

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 misssad 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 vidtogs 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 länsdelsläsarett, 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

ömhet i buken och förnyad röntgen visade att T-röret låg utanför gallgången. Den anmälda kirurgen var denna dag ledig, men kolleger beslöt att skicka patienten till regionsjukhuset. Vid operation samma dag kunde man där via koledokotomin avlägsna tre stenar. Kolangiografi visade sedan fria förhållanden. Patienten skrevs ut efter en vecka men fick behålla dränagen i ytterligare 12 dagar. Efter ytterligare en månad var hon återställd.

Socialstyrelsen har inhämtat yttrande från ett vetenskapligt råd och denne har bland annat anfört: Mot den första operationen kan riktas viss kritik men den var i stort sett genomförd enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, däremot inte reoperationen. Denna skulle ha gjorts med en teknik, som tillåtit att operationsområdet kunnat inspekteras i sin helhet och att nödvändiga åtgärder mot koledokuskonkrement kunde vidtagas. Enligt kolangiografen fanns här starka skäl att misstänka kvarstenar. Kirurgen valde här en teknik som inte tillät honom en adekvat operation. Med stöd av utlåtandet anser Socialstyrelsen att kirurgen i samband med reoperationen handlat felaktigt och i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet och att hans felhandling inte kan anses som ringa.

Utredning

Kirurgen har bestritt att han handlat felaktigt. »En komplikation har uppstått vid en av mina operationer och jag har efter bästa förmåga försökt att rätta till detta. Eller menar ni att jag medvetet skulle handla mot det jag uppfattar och fått lära mig som vetenskap och beprövad erfarenhet.»

Vetenskapliga rådet har kompletterat sitt tidigare yttrande. Han framhåller bland annat:

Det går inte helt att gardera sig mot kvarvarande konkrement vid galloperationer, men för att minska risk för detta borde kirurgen i samband det primära ingreppet ha gjort antingen en operativ kolangiografi innan han började leta konkrement med instrument i gallgången eller en koledokoskopi.

Vid reoperationen var det primära att dränera läckaget och avlägsna misstänkta kvarstenar. Det sistnämnda kan i de flesta fall göras med ERCP-teknik (papillotomi, utförskaffande av stenar med korg). Dränage kan göras genom en ultraljudsledd punktion. Väljer man istället förnyad operation, måste denna inriktas mot att bekräfta och avlägsna

eventuella kvarstenar. Att operera koledokusstenar med laparoskopisk teknik kräver speciell erfarenhet och träning. »Det förefaller som operatören inte tänkt igenom situationen före denna operation och att han därför inte haft klart för sig vilka åtgärder han borde vidtaga.»

Bedömning och beslut

Nämnden delade vetenskapliga rådets bedömning att reoperationen utförts på ett bristfälligt sätt och ansåg att kirurgen åsidosatt sina skyldigheter i yrkesutövningen. Påföljden blev erinran.

Svårbedömt tarmvred efter laparoskopi

Anmälare: Patientens dotter
Anmäld: Kirurgöverläkare
Orsak: Läkaren borde ha lyssnat på anhöriga
HSAN 2466/97

En 72-årig kvinna inkom till central-sjukhuset på grund av buksmärter. Hon opererades samma dag med laparoskopisk teknik för en kraftigt inflammerad blindtarm. De första dagarna efter operationen mårde patienten bra, men därefter försämrades hon med illamående och kräkningar. Röntgenundersökning med kontrast fem dagar postoperativt visade tecken till tarmvred. Följande vecka varierade tillståndet, men ny buköversikt åtta dagar efter den första röntgenundersökningen visade att hon hade kontrast kvar i ventrikeln som tecken på passagehinder. Först efter ytterligare tre dagar görs nästa »buköversikt», som nu visar tydliga tecken till tunntarmsileus. Vitala funktioner hade börjat svikta, när man nu beslöt laparotomi. Vid denna visade det sig att ett slynga av proximala tunntarmen glidit in i ett »porthål» åstadkommet i samband med appendektomin. Tarmen löstes, någon resektion bedömdes ej nödvändig. Efter operationen utvecklade patienten en allvarlig sepsis och hon avled i multiorgan-svikt drygt en månad senare.

Patientens dotter har anmält ansvarig överläkare för bristande omvårdnad. När operation beslutades efter påstötningar från anhöriga och medpatienter var modern så uttorkad att hon var närmast döende. Man borde under vården ha fört vätskebalanslista med registrering av urin och kräkningar.

Den anmälda kirurgen uppger att det förelegat svårigheter att kontinuerligt föra vätskebalanslista på denna patient eftersom hon i perioder bedömdes vara i gott kliniskt skick och då fick försörja sig själv och gick på toaletten. Under denna tid var belastningen på avdelningen stor med en medelbeläggning på 107 procent med ett flertal svårt sjuka och vårdtunga patienter. Hennes symptom hade tolkats bero på intermittent tarmvred. Först dagen före reoperation förelåg laboratoriemässiga tecken till intorkning. Han bestrider att kliniken brustit i omvårdnad eller att han själv inte gett maximal vård.

Nämnden har inhämtat yttrande från två vetenskapliga råd. »Med all respekt för de svårigheter som kan råda i detta avseende för en patient som är relativt frisk, rör sig fritt och går på toaletten» anser de att det förelegat brister vad gäller uppföljning av vätskebalansstatus. Ileusoperationen borde dessutom ha gjorts flera dagar tidigare än vad som nu blev fallet. Granskningen visade att rådande rutiner på kliniken »inte helt optimalt förmått motverka de potentiellt negativa effekter som den olyckliga bristande kontinuiteten i vårdansvaret sannolikt haft i det aktuella fallet. Den bristande kontinuiteten är i sig en olycklig men ofrånkomlig del i vårt sjukvårdssystem». De vetenskapliga råden har bägge kunnat finna ursäktliga omständigheter i ärendet.

Bedömning och beslut

När röntgenundersökning visat att det förelåg tecken till högt tunntarms-hinder borde en arbetsplan ha upprättats som medgett en tidigare operation än vad som nu blev fallet. Den anmälda läkaren kom dock in sent i ett förlopp, där brister i daganteckningar och överlämningsaktiviteter gjorde det svårt att fullt ut kunna värdera vad som hänt tidigare. Detta får betraktas som en förmildrande omständighet, när det gäller hans medicinska beslut. Kirurgen ålades en erinran. •

