

Fyra varnade:

Kvinna opererades för handsvett – fick obotliga hjärnskador

En 37-årig kvinna opererades på en neurokirurgisk klinik för svår handsvett med transtorakal sympatektomi. Under ingreppet brände operatören av nervbanor som reglerar svettningen. Men han skadade också ett blodkärl, vilket gav en svår blödning. Kvinnan fick obotliga hjärnskador och avled.

Fyra läkare har varnats av Ansvarsnämnden. (HSAN 538/94 och HSN 160/95)

Ingreppet startade strax efter klockan 11.00 och skedde med patienten i sittande ställning.

Efter ca 20 minuter uppstod en, troligen, venös blödning. I början blödde det mest ner i basala pleurahålan och det var svårt att uppskatta blodmängden.

Från klockan 11.40 arbetade anestesiolagen med att ge blod och vätska. Klockan 11.45 stängdes blodtrycksmanschetten på höger arm eftersom den fördröjde blod- och vätsketillförseln. Fram till 12.05 fortsatte volymsubstitutionen med kvinnan sittande.

Strax före klockan 12.00 tillkallade operatören en kollega för assistans och anesthesiologen sin överläkare.

En stund senare kunde blödningen stillas och kvinnan lades i planläge klockan 12.15.

Förklarades hjärndöd

Postoperativt behandlades hon i respirator på neurokirurgiska avdelningen. Sedan det uppstått tecken på intrakraniell tryckstegring överfördes hon till den centrala intensivvårdsavdelningen på sjukhuset.

Trots intensiva vårdåtgärder hade kvinnan kliniska tecken på hjärndöd. Efter nio dagar visade en kärlröntgen att cirkulationen till hjärnan var helt upphävd och kvinnan förklarades hjärndöd.

Såväl kvinnans man som Socialstyrelsen anmälde fallet till Ansvarsnämnden.

Socialstyrelsen, som inhämtade utlåtanden från sina vetenskapliga råd i kirurgi respektive anesthesiologi profes-

sorerna Bengt Zederfeldt och Dag Lundberg, anförde bl a följande.

När den akuta blödningen uppstod under operationen lyckades man inte förhindra det blodtrycksfall som var huvudsak till det olyckliga förloppet.

Socialstyrelsen hänvisade bl a till artiklar om endoskopiska torakala sympatektomier i Läkartidningen. Såväl Claes och medarbetare som Norbäck och Svartholm har betonat att det finns en blödningsrisk vid ingreppen och att kirurgen alltid måste vara beredd att omedelbart utföra en öppen torakotomi om någon komplikation skulle tillstå.

Borde ha lagts i planläge tidigare

Styrelsen ansåg att det inte var rätt att låta en patient med allvarlig cirkulationssvikt förbli i sittande ställning under 30 minuter. Patienten borde ha lagts i planläge tidigare än som skedde och man borde ha övervägt att göra en öppen torakotomi.

Ansvaret delades enligt Socialstyrelsen av operatören och narkosläkaren.

Kompetens saknades

Det tyngsta ansvaret föll på operatören, som huvudansvarig för patientens säkerhet.

Han hade varken kompetens eller praktiska möjligheter att vid behov transformera det endoskopiska ingreppet till öppen torakotomi. Därför borde han inte ha åtagit sig att genomföra operationen.

Chefsöverläkaren, menade Socialstyrelsen, hade åsidosatt patientsäkerheten genom att godkänna att man utförde endoskopiska torakala sympatektomier utan att det fanns kompetens och beredskap att hantera komplikationer som kunde uppkomma.

Chefsöverläkaren berättade att innan man vid kliniken hade börjat med dessa ingrepp hade två kirurger fått lära sig tekniken. Han påpekade också att man hade skaffat en extra port i form av en smal trocar. Via den kan man föra in diatermiutrustning och sugkateter.

Genom dessa åtgärder, plus att kliniken har nära till thoraxkliniken, ansåg han att man hade skapat de nödvändiga förutsättningarna för att införa metoden.

ANSVARSÄRENDE

Operatören berättade att man vid kliniken gjort ungefär 100 sådana ingrepp, de flesta har han själv utfört. Blödningar som uppstått har alltid kunnat stillas.

Metoden har uppfattats som säker och med gott resultat för handsvettpatienterna. Den innebär att man åstadkommer en luftspalt i övre delen av lungsäcken och för in endoskopet. Den sympatiska gränssträngen nedkoaguleras i höjd med andra, tredje samt vanligen även fjärde revbenet.

Han menade att operationsmetoden tyvärr inte medger en adekvat bedömning av blödningsvolymen och han uppfattade inte att patientens blodförlust var så stor som den var.

Anesthesiologen uppfattade först blödningen som liten. Han beställde dock blod. Han etablerade nya venösa infarter i armarna på patienten. Kvinnans blodtryck sjönk successivt men pulsen ökade inte.

Efter tio minuter förstod anesthesiologen att blödningen tilltagit och han arbetade intensivt med att ge patienten blod. Han tillkallade också hjälp från sin överläkare.

Anesthesiologen konstaterade att patienten förlorat mer blod än de kunde beräkna. Han föreslog att patienten skulle läggas ner men det skulle allvarligt ha försenat blodstillningen. Han ansåg att kombinationen av stor blodförlust och sittande operationsställning orsakade olyckan.

Skulle gått över till öppen torakotomi

Ansvarsnämnden konstaterade att operatören hade bränt av en del nerver som reglerar svettningen. Samtidigt hade han åstadkommit en svår blödning, som det tog en lång stund att bemästra. Under tiden sviktade patientens blodcirkulation. Trots detta behöll man patienten halvsittande.

Operatören borde ha sett till att kvinnan lades ner tidigare än som skedde.

Han skulle också ha övervägt att gå över till öppen torakotomi. Om han inte ansåg att han hade kompetens och utrustning för en konvertering, borde han ha avstått från att göra ingreppet på egen hand.

Han borde även tidigare ha tillkallat hjälp av en erfaren kollega.

Klinikchefen, chefsöverlä-

karen, hade ansvaret för att det fanns kompetens och beredskap att hantera de komplikationer som skulle kunna uppstå vid den här typen av operationer. Det brast dock ifråga om såväl kompetens som beredskap.

Läkarna hade under ingreppet fastnat i ansträngningen att stoppa blödningen endoskopiskt. Därvid hade de, sade Ansvarsnämnden, åsidosatt det viktigaste nämligen att uppehålla en adekvat organperfusion.

En frekvent och noggrann mätning av blodtrycket var nödvändig för säkerheten under ingreppet. Men här blev läkarna tvungna att stänga av den automatiska blodtrycksmanschetten eftersom infusionerna skedde i samma arm som blodtryckstagningen. I stället nöjde man sig med att palpera perifera pulsar.

Anestesi mycket otillfredsställande

Hela uppläggningsen för att genomföra anestesi var alltså mycket otillfredsställande, menade Ansvarsnämnden. Den gav inte den nödvändiga informationen om artärbloodtrycket under ingreppet.

Anesthesiologen borde ha insett vikten av att upprätthålla ett visst minimitryck och perfusion i hjärnan. Han skulle därför ha föranstaltat om planläge och intraarteriell blodtrycksmätning. Han borde också ha tillkallat den ansvarige överläkaren direkt när svårigheterna började.

Ansvar för de dåliga rutinerna vid anestesi föll främst på överläkaren. Det borde ha funnits krav på kontinuerlig tryckmätning samt en plan för att åtgärda och förhindra blodtrycksfall under nivån där det finns risk för otillräcklig perfusion av hjärnan.

Överläkaren borde när han kom till operationssalen ha sett till att patienten lades i planläge.

Alla fyra läkarna blev varnade. •

Läkarförbundets ansvarsråd ger medlemmar i Sveriges läkarförbund råd och bistånd i anmälnings- och skadestandsärenden. Ett nät av konsultationsläkare från olika specialiteter är knutna till rådet, vars adress är Läkarförbundets ansvarsråd, Box 5610, 114 86 Stockholm. Telefon 08-790 33 00.