

# Kvinna dog efter tarmperforationer vid laparoskopisk sterilisering

Etablerade postoperativa rutiner från öppen bukkirurgi kan inte utan risk tillämpas efter endoskopiska ingrepp.

Ett postoperativt förlopp som avviker från det normala ställer krav på att alla inblandade läkare kommunicerar och dokumenterar sina iakttagelser.

Påpekandena finns i Riskronden nr 4 1997 och görs sedan en 38-årig kvinna dött efter tarmperforationer i samband med laparoskopisk sterilisering.

Hon har tidigare opererats fyra gånger – för gallsten, två gånger för utomkvedshavandeskap samt för blindtarmen.

I början av steriliseringen uppstår tekniska problem med att insufflera gas i buken men så småningom kan ingreppet genomföras.

Postoperativt klagar kvinnan över oklara smärtor och fyllnadskänsla i buken. Hon får stanna kvar över natten och får fem Ketoganinjektioner om 5 mg.

## Fortsatta smärtor

Nästa dag får hon åka hem men kommer tillbaka på kvällen med fortsatta smärtor och kräkningar. Primärjouren misstänker en peritonitretning och lägger efter kontakt med mellanjouren in kvinnan, som får analgetika och antiemetika. Mellanjouren är läkaren som opererade kvinnan föregående dag.

Primärjouren beställer »infektionsprover» som visar SR 58 och CRP 370. Provsvaren är inte signerade i journalen.

På kvällen får patienten Citodon och Voltaren och under natten Citodon, Stemetil och Torecan. Nästa morgon noteras att buken är uppblåst och spänd men mjuk. CRP är 273.

Nästa journalanteckning sker 12 timmar senare. Patienten har kräkts flera gånger, känner sig öm och uppspänd i buken. Man beställer akut buköversikt.

Ytterligare 12 timmar senare skrivs nästa journalanteckning av operatören: »Buköversikt har visat vätskenivåer. Passageröntgen är påbörjad och visar utspända tunntarmar».

Fem timmar senare undersöks patienten för första gången av en kirurg. Denne finner buken uppblåst och bullig och ordinerar nya bilder.

Efter ytterligare två timmar blir patienten plötsligt sämre och har blåmarmorad hud. Hon läggs i respirator på intensivvårdsavdelningen. Tillståndet bedöms som septisk chock.

Man ger antibiotika och opererar

kvinnan senare på kvällen. Då buken öppnas kommer man in på illaluktande tunntarmsinnehåll. Det finns multipla abscesser och omentet är inflammerat. På terminala ileum finns flera perforationer. Två månader senare dör patienten.

Hos patienter som tidigare opererats i buken finns risker med att den spetsiga Verres kanyl för att åstadkomma pneumoperitoneum. Här hade man vid insufflationen betydande svårigheter och det kan starkt ifrågasättas om man inte tidigt borde ha övergått till laparotomi.

## Bristande klinisk fantasi

Det är förvånande att operatören, som haft svårt att såväl insufflera gas i buken som att tömma den på gas, inte reagerade starkare på patientens bukstatus och stora analgetikabehov första dygnet. Mot den bakgrunden var risken för tarmperforation stor och borde ha vägts in så fort det postoperativa skeendet avvek från det normala.

Inte ens när patienten efter några timmar hemma kom tillbaka med ökade smärtor misstänkte operatören något onormalt.

Att patientens tillstånd under andra dygnet inte försämrades kontinuerligt och att hon inte hade feber bidrog troligen till att man avvaktade så länge med laparotomin. Det fanns dock påtagligt förhöjda infektionsparametrar (SR och CRP). Att patienten är afebril är inte ovanligt vid tarmperforationer.

Det är troligt, menar Riskronden, att man tillämpade erfarenheter och rutiner från öppen bukkirurgi och inte insåg att tarmperforationer med liten diameter kan ge en helt annan klinisk bild.

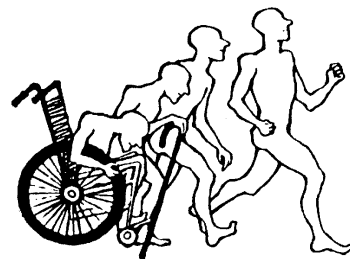
## Dålig dokumentation

Tillförseln av smärtstillande medel, som skedde i stort sett kontinuerligt, baserades på en generell läkemedelslista vid postoperativ smärta. Doserna som enligt Socialstyrelsens utredning ordinerades av läkare fanns inte dokumenterade eller kommenterade.

I journalen fanns inte heller någon dokumentation av de bukstatus som läkarna i efterhand hänvisat till i utredningen.

Därmed försvårades uppgiften avsevärt för de läkare som undersökte och bedömde patienten.

Riskronden konstaterar sammanfattningsvis att man vid kliniken tillgodogjort sig fördelarna med endoskopisk teknik utan att till fullo inse vilka krav som ställs för att metoden ska kunna tillämpas säkert. •



## REHABILITERING

Särtryck av en serie i  
*Läkartidningen 1993–94*

Rehabilitering betyder i vanligt språkbruk återanpassning till ett normalt liv. Ofta används dock begreppet i den snävare betydelsen återanpassning till yrkeslivet.

Det finns ingen skarp gräns mellan att behandla och rehabilitera. Allt kliniskt arbete syftar ytterst till att främja ett normalt och självständigt liv.

En rad olika aspekter på rehabilitering i vid bemärkelse redovisades i *Läkartidningen* under 1993–1994. De 27 artiklarna har nu samlats i ett 96-sidigt häfte med färgomslag. Det kan beställas med kuponen nedan.

Pris 85 kronor. Vid 11–50 ex 77 kronor, vid högre upplagor 73 kronor/exemplar.

-----  
Beställer härmed

..... ex Rehabilitering

.....  
Namn

.....  
Adress

.....  
Postnummer/Postadress

Insändes till *Läkartidningen*,  
Box 5603, 114 86 Stockholm  
Beställning per fax:  
08-20 76 19