



Ansvarsärenden i korthet

Sjukdomar i mag-tarmkanalen 2

(De första fallen presenterades i förra numret.)

Felaktig diagnostik eller behandling av sjukdomar i mag-tarmkanalen är vanliga orsaker till anmälan till HSAN. 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 pati-

Postoperativ övervakning under påskhelg

Anmälare: Socialstyrelsen
Anmälda: Två kirurger
Orsak: Var passiva vid postoperativ komplikation
HSAN 2363/97

En 65-årig kvinna opererades på skärtorsdagen för gallsten med laparo-

skopisk teknik. Operationen tog 60 minuter och uppfattades som okomplicerad, men redan samma kväll började patienten emellertid klaga över buksmärter. Under långfredagen var patienten mer påverkad än normalt. Urinmängderna var små. Hon undersöktes av kirurg A, som fann att buken var uppblåst och ömmande. Han ordinerade vätska och Furix men trots detta förblev urinmängderna små under natten. Patienten hade dålig syrsättning och ordinerades syrgas. A ordinerade lungröntgen, som visade högstående höger diafragma-valv samt vätska i höger pleura. Dator-tomografi visade vätska runt levern i ett cirka 1,5 cm tjockt skikt samt mindre mängd i fossa Douglasi. Patientens smärtor krävde ketogan vid upprepade tillfällen.

På påskafton var operatören framjour och kirurg B bakjour. Den senare beslöt om förnyad lungröntgen samt CT av buken med vattenlöslig kontrast i ventrikeln. Inget läckage kunde påvisas, men vätskan i höger lunga hade ökat. Vätskan dränerades. På eftermiddagen fick bakjouren via telefon besked om undersökningsresultat. Framjouren ansåg inte att det förelåg tecken till peritonit och B accepterade detta utan egen undersökning.

Påskdagen var A både fram- och bakjour. Övertagandet skedde utan kontakt med B. A fann inte att någon försämring inträffat sedan föregående dygn och beslöt därför att avvakta.

Annandag påsk hade emellertid patientens tillstånd avsevärt försämrats. Hon undersöktes nu av en fjärde kirurg (bakjour). Patienten var nu inte kontaktbar. Förnyad CT visade att vätskan i buken hade ökat. Kirurgen beslöt akut laparotomi och vid denna fann man en uttalad peritonit och en perforation på duodenums framvägg. Denna suturerades och ventrikeln avlastades med en gastrotomi. Efterförloppet var sedan ytterst komplicerat och patienten skrevs ut först efter fyra månader.

Socialstyrelsens anser, efter att ha hört ett vetenskapligt råd, att B under påskafton borde ha misstänkt kirurgisk komplikation och föranstaltat om explorativ laparotomi. Man anser dessutom att han borde ha utfört en ny egen undersökning av patienten innan han tog ett så viktigt beslut som att avvakta. Vetenskapliga rådet hade ansett att A:s beslut om fortsatt exspektans är begrippligt och möjligen försvarbart, men Socialstyrelsen var inte av samma uppfattning; A borde, som specialist i kirurgi och bakjour, ha fattat ett eget självständigt beslut. Socialstyrelsen anser att både B och A brustit i handläggningen av patienten.

Utredning

B har i sitt yttrande menat att eftersom ingen kontrast läckte ut vid röntgenundersökningen på påskafton kan perforationen inte ha funnits då; hennes tillstånd kan ha förorsakats av pankreatitretning. »Hade jag laparotomerat henne då hade det lett till att hon fått multipel organsvikt. Patienten måste sedan ha försämrats på annandagen.» Han säger dessutom att bemanningen under påskhelgen var bästa tänkbara och »kontinuiteten var oerhört bra». Avslutningsvis vill han understryka att bakjourssystemet bygger på att man har rätt att lita på att framjouren kan avgöra om patienten blir bättre, och han finner det fullständigt orimligt om han skulle drabbas av disciplinpåföljd.

A redogör utförligt för de diagnostiska överväganden han gjort under de två dagarna han var jour under helgen. I första hand verkar han ha misstänkt pankreatit trots relativt låga amylasvärden.

Bedömning och beslut

Perforation av tarm eller kärl är inte alltför ovanliga komplikationer vid laparoskopisk kirurgi och det hade därför varit anledning att tidigare misstänka ►

ANNONS

Ansvarsärenden i korthet

detta. B borde ha föranstaltat om en operation redan på påskafton. Nu beslöt han att avvakta utan att återigen undersöka kvinnan. Genom passiviteten har han åsidosatt sina åligganden i tjänsteutövningen. Även A valde under påskdagen att avvakta, troligen påverkad av B:s bedömning dagen innan. Hans bristande handläggning kan till viss del förklaras av detta, men även han har visat oaktsamhet i sina åligganden. Nämnden ålägger var och en av kirurgerna en varning.

Lex duplicitatis vid gallgångsskada

Anmälare: Socialstyrelsen
Anmald: Kirurgöverläkare
Orsak: Gallvägarnas anatomi kartlades bristfälligt i två fall
HSAN 2240/98

Patient 1

En 46-årig kvinna genomgick en elektiv, laparoskopisk kolecystektomi. Operationen förlöpte till att börja med utan problem. Kolangiografi uppfattades verifiera en normal anatomi. Ductus cystikus och artären delades mellan clips. Vid lösning av gallblåsan uppstod relativt riklig blödning, som stoppades med diatermi. Operatören fann därefter att det rann galla ur ett lumen i konfluensområdet. Ingreppet konverterades till öppen operation och det visade sig då, att koledokus var delad. Han gjorde en direktanastomos mellan ändarna med fortlöpande PDS-sutur. Ett T-rör lades in i koledokus och anatomin kontrollerades med kolangiografi. Sex veckor efter ingreppet kunde T-röret tas bort, men fem månader senare återkom patienten till sjukhuset med ikterus. Hon remitterades till centralsjukhuset där man utförde en hepatico-jejunostomi. Efterförloppet var glatt.

Ett av Socialstyrelsens vetenskapliga råd har granskat ärendet och funnit, att den kolangiografi som gjordes under det laparoskopiska momentet finns dokumenterat som bild, men utan utlåtande från röntgenläkare. Området för konfluens täcks på bilden av kolangiografitången och detaljer i det områ-

det täcks dessutom av läckande kontrast. Han anser att det mest sannolika är att tången suttit på koledokus. Bilden stöder inte att anatomin visats vara normal. Befintliga uppgifter i operationsberättelsen ger ingen säker förklaring till hur skadan uppstått.

Direktanastomos av gallgångsskada anges i allmänhet vara en metod som endast bör tillämpas under mycket gynnsamma omständigheter, eftersom med denna teknik risken är mycket stor, att det utvecklas en striktur. En anastomos mot tarm är i stället det ingrepp som oftast bör komma ifråga. Slutligen anser vetenskapliga rådet att patienten borde ha blivit föremål för en mer aktiv uppföljning efter det första ingreppet med i första hand leverstatus med tanke på strikturrisken.

Patient 2

En månad före det ovan beskrivna fallet hade samma operatör opererat en 48-årig man för akuta buksmärtor på misstanke om peritonit. Vid laparotomi fann han en akut kolecystit och beslöt göra kolecystektomi. Konfluensområdet friades, men eftersom patienten inte var placerad på ett sådant operationsbord, där det går att genomföra röntgenundersökning, avstod operatören från detta. Sedan gallblåsan lösts uppifrån upptäcktes att det som uppfattats som ductus cysticus i själva verket var koledokus. Hur skadan uppkommit går inte heller här att sluta sig till av operationsberättelsen. Även i detta fall gjordes direktanastomos av ändarna och även här utvecklades en striktur, som ett halvt år senare reopererades på centralsjukhuset.

Samma vetenskapliga råd har granskat detta fall. Han har funnit att operatören uppenbarligen inte haft anatomin klar för sig. Att dela gångformade strukturer utan att ha klarlagt anatomin är inte i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Hans synpunkter på val av rekonstruktionsmetod och uppföljning var i detta fall desamma som i det förra fallet.

Utredning

Kirurgen framhåller att han har 20 års erfarenhet av gallkirurgi och aldrig varit med om liknande komplikationer tidigare. I det första fallet granskades röntgenbilderna tagna under operation

av både operatör och röntgenolog och bägge ansåg att anatomin var normal. Han menar därför att operationen genomfördes med nödvändig omsorg och försiktighet, men han håller med om att uppföljningen kunde ha varit mer aktiv. I det andra fallet har han uppfattat anatomin som mycket klar och distinkt, och han anser inte att det, med tanke på de tekniska svårigheterna med en röntgenundersökning och med honom som operatör, var principiellt fel att handla efter hans strategi.

Bedömning och beslut

Av utredningen framgår att operatören skadat gallgångarna. I det första fallet är skademekanismen oklar. I det andra fallet genom att inte anatomin klarlagts tillräckligt innan gallgångarna delades. Nämnden ålägger honom en varning.

Koloskopi borde ha utförts

Anmälare: Patienten
Anmald: Kirurg
Orsak: Förseiad diagnostik av rektosigmoidcancer
HSAN 2312/98

En 75-årig kvinna remitterades till en kirurgmottagning för blödningar från ändtarmen. Kirurgen gjorde en rektosigmoidoskopi och fann inget onormalt förutom hemorrojder. Dessa behandlades sammanlagt fyra gånger under ett halvt år utan att blödningarna minskade. Därefter avbröt patienten behandlingen då hon började tvivla på diagnosen och dessutom ansåg att hon blivit nonchalant behandlad. Av gynekolog remitterades hon till annan läkare, som vid sigmoidoskopi fann en cancer 17 cm från anus. Denna har opererats på annat sjukhus.

Patienten menar att kirurgens försumlighet medfört att adekvat behandling fördröjdes i ett halvt år.

Enligt kirurgen har patienten uppgett att hon vid några tillfällen märkt blod på toalettpapperet. Han hade gjort rektoskoping upp till 20 cm utan att