

Lægelig vurdering udarbejdet af

Navn: [REDACTED]

Stilling og ansættelsessted: [REDACTED]

Speciale: [REDACTED]

[REDACTED]

Lægelig vurdering til brug for Ankenævnet for Patienterstatningen

Vedr.: [REDACTED]

Sagens materiale

Jeg mener, at det tilsendte materiale er tilstrækkeligt og dækkende til, at jeg kan vurdere sagen.

Sagsfremstilling

Jeg er enig i Patienterstatningens beskrivelse af behandlingsforløbet i sagsfremstillingen.

Lægelige vurdering

Ad spørgsmål 1:

[REDACTED] er 71 år og var kendt med operativt behandlet karmalformation (AVM) i højre pandelapsregion i 1983. Han havde udviklet epilepsi efterfølgende, men var velbehandlet på lamictalbehandling. [REDACTED] havde siden 2019 klaget over smerter og føleforstyrrelser i højre arm, som blev udredt og diagnosticeret som værende forårsaget af slidforandringer i halshvirvelsøjlen (cervico/brachialt syndrom). Så vidt det fremgår, havde [REDACTED] ikke symptomer i højre ben forud for aktuelle. Den 18.06.2022 debuterede [REDACTED] pludseligt kl 10 med svimmelhed, højresidige synsforstyrrelser og påvirkning af følesansen i både højre arm og ben. FAM sygeplejersken skriver ved modtagelsen kl 12.57, at der havde været sensomotoriske symptomer i højre arm og ben, som var forsvundet ved ankomsten (første journalnotat), men persisterende kvadrant anopsi i højre øvre synsfelt. Man mistænkte enten stroke eller recidiv af AVM. Første lægenotat kl 18.51 beskriver øvre højre kvadrantanopsi (blindhed i øverste højre synsfelt) men ellers normal neurologisk undersøgelse efter CT skanning, som blev foretaget kl 17.33 og som var i.a. Diagnosen fortsat uafklaret ifølge lægenotatet, men der påbegyndtes blodfortyndende medicin på klinisk mistanke om stroke og der blev bestilt MR med angio, for at klarlægge om der var tegn til recidiv af AVM og mhp at bekræfte stroke diagnosen. [REDACTED] overflyttedes til neurologisk afdeling og gennemundersøges af sygeplejersker, terapeuter og logopæd næste dag, som anbefalet i Dansk Stroke register. Tilses på stuegang af neurologisk læge den 20.06.

[REDACTED] fastholdt klager over subjektiv nedsat følesans i højre arm og ben, højre synsfeltpåvirkning og nedsat hukommelse, og klagede også over let hovedpine. MR viste vævsskade efter en subakut blodprop i synsbarken på venstre side den 22.06 og en forsnævring på venstre bagerste hjernekar (arteria cerebri posterior) som kunne være kilden til den blodprop [REDACTED] havde haft. AVM var ikke dækket af angiografien, så eventuelle karforandringer kunne ikke ses, men operationskaviteten efter operativ fjernelse af AVM var uændret ved sammenligning med tidligere skanningsbilleder. Der skulle ikke foretages yderligere efter konferering med OUH, og senere i forløbet blev der påvist atrieflimren, som kunne være en alternativ årsag til blodproppen den 18.06.2022.

Det bemærkes, at der først er journalført en fuld neurologisk undersøgelse den 3.11.2022, ved et ambulant besøg på neurologisk ambulatorie pga udredning for smerter i højresidige ekstremiteter.

Ad spørgsmål 2:

■■■■ er ikke med overvejende sandsynlighed påført en skade som følge af manglende neurologisk tilsyn og vurdering af trombolyseindikation ved ankomsten til ■■■■ den 18.06. Dette vurderes på baggrund af at symptomerne var i regression ved ankomsten til hospitalet, samt at der i situationen trods klar mistanke om stroke var en sygehistorie med tidligere operativ behandling for et AVM i højre hjerne sv.t. pandelappen. Ved kendt AVM er det en relativ kontraindikation for at tilbyde trombolysebehandling. Det skal altid afvejes om effekten af trombolyse står mål med risikoen for at der udvikler sig en blødning i et AVM, også selv om det er operativt behandlet for mange år siden. En karknude (AVM) består af meget små kar, som er nydannede og udviklede over en længere periode uden at det nødvendigvis giver symptomer. En AVM lokaliseret til højre pandelap vil være vokset meget stor, hvis den skulle give symptomer, så selv om der ikke umiddelbar var klinisk mistanke om at AVM var begyndt at vokse igen (inden venstresidige lammelser eller nye epileptiske anfald), så kan det ikke udelukkes at der i området findes rester af små skrøbelige AVM kar, som let bløder, hvis der tilbydes trombolyse. Man vil derfor ved mindre stroke symptomer være tilbageholdende med at tilbyde trombolyse, og når symptomerne allerede er i bedring ved hospitalsindlæggelsen tyder det på, at blodproppen allerede er opløst ved kroppens egne beskyttelses mekanismer. Dette kaldes spontan trombolyse, fordi vi i blodet har størkningsmekanismer, som også kan opløse blodpropper. Det er bl.a. derfor vi ser, at patienter som ikke får trombolyse alligevel får aftagende symptomer ret hurtigt.

I aktuelle tilfælde kunne man have valgt at udføre en akut MR skanning, hvis symptomerne havde været mere udtalte og ikke allerede i bedring, og derfor mere tvingende nødvendig at vurdere risikoen ved at tilbyde trombolyse i forhold til en gevinst ved behandlingen omkring middagstid den 18.06. Dette ville kunne nås indenfor tidsvinduet på 4,5 timer efter symptomdebut.

Ad spørgsmål 3.

En erfaren specialist ville tilse aktuelle patient akut ved ankomsten til skadestuen på baggrund af den vanskelige problemstilling vedr. AVM og **akut** stroke. Der var klar mistanke om akut stroke. Derud over er stroke symptomerne, som initialt var mere udtalte, tegn på en lidt større blodprops episode, hvor man må mistænke en embolikilde enten fra hjertet eller fra halsens pulsårer. Begge disse årsager til blodprop i hjernen er ustabile underliggende årsager til stroke, med høj risiko for nye blodpropper i de første døgn. En erfaren specialist ville derfor sikre sig ved grundig anamnese, og fuld neurologisk undersøgelse og videre plan for udredning, at patienten så godt som muligt blev beskyttet mod nye blodpropper, som kan være mere omfattende end den første episode. Heldigvis udviklede ■■■■ nye blodpropper i efterforløbet. Han blev endnu en gang indlagt i FAM den 30.09.2022 med forværring af symptomerne, og her foretog man en akut MR skanning, som ikke viste nytilkomne blodpropper, og symptomerne gik i sig selv igen.

Ad spm 4.

Der er overvejende snadsynligt ikke påført ■■■■ en skade ved manglende tilsyn fra neurologi, og ved undladelse af trombolysebehandling.

Ad spm. 5.

- a) Ja, den telefoniske kontakt gik til neurologisk bagvagts, som formentlig tager alle opkald udefra på ■■■■ og derefter aktiverer trombolyseteamet, hvis det skønnes nødvendigt.
- b) Helt rigtigt / og det kan kritiseres, at der først foreligger neurologisk lægenotat den 20.06 ved stuegang.
- c) Enig

- d) Også enig. En normal CT skanning udelukker ikke at der er tale om stroke.
- e) Alle patienter med mistanke om **akut** stroke eller forbigående TCI tilfælde har ret til akut neurologisk vurdering, uanset symptomernes sværhedsgrad, netop fordi det skal sikres at der igangsættes relevante undersøgelser og profylakse mod nye stroke episoder.
- f) Som anført kunne MR have hjulpet i forhold til diagnosticering af stroke. Man gav dog behandling, som man vil gøre ved klinisk mistanke om stroke, og MR er ikke et krav.
- g) Ja det er korrekt, og må ses som udtryk for [REDACTED] utryghed i den akutte fase. Det er meget uhensigtsmæssigt at patienter ikke bliver hørt.
- h) Ja, enig.
- i) Det har jeg ikke forståelse for. Der er journalnotater i den akutte situation som underbygger denne AVM problemstillingen, som opfattes som komplicerende i forhold til om der kan gives kraftig blodfortyndende behandling med to præparater 6 timer efter debut. Hvis [REDACTED] var set i trombolysevinduet før kl 14.30 ville der være samme overvejelser vedr. trombolyse (faktisk endnu mere problematisk, fordi trombolysen er meget mere kraftigt blodfortyndende).
- j) Jeg mener [REDACTED] med overvejende sandsynlighed ikke ville have været tilbudt trombolyse som ovenfor argumenteret for.

Med venlig hilsen

[REDACTED]