

Varning:

Orsakade kärlskada vid operation av höftled – kvinna dog

En tf överläkare har av Ansvarsnämnden varnats för att han vid en höftledsoperation orsakade patienten en svår kärlskada och inte snabbt vidtog åtgärder för att stoppa blödningen. Patientens dog. (HSAN 2337/94)

Den 63-åriga kvinnan led sedan många år av en autoimmun sjukdom (SLE) och behandlades med kortison. Hon vårdades på vårdhem. På väg till toaletten föll hon och ådrog sig en komplicerad femurfraktur.

Hon opererades av tf överläkaren. Till en början gick allt utan komplikationer med att sätta fast en ny ledskål.

Gick igenom bäckenbenet

För att underlätta arbetet slogs sk Steinmanpinnar fast i benet. En av pinnarna lossnade. Då den skulle sättas fast igen gick den igenom bäckenbenet. Pinnen togs bort och operationen fortsatte.

Kvinnan blev efter hand sämre och narkosläkaren ansåg att operationen skulle avbrytas. Såret slöts och operatören lämnade salen.

Kirurgjouren tillkallades och misstänkte att kvinnan fått en blödningschock. Han öppnade kvinnans buk och fann ett blödande bäckenkärl. Innan man hunnit reparera kärlet drabbades patienten av hjärtstillestånd och avled.

Obduktion visade en kärlskada och att hon dött på grund av blödning från den yttre bäckenpulsådern.

Socialstyrelsen anmälde operatören med stöd av ett utlåtande från sin föredragande i ortopedi, docent Sven Friberg. Denne anförde bl a följande.

Känd risk krävde stor försiktighet

Steinmanpinnar som användes vid operationen bankas in i bäckenets ben för att hålla undan mjukdelar. Det minskar behovet av hakar.

Det är känt att metoden innebär risk för penetration av

bäckenet med inre skador som följd. Därför är det många operatörer som inte använder metoden, berättade Friberg.

Vid vanliga höftprotesoperationer har patienten normal benkvalitet och pinnarna sitter stadigt och risken för penetration är mindre. Trots det måste man iakttäta stor försiktighet när pinnarna sätts in, påpekade han.

Här var det känt att patienten hade en försämrad benkvalitet, vilket gör att bruket av stålpinnar kan ifrågasättas. Det måste ha stått klart för operatören att det krävdes stor försiktighet, ansåg Friberg.

Måste vara uppenbart att en skada kan inträffa

Han menade att det var möjligt att pinnen hade lossnat och satts tillbaka i samma hål. Operatören kan då ha förväntat sig fortsatt motstånd av ben. Något sådant fanns uppenbarligen inte utan pinnen gled in i lilla bäckenet – enligt handlingarna 6–8 centimeter. Här finns muskulatur, de större blodkärlen till benet, urinblåsan och eventuellt även tarmar.

En sådan penetration kan ske utan att något väsentligt skadas, sade Friberg, men det måste vara uppenbart att det kan inträffa en skada. Kärlskadan fanns i ett område där pinnen normalt sätts in och han ansåg det uteslutet att skadan kunde ha orsakats av skarpa benkanter.

Det anmärkningsvärda i det läget var att operatören inte tycks ha förstått de möjliga skadeverkningarna och inte noterade penetrationen som en avvikelserapport i operationsberättelsen eller vid direkt förfrågan.

Det sjunkande blodtrycket och behovet av exsiv blodtransfusioner borde ha fått operatören att misstänka att pinnen orsakat en skada, hävdade Friberg.

Snabbare åtgärder kunde räddat kvinnan

Tyvär fördröjde operatören i det läget en adekvat handläggning av kärlskadan. Det är klart möjligt, även om det naturligtvis aldrig kan bevisas, att tidigare åtgärder skulle ha kunnat rädda patientens liv, ansåg Friberg.

Operatören bestred ansvar och uppgav bl a följande.

Under ingreppet hade han

fått kontinuerliga pessimistiska rapporter om att blodtrycket sjönk samt att patienten hade besvär med andningen. Där emot fick han ingen rapport om att blodtrycket föll dramatiskt, något som kunde ha lett tankarna till blödningar.

Han påpekade att han givetvis, precis som alla andra som använder den här operationsmetoden, är medveten om att det finns ömtåliga strukturer i operationsområdet som eventuellt kan skadas.

En halvtimme efter operationen kallades han tillbaka och upptäckte att buken blåst upp sig. Han kallade på primärkirurgjouren, en urologspecialist. Denne undersökte patienten med ultraljud och misstänkte blod i buken.

Operatören uppmanade då primärjouren att omgående göra laparotomi, men denne ansåg sig inte kapabel till det utan kallade i sin tur på bakjouren.

Det tog en stund innan laparotomin kom i gång beroende på att man fick vänta på bakjouren och att denne begärde mer blod innan han började ingreppet.

Var redan döende

Operatören hade själv, uppgav han, alltså ingen möjlighet att påverka väntetiden. Han sade att kvinnan redan då var döende. Diagnosen ställdes dock först vid en utvidgad undersökning då hon var död.

Operatören protesterade mot att patienten hade kunnat räddas om han hade reagerat snabbare. Han menade att eftersom han inte fått några indikationer på en allvarlig blödning, så kunde han inte reagera på något annat sätt än han gjorde.

Dessutom, hävdade han, var det inte klarlagt att en tidig intervention skulle ha kunnat ändra förloppet.

Socialstyrelsen höll fast vid sin anmälan.

Borde misstänkt en kärlskada

Ansvarsnämnden gick på Socialstyrelsens linje och sade att operatören visste om patientens försämrade benkvalitet och därför borde ha varit extra försiktig när pinnarna sattes in. Det var styrkt att kärlskadan hade orsakats av en Steinmanpinne, ansåg nämnden.

Än mer anmärkningsvärt

var att operatören inte insåg, eller bortsåg ifrån, de möjliga skadeverkningarna. Han borde ha misstänkt att det uppstått en kärlskada eftersom patientens blodtryck sjönk och eftersom det behövdes blodtransfusioner.

Operatören hade fördröjt att kärlskadan åtgärdades adekvat, vilket minskade möjligheterna att rädda patientens liv, konstaterade Ansvarsnämnden och tilldelade honom en varning. •

Varnad för att ha missat fraktur i knät

Röntgenläkaren såg inte att röntgenbilderna visade en knäfraktur. För det har hon varnats av Ansvarsnämnden. (HSAN 545/95)

En 53-årig man hade cyklat omkull och fick ont i höger knä och underben.

Han uppsökte lasarettet där han röntgades, dock utan att läkaren såg någon skada.

Tre månader senare återkom patienten med besvär från knät. Då eftergranskades hans röntgenbilder. Man upptäckte en fraktur på höger knäskål. Mannen anmälde röntgenläkaren.

Läkaren uppgav att hon inte kunde förklara misstaget som skett.

Ansvarsnämnden menade att röntgenbilderna visade att mannen hade tämligen uttalade artrosförändringar i höger knäled. Läkaren hade dock förbiset en fraktur genom både yttre ledhuvudet och i upphöjningen mellan ledytorna i skenbenet, vilket hade givit en nedpressning lateralt på cirka 0,5 cm.

Fakturen hade orsakat peroneuspares och kan dessutom ytterligare förvärra artrosen, ansåg nämnden. •

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.