

Ansvarsärenden i korthet

Sjukdomar i mag-tarmkanalen 1

Felaktig diagnostik eller behandling av sjukdomar i mag-tarmkanalen är vanliga orsaker till anmälan till HSN. Överlägset vanligast är då misstänkt diagnos av appendicit (se Läkartidningen nr 51-52/98, sidorna 4952-5). Nedan presenteras några aktuella fall behandlade vid kirurgkliniker för andra sjukdomar i gastro-intestinalkanalen och som blivit föremål för bedömning i nämnden. Dessa fall illustrerar att många komplikationer i sjukvården idag sker när kirurgen arbetar genom olika former av »titt-hål». Några av fallen visar dessutom, att dagens »effektiverade» sjukvård kan medföra brister i övervakning och uppföljning av opererade patienter.

Instrumentell esofagusperforation

Anmälare: Patienten

Anmälda: Personal vid öron- och kirurgkliniker

Orsak: Perforation av matstrupen och ytterligare behandlingsskador

HSAN 396/98

En 63-årig kvinna hade »glupskt» svalt ett stycke kötttrullad som fastnade i matstrupen. Röntgenundersökning på länsjukhuset visade ett totalt stopp i nedre delen av esofagus. En esofagoskopi gjordes i intubationsnarkos, men eftersom patienten hade svårigheter att gapa, hade brokonstruktioner i både över- och underkäke och dessutom hade kort hals med begränsad rörlighet, försvårades nedförande av såväl trakealtub som esofagoskop. Öronläkaren försökte först med korta hypofaryngoskopet (30 cm), men kunde med detta ej återfinna hindret. Hon bytte till flexibelt

esofagoskop, men med detta kunde man inte avlägsna köttbiten. Med stor möda lyckades operatören sedan få ner ett långt, stelt instrument (45 cm) och med tång hämta upp trådigt kött med cirka 3 cm diameter. En Clinifeedkateter lades ner till ventrikeln för avlastning. Efter operationen konstaterades att brokonstruktionen i underkäken delvis lossnat samt att patienten hade ett sår på undersidan av tungan.

Nästa morgon måste patienten bra, men en röntgenundersökning med vattenlöslig kontrast visade att katetern låg i vänster pleura. Man kontaktade kirurg, som beslöt torakotomi. Denna utfördes 17-18 timmar efter det första ingreppet. Man fann en purulent mediastinit med ett fingervitt hål i esofagus. Kirurgen diskuterade fallet med kirurgöverläkare vid regionsjukhus, och man beslöt att ta bort matstrupen och anlägga en esofagostomi på halsen. Fyra månader senare gjordes på regionsjukhus en rekonstruktion av esofagus med hjälp av ett kolontransplantat. Denna operation komplicerades av anastomosinsufficiens, som dock läkte utan ytterligare operation.

Utredning

Öronläkaren menar att de komplikationer som uppstått inte berodde på slarv eller försummelse utan på svåra anatomiska förhållanden.

Kirurgen anser att det var nödvändigt att ta bort matstrupen för att rädda patientens liv. Att endast primärsuturen perforationen skulle ha inneburit en alltför stor risk.

Kirurgöverläkaren vid regionsjukhus har bemött den kritik som riktats mot vården i samband med rekonstruktionen. De problem som uppstod på grund av anastomosläckage har kunnat åtgärdas med minimalinvasiva endoskopiska dilatationer.

Bedömning och beslut

En perforation i matstrupen i samband med endoskopisk undersökning är en känd och fruktad komplikation, som förekommer i cirka 0,1-1 procent av samtliga undersökningar. Risken ökar vid användning av raka, stela instrument. Uppfattningen går isär, då det gäller handläggning av en konstaterad instrumentell perforation, dels kan pati-

enten behandlas konservativt (dräna-ge), dels kan en mer omfattande kirurgisk behandling vidtagas. För båda metoderna finns stöd i litteraturen. Valet mellan de två metoderna styrs av patientens tillstånd, perforationens utseende och av medicinsk praxis.

Det var korrekt att ta bort köttbiten eftersom det förelåg ett totalt stopp i matstrupen. Både perforationen och skadorna i munnen orsakades sannolikt av de besvärliga anatomiska förhållanden som förelåg. Öronläkaren vidtog nödvändiga försiktighetsåtgärder och kontroller efter ingreppet. Nämnden finner inte heller någon anledning att kritisera de åtgärder som sedan vidtog vid de två kirurgkliniker.

Nämnden lämnade anmälan utan åtgärd.

Val av operationsteknik vid kvarstenar

Anmälare: Socialstyrelsen

Anmäld: Kirurg

Orsak: Fel metod vid reoperation HSN: 326/98

En 21-årig kvinna hade på ett regionsjukhus satts upp på väntelista för gallstensoperation. Under väntetiden kontaktade hon kirurgmottagning på ett länsdelslasarett, för att få operationen utförd tidigare. Operationen inleddes med laparoskopisk teknik, men eftersom operatören fann koledokussten och anatomiskt var oklar konverterades operationen till öppen. En sten i koledokus avlägsnades och via ett inlagt T-rör kontrollerades med röntgenundersökning att inga fler stenar fanns.

Patienten hade postoperativt mycket smärtor och vid sekundär kolangiografi sex dagar postoperativt kunde man se tre oregelbundna förändringar i koledokus (koagler?, konkrement?). Patienten fick därefter stigande feber och vid förnyad röntgenundersökning tre dagar senare konstaterades galläckage. Kirurgen beslöt reoperation med laparoskopisk teknik. Han påträffade därvid ett hålrum med gallfärgad vätska och flyttade galldränet till detta hålrum. Vid operationen kunde han inte se något pågående galläckage och operationen avslutades. Nästa dag hade patienten ökad