

# Obduksjon – kvalitetskontroll og kilde til lærdom

Obduksjon har vært utført helt fra middelalderen i den hensikt å avdekke sykdom og sykdomsårsaker. Den første obduksjonslovgivning kom i 1742, da keiserinne Maria Theresia (1717–80) i Østerrike la forholdene til rette for en rik utvikling i medisinen. Legalisering av obduksjon under ordnede forhold, og rikelig tilgang til døde som kunne obduseres førte til store fremskritt innen medisinen under de såkalte Wien-skolene på 1700-tallet og 1800-tallet. Gjennom størstedelen av 1900-tallet var obduksjonsfrekvensen høy. Men både i USA og i Europa har antall obduksjoner sunket de siste 10–20 årene. Så kan man spørre seg: Har medisinen noe å tape på dette? Svaret er ja. Kan vi fortsatt lære noe av obduksjoner? Ubetinget (1).

Den meget interessante, men tragiske sykehistorien i dette nummer av Tidsskriftet (2) blir til en fullkommen time med medisinsk lærdom fordi obduksjon ble utført. Uten obduksjon ville det bli en leksjon med usikkerhet og intelligent gjetting. Det er stor forskjell på medisinsk kunnskap som er tuftet på utvetydig viten istedenfor på usikkerhet og tvil. Også i dag skjærer en obduksjon bokstavelig talt gjennom på en klargjørende måte. Dette tilfører og vedlikeholder medisinsk kunnskap både hos klinikere og patologer. For at våre pasienter i størst grad skal få riktig behandling, er en korrekt diagnose avgjørende. Obduksjoner bidrar således til korrekte diagnoser fra klinikere og patolog og dermed til utsiktene for et stort antall pasienter.

Blodpropp i lungene forekommer langt hyppigere enn mange er klar over. Barbara Karwinskis omfattende doktorarbeid (3) fra Gades institutt viste at 9 %

av dem som døde på Haukeland Sykehus, hadde blodpropp i lungene. Dette er m.a.o. ingen sjelden dødsårsak. Hennes arbeid belyser også forekomsten av lungeemboli ved forskjellige typer cancersykdom. Det er de slimdannende adenokarsinomene som gir høyest risiko for tromboembolisme (3), slik den aktuelle kasuistikken er et eksempel på. Forfatterne nevner også arterieokklusjon i underextremitetene. Karwinskis arbeid viste at de pasienter som døde som følge av arterieokklusjon i underextremitetene, hadde lungeemboli i over 30 % av tilfellene!

Over hele verden er lungeemboli et formidabelt diagnostisk problem. Man kan regne med at 70–80 % av lungeembolier ikke blir diagnostisert klinisk (3). Videre har det ut fra et studentarbeid fra Det medisinske fakultet i Bergen (4) og Karwinskis doktorarbeid latt seg beregne at ca. 5 000 hjerteinfarkter per år og omkring 1 200 ondartede svulster per år forblir uoppdaget ved dødsfall i Norge uten obduksjon. Ca. 12 % av alle som dør i Norge blir obdusert. Det er dermed liten grunn til å anta at dagens offisielle dødsårsaksstatistikk forteller oss den hele sannhet.

Både Sosial- og helsedepartementet og sosialkomiteen i Stortinget har uttrykt ønske om å styrke obduksjonstjenesten. Det foreligger i dag et utvalgsarbeid fra Statens helsetilsyn som belyser problemene med obduksjonstjenesten og de begrensede kostnadene forbundet med opprustning av denne (5).

I sykehusenes informasjonsfoldere til pasient og pårørende skal det opplyses om regler med henblikk på obduksjon dersom pasienten dør. Var det en tanke

også å fremføre i folderen et par velvalgte, faglige ord om obduksjon, og gjøre oppmerksom på at ved dødsfall kan de pårørende få utført obduksjon dersom de ber om det? Høy obduksjonsfrekvens i et sykehus bør oppfattes som et positivt bidrag til diagnostikken. Medisinske nøkkelpersoner får derigjennom en viktig kilde til lærdom.

For den som vil lese mer om obduksjon, gis et lite knippe med opplysende litteratur (6–8).

Einar Svendsen  
Avdeling for patologi  
Gades institutt  
5021 Bergen

## Litteratur

1. Lindström P, Janzon L, Sternby NH. Declining autopsy rate in Sweden: a study of causes and consequences in Malmö, Sweden. *J Intern Med* 1997; 242: 157–65.
2. Ræder H, Kildahl-Andersen O. En mann med dyp venetrombose, transitorisk iskemiske anfall og stigende senkningsreaksjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 507–10.
3. Karwinski B. The significance of autopsy in modern medicine. A study from Western Norway. Doktoravhandling. Bergen: Gades institutt, Universitetet i Bergen, 1995.
4. Longva J-Å. Klinisk ikke diagnostiserte hjerteinfarkt – hvor ofte forekommer de? En studie av et obduksjonsmateriale. Bergen: Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen, 1999.
5. Nasjonalt obduksjonsregister. Utvalgsinnstilling til Statens helsetilsyn. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000.
6. The autopsy. Revitalizing the ultimate medical consultation. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine* 1984; 108, nr. 6 (23 artikler).
7. Iversen OH, Stendal M. Den medisinske undersøkelse etter døden. Obduksjon. Oslo: Luther Forlag, 1985.
8. Svendsen E. Obduksjon og vevsundersøkelse – deres plass i helsestellet. Bergen: Alma Mater, 1988.

○

smerter i abdomen med bedring ved matinntak det siste året, men oppgav ikke disse symptomene før han fikk direkte spørsmål ved siste innleggelse. Dermed mistet man en viktig klinisk opplysning som kunne ha ført til tidligere diagnose. I moderne medisin legges det mye vekt på en stadig mer avansert supplerende diagnostikk. Den teknologiske utviklingen setter imidlertid store krav til klinikeren som skal tolke funnene. Noen ganger vil en aktiv, systematisk utspørring være mer tidsbesparende og kostnadseffektiv enn ytterligere supplerende diagnostikk når man står overfor en uklar problemstilling, som hos vår pasient.

Smerter i høyre legg brakte pasienten til

legen første gang, og undersøkelser påviste dyp leggvenetrombose. Okkult ondartet sykdom bør overveies ved «idiopatisk» venøs tromboembolisme, spesielt hvis den residiverer. Prandoni og medarbeidere fulgte over to år 105 pasienter som hadde fått påvist antatt sekundær venetrombose og fant to krefttilfeller, mot 11 krefttilfeller blant 145 pasienter som hadde fått diagnosen «idiopatisk» venetrombose (2). Dette gir en oddsratio på 2,3 for å utvikle kreft ved «idiopatisk» venetrombose i forhold til sekundær venetrombose. Oddsratio steg til 4,3 når pasienten fikk residiverende «idiopatiske» venetromboser (2). Nordström og medarbeidere fant en oddsratio på fem for pasienter med

residiverende «idiopatisk» venetrombose etter seks måneders oppfølging, men med utvisking av risikoforskjellen ved lengre tids oppfølging (3). Andre har funnet den samme tendensen til utvisking av risikoforskjellen etter seks måneders oppfølging, og foreslår at kreftsykdommen er årsak til, snarere enn et resultat av, den venøse tromboemboliske sykdommen, som i motsatt fall skulle «så ut» kreftceller (4). I sistnevnte tilfelle ville man forvente en økende risikoforskjell, da de fleste kreftformer har lang latenstid. Det kan diskuteres om pasienter med idiopatisk og særlig residiverende venøs tromboembolisk sykdom rutinemessig bør utredes med tanke på bakenforliggende kreftsykdom.