en direkte fortsættelse af tyndtarmen, men med en diameter på cirka 5 centimeter (næsten det dobbelte af tyndtarmens diameter). Mave-tarmkanalen omfatter alle de dele, der hjælper kroppen med at nedbryde maden, vi spiser, så kroppens celler kan bruge de forskellige ernæringsstoffer.

2.1.1 Anatomi

Tyktarmen har samme form som et spørgsmålstegn og strækker sig fra nedre højre bughule op til mavegruben og ned mod venstre nedre del af bugen. Selve tyktarmen består af følgende dele:

Blindtarmen (coecum): Tyktarmens første del, som er lidt større end de efterfølgende dele. Blindtarmen er lejret på højre side af bugen. Fra blindtarmen hænger et lille vedhæng (appendix vermiformis), der kan blive betændt og medføre svære smerter (blindtarmsbetændelse).

Kolon (colon): Den del af tyktarmen, som begynder ved blindtarmen, og som er en op-og-nedad-vendt hestesko. Den går op på højre side af bugen ved leveren, fortsætter derefter tværs over bugen nedenfor mavesækken og ned igen på venstre side. Tyktarmen går efterfølgende ud fra bugområdet og ned i bækkenet.

De fire dele, der udgør kolon, er:

- Den opadstigende kolon (colon ascendens) 25 -30 centimeter
- Den tværgående kolon (colon transversum) ca. 50 centimeter
- Den nedadstigende kolon (colon descendens) 25-30 centimeter
- Den S-formede kolon (colon sigmoideum) 25-50 centimeter

Endetarmen (rectum): er cirka 15 centimeter lang og udgør den nederste del af tyktarmen.

Analkanalen (canalis analis): er en 4 centimeter lang lukkemuskel i endetarmen.

I midten af tyktarmsslyngerne ligger tyndtarmen lejret. Den største del af tarmene dækkes af en bindevævshinde (omentet), der hænger ned fra mavesækken og beskytter tarmene sammen med bugvæggen.

Tyktarmens væg er opbygget dels af ringformede muskler og dels af langsgående muskelbånd, der gennem muskelsammentrækninger blander og transportere afføringen fremad i tarmsystemet. Tyktarmsvæggen er beklædt indvendig med en slimhinde, der blandt andet absorberer væske og udsondrer slim.

2.1.2 Funktion

I tyktarmen optages vand af celler i slimhinden, og resterne forlader kroppen gennem afføringen. Under transporten påvirkes afføringen af forskellige type af bakterier, der permanent findes i tarmen. Samtidigt optages der meget væske i tarmens slimhinde. Tyktarmens slimhinde indeholder også specifikke celler, der danner slim for at gøre det nemt for tarmen at transportere afføring gennem systemet.

Tyktarmen modtager en til to liter nedbrydningsprodukter per døgn, og disse bliver i tyktarmen i tre til ti timer. Produkterne transporteres gennem tarmen ved hjælp af bølgebevægelser, der opstår ved, at tarmens muskulatur trækker sig sammen. En stor del af tarminholdet består af vand, rester af føde, der ikke er blevet nedbrudt, samt salter og bakterier. Størstedelen af vandet bliver absorberet fra tarmen, hvilket medfører afføringens fastere konsistens. Tyktarmen absorberer også salte.

Da der er konstant påvirkning af tyktarmens slimhinde, og da slimhinden har en meget vigtig funktion for tarmen, fornyes slimhindecellerne hele tiden, samtidigt med at døde og brugte celler afstødes.

I tyktarmen findes massive mængder af bakterier, og flere af disse har funktioner, der er vigtige for kroppen, bl.a. ved yderligere nedbrydning af føden. Bakterierne hindres i at komme ind i kroppen på grund af tilstedeværelse af lymfatisk væv i tarmvæggen.

2.2 Tyktarmstumorer

Tyktarmstumorer er en af de mest almindelige former for cancer, og jo tidligere man opdager den og kan starte en behandling, jo større er chancen for at blive rask. Det er hovedsageligt ældre personer, der får tyktarmstumorer, og det er meget usædvanligt, at sygdommen rammer personer under 30 år. Det kan dog ske, hvis man er arveligt disponeret (til polypdannelse) eller har forstyrrelser i reparationen af ens arvemateriale.

Ofte dannes nydannet (omdannet) væv ved, at en celle skades i arvematerialet, men ikke skades dødeligt. Derved får cellen en vækstfordel frem for vævets normale celler, og der dannes godartede tumorer (polypper). Sådanne polypper kan have potentialet (evt. nedarvet) til yderligere skader i arvematerialet og derved være forstadier til kræft.

Cancer er uhæmmet vækst af celler og starter med, at en eller flere cellekerners arvemasse skades permanent og derefter begynder at dele sig ukontrolleret i skadet tilstand. Efterhånden som de skadede celler deler sig, vil der samles flere og flere fejl i arvematerialet, og senere vil disse celler være helt uden kontrol, og det medfører dannelse af lokale vækstknuder - den ondartede tumor. Cellerne har mistet deres evne til at gå til grunde og samtidig også deres vævsspecificitet. De sidder med andre ord "løst" og spredes derfor let via blodbanen, lymfen eller ved direkte vækst til andre organer, hvor små kolonier af tumorceller kan sætte sig fast og vokse uhæmmet.

Det er ikke altid, at symptomerne ved tyktarmscancer er tydelige, og de har en tendens til at komme snigende. Almindelige symptomer og gener ved tyktarmscancer kan være:

- Blødning fra tarmen (rent blod eller blod blandet med afføring)
- Slim i afføringen
- Ændrede afføringsvaner
- Blodmangel – typisk bliver man træt og bleg, og om man har meget lav blodværdi kan man føle sig svimmel, have hjertebanken og sus i ørene
- Vægttab.

Jo længere nede i tarmen tumoren sidder, jo tydeligere kan symptomerne være. Sidder tumoren højt oppe i tarmen, er der ofte tale om svagere fornemmelser såsom trykkende smerter og måske en følelse af, at der sidder en lille knude. Hvis der er tale om en højsiddende tumor, er der sjældent påvirkning af afføringen, men i stedet træthed, væggtab og blodmangel på grund af blødning fra svulsten. 25% af cancerne er placeret i endetarmen og i alt 70 % er placeret i venstre halvdel af tyktarmen

Hvis der er en tumor længere nede i tarmen, kan man hyppigt se det på afførings symptomer. Typisk ser man blod og slim i afføringen, og man oplever kolikagtige smerter, der lindres ved afgang af luft og afføring. Sidder tumoren helt nede i endetarmen, er blødning og slim fra tarmen det mest typiske symptom, ligesom det er typisk at føle en øget og smertefuld trang til afføring.

2.3 Undersøgelles- og behandlingsmetoder

2.3.1 Skopier

Diagnosen tyktarmscancer bliver oftest stillet efter en kikkertundersøgelse (skopi). Afhængigt af hvilken del af tyktarmen, der skal undersøges, bruger man forskellige størrelser af skopet, som er et bøjeligt rør med forskellige funktioner, der føres op i tarmen.

Sigmoideoskopi

Undersøgelse af endetarmen og den s-formede del af tyktarmen (sigmoideoskopi) udføres med et 65 cm langt, bøjeligt styrbart endoskop. Skopet er indrettet med en luftkanal, lyskilde, videochip og biopsikanal, så man under synets vejledning og samtidig luftindblæsning kan komme igennem sigmoideum. Der kan tages vævsprøver gennem skopet. Sigmoideoskopi kræver kun let udrensning for at kunne udføres og tager 15-20 minutter. Undersøgelsen er ikke forbundet med væsentligt ubehag eller komplikationer

Koloskopi

Hvis tumoren sidder længere inde i tarmen, bruger man et koloskop. Ved en koloskopi føres et 165 cm langt og bøjeligt rør gennem endetarmsåbningen op i tyktarmen. Koloskopet er indrettet som sigmoideoskopet, men udrensningen af tarmen til selve undersøgelsen tager længere tid – ca. 1½ døgn. Det tager cirka 30-45 minutter at gennemføre en koloskopi, og det kan nogle gange være ganske smertefuldt, hvorfor der ofte gives smertestillende eller beroligende medicin. Der er en vis komplikationsrisiko ved undersøgelsen, især ved bestående sygelige tilstande i tarmen.

2.3.2 Skanningsteknikker

MR-skanning og CT-skanning

Både MR-skanning (magnetisk resonans billedfremstilling) og CT-skanning (computertomografi) giver detaljerede billeder af kroppens indre organer både på langs og på tværs. Undersøgelserne tager 30-45 minutter og gennemføres ved, at man ligger på ryggen på en briks, der føres ind i en slags tunnel, hvor selve skanningen finder sted.

Ved en CT-skanning bruges samme røntgenstråler som ved almindelig røntgen. Forskellen er dog, at man ved en CT-skanning bruger en mere avanceret metode for at registrere røntgenstrålerne, samt at en computer sætter alle billeddata sammen. Fordelen er, at man på denne måde kan fremstille et billede både i tværsnit og tredimensionelt. Ved begge undersøgelser kan man supplere med luftinsufflation for at fremstille tyktarmen luftfyldt og derved finde polypper og cancer (CT kolegrafi).

Ved en MR-skanning bruges en kraftig magnet, en radiosender, en radiomodtager samt en computer. Ved undersøgelsen ligger man i et kraftigt magnetfelt, og selve skanneren udsender samtidigt radiobølger mod det område, som skal undersøges. Hvis man har pacemaker eller metal indopereret i kroppen, er det vigtigt at en MR-skanning ikke udføres, da det er meget kraftige magneter, der er i brug.

PET-skanning

Før man gennemfører en PET-skanning (positron emission tomografi), sprøjtes radioaktivt sporstof ind i kroppen. Det mest brugte sporstof er et sukkerstof, der er blevet radioaktivt mærket. Da alle celler i kroppen bruger sukker som brændstof, optages også det radioaktive stof sammen med sukkerstoffet i cellerne. Cancerceller har et højere stofskifte end raske celler, og optager derfor mere af sukkerstoffet med det radioaktive sporstof end normale celler. Dette medfører, at der sker en ophobning af det radioaktive sporstof i cencerramt væv, hvilket fremtræder meget tydeligt på de skanningsbilleder, der vises ved en PET-skanning. En PET-skanning kan kombineres med CT-skanning for sikkert at lokalisere de "lysende" områder. Der er dog en del fejlkilder, specielt da betændt eller hurtigt voksende væv også "lyser".

2.3.3 Røntgen

Ved en røntgenundersøgelse sprøjtes først kontrastvæske op i tarmen via et kateter. Når væsken er fordelt i tarmen tager man røntgenbilleder i forskellige vinkler for at se, hvor i tyktarmen tumoren er lokaliseret. Hvis det konstateres, at der er en tumor, undersøges også leveren ved hjælp af

ultralyd eller CT-skanning og lungerne ved hjælp af lungerøntgen eller CT-skanning for at udelukke, at canceren har spredt sig i form af metastaser.

2.3.4 Ultralyd

Ved en ultralydsundersøgelse sendes svage lydbølger ind i kroppen via en sender i form af et lyd hoved (probe). Lydbølgerne, der ikke kan høres af det menneskelige øre, reflekteres tilbage af kropsvæv og organer til lyd hovedet, som opfanger disse signaler. Signalerne sendes til en computer, der omarbejder dem til levende sort-hvide billeder på en skærm. Undersøgelsen anvendes sjældent til diagnostik af tarmtumorer.

2.3.5 Operation

Tyktarmen opereres oftest gennem et snit i bugvæggen. Ved operationen er patienten i fuld bedøvelse. Efter operationen gives smertestillende medicin gennem et tyndt kateter ind til rygmarven og gennem sprøjter. Når den del af tarmen er fjernet, hvor der sad en tumor, sættes endestykkerne sammen, således at tarmen fungerer som tidligere. I nogle tilfælde er det også nødvendigt, at lave en midlertidig eller permanent stomi. Ved en stomi lukkes tarmen af operativt og der laves i stedet en kunstig åbning til kroppens overflade, hvor afføring og luft kan passere ud fra tarmsystemet. Ved en stomioperation føres tyktarmen ud gennem bughulen, krænges om, så den danner en studs og syes derefter fast til huden. En stomi kan laves næsten alle steder på tyktarmen og placeres typisk nogle centimeter fra navlen.

Hvis stomien er midlertidig, sættes endestykkerne sammen igen, efter det er konstateret, at operationen er vellykket. Midlertidige kolostomier anlægges typisk ved visse akutte operationer på tyktarmen, oftest i forbindelse med en akut tarmslyngsoperation for tyktarmscancer. En permanent kolostomi anlægges hyppigst i forbindelse med operation for tyktarmscancer i den nederste del af endetarmen.

I andre tilfælde laver man en kikkertoperation. Her bruger man instrumenter, der sættes ind gennem små huller eller snit, som er lavet i bugvæggen for at fjerne tumoren. Når det gælder små tumorer, som er opdaget tidligt, kan disse nogle gange fjernes ved hjælp af koloskopi (se nedenfor) gennem endetarmen. Polyppen (tumoren) brændes af og trækkes ud gennem koloskopet og bliver derefter sendt til mikroskopisk undersøgelse. Denne type af behandling menes at være tilstrækkelig, hvis cancercellerne sidder langt ude på selve polyppen. Hvis de i stedet har vokset nede i polyppen, tæt på tyktarmens slimhinde hvorfra polyppen er fjernet, er der risiko for at tumorcellerne har nået at sprede sig til selve tarmvæggen eller til lymfekirtlerne udenfor tarmen. Ved disse tilfælde er det bedst med en operation, hvor man fjerner hele den cancerramte del af tarmen samt de nærmeste

blodkar og lymfekar. Al væv, der bliver fjernet ved en operation, bliver sendt til mikroskopisk undersøgelse for at analysere, hvorvidt der er behov for yderligere behandling eller operation.

2.3.6 Kemoterapi

Efter operation af tyktarmscancer gennemgår man oftest en supplerende kemoterapibehandling. Ved kemoterapi sprøjtes cellegifte (cytostatika) ind i kroppen, der bremser celledeling og dermed også spredning af cancerceller i kroppen. Cancerceller deler sig mere ofte end normale celler og er mindre robuste. Det betyder, at de fleste normale celler når at komme sig mellem hver behandling, og at cancerceller således rammes hårdest. De celler i kroppen, der deler sig oftere, såsom hår, hud og slimhinder, bliver dog også meget påvirkede af kemoterapibehandling, og bivirkninger som hårtab og mundtørhed er ikke usædvanlige. Uanset om der opstår bivirkninger eller ej, er kemoterapiens effekt den samme.

3 KLAGER I FORBINDELSE MED DIAGNOSTIK AF TYKTARMSTUMORER

3.1 Klager over utilstrækkelige undersøgelser

Når man skal undersøge tyktarmen på mistanke om kræft eller polypper, så er en kikkertundersøgelse af tyktarmen eller en del heraf (koloskopi eller sigmoideskopi) den gængse diagnostiske metode. Hvis undersøgelsen ikke kan gennemføres, eller der er mistanke om, at hele tarmen ikke er blevet eftersat, vil man almindeligvis supplere med en røntgenundersøgelse eller en CT-skanning af tyktarmen.¹

Følgende 3 afgørelser belyser nævnets praksis vedrørende klager, hvor nævnet fandt, at der var foretaget utilstrækkelige undersøgelser.

Sag 1 Klage over utilstrækkelig undersøgelse af endetarmen i forbindelse med blodig afføring ([0763909P](#))

En 42-årig kvinde blev den 23. januar 2006 undersøgt af en speciallæge i kirurgisk gastroenterologi på grund af frisk blod i afføringen. Hun havde en hæmoglobinværdi på 6,7, og hun følte sig noget træt. Hun havde endvidere altid haft en tendens til forstoppelse, men hun havde gennem den sidste måned følt en forværring, og hun havde tillige haft moderate afføringsmerter.

Speciallægen forsøgte i første omgang at foretage en undersøgelse af endetarmen og den nederste del af tyktarmen med et sigmoideoskop, men måtte opgive på grund af tynd afføring. Der blev herefter planlagt en ny undersøgelse efter bedre udtømning af tarmen.

¹ Se nærmere i afsnit 2.3 om undersøgelsesmetoder.

3 dage senere blev der udført en ny kikkertundersøgelse af endetarmen og den nederste del af tyktarmen (sigmoideoskopi). Undersøgelsen blev udført indtil 40 cm fra endetarmsåbningen, og speciallægen fandt ved undersøgelsen normal slimhinde.

4 måneder senere blev patienten akut indlagt for fortsat blod i afføringen, og det blev ved efterfølgende undersøgelser konstateret, at hun havde tyktarmskræft.

Der blev herefter blandt andet klaget over, at der ikke blev foretaget en tilstrækkelig undersøgelse af endetarmen.

Nævnet fandt grundlag for kritik af speciallægen.

Nævnet oplyste, at ved tegn på blødning fra tyk- og endetarm er der lavet anbefalinger, der sikrer, at de fleste tumorer i tyktarmen identificeres. Programmet består i en gennemgang af den nederste del af tyktarmen med et sigmoideoskop samt en endetarmsundersøgelse. Dette antages at være tilstrækkeligt, hvis ikke der foreligger andre tegn på tyktarmssvulster, som eksempelvis blodmangel, træthed, familiær sygehistorie for kræft i tarmen eller samtidige afføringsændringer. Hvis dette er tilfældet skal der foretages en fuld kikkertundersøgelse af tyktarmen eller denne skal fremstilles på anden vis eksempelvis med røntgenfotografering eller CT-scanning.

Nævnet lagde vægt på, at speciallægen på baggrund af den lave blodprocent, det friske blod fra tarmen samt oplysningerne om træthed og ændrede afføringsvaner burde have foretaget en fuld tyktarmsundersøgelse.

Det var nævnets opfattelse, at det forhold, at speciallægen ikke kunne komme forbi et knæk 40 cm oppe i tarmen hos patienten, burde have medført røntgenfotografering af tyktarmen eller henvisning til yderligere udredning på et sygehus.

Sag 2 (Ref. sag 10) Klage over utilstrækkelig undersøgelse ved symptomer på forstoppelse og blødning fra tarmen ([0446016P](#))

En 55-årig kvinde henvendte sig til en speciallæge den 6. august 2002 på grund af fornyede symptomer fra tarmen i form af forstoppelse og blødning fra tarmen. Hun havde gennem årene haft tilbagevendende problemer af denne art, og der var blevet foretaget flere kikkerundersøgelser, hvor det i alle tilfælde kun var lykkedes at komme fra 30 til 50 cm op i tyktarmen. Der var endvidere i 1994 og 1996 blevet foretaget røntgenundersøgelser af tyktarmen, hvor den første var normal, mens den anden var mangelfuld.

Speciallægen foretog herefter en fornyet kikkertundersøgelse af endetarmen og den nederste del af tyktarmen (sigmoideoskopi), men kunne kun komme 30 cm op i tarmen. Speciallægen fandt ved undersøgelsen ikke nogen forklaring på blødningen og symptomerne, og da der ved en tidligere ultralydsundersøgelse var fundet fortykket tarm, vurderede han, at symptomerne var forårsaget af betændelse, og der blev ikke foretaget yderligere udredning.

I november 2002 fik patienten ved en operation i Frankrig konstateret kræft i venstre side af tyktarmen.

Der blev herefter blandt andet klaget over, at der ikke blev foretaget en tilstrækkelig undersøgelse.

Nævnet fandt grundlag for kritik af speciallægen.

Det var nævnets opfattelse, at patienten havde nytilkomne symptomer fra tarmsystemet i form af oppustethed og smerter, og der var derfor indikation for kikkertundersøgelse af endetarmen og den nederste del af tyktarmen.

Nævnet oplyste, at såfremt denne undersøgelse ikke kunne gennemføres, så var der efter nævnets opfattelse endvidere indikation for undersøgelse af endetarmen og tyktarmen med anden relevant teknik som eksempelvis CT-skanning (virtual colonoscopy) eller røntgenundersøgelse.

Nævnet lagde ved afgørelsen af sagen vægt på, at undersøgelsen ikke var tilstrækkelig, idet der ikke kunne påvises en årsag til symptomerne, og speciallægen burde derfor have foranstaltet supplerende undersøgelser i form af røntgenundersøgelse af tyktarmen eller CT-skanning ved henvisning til sygehuset.

Sag 3 Klage over overset kræftknude i forbindelse med kikkertundersøgelse (0230216P)

En 63-årig kvinde henvendte sig den 13. juli 2001 til en speciallæge, idet hun var blevet anbefalet at lade sig nærmere undersøge, idet hun gennem nogen tid havde været træt, samtidig med at hun havde fået påvist blodmangel og forhøjede værdier for flere leverenzymmer.

Den 19. juli 2001 fik hun foretaget en kikkertundersøgelse af den nederste del af tyktarmen (sigmoideoskopi). Der blev samme dag sendt besked til hendes praktiserende læge om, at der var foretaget kikkertundersøgelse af hele tarmen (koloskopi), og at der ikke var fundet nogen blødningskilde. Speciallægen anbefalede på den baggrund kontrol af hæmoglobin i august måned og herefter eventuelt videre undersøgelser.

Ved efterfølgende undersøgelser fik patienten konstateret tyktarmskræft i den opadstigende del af tyktarmen.

Der blev klaget over, at speciallægen overså en kræftsvulst ved tyktarmen og ikke iværksatte yderligere undersøgelser.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere speciallægen.

Nævnet lagde vægt på, at speciallægen burde være gået videre i udredningen med kikkertundersøgelse af den resterende del af tyktarmen, idet patienten havde symptomer i form af træthed og en ret udtalt blodmangel.

Nævnet oplyste, at den hyppigste årsag til blodmangel ved patienter i den aldersgruppe er en blødning fra mave-tarm kanalen. Netop træthed og blodmangel er ikke sjældent de eneste symptomer på kræft i den første del af tyktarmen. Der behøver således ikke at være afføringsændringer i disse tilfælde.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at speciallægen kunne have overladt den videre undersøgelse af patienten til dennes praktiserende læge, men han burde i så fald have givet udtryk for, at videre udredning var påkrævet, og at denne udredning burde foregå relativt hurtigt (indenfor få uger).

Nævnet lagde endelig vægt på. At det var faktisk forkert, at speciallægen skrev, at der var foretaget koloskopi, idet den praktiserende læge derved blev efterladt i den tro, at hele tyktarmen var blevet undersøgt og fundet normal.

Følgende 3 afgørelser belyser nævnets praksis vedrørende klager, hvor nævnet fandt, at der var foretaget tilstrækkelige undersøgelser af patienterne.

Sag 4 (Ref. sag 9) Klage over at hele tarmen ikke blev gennemgået i forbindelse med kikkertundersøgelse (08F001P)

En 53-årig mand blev den 11. november 2004 indlagt på grund af periodevise smerter i den nederste del af maven gennem 3 uger. Der blev ved den kliniske undersøgelse ikke fundet noget unormalt, og han blev udskrevet til fortsat ambulante undersøgelser.

Den 18. november 2004 blev han imidlertid indlagt igen, fordi der udover smerterne var tilkommet feber. Han havde desuden kvalme og havde tabt 1 kg i løbet af den forgangne uge og var tiltagende træt. Der blev på den baggrund foretaget ultralydsundersøgelse, som viste fortykkelse af tarmvæggen svarende til den nederste del af tyndtarmen. Han blev efterfølgende sat i behandling med antibiotika, og en efterfølgende CT-skanning af maven gav mistanke om en byld. En punktur fra bylden viste, at den indeholdt stafylokokker, hvorfor behandlingen med antibiotika fortsatte. Patienten blev herefter informeret om, at der ikke var holdepunkter for at mistænke ondartet sygdom, men at man ville foretage en kikkertundersøgelse.

Den 5. januar 2005 fik patienten succesfuldt foretaget kikkertundersøgelse af hele tyktarmen (koloskopi), hvorved der blev fjernet en lille polyp, som senere viste sig at være godartet.

I efterforløbet havde han fortsat gener fra maven, og der blev herefter foretaget fornyet ultralydsskanning samt røntgenundersøgelse.

I januar 2006 fik han konstateret en kræftknode i tarmen på overgangen mellem tyndtarmen og tyktarmen.

Der blev klaget over, at hele tarmen ikke blev gennemgået ved kikkertundersøgelsen.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af den undersøgende læge.

Det var nævnets opfattelse, at afdelingens arbejdsdiagnose (byld omkring endetarmen) var relevant.

Nævnet, oplyste, at en anden mulig diagnose var en svulstdannelse i den første del af tyktarmen, hvorfor det er normal standard, at man tilbyder patienter over 40 år en supplerende undersøgelse af tyktarmen i en rolig fase, hvilket vil sige, når sygdommen er faldet til ro på konservativ terapi. Undersøgelsen foretages enten som kikkertundersøgelse af hele tyktarmen eller som røntgenundersøgelse af tyktarmen.

Nævnet lagde vægt på, at kikkertundersøgelsen måtte betragtes som fuldstændig, idet det havde været muligt at identificere overgangen mellem tyk- og tyndtarm.

Sag 5 (Ref. sag 16) Klage over manglende iværksættelse af yderligere undersøgelser efter kikkertundersøgelse (0447707P)

En 80-årig mand konsulterede den 18. juli 2001 sin praktiserende læge på grund af smerter og ubehag i maven. Han havde i flere år lidt af tilbagevendende mavegener, som relateredes til tidligere påviste udposninger på tyktarmen. Da smerterne denne gang var beliggende højere i maveregionen, blev han henvist til kikkertundersøgelse af mavesækken, som viste normale forhold.

På grund af mistanke om blødning blev patienten den 19. september 2001 igen henvist til fornyet undersøgelse med henblik på udredning for kræft i tyktarmen. Der blev efterfølgende foretaget en kikkertundersøgelse af tyktarmen (koloskopi), men undersøgelsen kunne ikke gennemføres fuldstændig på grund af tarmens slyngning, og patienten blev herefter henvist til en supplerende røntgenundersøgelse af hele tyktarmen.

Der blev efterfølgende blandt andet klaget over, at der ikke blev foretaget en tilstrækkelig undersøgelse i forbindelse kikkertundersøgelsen, idet der burde have været foranlediget yderligere undersøgelser, da man stødte på noget hårdt.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere den undersøgende læge.

Nævnet oplyste, at der efter en ufuldstændig undersøgelse af tyktarmen med fleksibel kikkertsystem ikke er andre undersøgelsesmuligheder end røntgen af tyktarmen.

Nævnet lagde vægt på, at denne ordinationsrækkefølge var i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard.

Sag 6 Klage over afbrudt kikkertundersøgelse af tyk- og endetarm (0447818P)

En 58-årig kvinde fik den 18. februar 2002 foretaget en kikkerundersøgelse af tyktarmen (koloskopi) på grund af rumlen og smerter i maven med vekslende afføringsmønster uden blod. Den undersøgende overlæge forsøgte at foretage en kikkertundersøgelse af tyktarmen, hvilket kun lykkedes indtil midt i den tværgående del af tyktarmen, hvor patienten fik mange smerter. Herefter afstod overlægen fra at foretage yderligere undersøgelse og henviste samme dag patienten til en røntgenundersøgelse af tyktarmen.

Røntgenundersøgelsen blev foretaget den 30. maj 2002. Den viste intet abnormt, og der blev herefter ikke foretaget yderligere opfølgning.

Den 16. juli 2003 fik patienten foretaget en ultralydsskanning af maven, som viste forandringer i leveren samt en stor svulst i højre side af maven. Der blev efterfølgende foretaget CT-skanning af maven, og der blev herved påvist en stor ondartet svulst i højre øvre side af tyktarmen.

Der blev klaget over, at der efter den afbrudte kikkertundersøgelse ikke blev iværksat en ny undersøgelse af maveregionen.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af overlægen.

Nævnet oplyste, at man ved symptomer på lidelse i tyktarmen kan vælge forskellige undersøgelsesmetoder til udredningen. Ved samtlige tilgængelige metoder kan man overse kræft i tarmen. Den mest følsomme metode er kikkertundersøgelse af hele tyktarmen, som i eksperthænder har en følsomhed på 98% , naturligvis under forudsætning af at man når hele vejen rundt i tarmen.

Nævnet oplyste endvidere, at i de tilfælde, hvor kikkertundersøgelse af tyktarmen ikke kan gennemføres (ca. 5-10%), kan man foretage enten røntgenundersøgelse af tyktarmen (colonindhædning med dobbeltkontrast) eller CT-skanning af tyktarmen (virtual colonoscopy).

Nævnet oplyste endeligt, at i de tilfælde, hvor en patient har gennemgået en af ovennævnte undersøgelser, og der er fundet normale forhold, så vil man i reglen ikke foretage yderligere undersøgelser. Det er efterfølgende den praktiserende læges ansvar at foranstalte fornyet undersøgelse, hvis patienten efter ca. 3 måneders forløb fortsat har symptomer på lidelse i tyktarmen.

Nævnet lagde vægt på, at overlægen relevant forsøgte at foretage en kikkertundersøgelse, hvilket ikke lykkedes helt, og han bestilte herefter relevant en røntgenundersøgelse af tyktarmen. Det var således nævnets opfattelse, at overlægen handlede i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard.

3.2 Klager over mangelfuld diagnostik

3.2.1 Forstoppelse og tarmslyng contra tyktarmstumorer

Følgende afgørelser belyser nævnets praksis vedrørende fejlagtig diagnostik af forstoppelse og tarmslyng i stedet for tyktarmstumorer.

Sag 7 Klage over overset ondartet svulst i tyktarmen ([0337013P](#))

En 36-årig mand blev den 28. august 2000 indlagt på grund af manglende afføring gennem 10 dage. Han havde desuden haft opkastninger hver anden til tredje dag samt tiltagende smerter i maven, der var startet i hjertekulen og senere var blevet mere udbredte.

Han oplyste ved indlæggelsen, at han den 19. juni 2000 havde fået foretaget en kikkertundersøgelse af tyktarmen, da der var familiær disposition for tyktarmskræft, men undersøgelsen havde vist normale forhold. Hans symptomer blev herefter opfattet som tegn på forstoppelse, og han blev behandlet med afføringsmidler og herefter udskrevet dagen efter.

Den 3. september 2000 henvendte han sig imidlertid på skadestuen med mavesmerter, forstoppelse og opkastninger. Der blev på den baggrund bestilt tid i kirurgisk ambulatorium med henblik på udredning for forstoppelse og røntgen af tyktarmen.

Dagen efter henvendte han sig imidlertid igen i skadestuen på grund af mange smerter i maven samt opkastninger og feber. Han blev herefter indlagt og opereret på mistanke om en bristet byld omkring blindtarmen samt bughindebetændelse.

Der blev i forbindelse med operationen fundet en stor svulst i den højresidige bøjning af tyktarmen.

Der blev efterfølgende klaget over, at lægerne ikke opdagede, at patienten havde en ondartet svulst i tyktarmen.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af de involverede læger, men fandt at det havde været hensigtsmæssigt, om der var blevet indhentet nærmere oplysninger om den kikkertundersøgelse, der blev foretaget den 19. juni 2000.

Nævnet lagde vægt på, at patientens symptomer både kunne være forenelige med blindtarmsbetændelse, forstoppelse og tyktarmskræft.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at patienten relevant blev henvist til kirurgisk ambulatorium med henblik på undersøgelse for forstoppelse, og for en afklaring af, om man skulle supplere den tidligere foretagne kikkertundersøgelse med en røntgenundersøgelse af tyktarmen.

Det var nævnets opfattelse, at oplysningen om den normale kikkertundersøgelse i væsentlig grad havde haft betydning for de lægelige skøn vedrørende den diagnostiske udredning.

Det var endvidere nævnets opfattelse, at såfremt der ved indlæggelsen den 28. august 2000 ikke havde foreligget en oplysning om en normal kikkertundersøgelse, så ville nærmere udredning have været indiceret med henblik på, om der forelå en behandlingskrævende tyktarmslidelse herunder specielt mistanke om tyktarmskræft.

Nævnet fandt på den baggrund ikke grundlag for kritik af de involverede læger, men nævnet fandt, at det havde været hensigtsmæssigt om den undersøgende læge ved indlæggelsen den 28. august 2000 havde indhentet nærmere oplysninger om den kikkertundersøgelse, som var foretaget den 19. juni 2000.

Sag 8 Klage over at lægerne ikke opdagede, at der var tale om tyktarmskræft ([0128824P](#))

En 77-årig kvinde blev den 19. juni 2000 indlagt med symptomer, der kunne tyde på, at hun havde begyndende tarmslyng. Hun blev i første omgang behandlet med afføringsmiddel, hvorefter hendes tilstand normaliserede sig, og hun blev udskrevet.

5 dage senere blev hun igen indlagt på mistanke om tarmslyng. Hun havde på dette tidspunkt kraftige mavesmerter, kvalme og opkastninger. Der blev foretaget røntgenundersøgelse af tyktarmen, og da hendes tilstand forværrede sig yderligere, blev der tillige den 29. juni 2000 taget et oversigtsbillede af bughulen. En overlæge vurderede, at billedet viste tegn på tarmslyng i tyndtarmen, hvorefter der blev foretaget operation. Under operationen blev tyktarmen tillige undersøgt, og der blev fundet normale forhold. Patienten blev efterfølgende udskrevet.

Dagen efter udskrivelsen blev patienten imidlertid genindlagt på mistanke om tarmslyng, idet der var afføringslignende opkast og mange smerter. Hun blev herefter behandlet operativt og udskrevet igen.

Ved en efterfølgende operation blev der fundet en kræftknode i tyktarmen, som angiveligt havde spredt sig til andre dele af kroppen.

Der blev efterfølgende klaget over, at lægerne ikke opdagede, at der var tale om tyktarmskræft.

Nævnet fandt grundlag for kritik af overlægen.

Nævnet lagde vægt på, at oversigtsbilledet fra den 29. juni 2000 viste, at der var mekanisk tarmslyng med stop lokaliseret til den venstre side af tyktarmen, formentlig i nærheden af det område, hvor den passerer milten, idet der var betydelig udvidelse af højre side af tyktarmen og næsten lufttomt nedenfor dette sted. Der var endvidere betydelig påvirkning af tyndtarmen, som udtryk for at passagehindringen tillige påvirkede dette tarmafsnit.

Nævnet oplyste i den forbindelse, at der ved tarmslyng på tyndtarmen vil være mange opkastninger. En røntgenundersøgelse vil vise udspilede tyndtarmsslynger ovenfor stoppet og i klassiske tilfælde intet tyktarmsluft. Ved tarmslyng på tyktarmen er også tyktarmen udspilet, specielt i højre side.

Nævnet oplyste endvidere, at en udspiling af såvel tyndtarmen som tyktarmen indikerer, at røntgenoversigtsbillederne suppleres med indhældning af kontrast i tyktarmen med henblik på endelig afklaring af, om der foreligger et mekanisk stop i tyktarmen, hvor stoppet i givet fald præcist er lokaliseret, og af hvilken karakter stoppet er. Dette med henblik på, at man forud for en operation opnår det bedst mulige grundlag for, at planlægge indgrebets karakter og omfang.

Nævnet oplyste endelig, at en supplerende kontrastundersøgelse er særlig vigtig, når der er mistanke om et stop ved venstre tyktarmsbue, idet det i dette område kan være særlig vanskeligt at se og gennemføle tarmen under en operation.

Nævnet lagde således vægt på, at overlægen burde have gennemført en supplerende røntgenundersøgelse af tyktarmen med indhældning af kontrast.

3.2.2 Godartet sygdom viser sig at være ondartet

Følgende afgørelser belyser nævnets praksis vedrørende klager over ondartet sygdom, som fejlagtigt er diagnosticeret som godartet.

Sag 9 (Ref. sag 4) Klage over utilstrækkelig behandling, hvor der efterfølgende blev konstateret en tumor i tyndtarmen med metastaser til leveren ([08F001P](#))

En 53-årig mand blev den 11. november 2004 indlagt, på grund af smerter i nederste del af maven. Smerterne var opstået pludseligt 3 uger tidligere og havde siden været periodevise. Der havde ikke været andre symptomer. Han var indlagt i et døgn, hvor der intet unormalt blev fundet ved den kliniske undersøgelse, og han blev udskrevet til fortsat ambulant undersøgelse med ultralyd, specielt med henblik på eventuelt galdesten.

Patienten blev indlagt igen den 18. november 2004, fordi der udover smerterne var tilkommet feber. Han havde haft kvalme og havde tabt 1 kg i løbet af den forgangne uge, og var tiltagende træt. Der blev foretaget ultralydsundersøgelse, som viste fortykkelse af væggen svarende til den nederste del af tyndtarmen. Da det ikke kunne afgøres, om der var tale om en byld eller en mere uspecifik betændt tarm, blev undersøgelsen gentaget dagen efter, dog med samme resultat. CT-skanning af maven 2 dage senere gav mistanke om en byld og en

punktur fra bylden viste, at den indeholdt stafylokokker, hvorfor behandling med antibiotika blev givet svarende til dette.

Den 24. november 2004 blev patienten informeret om, at det formentlig drejede sig om en byld i tilslutning til blindtarmen, og at der ikke var holdepunkter for eller mistanke om ondartet sygdom, men at man ville foretage en kikkertundersøgelse af tarmen i efterløbet.

Fornyset ultralydsskanning den 25. november 2004 viste reduktion, men fortsat fortykkelse omkring og af blindtarmen. Patienten blev efterfølgende udskrevet.

Den 5. januar 2005 blev der foretaget en kikkertundersøgelse af tyktarmen (koloskopi). Undersøgelsen blev foretaget til tyktarmens afslutning, og der blev fjernet en lille polyp, som var godartet. Patienten blev herefter afsluttet.

Den 30. marts 2005 fik patienten foretaget ny ultralydsskanning, som viste en fortykket væg i den nederste del af tyndtarmen, men ingen bylder eller ansamlinger, og den 19. april 2005 viste røntgenundersøgelse af tyndtarmen normale forhold.

6 dage senere blev der ved undersøgelse fundet en lille modstand i højre side af maven som tidligere. Det blev konkluderet, at der var tale om arvæv efter bylden, og der blev aftalt ambulant kontrol 3 måneder senere, hvor patienten dog ikke mødte op.

Den 22. december 2005 blev patienten henvist til kirurgisk afdeling, idet mavesmerterne var forværret. Han følte sig træt, havde influenzalignende tilfælde og vekslende afføring.

Den 12. januar 2006 fik patienten foretaget en MR-skanning af maven, som viste mange processer i leveren og fortykkelse af den nederste del af tyndtarmen. Yderligere undersøgelser viste, at det drejede sig om en kræftknode i tarmen på overgangen mellem tyndtarmen og tyktarmen, og at den havde metastaseret til leveren. Da sygdommen på dette tidspunkt var så fremskreden, var operation ikke mulig, og han blev henvist til onkologisk afdeling.

Der blev herefter klaget over, at der blev begået fejl ved de gennemførte undersøgelser, idet der efterfølgende blev konstateret en tumor i tyndtarmen med metastaser til leveren.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere de involverede læger.

Nævnet lagde vægt på, at de foretagne objektive undersøgelser, det gjaldt såvel ved gennemførelse som ved digital endetarmsundersøgelse (rektal eksploration), hvor der blev påvist en mærkbar udfyldning i maveregionen (abdominalt) samt ved blodprøver, der var forenelige med en pågående infektiøs tilstand, og ved de billeddiagnostiske undersøgelser såvel ultralydsskanninger samt CT skanning, alle bekræftede den antagne diagnose, som var en byld udenpå blindtarmen (periappendikulær absces).

Nævnet oplyste i den forbindelse, at en anden mulig diagnose netop er en svulstdannelse i den første del af tyktarmen, hvorfor det er normal standard, at man tilbyder patienter over 40 år en supplerende undersøgelse af

tyktarmen i en rolig fase, det vil sige når sygdommen er faldet til ro på konservativ terapi. Undersøgelsen foretages enten som koloskopi eller røntgenundersøgelse af tyktarmen.

Nævnet lagde videre vægt på, at der den 5. januar 2005 blev foretaget en fuldstændig kikkertundersøgelse af tyktarmen frem til overgangen mellem tyk- og tyndtarm (coecum).

Nævnet oplyste hertil, at såfremt overgangen mellem tyk- og tyndtarm er identificeret, må undersøgelsen betragtes som fuldstændig.

Nævnet oplyste desuden, at en kikkertundersøgelse af tyktarmen, som foretaget den 5. januar 2005, ikke ville kunne passere ind i blindtarmen, selv om man efterså coecum, og undersøgelsen ville således alene være i stand til at diagnosticere en eventuel svulst i blindtarmen, såfremt den også voksede ind i coecum.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at der ved ambulans kontrol den 25. april 2005 ikke var forhold i patientens sygehistorie, der gav anledning til at foretage kontrol af blodprøver.

Sag 10 (Ref. sag 2) Klage over utilstrækkelig undersøgelse i forbindelse med forstoppelse og blødning fra endetarmen ([0446016P](#))

En 55-årig kvinde henvendte sig den 6. august 2002 til en speciallæge på grund af blødning fra endetarmen, smerter i venstre side af maven, oppustethed og øget afgang af luft fra tarmen. Smerterne og oppustetheden havde været til stede gennem et halvt år, hvorimod hun havde haft blødning i adskillige år siden 1995. Speciallægen udførte kikkertundersøgelse af endetarmen, men kunne kun komme 30 cm op i tarmen. Speciallægen vurderede, at tarmen havde normalt udseende, og at der var tale om sammenvoksninger og eventuelt betændelse af bughindebeklædningen. Der blev ikke foretaget yderligere udredning.

3 måneder senere fik patienten konstateret kræft i venstre side af tyktarmen og fik ved operation fjernet et stykke tyktarm og endetarm samt svulsten og et stykke tyndtarm tilhæftet svulsten, der efterfølgende viste sig at være en cancerknude på 3 x 7 cm. Kræften havde spredt sig til lymfeknuderne og hun modtog herefter behandling med kemoterapi.

Der blev herefter blandt andet klaget over, at der ikke blev foretaget en tilstrækkelig undersøgelse, og at speciallægen havde vurderet, at der ikke var tale om ondartede forhold.

Nævnet fandt grundlag for kritik af speciallægen.

Det var nævnets opfattelse, at speciallægen burde have foranstaltet supplerende undersøgelser, da der ikke kunne påvises en årsag til symptomerne, i form af røntgenundersøgelse af tyktarmen eller CT-skanning ved henvisning til sygehuset.

Sag 11 Klage over utilstrækkelig undersøgelse af smerter i skulder og ryg ([0444630P](#))

En 42-årig mand fik ved kikkertundersøgelse i tarmen den 27. marts 2003 påvist kræft i den nederste del af tyktarmen.

Ved operation den 8. april 2003 blev den nederste del af tyktarmen fjernet. Der blev samtidig fundet en 3 x 3 cm stor udvækst midt i højre leverlap, som blev antaget at være en godartet karsvulst, men muligheden for metastase kunne ikke udelukkes. Der blev bestilt CT-skanning med henblik på nærmere afklaring.

Patienten blev udskrevet den 18. april 2003.

5 dage senere oplyste patienten ved kontrolbesøg, at han siden udskrivelsen havde haft ømhed under højre skulderblad trækkende tværs over ryggen. Han blev informeret om, at det nok drejede sig om muskelsmerter, men kunne have forbindelse med leveren. Der blev planlagt CT-skanning for nærmere afklaring. Da denne ingen diagnostisk afklaring gav, blev der bestilt MR-skanning.

Den 20. maj 2003 tydede MR-skanningen på, at processen i leveren var en godartet karsvulst, men det blev anbefalet, at der blev foretaget ultralydskontrol 3 måneder senere.

2 dage senere henvendte patienten sig på ny på sygehuset, idet han trods smertestillende behandling havde stærke smerter tværs over brystkassen. Det blev besluttet snarest at indkalde ham med henblik på videre smertebehandling.

Ved undersøgelse den 27. maj 2003 var tilstanden uændret, og patienten blev henvist til røntgenundersøgelse af rygsøjlen.

4 dage senere blev patienten indlagt på en neurokirurgisk afdeling, idet han udover smerter havde fået føleforstyrrelser på forsiden af begge lår samt nedsat kraft i begge ben. Ved akut MR-scanning blev der fundet metastase med indvækst i rygmarvskanalen. Han blev akut opereret og overflyttet til en onkologisk afdeling med henblik på strålebehandling og eventuelt kemoterapi.

Der blev herefter klaget over, at der ikke blev gjort tilstrækkeligt for at udrede årsagen til smerterne i skulder og ryg.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af de læger, der var involveret i behandlingen.

Nævnet oplyste, at undersøgelse for tyktarms- og endetarms kræft ikke sædvanligvis omfatter en detaljeret neurologisk undersøgelse. Kun ved relevante smerter og neurologiske udfaldssymptomer i form af føleforstyrrelser eller lammelser vil en yderligere undersøgelse af ryggen være indiceret med MR eller CT teknik.

Nævnet lagde vægt på, at patienten havde været i et sædvanligt forløb med operation for svulst i den s-formede del af tyktarmen, hvorved der blev fundet forandringer, som blev mistænkt for at være metastaser.

Nævnet lagde videre vægt på, at smerterne mellem skulderbladene på relevant vis blev undersøgt med røntgen af skulderblade, lunger og CT- og MR-skanning af leveren, som alle var normale. Yderligere undersøgelser nåede ikke at blive effektueret, før der opstod klare neurologiske symptomer.

Sag 12 Klage over utilstrækkelig behandling i forbindelse med kræft i endetarmen

En 55-årig kvinde blev den 2. juni 1999 indlagt, da hun ved en gynækologisk undersøgelse havde fået påvist en hård, fast udfyldning bagtil svarende til endetarmen. På mistanke om en svulst i det lille bækken blev der 8 dage senere ordineret røntgenundersøgelse af tyktarmen, og i ventetiden på undersøgelsen blev hun udskrevet.

Den 17. juni 1999 blev patienten genindlagt på grund af forværring af tilstanden, og 5 dage senere blev der påvist stop i passagen gennem tyktarmen (tarmslyng), hvorfor det blev besluttet at foretage en operation. Ved operationen blev der helt nedadtil i tyktarmen fundet en svulst, der sad urokkeligt fast på bugvæggen og hun fik lagt den ene ende af tyktarmen ud gennem bugvæggen (kolostomi), idet det ikke var muligt at fjerne svulsten ved operationen. Efterfølgende blev det vurderet, at der var tale om en godartet bindevævssvulst i tarmen, hvorfor der blev ordineret en CT-skanning af maven, som blev foretaget den 8. juli 1999 og viste en rumopfyldende udvækst i det lille bækken.

Ved kontrol den 4. august 1999 blev det vurderet, at svulsten kunne være godartet, hvorfor man afstod fra at foretage yderligere undersøgelser, idet patienten dog skulle komme til ambulans kontrol efter 3 måneder, hvor der skulle foretages ultralydsundersøgelse af maven, med henblik på tilbagelægning af stomien.

Den 29. september 1999 blev patienten akut indlagt på grund af blødning fra endetarmen og ved kikkertundersøgelse af endetarmen, blev der fundet mistanke om en lille fistel i toppen af tarmstumpen.

2 uger senere viste mikroskopisvaret tegn på kræft i endetarmen.

Den 18. oktober 1999 fik patienten foretaget en underlivsundersøgelse, som viste pus i skeden og tegn på svær underlivsbetændelse og dagen efter blev hun opereret med henblik på fjernelse af endetarmsstump med svulst. Ved operationen blev der fundet en stor svulstmasse, som omfattede livmoder, tyktarm og blindtarmen, som blev fjernet. Der kunne ikke ses tegn på spredningssvulster. De efterfølgende vævsprøveundersøgelser viste, at der var tale om kræft i tyktarmen, som var vokset igennem tarmvæggen.

Patienten kom efterfølgende til kontrol i november og december 1999, hvor tilstanden var tilfredsstillende, og det blev vurderet, at hun fremover skulle kontrolleres hvert halve år.

Den 3. januar 2000 blev patienten akut indlagt på grund af mavegener, men blev udskrevet den følgende dag.

Ved kontrol den 11. januar 2000 havde patienten lidt problemer med vandladningen, og 14 dage senere blev hun på ny indlagt med tegn på tarmslyng. Der blev under indlæggelsen iværksat antibiotikabehandling og væsketerapi.

Den 16. februar 2000 blev der påvist stop højt i tyndtarmen, og der blev fundet indikation for akut operation, hvorved det blev konstateret, at tyndtarmslyngene var fuldstændigt klistret sammen. Hun sløjede efterfølgende langsomt af og afgik ved døden den 22. marts 2000.

Der blev herefter blandt andet klaget over, at patienten ikke var blevet behandlet tilstrækkeligt for sin sygdom.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik, men fandt, at det havde været hensigtsmæssigt, om der allerede i juli 1999 var foretaget kikkertundersøgelse af patientens ende- og tyktarm på baggrund af den diskrepans, som der var mellem de foretagne undersøgelser.

Nævnet lagde vægt på, at operationen den 22. juni 1999 blev foretaget i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard, idet der blev anlagt en stomi med henblik på afhjælpning af den akutte tilstand i form af tarmstop.

Nævnet oplyste i den forbindelse, at stop i passagen gennem tyktarmen (colonileus) oftest forårsages af ondartede knuder i venstre side af tyktarmen eller i endetarmen. Det kan ligeledes forekomme ved svær betændelse omkring udposninger i tyktarmen (diverticulitis), hvorimod godartede knuder stort set aldrig giver anledning til problematisk passage gennem tyktarmen. Det kan ved operation være vanskeligt at skelne mellem svær betændelse omkring udposninger i tyktarmen og en ondartet knude. Den bedste måde at skelne mellem disse tilstande er ved at foretage en kikkerundersøgelse af tarmen med en fleksibel kikkert (fleksibel sigmoideoskopi).

Videre oplyste nævnet, at ondartede knuder i tarmen starter på den indvendige side af tarmen, hvorfor det ikke er usædvanligt, at prøver taget fra ydersiden ikke afslører ondartede forandringer.

Nævnet fandt på denne baggrund ikke grundlag for kritik af de involverede læger i perioden fra den 9. juni til den 6. august 1999, men nævnet fandt, at det havde været hensigtsmæssigt, om der allerede i juli 1999 var foretaget kikkertundersøgelse af patientens ende- og tyktarm på baggrund af den diskrepans, som der var mellem de foretagne undersøgelser.

Nævnet oplyste videre, at vurdering af muligheden for radikal (fuldstændig) fjernelse af en svulst er afgørende for behandlingsstrategien såvel ved recidiv som ved fastsiddende, ondartet sygdom. En sådan vurdering foretages bedst ved undersøgelse i narkose samt CT- og/eller MR skanninger, idet man ved undersøgelsen i narkose føler på knuden for at vurdere, om den sidder fast (er fikseret) eller om den er forskydelig. Scanningerne kan direkte vise, om der er indvækst i andre strukturer. Hvis knuden vokser ind i omgivende strukturer, kan det ikke forventes, at den kan fjernes ved operation alene. I sådanne tilfælde vil man give strålebehandling forud for operation.

4 KLAGER I FORBINDELSE MED OPERATION OG KOMPLIKATIONER HERTIL

4.1 Klager over bristning af sammensyningen

En af de komplikationer, der kan opstå i forbindelse med en operation af tyktarmstumorer, er bristning af sammensyningen på tarmen. Denne komplikation kan vise sig i forskellig grad, både som en ikke-akut tilstand, men også som en svær akut bughindebetændelse, der kræver en ny operation.

Følgende afgørelser belyser nævnets praksis vedrørende klager over bristning af sammensyningen af tarmene, i forbindelse med operationer af tyktarmstumor. Alle behandlinger blev anset for at være i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard.

Sag 13 Klage over mangelfuld sammensyning af tarmene ([08F002P](#))

En 72-årig kvinde fik den 25. oktober 2004 konstateret kræft i tyktarmen.

To uger senere blev hun opereret ved en kikkertoperation, som konverteredes til en åben operation på grund af svulstens udbredelse. Overlægen fjernede en del af tyktarmen og frigjorde en del af tyndtarmen, som var vokset sammen med svulsten, og clipsede de to ender sammen med staples. Efterfølgende testede overlægen sammensyningen (anastomosen) ved en syns- luft og væskeprøve og fandt, at den var tæt. Videre sikrede han sig, at tarmen lå i en pæn blød bue.

Fem dage efter operationen fik patienten feber og smerter i højre side. Der var mistanke om lækage af en af tarmsammensyningerne, og patienten blev herefter opereret. Da en sammensyning var bristet, blev det nødvendigt at anlægge en stomi.

Der blev herefter klaget over, at overlægen ikke havde udvist tilstrækkelig omhyggelighed ved sammensyning af tarmen.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af overlægen.

Nævnet oplyste, at sammensyninger oftest foretages med clipseapparat, og at sammensyningerne efterfølgende testes for tæthed ved en luftprøve under vand og en direkte vurdering af sammensyningens udseende (synsprøve).

Nævnet lagde vægt på, at overlægen havde testet sammensyningen og derved så vidt muligt havde sikret sig, at sammensyningen var tæt.

Sag 14 Klage over at sammensyningen ikke blev foretaget korrekt ([0659920P](#))

En 74-årig mand fik den 11. oktober 2004 fjernet en kræftsvulst i tyktarmen, ved at overlægen fjernede det stykke af tyktarmen, som indeholdt svulsten. Der blev derefter sikret god blodforsyning og anlagt en clipset sammensyning af tarmens ender (anastomose). En test viste, at syningen ikke var helt tæt, hvorfor dette område blev oversyet. Overlægen fandt, at de to tarmstykker var vitale og med god blodforsyning.

Efterforløbet fandtes at være roligt. Dog havde patienten et lidt lavt blodtryk, som blev behandlet med lægemidler uden effekt, og patienten havde desuden problemer med vejrtrækningen.

Efter to dage havde patienten fortsat vejrtrækningsproblemer, og en røntgenundersøgelse af tyktarmen med kontrast blev gennemført². Undersøgelsen gav mistanke om, at sammensyningen af tyktarmsenderne var

² Se nærmere om røntgen med kontrast ovenfor i afsnit 2.3 om undersøgelsesmetoder.

insufficiente, og der blev foretaget en reoperation samme dag. Det kunne konstateres, at tarmen ikke var vital ca. 3 cm ovenfor sammensyningen.

Der blev blandt andet klaget over, at sammensyningen af tarmen ikke var tæt, og at man ikke sikrede sig, at der var tilstrækkelig blodforsyning efter sammensyningen.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af overlægen.

Nævnet oplyste, at sammensyning af tarmens ender (anastomose) med clips foretrækkes under omstændigheder, hvor simpel syning er vanskelig på grund af pladsforhold, således som det forekommer i øverste og nederste del af bughulen. Det er vigtigt, at der ved anlæggelse af sådanne anastomoser sikres god blodforsyning til begge tarmender.

Nævnet oplyste videre, at ved anlæggelse af anastomoser i den nedre del af tyktarmen vil der opstå bristning af sammensyningen (anastomoselækage) i ca. 6-12% af tilfældene. En sådan lækage er uforudsigelig og kan være vanskelig at diagnosticere. Den opstår oftest efter 4 til 7 dage, men kan dog variere meget.

Nævnet lagde vægt på, at overlægen havde sikret, at der var god blodforsyning til de sammensyede tarmender, og da en test viste, at sammensyningen ikke var helt tæt, blev området oversyet.

Sag 15 Klage over at der blev begået fejl ved sammensyning af tyndtarmen og tyktarmen ([0447608P](#))

En 64-årig kvinde blev den 22. januar 2004 opereret for kræft i tyktarmens blinde ende (coecum). Den opererende overlæge fjernede den kræftsige del af tarmen, og forbindelsen mellem tyktarmen og tyndtarmen blev etableret ved en såkaldt side til side anastomose med stablerteknik. Ved operationens afslutning var der ingen mistanke om defekter i sammensyningen af de to tarmender.

I efterforløbet fik patienten feber, og tarmfunktionen kom ikke i gang. 7 dage efter operationen blev der foretaget en skanning af abdomen, og på grund af mistanke om lækage i sammensyningen blev der samme dag foretaget en operation, som viste en 1/2 x 1/2 cm stor lækage i sammensyningen (stablerlinien).

Der var klaget over, at der var begået fejl ved sammensætningen af tynd- og tyktarmen, idet en af clipsene var løs.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af overlægen.

Nævnet oplyste, at der er flere forskellige metoder, som kan anvendes ved anlæggelse af anastomoser. Der kan anvendes étlagede eller flerlagede anastomoser med anvendelse af suturmateriale, og der kan anvendes stablede anastomoser, som anlægges med clipsemaskine. Man kan anvende ende til ende eller side til side anastomoser, og der er derudover flere varianter. Der foreligger ingen evidens for hvilken metode der er den bedste. Ved alle metoder kan der opstå uforudsigelige lækager. Der er ved hver metode faste principper, som skal overholdes.

Nævnet lagde vægt på, at den anvendte teknik var anerkendt, samt at det var en kendt komplikation, at anastomosen kunne bryde.

Sag 16 (Ref. sag 5) Klage over fejlagtig operation i forbindelse med kræft i højre side af tyktarmen (0447707P)

En 81-årig mand fik fjernet en tumor i højre side af tyktarmen samt et stykke af tyktarmen den 13. juni 2002, og i den forbindelse blev tyndtarmen syet direkte sammen med tyktarmens øvrige del. Patientens tilstand var dårlig i efterforløbet, og da tilstanden ikke blev bedre, blev det besluttet at foretage en fornyet operation.

9 dage efter fjernelse af tumoren, fandt 1. reservelægen ved reoperationen, at 15 cm af tyndtarmen op mod sammensyningen til tyktarmen var gået til grunde, og der var påvirkning af yderligere 25 cm af tyndtarmen. Videre fandt 1. reservelægen, at der var svær bughindebetændelse med store mængder væske med tarmindehold i bughulen.

Årsagen hertil var en lækage ved tarmens sammensyning, da tyndtarmen på et stykke svarende til 15 cm ikke havde været levedygtig.

Der blev blandt andet klaget over, at operationen ikke var udført ordentligt, på grund af de komplikationer, der opstod i forbindelse hermed.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af lægen.

Nævnet lagde vægt på, at 1. reservelægen havde skånet pulsåren til tyndtarmsovergangen, således at han måtte regne med, at blodforsyningen til dette område var i orden.

Nævnet fandt, at 1. reservelægen havde handlet i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard i forbindelse med sammensyningen af tarmenderne.

Sag 17 Klage over ukorrekt operation, som medførte perforation på tyktarmen (0340388P)

En 70-årig kvinde fik den 27. marts 2002 fjernet højre halvdel af tyktarmen samt de nederste 10 cm af tyndtarmen, da hun havde fået konstateret en svulst i tyktarmen. Der blev foretaget en sammensyning af tyndtarmen til den tværgående del af tyktarmen.

Der blev klaget over, at operationen ikke var blevet foretaget korrekt, idet der efterfølgende viste sig at være en perforation på tyktarmen, men at perforationen befandt sig et andet sted end i sammensyningen.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af 1. reservelægen, der udførte operationen eller den assisterende overlæge.

Det var nævnets opfattelse, at den anvendte fremgangsmåde for operationen blev foretaget i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard ved behandling af svulster, som er lokaliseret i højre side af tyktarmen.

Nævnet oplyste, at det er velkendt, at der i forbindelse med en operation kan opstå mindre ikke tilsigtede læsioner af omkringliggende tarm i form af såkaldte serosabristninger, det vil sige overfladiske læsioner af tarmens udvendige hinde. Nævnet oplyste videre, at tarmen vil være svag på dette sted, hvilket under uheldige omstændigheder kan betyde, at der kommer en perforation på tarmen på det pågældende sted, som vil fremstå

som et mindre hul. Nævnet oplyste endelig, at dette er en sjælden, men kendt og hændelig komplikation til operationen.

4.2 Klager over følger af stomi

I nogle tilfælde er det ikke muligt at sy tarmenderne sammen direkte efter en operation for tyktarmskræft, og det kan derfor blive nødvendigt at lave en midlertidig stomi, så tarmen får tid og ro til at hele. Den midlertidige stomi kan almindeligvis fjernes ved en ny operation tre til seks måneder senere, hvor tarmen vil blive opereret på plads igen, således at afføringen kan passere gennem endetarmen.

I andre tilfælde er stomien permanent. Dette kan skyldes, at det ikke er muligt at fjerne al kræftvævet, eller at det ikke er muligt at sy tarmenderne sammen igen.

Følgende afgørelser belyser nævnets praksis vedrørende klager over følgerne af stomi. Behandlingerne blev anset for at være i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard.

Sag 18 Klage over ukorrekt operation som medførte væsentlig ændring af patientens figur ([08F003P](#))

En 65-årig kvinde blev den 7. august 1999 opereret af en reservelæge under supervision af en 1. reservelæge, hvorved den nederste del af tyktarmen blev fjernet, og den tilbageværende del af tyktarmen blev ført ud i bugvæggen (stomi).

Der var klaget over, at den operation, patienten gennemgik, ikke blev udført korrekt, idet patientens talje var blevet udvidet 7-8 cm, og at hun derfor ikke kunne passe sit tøj.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af reservelægen og den superviserende 1. reservelæge.

Nævnet vurderede, at operationen blev udført i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard, samt at det var korrekt, at der blev anlagt en stomi.

Nævnet lagde vægt på, at der blev foretaget fjernelse af det forsnævrede stykke tarm med svulsten og anlagt stomi samt foretaget blindlukning af endetarmen.

Nævnet oplyste, at der ved anlæggelse af stomi, kan opstå en vis svækkelse af bugmuskulaturen, der sammen med selve stomien medfører, at man kommer til at fylde mere i taljeregionen. Dette forhold er velkendt, ligesom det er velkendt, at anlæggelse af en stomi kan medføre beklædningsproblemer.

Sag 19 Klage over at stomien ikke blev anlagt korrekt (0342726P)

En 77-årig mand blev den 3. december 1999 opereret på grund af en kræftknude i den nederste s-formede del af tyktarmen. Efter fjernelse af kræftknuden forsøgte overlægen at sy tarmenderne sammen, men opgav dette på grund af store mængder fedtvæv og udposninger. Der blev i stedet anlagt en stomi. Det 15 til 20 cm lange stykke af tyktarmen som førte ned mod endetarmen blev blindlukket og efterladt.

I forbindelse med udskrivningen den 21. december 1999 blev stomien beskrevet som velfungerende.

Ved kontrol 3 uger senere kunne det konstateres, at stomien havde trukket sig lidt ind, samt at der var problemer med lækage fra stomien. Problemet blev søgt afhjulpet i september 2000 ved udvidelse af stomien, men forsøget var uden effekt.

I marts 2001 blev der foretaget en revision af stomien, så den kom næsten i niveau med huden. Efterfølgende var der dog stadig problemer med lækage fra stomien.

Der var klaget over, at stomien ikke var anlagt korrekt, idet der havde været problemer med udsivning af afføring ved stomien, samt at der kom afføring ud ved endetarmen. Videre var der klaget over, at der trods en ny operation af stomien fortsat var problemer med udsivning af afføring.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af overlægen.

Nævnet oplyste, at blodforsyningen til tarmen løber gennem fedtvæv, som omgiver tarmen. For at få en god stomi skal blodforsyningen være god, og der må ikke være stramning af tarmen. Disse ideelle forhold kan ikke altid skabes. Specielt hos overvægtige kan der være problemer, fordi tarmen er omgivet af meget fedt, og fordi der er længere gennem bugvæggen ud til hudoverfladen. I dagene efter stomianlæggelsen kan der være problemer med blodcirkulationen, og dette kan medføre, at en stomi, som primært var pæn, senere kan blive for lav og snæver.

Nævnet vurderede, at problemerne med at få stomien til at slutte tæt skyldtes at stomien havde trukket sig lidt ind.

Nævnet lagde vægt på, at der var tale om operation af en overvægtig person, og vurderede, at lækage og stomiens niveau ikke skyldtes forkert anlæggelse af stomien.

Nævnet oplyste, at der ofte vil være afføring i et blindlukket tarmstykke på operationstidspunktet, og hvis det ikke skylles ud gennem endetarmen, vil der i måneder efterfølgende kunne observeres passage af afføringslignende sekret fra endetarmen. Dette er således ikke udtryk for, at der er forbindelse til det øvrige tarmsystem, men blot udtryk for at der har været afføring i endetarmen på operationstidspunktet.

Nævnet lagde vægt på, at det ikke var usædvanligt, at der efter operationen kom afføring fra endetarmen, samt at patienten fik foretaget en røntgenundersøgelse af endetarmsstumpen med kontrast, hvorefter det blev vurderet, at der ikke var en forbindelse til det øvrige tarmsystem.

Nævnet fandt på denne baggrund, at overlægen havde handlet i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard.

5 KLAGER I FORBINDELSE MED EFTERFORLØB OG TILBAGEFALD

Følgende sag belyser nævnets praksis vedrørende klager over utilstrækkelige undersøgelser i forbindelse med efterforløb og tilbagefald (recidiv).

Sag 20 Klage over at det ikke blev opdaget, at der var kræft i bughulen ([0017225P](#))

En 51-årig mand blev den 29. august 1996 opereret for kræft i tyktarmen, hvorved en del af tyktarmen og 3 lymfeknuder blev fjernet. Mikroskopisk undersøgelse viste spredning af kræftvæv til 2 af de fjernede lymfeknuder. Der blev ordineret kontrollkikkertundersøgelse 3 måneder efter operationen med henblik på at sikre mod, at samtidigt optrædende svulster skulle være overset ved operationen.

Den 9. januar 1997 fik patienten således foretaget kikkertundersøgelse, som viste normale forhold. Der blev samtidigt udtaget blodprøve til bestemmelse af karcinoembryonalt antigen, CEA, som er en markør for mulig spredning af kræftvæv. Undersøgelsen var normal.

Den 10. april 1997 blev patienten set til afsluttende kontrol, hvor han blev informeret om sin sygdom, om videre kontrol af CEA hos praktiserende læge samt om afsluttende kikkertundersøgelse 3 år efter operationen.

Den 23. december 1998 var patienten til fornyet undersøgelse på kirurgisk gastroenterologisk afdeling, idet der var påvist stigende værdier af CEA. Han fik foretaget kikkertundersøgelse af endetarmen, som viste normale forhold.

Den 11. januar 1999 fik patienten foretaget kikkertundersøgelse af tyktarmen, hvorved hele tyktarmen blev gennemset. Der blev påvist enkelte udposninger, men i øvrigt ingen forandringer.

3 dage senere blev der foretaget ultralydsskanning af lever og galdeveje, som ikke viste forandringer.

Den 26. januar 1999 fik patienten foretaget CT-skanning, som viste, at der muligvis var forandringer i højre leverlap, og den 18. februar 1999 blev foretaget PET-skanning, idet CEA-værdierne fortsat var stigende. Undersøgelsen gav mistanke om forandringer i leveren, men disse kunne ikke påvises ved almindelig ultralydsskanning foretaget den 23. februar 1999.

Den 1. marts 1999 fik patienten foretaget ultralydsskanning via kikkertundersøgelse i bughulen med henblik på endelig afklaring af, hvorvidt der var forandringer i leveren.

Den 12. marts 1999 blev det ved konference besluttet at foretage en ny CT-skanning 2 måneder senere, idet det omfattende undersøgelsesprogram ikke havde påvist årsagen med de vedvarende forhøjede værdier af CEA.

Den 18. maj 1999 blev foretaget ny CT-skanning, som viste normale forhold.

Den 16. august 1999 blev der foretaget ny ultralydsskanning af leveren, som var normal. Blodprøve viste fortsat stigende CEA-værdi og 4 dage senere fik patienten foretaget kikkertundersøgelse af tarmen, som var normal.

Den 9. september 1999 blev der foretaget ny PET-skanning, som gav mistanke om ny-tilkomne forandringer. Ved efterfølgende ultralydsundersøgelse foretaget den 23. september 1999 fandtes forandringer lige under bugvæggen. Vævsprøve udtaget herfra gav mistanke om kræftvæv.

Den 15. oktober 1999 blev patienten opereret, hvorved der påvistes spredning af kræftvæv til det såkaldte store net. Det var ikke muligt at bortoperere forandringerne, og han blev henvist til behandling på onkologisk afdeling.

Der blev herefter klaget over den lægelige behandling patienten havde modtaget, idet man ikke konstaterede, at han havde kræft i bughulen.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af de involverede læger.

Nævnet lagde vægt på, at efter fundet af en stigende CEA, blev der foretaget en undersøgelse af den resterende del af tyktarmen, ultralyd af bughulen og lever, røntgenundersøgelse af lungerne, CT- skanning og derefter en operation.

Nævnet lagde videre vægt på, at undersøgelserne havde været gentaget i de tilfælde, hvor konklusionerne havde været usikre, og at der blev foretaget kikkertundersøgelse med ultralyd og vævsprøve, uden at man kunne konstatere en fornyet tilsynekomst af kræft.

6 MINIORDBOG

| | |
|-----------------|--|
| Abdomen: | bugen |
| Anastomose: | forbindelse mellem to organer, sammensyning |
| Benign: | godartet |
| CEA: | markør for mulig spredning af cancervæv |
| Cytostatika: | cellegift |
| CT-skanning: | computertomografi |
| Kateter: | blød slange |
| Koloskopi: | kikkertundersøgelse af kolon |
| Kontrastvæske: | væske indeholdende sporstof |
| Lymfekar: | kar der dræner kroppens forskellige væv |
| Malign: | ondartet |
| Metastase: | tumorspredning |
| MR-skanning: | magnetrontgen |
| PET-skanning: | røntgenundersøgelse med radioaktivt sporstof |
| Perforation: | bristning |
| Rektoskopi: | kikkertundersøgelse af rektum |
| Sigmoideoskopi: | kikkertundersøgelse af sigmoideum |
| Stomi: | kunstig tarmåbning i huden på maven |
| Ultralyd: | undersøgelse med lydbølger |

7 SAGSOVERSIGT

| | |
|--|----|
| Sag 1 Klage over utilstrækkelig undersøgelse af endetarmen i forbindelse med blodig afføring (0763909P)..... | 11 |
| Sag 2 (Ref. sag 10) Klage over utilstrækkelig undersøgelse ved symptomer på forstoppelse og blødning fra tarmen (0446016P)..... | 12 |
| Sag 3 Klage over overset kræftknode i forbindelse med kikkertundersøgelse (0230216P) | 13 |
| Sag 4 (Ref. sag 9) Klage over at hele tarmen ikke blev gennemgået i forbindelse med kikkertundersøgelse (08F001P) | 14 |
| Sag 5 (Ref. sag 16) Klage over manglende iværksættelse af yderligere undersøgelser efter kikkertundersøgelse (0447707P)..... | 15 |
| Sag 6 Klage over afbrudt kikkertundersøgelse af tyk- og endetarm (0447818P)..... | 15 |
| Sag 7 Klage over overset ondartet svulst i tyktarmen (0337013P)..... | 16 |
| Sag 8 Klage over at lægerne ikke opdagede, at der var tale om tyktarmskræft (0128824P)..... | 17 |
| Sag 9 (Ref. sag 4) Klage over utilstrækkelig behandling, hvor der efterfølgende blev konstateret en tumor i tyndtarmen med metastaser til leveren (08F001P)..... | 18 |
| Sag 10 (Ref. sag 2) Klage over utilstrækkelig undersøgelse i forbindelse med forstoppelse og blødning fra endetarmen (0446016P) | 20 |
| Sag 11 Klage over utilstrækkelig undersøgelse af smerter i skulder og ryg (0444630P)..... | 20 |
| Sag 12 Klage over utilstrækkelig behandling i forbindelse med kræft i endetarmen..... | 21 |
| Sag 13 Klage over mangelfuld sammensyning af tarmene (08F002P)..... | 24 |
| Sag 14 Klage over at sammensyningen ikke blev foretaget korrekt (0659920P)..... | 24 |
| Sag 15 Klage over at der blev begået fejl ved sammensyning af tyndtarmen og tyktarmen (0447608P)..... | 25 |
| Sag 16 (Ref. sag 5) Klage over fejlagtig operation i forbindelse med kræft i højre side af tyktarmen (0447707P)..... | 26 |
| Sag 17 Klage over ukorrekt operation, som medførte perforation på tyktarmen (0340388P)..... | 26 |
| Sag 18 Klage over ukorrekt operation som medførte væsentlig ændring af patientens figur (08F003P)..... | 27 |
| Sag 19 Klage over at stomien ikke blev anlagt korrekt (0342726P) | 28 |
| Sag 20 Klage over at det ikke blev opdaget, at der var kræft i bughulen (0017225P) | 29 |