

BRISTANDE UPPFÖLJNING AV OPERERAD FOTLEDSFRAKTUR

Tendens till färre kontroller av besparingskäl

Två patienter som opererats för fotledsfrakturer har fått ekonomisk ersättning från Patientförsäkringen. Orsaken är att de på grund av bristande uppföljning har drabbats av svåra problem under lång tid efter operationerna.

Instabila fotledsfrakturer bör, vare sig de stabiliseras med gips eller inre fixation, i efterföljandet kontrolleras med röntgen. Det gäller inte minst vid symtom som väcker misstanke om re-dislokation, t ex återkommande svullnad, värk och smärta.

Vid stabilt fixerade fotledsfrakturer kan det vara svårt att på röntgenbilden fastställa benläkningen på grund av minskad kallusbildning. Därför är kliniska fynd viktiga för att vägleda läkaren.

Kraven på besparingar inom sjukvården har medfört en tendens till färre kontroller, bl a efterbehandling av frakturer. Att uppföljningen av frakturläkningen kan bli för kortvarig eller på annat sätt ofullständig visar följande två fall.

Fall 1

En 24-årig arbetslös man kom den 7 december 1991 till länsjukhuset efter att ha skadat höger fotled. Han var alkoholpåverkad och kunde inte redogöra för vad som hade hänt. Han hade kliniska tecken på en fotledsfraktur och denna grovreponeerades.

Röntgen visade en 5 cm lång fraktur i distala fibula med en dorsal dislokation av distala fragment på 4 mm, däremot ingen breddökning i gaffeln.

Han opererades samma dag med öp-

pen reposition och fixation med två cerklage. Dessutom stabiliserades syndesmosen med två märlor (Figur 1).

Vid gipsbyte efter tre veckor var operationsåret något smetigt i nedre delen varför patienten ordinerades Heracillin i tio dagar. En vecka senare återkom han eftersom han hade skadat gipsen. Denna byttes och en kontrollröntgen visade oförändrat gott läge.

Sex veckor efter skadetillfället togs gipsen bort och mannen fick beskedet att han inte behövde återkomma.

Kom tillbaka med svullnad och värk

I september 1992, nio månader efter skadetillfället, kom han tillbaka med lätt svullnad och värk i fotleden.

Röntgen beställdes »för säkerhets skull», men utfördes först två månader senare. Den visade gaffelvidgning med lateralluxation av talus (Figur 2).

Patienten kallades till mottagningen för en ny bedömning, som gjordes efter en månad. Man beslöt då att reoperera frakturen. Detta skedde först den 15 februari 1993 då frakturen fixerades med en 7-hålsplatta. Han var därefter gipsad i sju veckor.

Ett år senare togs plattan bort eftersom patienten hade värk och var stel i fotleden. Eftersom besvären fortsatte gjordes 1995 en artroskopi, som emellertid inte visade några broskskador.

Mannen har anmält skadan till Patientförsäkringen eftersom han trots fyra operationer inte blivit bra och därför skrev att »något måste vara fel».

Rätt indikation och korrekt sätt

Den initiala operationen utfördes på rätt indikation och på ett korrekt sätt, bedömde Patientförsäkringen.

Ingen anmärkning kan riktas mot den primära uppföljningen även om, med tanke på patientens levnadsvanor, han borde ha upplysts om vikten av att komma tillbaka för kontroll om han fick värk eller smärta eller om fotleden svullnade.

Fyller inte kvalitetskraven

Då sekundär felställning är en känd komplikation vid den här frakturtypen



SERIE

Tidigare artiklar i serien återfinns i Läkartidningen nr 17, 18, 22, 25, 26-27, 28-29, 35, 38 och 44 1996.

borde, inte minst med tanke på mannens ökade olycksfallsrisk, en röntgenundersökning ha utförts omedelbart när han sökte i september 1992.

Att under de omständigheterna få vänta två månader på röntgen och över fyra månader på en nödvändig operation fyller inte de kvalitetskrav en skadad person har rätt att ställa.

Ersättning har därför betalats för sveda och värk på grund av att behandlingen fördröjts med fyra månader.

Däremot föreligger inte något försämrat behandlingsresultat på grund av fördröjningen, anser Patientförsäkringen.

Fall 2

En 56-årig kvinna med insulinbehandlad diabetes föll i december 1991 i en trappa och skadade höger fotled.

På länsdelslasarettet fann man en bimalleolär fraktur i syndesmoshöjd och med 2-3 mm lateralförskjutning (Figur 3). Hon opererades samma dag av kirurgbakjouren med Palmerstift medialt och cerklage och märsla i syndesmosen med frakturerna i exakt läge. Hon skrevs ut med gips efter två dagar.

Sedan hon blivit av med gipsen efter sex veckor hade hon under en period värk men vid slutkontrollen efter tre månader noterades endast en lätt svullnad - »Ej åter».

Under det följande året sökte hon två

Författare

NILS RYDELL

docent, medicinsk rådgivare vid Personskadereglering AB

OLLE SVENSSON

docent, medicinsk rådgivare vid Personskadereglering AB.

gångar på grund av svullnad i fotleden, dock utan att det föranledde någon utredning i form av röntgen.

Arton månader efter skadetillfället besökte hon en ortoped, som kunde konstatera tecken till infektion. Röntgen visade nu lytiska och sklerotiska förändringar, fraktur både medialt och lateralt samt destruerat ledbrosk (Figur 4).

Infektionen behandlades med antibiotika och osteosyntesmaterialen opererades bort. Hon har sedan behandlats med en stabiliserande fotledsortos.

Kvinnan har uppgivit att vid besök på kirurgmottagningen i mars 1993 hade benet varit svullet upp till knät och foten sned.

»Hade man då röntgat, så hade hon antagligen inte fått ny fraktur i fotleden», anser hon.

Skulle skyddat frakturen

Patientförsäkringen bedömde att operationen utfördes på korrekt indikation och på vedertaget sätt. Emellertid missuppfattade läkarna efterförloppet och tolkade patientens diabetesosteopati som infektion. Infektionen spelade sannolikt en helt underordnad roll.

Om man hade uppmärksammat att kvinnan hade en diabetesneuropati och prolongerat gipsbehandlingen hade risken för diabetesosteopatin minskat.

I alla händelser borde man när patienten sökte på nytt med tilltagande svullnad ha misstänkt diabeteskomplikationen och gipsat henne med en totalkontaktgips för att skydda frakturen.

Gåtfull åkomma

Diabetesosteopati är en gåtfull åkomma vars patogenes är ofullständigt kartlagd, men sannolikt spelar neuropatin en mycket större roll än angiopatin.

Osteopati kan utvecklas utan trauma, men frakturer och ledsador, även de mest triviala, hos patienter med känselnedsättning måste behandlas med särskild omsorg. Det förtjänar att upprepas att viktigaste hjälpmedel är klinisk undersökning: calor, dolor, rubor, tumor och functio laesa, de klassiska infektionstecknen.

Alternativet ofta amputation

När diabetesosteopatin väl utvecklats är behandlingsmålet att patienten ska få en belastningsbar fot. Charcot-leder behöver skyddas med gips eller ortoser under lång tid – alternativet är ofta amputation.

Patientförsäkringen bedömde att behandlande läkare inte uppmärksammat utvecklingen av diabetesosteopatin vid behandlingen av frakturen. Därför har patienten ersatts för kostnader i samband med behandlingen samt



Figur 1. Fraktur genom laterala malleolen fixerad med cerklage och märlor.



Figur 2. Ett år senare har talus luxerat lateralt.



Figur 3. Bimalleolär fotledsfraktur med talus luxerat lateralt 2-3 mm.



Figur 4. Talus är förskjuten och vinklad medialt. Talocruralleden är helt derangerad. Det ses en oregelbunden spaltbildning på platsen för leden och skleros i omgivande skelett. Den mediala malleolen ligger som ett enskilt fragment.

för sveda och värk. Invaliditet ska bedömas när tillståndet blivit stabilt.

Dessa två fall visar vikten av kliniska kontroller efter frakturbehandling.

Indikationerna för röntgenundersökning vid frakturbehandling kan variera avsevärt beroende på omständigheterna, men det kan inte vara orimligt att kräva röntgen om patienten får symptom på störningar i läkningen, t ex smärta, svullnad och deformitet. Röntgen är dock helt meningslös utan klinisk undersökning/frågeställning – och avsaknaden av detta är den gemensamma nämnaren för de här två fallen.

Besparingar inom sjukvården sker inte sällan utan hänsyn till helheten – »pennywise but poundfoolish» – när den enskilda kliniken eller mottagningen tvingas skära ner.

Misstag är resurskrävande, vilket

man sedan länge uppmärksammat inom tillverkningsindustrin. Därför har man lagt ner stor möda på kvalitetskontroller.

Inom vår bransch är den kanske viktigaste aspekten utbildningen. Rationaliseringarna har fått den oönskade effekten att vidareutbildningen har fått stryka på foten, inte minst internt inom de olika enheterna där kliniska konferenser, »knäckfallsmottagningar», operationsgenomgångar och storronder blivit allt mer sällsynta.

Ytterligare ett exempel på bristande kvalitetsansvar är att vi fortfarande inte har några formella krav på kunskap och kompetens för att nå specialistkompetens. •