

# Lymfom fejltolket som osteomyelitis

Eske Brand<sup>1</sup> & Jacob Klit<sup>2</sup>

## KASUISTIK

1) Ortopædkirurgisk Afdeling, Holbæk Sygehus  
2) Ortopædkirurgisk Afdeling, Hvidovre Hospital

Ugeskr Læger  
2015;177:V01150030

Ved indlæggelser sker visitationen på baggrund af den tentative diagnose. En forkert tentativ diagnose medfører risiko for forsinket diagnose og fejldiagnosticering med store konsekvenser for patienten og systemet. Her berettes om et ottemånedersforløb, hvor primærdiagnosen infektion blev forankret og fastholdt, før patienten slutteligt blev diagnosticeret med perifert T-cellelymfom *not otherwise specified* (PTCL-NOS).

## SYGEHISTORIE

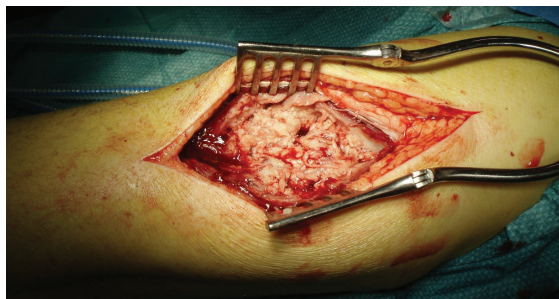
En 61-årig mand med hævelse og smerter i armen efter et mindre traume 14 dage tidligere blev henvist fra en vagtlæge. Ved en røntgenoptagelse af underarmen fandt man diffuse forandringer. Han var afebril, leukocyt-niveauet var 13 mia./l, C-reaktivt protein (CRP)-niveauet var 61 mg/l, basisk fosfatase-niveauet var normalt, og han havde ingen B-symptomer. Han blev indlagt med diagnosen osteomyelitis og differentialdiagnostisk tumor. Ved en MR-skanning af underarmen fastholdt man mistanken om osteomyelitis med abscedering og differentialdiagnostisk malignitet.

Patienten blev opereret på et landsdelstumorafsnit ti dage efter den første kontakt. Dyrkning af biopsier viste negativt resultat, og histologisk undersøgelse, som blev foretaget obs. tumor, viste reaktive forandringer uden tegn til malignitet. Trods negative dyrkningsresultater blev infektionsmistanken fastholdt, man påbegyndte antibiotisk behandling, og han blev tilbageflyttet til hjemsygehuset. Let forhøjede infektionstal blev af skiftende stuegangsgående

læger tolket som, at antibiotikabehandlingen havde effekt og dernæst ingen effekt. Armen blev tiltagende smertende og hævet, og cicatricen brød op. Patienten gennemgik efterfølgende 11 operationer, og der blev foretaget talrige undersøgelser (Tabel 1). Han var sideløbende i empirisk antibiotikabehandling, der blev justeret ind efter (manglende) effekt. Tilstanden blev ugentligt vurderet på en fælles ortopædkirurgisk og mikrobiologisk konference. Peroperativt blev der blandt andet beskrevet ostitisforandringer med marv-flegmone. Leukocyt- og CRP-niveauerne lå i perioden på hhv. 12,3-17,8 mia./l og 11-122 mg/l uafhængigt af antibiotikabehandlingen. I perioden fandt man efter syv dages antibiotikapause vækst af forskellige corynebakterier og *Staphylococcus epidermidis*. Patienten blev uden afklaring udskrevet til ambulans kontrol ca. fire en halv måned efter indlæggelsen. Han blev genindlagt to en halv måned senere pga. almen forværring samt voldsomme smerter i armen og begge lår. Der blev fundet følgende niveauer: hæmoglobin 4,8 mmol/l, leukocytter 29,4 mia./l, trombocytter 846 mia./l og CRP 153 mg/l. Temperaturen var 38,6 °C. Antibiotikabehandlingen blev genoptaget. Der blev foretaget fire revisioner på armen og en revision på venstre lår, hvor man fandt subfascielt blegt fast væv med vekslende konsistens og vævshenfald (Figur 1). Trods behandling med meropenem og ciprofloxacin/hydrocortison blev han overflyttet til en infektionsmedicinsk afdeling, hvor man fandt følgende niveauer: leukocytter 38,5 mia./l, CRP 205 mg/l og trombocytter 786 mia./l. En differentialtælling viste leukocytose med venstreforskydning. Ved tilsyn blev armen fundet truet, og pga. det lange og komplicerede forløb blev han overflyttet til et universitetshospital. En patologisk undersøgelse – otte måneder efter primærkontakten – af muskelvæv fra venstre arm og venstre lår gav diagnosen PTCL-NOS. Patienten fik armen amputeret, men døde to måneder senere.

FIGUR 1

Peroperativt fund efter incision på låret.



## DISKUSSION

I sygehistorien omtales et langt og kompliceret forløb med talrige diagnostiske udredninger. Trods negative dyrkningsresultater og manglende klinisk effekt af behandlingen fastholdt man den oprindelige infektionsdiagnose, som blev støttet radiologisk og forstærket af manglende oplagt hæmatologisk lidelse og af,

at den oprindelige differentialdiagnose på malignitet blev afkræftet.

Sygehistorien illustrerer tydeligt mange diagnostiske faldgruber. Den øgede specialisering medfører vidensbias. Herved stilles der specialespecifikke hypoteser på grund af symptomer, der tolkes anderledes i andre specialer, hvilket medfører en skævvridning af tentative diagnoser mod eget speciale [1]. Diagnoserne fastholdtes pga. *anchoring bias*, hvorved man tidligt låste sig fast på en diagnose, selv om senere undersøgelser pegede i en anden retning [1, 2].

Fejlagtig heuristik, diagnosemomentum og konfirmationsbias forstærkede denne tendens. Diagnosen blev accepteret uden sufficient skepsis, og med tiden blev den vanskeligere at slippe som udtryk for diagnosemomentum. Dette blev forstærket af konfirmationsbias, hvor man søger de data, der bekræfter ens diagnose, i stedet for det modsatte [2, 3].

Ved manglende respons på en diagnose anbefaler vi derfor, at der altid tages højde for egen bias, og at der søges tidlig tværfaglig kontakt med opmærksomhed på differentialdiagnoser.



TABEL 1

Tid fra første kontakt, dage	Diagnostik	Materiale	AB, dage	Operation	Svar
1-3	D + R MR	Blod			Negativ dyrkning MR-skanning gav mistanke om osteomyelitis, kunne ikke udelukke malignitet
10	D + R Histologi	Knogle og bløddel	24	Incision	Negativ dyrkning Histologi viste reaktive forandringer Intet malignt
27-32	D + R UL- og MR-skanning af venstre arm	Sårpodning			Negativ dyrkning UL-skanning viste abscedering MR-skanning viste progression af osteomyelitisforandringer og af periostal absces
33	Helkropsscintigrafi				Patologisk øget optagelse i venstre underarm i overensstemmelse med MR-skanningsfund Øvrige skelet uden patologiske forandringer
37	D + R 16S PCR Histologi	Knogle og bløddel Aspirat		Revision × 3	Svar fra SSI negativt trods 9 dages udredning Histologi viste inflammation uden tegn til malignitet
46-60	2 × D + R	Sårpodning Biopsi		Revision	Negativ dyrkning
61-73	2 × D + R		11		Negativ dyrkning
79-83	2 × D + R	Fistel, subcutis, knogle og marv	35	Revision × 2	Vækst af bl.a. <i>Corynebacterium</i> gruppe JK + <i>Staphylococcus epidermidis</i> efter 4 dage
85	D + R	Muskel Knogle Aspirat		Revision	Vækst af <i>S. epidermidis</i>
117	Ambulant forløb				
188-208	D + R	Sårpodning	31	Revision	Negativ dyrkning
208-219	D + R 16S PCR MR-skanning af højre og venstre femur	Knogle Aspirat Muskel		Revision × 3	Efter 6 dages dyrkning findes vækst af <i>S. epidermidis</i> MR-skanning viste otitisforandringer på begge femur
220	D + R Histologi	Knogle og bløddel	Fortsat	Incision af lår	Negativ dyrkning Histologi viste inflammation, ingen mistanke om malignitet
221	Leukocytsintigrafi		Fortsat		Udbredt bløddelsinflammation i operationsstederne Mulig involvering af lymfeknude i thorax
230	Overflyttes til universitetshospital		Fortsat		

Forløbet fra første kontakt med varighed af antibiotisk behandling, undersøgelser (eksklusive røntgen- og blodprøveundersøgelser) og deres resultater.

16S PCR = 16S ribosomal RNA-polymerasekædereaktionsundersøgelse; AB = antibiotisk behandling; D + R = dyrkning og resistensundersøgelse; MR = magnetisk resonans; SSI = Statens Serum Institut; UL = ultralyd.

## SUMMARY

Eske Brand & Jacob Klit:

Lymphoma misinterpreted as osteomyelitis

Ugeskr Læger 2015;177:V01150030

Patients are admitted based on a tentative diagnosis. If that is incorrect it may have negative consequences for the patient and the system. In this case we present an eight-month elucidation with several diagnostic procedures with a tentative diagnosis of osteomyelitis. This diagnosis was kept despite contradicting diagnostic results. Finally, the patient was diagnosed with peripheral T-cell lymphoma. Many cognitive diagnostic pitfalls are known to delay diagnosis. We recommend having them in mind and seeking quick interdisciplinary help when treatment is not successful.

**KORRESPONDANCE:** *Eske Brand*, Kronprinsesse Sofies Vej 22, 5, 1. tv, 2000 Frederiksberg. E-mail: [eske\\_brand@yahoo.dk](mailto:eske_brand@yahoo.dk)

**ANTAGET:** 23. februar 2015

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 25. maj 2015

**INTERESSEKONFLIKTER:** Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på [Ugeskriftet.dk](http://Ugeskriftet.dk)

## LITTERATUR

1. Hashem A, Chi MTH, Friedman CP. Medical errors as a result of specialization. *J Biomed Inform* 2003;36:61-9.
2. Croskerry P. The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them. *Acad Med J Assoc Am Med Coll* 2003;78:775-80.
3. Berner ES, Graber ML. Overconfidence as a cause of diagnostic error in medicine. *Am J Med* 2008;121(suppl 5):S2-S23.