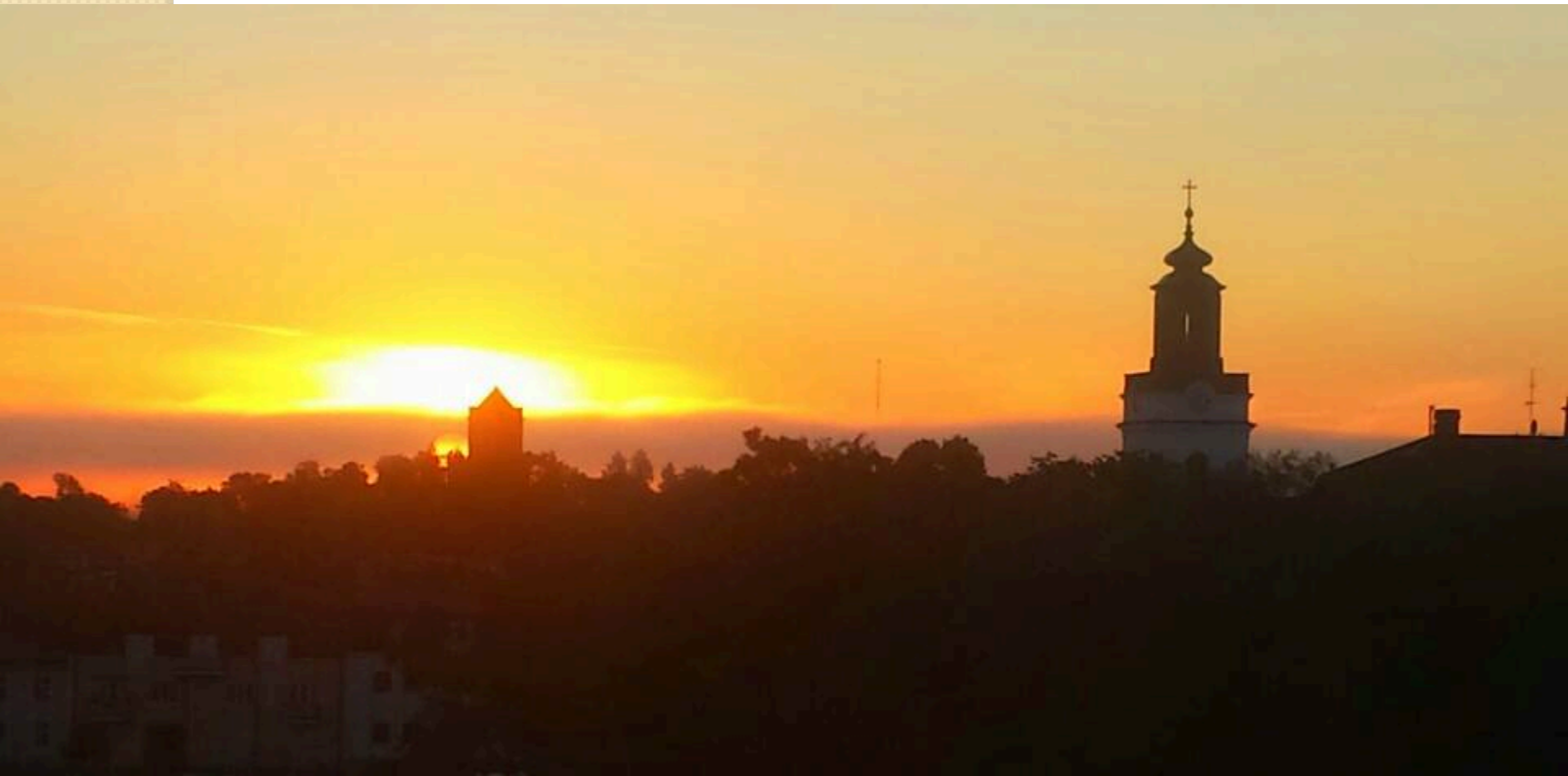


Den som söker skall finna

Jörgen Strömberg, Högländssjukhuset, Eksjö



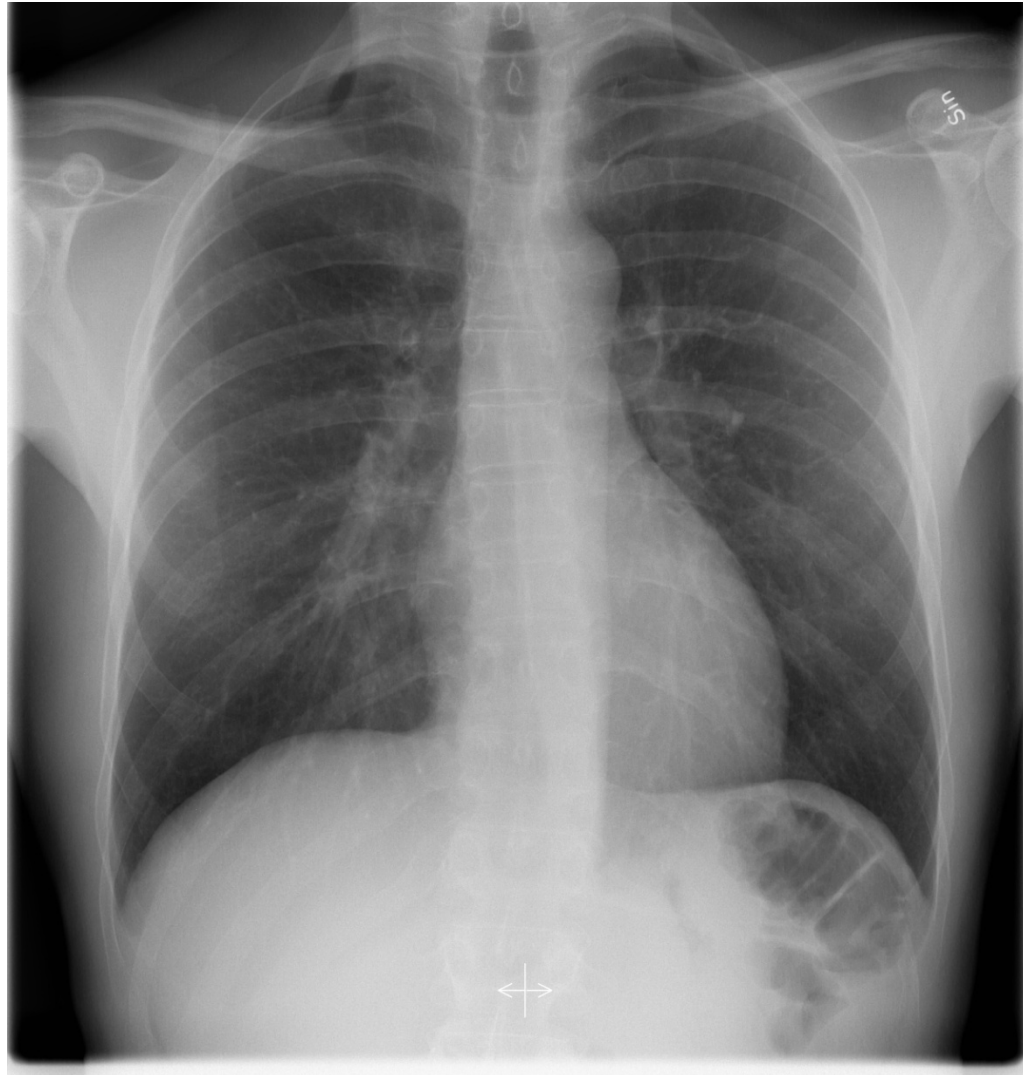
Bakgrund

- 57-årig man, ”tidigare väsentligen frisk”
- Under sommaren 2012 sökt på distrikt på grund av tromboflebit hö ben
- Blir bättre på Innohep men efter avslutad behandling återkommer besvären
- Kontrolleras med ultraljud i juli 2012: Ingen DVT.

Bakgrund

- På grund av de recidiverande besvären initieras en "lättare malignitetsutredning"
- Denna utredning innefattar lungröntgen, f-Hb och leverprover

Augusti 2012: Lungröntgen



Augusti 2012: Lungröntgen



Augusti 2012: Lungröntgen

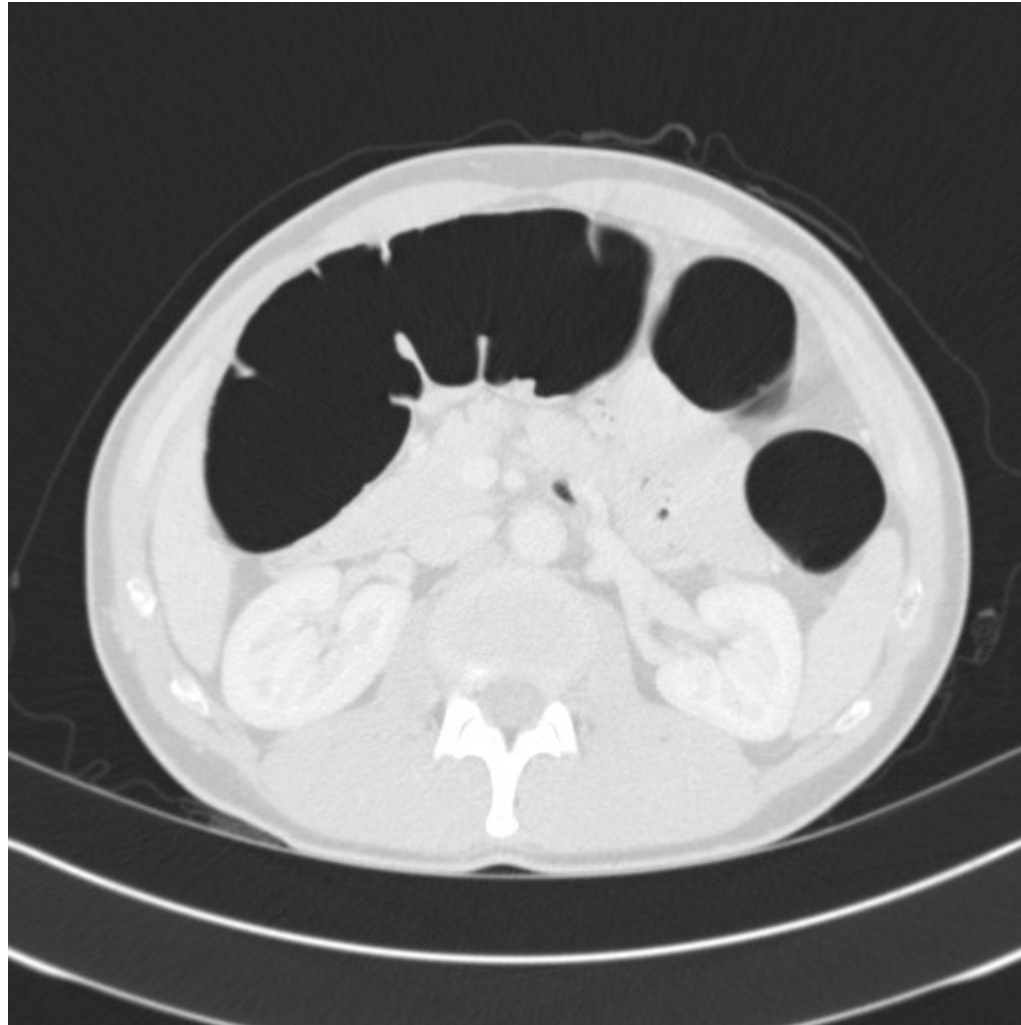
Lungor:

Normalt fynd.

Men...

- F-Hb positivt x 2
- Även lätt stegrade leverprover
- Skrivs därför remiss för en CT-colon

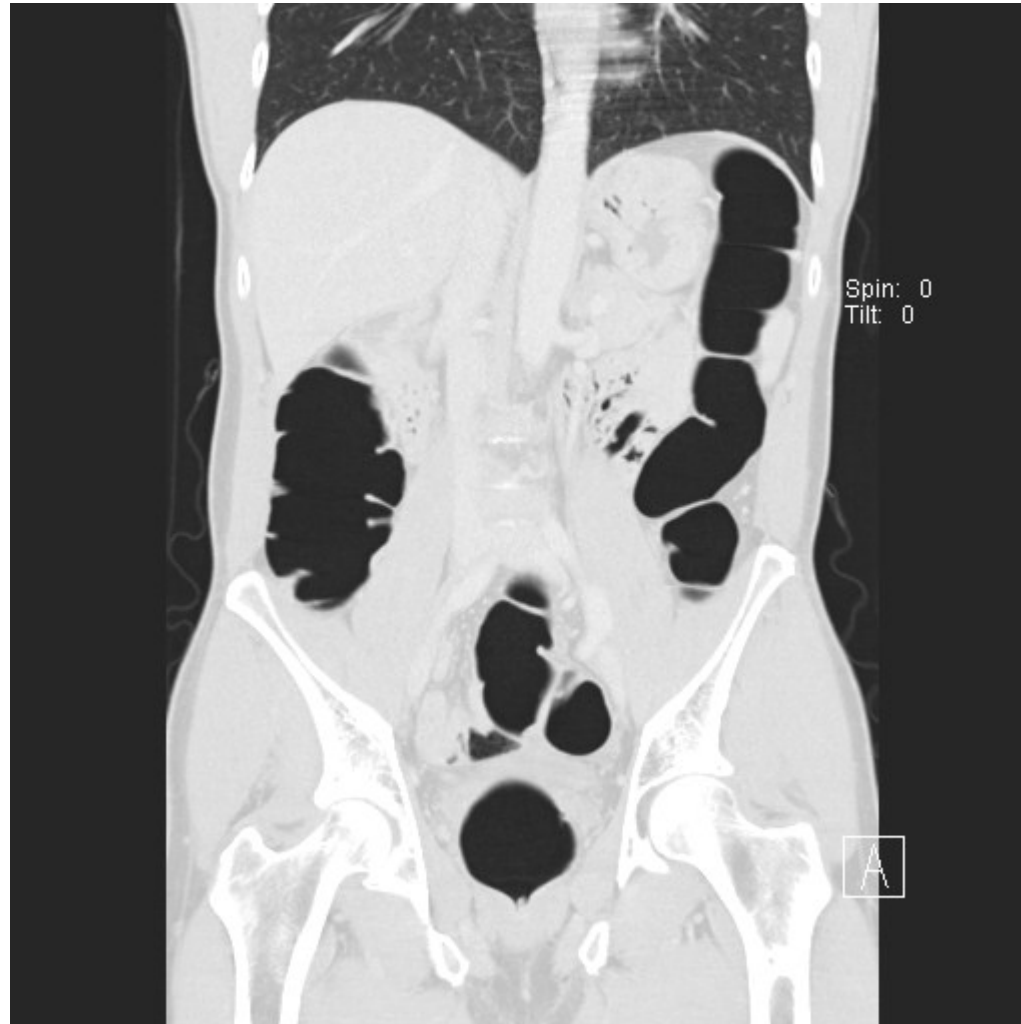
Augusti 2012: CT-colon



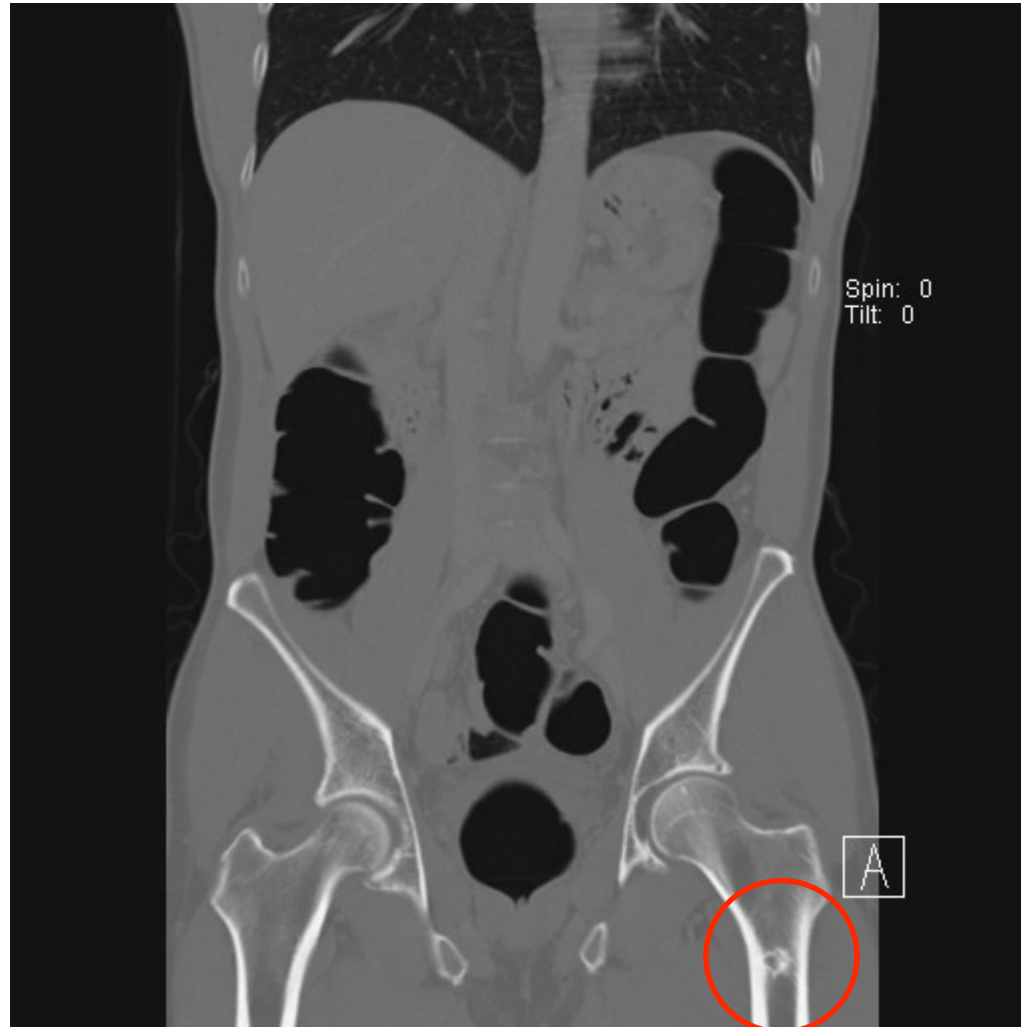
Augusti 2012: CT-colon



Augusti 2012: CT-colon



Augusti 2012: CT-colon



Augusti 2012: CT-colon

CT-colon utan och med intravenös kontrast:

[---]

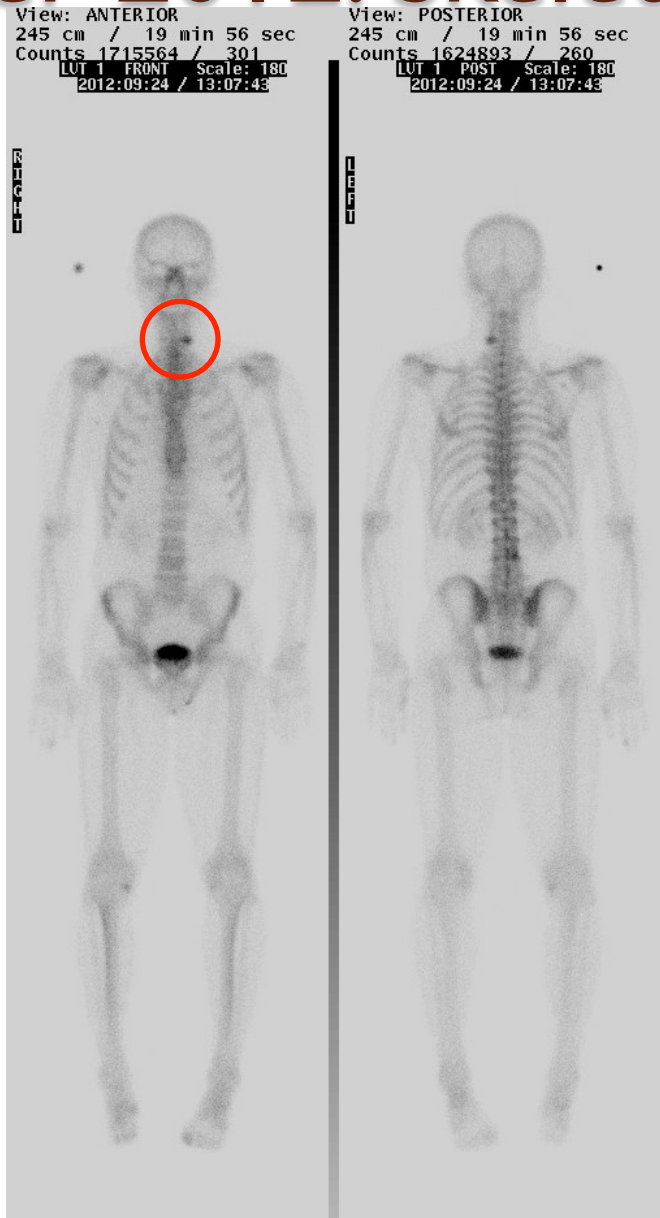
I vänster proximala femur noteras en drygt cm-stor cystisk-sklerotisk förändring av oklar art, vilken ger ett i förstone benigt intryck, men där den i avsaknad av tidigare undersökning för jämförelse ändå inte med full säkerhet kan avfärdas som ett insignifikant fynd.

- Inga colonförändringar. [---] Oklar förändring proximalt i vänster femur, ger ett snarast benigt intryck, men kompletterande skintigrafi och/eller kontroll med förnyad DT om förslagsvis 3 månader bör göras. -

Vad göra nu?

- Vänta 3 månader på en uppföljning?
- Köra ett scint direkt?
- Scint får det bli!

September 2012: Skelettscint



September 2012: Skelettscint

Skelettscintigrafi (helkroppsscanning och tomografi halsrygg):

BEDÖMNING: Distinkt, punktformat ökat upptag på vänster sida i en av de mellersta halskotorna. Malignitet kan inte uteslutas.

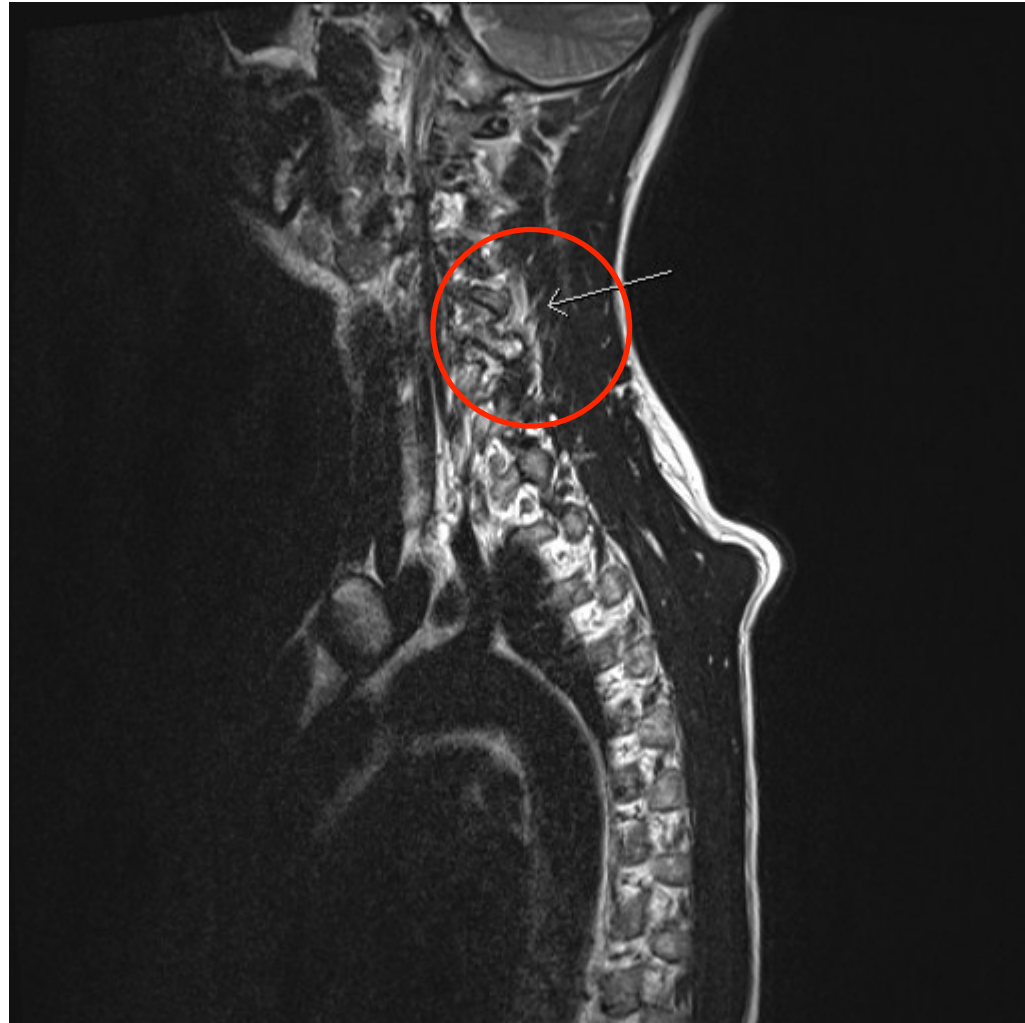
Lätt ökat upptag på höger sida i en av de mellersta ländkotorna. Degenerativt? Annat?

I övrigt inget anmärkningsvärt upptag i vänster femur eller övriga delar av skelettet.

Vad göra nu?

- MR får det bli!
- I väntan på denna passar man även på att göra en gastroskopi (f-Hb var ju positivt)
- Gastroskopin är dock normal

Oktober 2012: MR helrygg



Oktober 2012: MR helrygg

MR helrygg:

Det påvisas inga förändringar talande för metastas eller malignitet.

[---] I nivå C5–C6 ses en lättare dorsal central diskbuktning utan förutsättningar för nervpåverkan. I samma nivå ses signalförändringar som vid ödem i anslutning till den vänstra intervertebralleden.

Skelettstrukturerna i intervertebralleden framstår här som hypertrofa. Således tecken till artros i den vänstra intervertebralleden i nivå C5-C6, vilket torde motsvara det ökade upptaget på skelettscint 2012-09-24. [---]

Oktober 2012: MR helrygg



Oktober 2012: MR helrygg

[---]

I nivå L5–S1 finns ett litet diskbråck i medellinjen vilket imprimerar i durasäcken men inte förorsakar någon spinal stenos. Inte heller här några hållpunkter för specifik nervrotspåverkan.

Lite reflektion!

- Är patienten sjuk?
- Tror ni patienten själv tror att han är sjuk?
- Vad har utredningen kostat?

(Rätt svar: Röntgenundersökningarna 9192:-. Därtill kommer labprover, gastroskopi, skelettscint, kostnader för återbesök mm.)

- Är det fel på något av utlåtandena?
- Vet vi nu att patienten är frisk?
- Går det egentligen att bevisa att någon är frisk?



Hur hantera bifynd?

Hur hantera bifynd?

Modern bildåtergivning ger problematiska bifynd

Premaligna förändringar ställer patientens intresse mot samhällsekonomin



ÅKE ANDRÉN-SANDBERG, överläkare, Gastrocentrum kirurgi ake.andren-sandberg@karolinska.se



PETERA SPELIN, professor, röntgenkliniken; båda Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

Modern terapi, oftast kirurgi, kan i dag med hög precision få bort nästan alla lokaliserade cancertumörer. Vi vet att ju tidigare i det biologiska förloppet som cancer behandlas, desto högre är sannolikheten för bestående bot.

I vetenskaplig litteratur och klinisk verksamhet strävar man därför mot tidigdiagnostik av tumörsjukdomar. Särskilt eftersträvarvärt är det att hitta väldefinierade asymtomatiska, premaligna tillstånd. Detta för att antingen behandla dem så snart man diagnostiserat dem eller följa tillståndens utveckling och operera patienten när han eller hon är optimalt förberedd men innan den förmodade canceren nått ett stadium då den har

»... ur den enskilda patientens synvinkel måste det uppfattas som underligt att ett påvisat premalignt tillstånd inte ska följas upp.«

Redan i dag har vi väletablerad screeningverksamhet för livmoderhalscancer och bröstcancer; det finns starka röster för att man ska screena också för prostatacancer och kolorektalcancer. Till detta kommer lokala initiativ för att screena för aortaaneurysm, tidig hjärtsjukdom, diabetes och lungcancer, för att endast nämna några.

Sammantaget kommer all screening att medföra betydande kostnader för samhället och betydande påfrestningar på de redan resursbegränsande sektorerna kirurgi och röntgen. Därutöver kommer alla screeningundersökningar att generera ett antal bifynd att taddera till de bifynd vi finner vid den symptom-baserade, kliniska bildundersökande verksamheten.

Vi vill med några exempel ge kvantitativa förutsättningar för denna del av framtidens sjukvård. Vi vill också – utan att presentera egna lösningar – framhålla vikten av att ta upp diskussionen kring detta innan vi försätter patienter och läkare i en ohållbar situation: antingen finner vi potentiellt premaligna tillstånd utan att vidta åtgärder eller så belastar vi sjukvårdsapparaten med utredningar och uppföljningar



Foto: Colourbox

Undersökning med datortomografi, ultraljud, magnetkamera etc ger inte sällan bifynd som premaligna förändringar. Hur gör man då? Följer upp med kostsamma kontroller under åratals (trots att risken för framtida behandlingskrävande cancer kanske är liten)? Eller avstår man – med hänvisning till ett samhälleligt kostnad-nyttaperspektiv?

diameter. Under uppföljning upp till 10 år var det emellertid endast 3,5 procent av polyperna hos 1027 fall som ökade signifikant i storlek, och av dessa var 25 neoplastiska polyper [3].

Ovanstående är bakgrundsfakta, men ger dålig vägledning om hur vi bör förfara praktiskt. Matematiskt innebär siffrorna att cirka 250 000 svenskar i åldern 35–75 år har gallblåsepolyper och av dem har 10 000 personer neoplastiska polyper som ökar i storlek under en

Hur hantera bifynd?

”Vi kommer att stå inför mycket stora problem resursmässigt och etiskt om vi inte kan ta övergripande beslut om hur vi ska handskas med beskedet från de moderna bildframställande teknologierna. Inför den enskilde patienten är det nästan alltid rätt att följa upp [bi]fynd av den art vi givit exempel på ovan, men ur samhällsekonomisk synvinkel är det lätt att tillstå att vi kan använda de begränsade resurserna bättre.”

Eller, omformulerat...

Ingen vill riskera att missa det tusende fallet. Men vad händer om vi bedriver diagnostik som om varje fall var det tusende?