

SKADA VID DIAGNOSTISK BIOPSI "FÖR SÄKERHETS SKULL"

Man fick ersättning från Patientförsäkringen

Vid en kolecystektomi på en 65-årig man upptäcktes en förstorad hård pankreas. Man valde då att göra en diagnostisk biopsi med diatermi, vilket var fel på grund av risken för pankreasfistel.

Mannen fick ersättning från Patientförsäkringen.

Mannen togs in på ett regionsjukhus för att opereras för gallsten. Han hade tidigare opererats med koronar bypass 1992 och för carotisstenos, på höger sida 1991 och på vänster i februari 1995.

Det senaste året hade han haft upprepade gallstensanfall. I samband med carotisoperationen i februari fick han övergående ikterus och förhöjda amylasvärden. ERCP (endoskopisk retrograd kolangio-pankreatikografi) hade visat en stenfylld gallblåsa men i övrigt fria förhållanden.

Pankreatitförändring

I april fick mannen åter en pankreatitattack, som krävde sjukhusvård. På grund av hans avancerade hjärtsjukdom hade man tidigare varit tveksamma till en gallstensoperation. Men eftersom bukbesvären nu blivit uttalade beslöt man att göra en laparoskopisk kolecystektomi.

Narkosläkaren ville emellertid ha en öppen operation för att minska påfrestningarna på mannens hjärta. Även patienten ville ha en öppen operation eftersom han hade en rektusdiastas som han ville få åtgärdad.

Vid operationen den 9 maj fann man på pankreas plats en stor uppdriven tumor. Körteln var mycket hård och loberad i hela sin utsträckning samt ordentligt förstorad i caputregionen. Det fanns inga egentliga hållpunkter för malignitet utan man ansåg det sannolikt att

det var fråga om en kronisk pankreatitförändring.

Man tog en biopsi med skärande diatermi och blodstillade sedan med diatermibränning och suturligatur. Man avstod från fryssnitt »eftersom en eventuell malignitet ej skulle innebära någon ytterligare kirurgi med tanke på hans tillstånd i övrigt» (mikroskopi visade senare endast normal pankreasvävnad med lätt fibros).

Gallblåsan avlägsnades med viss möda på grund av blödning från leverbädden, som dock avstannade efter kompression.

Därefter gjordes kolangiografi, som visade sten i distala koledokus och passagehinder. Koledokus öppnades och med slev kunde man få ut en sten, som motsvarade den man sett på röntgen. Med koledokoskop fann man att det var fritt i gallgången samt passage till tarmen utan motstånd. Man anlade ett T-rör och slöt koledokotomin.

Innan operationen avslutades inspekterade man biopsistället i pankreas och det såg bra ut. Ett galldrän lades mot Winslows hål och buken slöts.

Började läcka

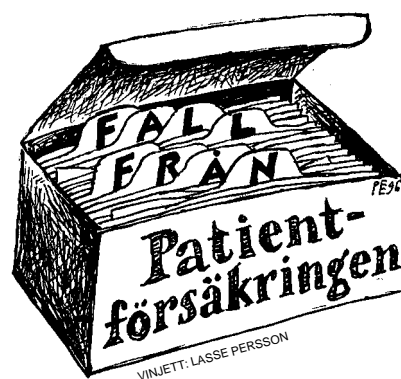
Sedan T-röret tagits bort efter en vecka uppstod läckage genom det separata galldränaget. Man misstänkte att det härrörde från koledokotomin eftersom vätskan till en början var gallfärgad men efter några dagar blev färglös och sedan grågulbrun.

Den 26 maj läckte han fortfarande rikligt och vätskan samlades upp i stomipåse. Den 2 juni konstaterades skyhögt amylasinnehåll i vätskan och det blev uppenbart att det var fråga om en pankreasfistel.

Den 12 juni konstaterades att det hade utvecklats en abscess till vänster i epigastriet. Även denna dränerades.

Patienten behandlades med total parenteral nutrition och Sandostatin samt med upprepade inläggningar av olika typer av perkutana dränage. Vätskan blev allt mer trögflytande och nekrotisk vävnad täppte till katetrarna.

Mer än två månader efter primäroperationen, den 19 juni, gjordes en laparotomi i det gamla övre medellinjensnittet och abscesserna till höger och till väns-



SERIE

Tidigare artiklar i serien återfinns i Läkartidningen nr 17, 18, 22 och 25 1996.

ter dränerades brett med möjlighet till genomspolning.

Den 17 augusti gjordes åter laparotomi för abscessdränage. Därefter inträdde en långsam förbättring och patienten kunde skrivas ut från sjukhuset den 25 augusti. Han hade då fortfarande »en del smärtproblem» som krävde kontinuerlig smärtt lindring.

Vid återbesök en månad senare hade såret läkt »över förväntan», men det fanns fortfarande en 5x1 cm stor defekt i medellinjen. Patienten skulle fortsätta med omläggningar hos distriktssköterskan.

I detta fall fanns en klar indikation för kolecystektomi och valet av öppen kolecystektomi var korrekt.

När man vid operation finner en förstorad hård pankreas står differentialdiagnosen mellan pankreatit och tumor. Ingen av dessa leder i patientens situation till annorlunda behandling.

Att i detta läge utföra biopsi med diatermi (eller kniv) är fel på grund av risken för pankreasfistel. Finnålsbiopsi för cytologi eller mellånålsbiopsi hade varit ett bra alternativ med mycket mindre risk för komplikationer.

Grund för ersättning från Patientförsäkringen är a) ett medicinskt omotiverat ingrepp med b) ej vedertagen metod.

Patienten har erhållit ersättning för läkarvård och resekostnader samt för sveda och värk. Ersättning för lyte och men är ännu inte fastställt.

Författare

MAGNUS LARSSON

docent, kirurgiska kliniken, Danderyds sjukhus.