

Varning:

Skadade nerv vid operation av handled

En överläkare har av Ansvarsnämnden varnats för att han vid en handledsoperation orsakade en nervskada på en 34-årig man. (HSAN 1079/95)

Mannen hade problem med dels en epikondylit i vänster armbåge, dels ett karpaltunnel-syndrom.

Den 17 mars opererade överläkaren epikondylyten och vänster karpaltunnelsyndrom.

Den 29 april utförde han klyvning av höger tvärgående ligament.

Efter det ingreppet berättade patienten på akutmottagningen att lillfingret och ringfingret på den opererade handen var bortdomnade. Vid flera återbesök, hos andra läkare, beslöt man att avvakta en spontan läkning.

Ingen förbättring

Men vid ett återbesök nästan sju månader efter ligamentsklyvningen, den 17 november, kunde man konstatera att mannen inte hade blivit bättre. Han fick remiss till en handkirurgisk klinik där han opererades på nytt.

Mannen anmälde överläkaren för nervskadan och pekade bl a på att det är tveksamt om han blir helt återställd. Han kritiserade också överläkaren för att denne inte personligen hade följt upp operationen.

I ett yttrande till Ansvarsnämnden sade överläkaren att han under operationen märkt att han hamnat något ulnart, vilket också noterades i operationsberättelsen.

Han genomförde sedan »en sedvanlig klyvning av lig carpi transversa» och under ingreppet noterades »inget anmärkningsvärt». Men han skrev också att han »uppenbarligen åsamkat en skada på nervus ulnaris». Detta hade senare bekräftats med EMG.

Överläkaren berättade att han efter operationen inte själv träffat patienten, vilket var olyckligt och absolut inte hans mening. Han tyckte det var förståeligt att patienten ansåg att det var otillfredsställande.

Ansvarsnämnden konstaterade att överläkaren felaktigt delat ulnarisnerven och tillfogat patienten en nervskada

samtidigt som han på ett inte korrekt sätt genomfört det planerade ingreppet att dela karpalligamentet. Felen var allvarliga ansåg nämnden och varnade överläkaren. •

Varning:

Kvinna avled efter för stor cytostatikakur

Överläkaren gjorde ett räknefel som medförde att en 46-årig cancersjuk kvinna fick en mycket större cytostatikakur än avsett. En månad senare avled kvinnan.

Överläkaren har varnats av Ansvarsnämnden. (HSAN 333/95)

Fyra år tidigare, 1990, hade kvinnan opererats för en ductal bröstcancer med spridning till lymfkörtlar i armhålan. Hon fick cytostatika och strålbehandling.

Tre år senare upptäckte man misstänkta metastasförändringar i höger lunga varför man satte in en cytostatikakur, som dock inte fick någon egentlig effekt.

Därför bytte man till en kombinationskur, som i juni 1994 hade fått en viss verkan men inte gav total remission.

På hösten samma år beslutade man att pröva en aggressivare cytostatikabehandling kombinerad med benmärgstransplantation. Transplantationen gjordes i september. Kvinnan blev efteråt leukopen och fick feber, varför man satte in antibiotika och trombocyter. Därefter skrevs hon ut.

Fick dubbel dagsdos

Den 24 oktober återkom hon för cytostatikabehandling och en autolog benmärgstransplantation. Cytostatikan skulle ges två gånger om dagen, halva dosen åt gången. Någon halvering gjordes dock inte. Resultatet blev att kvinnan fick dubbel dagsdos och därmed en kur som var mycket högre än vad som var avsett. Samtidigt gavs behandlingen på kortare tid än vad som var tänkt.

Benmärgstransplantationen gjordes enligt planerna.

Kvinnan blev allvarligt försämrad, hon fick nedsatt njur- och lungfunktion samt en uttalad mukositis.

Hon avled 24 november i septisk chock och cirkulationspåverkan.

Sannolikt samband

Rättsmedicinsk obduktion utfördes. Allt talade för att kvinnan avlidit i en kombination av kronisk, troligtvis till en del cellgiftbetingad, hjärtmuskelskada och kronisk svampinfektion.

Av obduktionsprotokollet framgick också att ett orsakssamband mellan den medicinska cancerbehandlingen och organskadornas utveckling föreföll sannolikt. Men man kunde inte fastställa i vilken grad överdoseringen i sig hade påverkat händelseförloppet som ledde till kvinnans död.

Två anhöriga till kvinnan anmälde överläkaren som ansvarig för feldoseringen av cytostatikan. De ville ha en prövning om överläkaren skulle polisanmälas, om hans legitimation skulle återkallas eller om han skulle få en disciplinpåföljd.

Händelsen polisanmäldes av chefsöverläkaren vid kliniken. Förundersökningen lades ned på grund av att brott inte hade styrkts.

Fallet anmäldes även enligt Lex Maria.

»Medförde ingen ökad risk för kvinnan»

Överläkaren erkände att han hade gjort ett mycket beklagligt räknefel när han ordinerade cytostatikan. Han pekade bl a på att man på grund av sjukdom var en läkare mindre än normalt på avdelningen, varför han beslöt att själv ordinera kuren.

Enligt hans egen uträkning var de givna dagsdoserna 100 procent för höga:

Kvinnan hann på tre dagar få karboplatin 1 200 mg/m², cyklofosamid 9 g/m² samt tiotepa 900 mg/m². Totalkuren skulle uppdelad på fyra dagar ha varit karboplatin 800 mg/m², cyklofosamid 6,0 g/m² samt tiotepa 500 mg/m².

Det var när den fjärde dygnsdosen skulle blandas som en sjuksköterska upptäckte räknefelet. Kuren avbröts direkt.

Överläkaren ansåg att felet kunde ha medfört en ökad

slemhinneskada framför allt i munnen och därmed orsakat kvinnan större smärta.

Däremot, menade han, var det osäkert om den ökade dosen hade bidragit till den visade hjärtpåverkan även om det inte kunde utelutas.

Han bestred att hans miss ledde till den spridda svampinfektion som enligt hans mening orsakade kvinnans död. Obduktionen visade att svampinfektionen utgick från den centrala venkatetern, som var absolut nödvändig för behandlingen, hävdade han.

Missen hade inte medfört att risken för kvinnan blivit större än normalt, något som visades av att det inte fanns någon förlängd neutropenitid efter transplantation, sade överläkaren.

Har ingen exakt kunskap om den optimala dosen

Socialstyrelsen kom i sin uträkning av den givna kuren fram till att den var 50 procent högre än avsett. Styrelsen tog i sin bedömning stöd av sitt vetenskapliga råd, professor Bo Littbrand.

Denne slog bland annat fast att det var otvetydigt att cytostatikan hade överdosersats. Detta innebar inte enbart att man givit för mycket cytostatika utan även att den givits under kortare tid än avsett, vilket torde intensifiera behandlingen ytterligare.

Någon exakt kunskap om den optimala dosen finns inte, men här var det klart att praxis överskridits kraftigt, ansåg Littbrand.

Största omsorg krävs

Han hävdade att avgörande för bedömningen av felbehandlingen var att den ordinerade medicinen är starkt toxisk med många och riskfyllda biverkningar. Varje ordination måste ske med största omsorg och patienten måste kunna lita på att få rätt ordination. Därför ansåg han »...att denna felhandling ej kan gå förbi opåtalad...»

Det var inte bevisat att felbehandlingen bidrog till kvinnans död, men man kunde inte heller utesluta en viss påverkan, sade Littbrand.

Ansvarsnämnden konstaterade att överläkaren hade gjort fel när han beräknade cytostatikadosen för kvinnan. Även om man beaktar överläkarens pressade arbetssituation och de andra omständigheter han åberopar är felet allvarligt, menade nämnden och utdelade en varning. •