

PEROPERATIV KOLANGIOGRAFI BRA VAPEN MOT SKADOR

Ändå görs gallstenskirurgi utan tillgång till röntgen

För att förhindra och diagnostisera en operativ skada vid gallstenskirurgi t ex vid oklar anatomi är peroperativ kolangiografi av avgörande betydelse. Det är därför häpnadsväckande att det idag på en del håll utförs gallstenskirurgi utan tillgång till röntgen på operationsavdelningen.

För att avslöja stenar i djupa gallgångarna var man tidigare tvungen att öppna koledokus och med hjälp av sonder och slevlar försöka hitta och hämta ut eventuella konkrement. Det innebar ökad risk för komplikationer i form av gallläckage, stenoser och pankreatit.

Sedan 1930-talet har tekniken för peroperativ röntgenundersökning utvecklats till att vara en enkel och atraumatisk metod att fastställa sten eller annat passagehinder. Idag finns också möjlighet att med god kvalitet göra en sådan kartläggning preoperativt och detta har på flera kliniker ersatt den peroperativa undersökningen.

Av avgörande betydelse för att undvika skador

För att förhindra och diagnostisera en operativ skada på gallgångarna t ex vid oklar anatomi är dock den peroperativa kolangiografien av avgörande betydelse.

I ett äldre material med 65 gallgångsskador vid öppen gallkirurgi, som grundar sig på Patientförsäkringens material [1], utfördes inte röntgen i 27 fall. I ytterligare 32 fall uppkom skadan innan röntgenbilderna hade granskats.

Laparoskopisk kolecystektomi verkar ha medfört en ökad mängd operati-

va gallgångsskador, i varje fall under inlärningskedet [2]. Kanylering av ductus cysticus genom laparoskopet är tekniskt svårare, vilket medfört att man oftare avstått från att »röntga». Det har visat sig att vid gallgångsskador som uppstått vid laparoskopisk operation har röntgenfrekvensen varit låg [3]. Att rutinemässigt använda metoden leder dock till ökad skicklighet och en hög frekvens lyckade kolangiografier.

En rätt utförd och tolkad kolangiografi är av avgörande betydelse för att undvika komplikationer vid gallkirurgi, något som följande tre fall illustrerar.

Fall 1

En tidigare frisk 35-årig kvinna hade ett gallstensanfall 1985. Hon var sedan besvärsfri till i september 1991 då hon fick ett nytt anfall, som kuperades med Voltaren stolpiller. En ultraljudsundersökning visade skrumpen gallblåsa med tjock vägg samt ett inkilat konkrement i gallblåsehalsen.

På mottagningen föreslogs operation. Kvinnan var tveksam, men kirurgen »talade sig varm för operation» och hon sattes upp på väntelista.

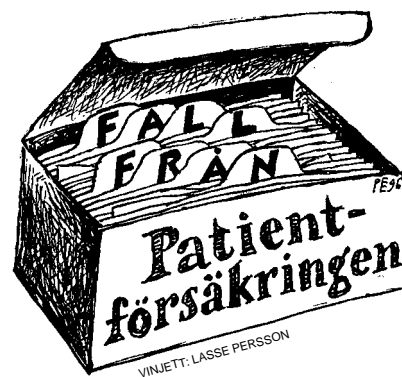
Den 26 mars 1992 gjordes en peroperativ kolegrafi, som visade normala djupa gallgångar. Dagen därpå gjordes en laparoskopisk kolecystektomi och man fann en del adherenser mellan gallblåsan och oment. Duodenum var uppdragen mot pouchen.

Efter en relativt mödosam dissektion kunde ductus cysticus frias och delas. Därefter försörjdes två arteria cystica, den ena grövre än den andra. När gallblåsan lossades fann man dessutom en smal aberrant gallgång, som mynnade mitt på gallblåsan. Operationen gick sedan utan anmärkning och en inspektion av operationsområdet visade varken läckage eller blödning.

Postoperativt utvecklade patienten ikterus. Transhepatisk kolegrafi och ERC (endoskopisk retrograd kolangiografi) visade en 2 cm lång defekt i konfluenshöjd begränsad av metallclips.

Den 2 april gjordes laparotomi och defekten i ductus koledokus-hepaticus bekräftades. En Roux-slynga syddes mot hepaticusstumpen.

Efterförloppet var utan komplikatio-



SERIE

Tidigare artiklar i serien återfinns i Läkartidningen nr 17 och 18 1996.

ner och kvinnan skrevs ut från sjukhuset den 10 april med sjukskrivning till och med 17 maj.

Fick ersättning för »undvikbar» skada

Även om gallgångarna hade kartlagts preoperativt skulle den avvikande anatomin vid operationen med två artärer och en aberrant gallgång ha motiverat en förnyad röntgenundersökning innan operationen avslutades. Då skulle skadan ha kunnat förhindras eller i vart fall minimeras genom en omedelbar konvertering.

Behandlingsskadan bedömdes därför av Patientförsäkringen som »undvikbar». Patienten fick ersättning för förlängd arbetsoförmåga i 48 dagar, förlängd sjukhusvård i 13 dagar samt för sveda och värk.

Fall 2

En kvinna på 37 år med sjukbidrag på grund av kroniska ryggsmärtor hade under 1992 två gallstensanfall. Genom att undvika fet mat hade hon sedan klarat sig från anfall. Ultraljud visade en liten skrumpen gallblåsa med sten. »Man bestämde sig för att hon skulle opereras».

Den 3 maj 1993 gjordes en laparoskopisk kolecystektomi. En hel del adherenser kring gallblåsan löstes och man kunde därefter komma åt en ganska vid ductus cysticus. Denna klipptes

Författare

MAGNUS LARSSON
överläkare, kirurgiska kliniken,
Danderyds sjukhus

LARS RÄF
professor, konsult vid Landstingens
ömsesidiga försäkringsbolag.

upp och det gick lätt att få in en röntgenkateter. Röntgen visade normal ductus koledokus men ingen utfyllnad av proximala gallträdet.

Man löste sedan gallblåsan och fann att ductus cysticus förlöpte normalt. Den delades »ned mot choledochus». Eftersom man ansåg sig ha anatomin »helt klar», nöjde man sig med den gjorda röntgenundersökningen.

Postoperativt hade patienten smärtor och utvecklade ikterus. ERC avslöjade läckage i ductus koledokus. Den 8 maj gjordes laparotomi. Man fann gallperitonit och en flera centimeter lång defekt i gallgången.

En mycket kort stump av ductus hepaticus syddes med viss möda mot en Roux-slynga. Två T-drän lades in i de två huvudgrenarna. Efterfölloppet var utan anmärkning och kvinnan skrevs ut den 24 maj. Att ta bort T-dränen krävde ytterligare två inläggningar.

Vid slutbesök på kirurgmottagningen den 16 augusti mådde kvinnan bra och gick sedan på kontroller hos distriktsläkaren.

»Klassiskt» misstag

Det här är ett »klassiskt» misstag både vid öppen och slutna gallstenskirurgi. Fyller sig inte övre delen av gallträdet, måste det anses föreligga en skada på djupa gallgångarna. Det gäller tills motsatsen har bevisats genom en ny röntgen och/eller öppen dissektion av gallvägar.

Ärendet är ännu inte färdigreglerat, men en skada som beror på en feltolkning av röntgenundersökningen på sätt som skett i detta fall är alltid ersättningsbar.

Fall 3

Bortsett från astmatiska besvär hade den 29-åriga kvinnan i stort sett varit frisk.

Tre år tidigare hade hon haft ett misstänkt gallstensanfall med övergående ikterus och stasvärden. En ultraljudsundersökning av gallvägarna avslöjade dock inga stenar och inte heller »säkert några vidgade gallgångar». En leverbiopsi visade emellertid kolestas. Kvinnans levervärden normaliserades och man bedömde att det rört sig om konkret i koledokus som avgått spontant.

Tre år senare fick hon åter ett gallstensanfall och sökte på centralsjukhuset. Ultraljud visade ett stort konkret i gallblåsan och hon sattes upp på väntelistan för laparoskopisk kolecystektomi.

För att förkorta väntetiden sökte emellertid patienten på ett mindre sjukhus där hon kunde opereras tidigare. Den 15 mars gjordes en öppen kolecystektomi och man fann två stora stenar i

gallblåsan, tunnväggig gallblåsa samt smala djupa gångar. Dessa explorerades inte (möjligheter att utföra peroperativ röntgen saknades).

Till en början var efterfölloppet utan anmärkning, men den 19 april fick kvinnan gallstensliknande smärtor. Två dagar senare lades hon in på centralsjukhuset.

Laboratorieprov visade leverstas och pankreatitvärden. Patienten behandlades med parenteral vätsketillförsel i en vecka och buksmärtorna klingade av.

Datortomografi den 26 april visade en vätskefylld cista intill pankreas. Kvinnan togs in igen för ERCP. Man hittade småstenar i koledokus och gjorde en papillotomi. Vid slutkontroll en månad senare var patienten besvärsfri och laboratorieproven normaliserade.

Inte lege artis

På grund av att operationen inte utfördes lege artis är detta en ersättningsbar skada. Man borde ha gjort någon form av kartläggning av djupa gallvägar hos patienten, som tidigare hade haft symtom som väckte misstanke om koledokussten.

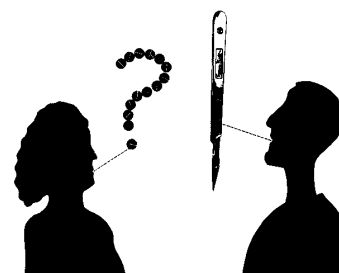
Patienten fick ersättning för kostnader för förlängd sjukvård, för inkomstbortfall under en månad samt för sveda och värk.

»Gyllene standard»

Man häpnar över att det idag utförs gallstenskirurgi utan tillgång till röntgen på operationsavdelningen. Dessutom kan det diskuteras om öppen kolecystektomi i elektiva fall kan försvaras när det inte finns något speciellt skäl mot laparoskopisk kirurgi. Laparoskopisk kolecystektomi torde idag vara »gyllene standard».

Referenser

1. Andrén Sandberg Å, Alinder G, Bergmark S. Accidental lesions of the common bile duct at cholecystectomy. An Surg 1995; 92: 3580-2.
2. Broström L, Hallén B, Rydell N, Sandström SO, Sjögren A, Räf L. Patientförsäkringen i förebyggande verksamhet. Stort skadematerial visar komplikationsrisker. Läkartidningen 1995; 92: 1368-72.
3. Larsson M, Häggmark T. Tithålsteknik kan ge gallgångsskada. Risker med laparoskopisk kolecystektomi. Läkartidningen 1995; 92:3580-2.



MEDICINENS SPRÅK

Särtryck ur Läkartidningen 1990-93

Läkartidningens språkspalt innehåller både stort och smått, både dagsländor och "eviga" sanningar – om nu sådana över huvud taget finns i språket och medicinen.

Ett urval mer översiktliga artiklar från fyra år har samlats i detta 32-sidiga särtryck, som togs fram i anslutning till arbetet med "Förslag till skrivregler för medicinska termer".

Pris 48 kr. Vid 11-50 ex 43 kr, vid högre upplagor 40 kr/ex.

Beställ här

..... ex Medicinens språk

.....
Namn

.....
Adress

.....
Postnummer/Postadress

Sändes till Läkartidningen, Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet "Medicinens språk".

Beställning per fax:
08-20 76 19