

efter ytterligare ett dygn gjordes fasciotomi för att minska trycket i musklerna. Han behandlades sedan på sjukhusets plastikkirurgiska klinik för att få täckning på huddefekterna. Rehabilitering av funktionen i ben och fötter tog sedan lång tid.

Patienten har anmält kirurgen och personalen som biträdde vid operationen som ansvariga för det blodcirkulationshinder som uppkom i hans ben.

Utredning

Operatören har redogjort för de åtgärder som vidtagits inför operationen, som man räknade med skulle bli långdragen. Patienten skulle ligga i ryggläge med möjlighet att ändra till benstödsläge. Operationsbordet, införskaffat året innan, gav möjlighet att lägga benen i skenor, som under operation kunde ändras om till ett läge med höjda ben, s k gynläge. Bordet hade använts tidigare utan komplikationer och personalen hade »utbildning på bordet». Operationen tog lång tid eftersom det gällde att lösa en bäckenreservoar från adhe-rensen i lilla bäckenet, men patienten låg under större delen av operationen med benen i planläge och endast i cirka 30 minuter i gynläge. Nästa morgon hade patienten rodnader på utsidan av båda underbenen men normal känsel och rörlighet. På eftermiddagen hade han emellertid kraftigt nedsatt känsel i bägge fötterna och upphävd dorsalex-tension. Efter undersökning på Kärllaboratoriet beslöts fasciotomi motsvarande tibialis anterior-logerna. Sären suturerades senare av plastikkirurgerna i två omgångar utan hudtransplantation. Sensibilitet och rörlighet förbättrades successivt.

I detta fall låg patienten kort tid med benen i högläge och uppläggning och polstring av benen hade gjorts enligt gällande rutiner. Operatören anser att den huvudsakliga orsaken till att kompartmentsyndromet utvecklades var att benstödsskenorna var olyckligt smala. Dessa har nu av leverantören bytts ut mot betydligt bredare skenor. Operatören anser att det inte bara är högläget som i dessa fall innebär en risk, utan att även stödet för benen när de ligger i planläge är viktigt för att förhindra tryckskador.

Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden har framhållit att

kompartmentsyndrom kan uppträda även vid långt driven försiktighet. Upp-läggning skall ha skett enligt bruksan-visning för operationsbordet och gäl-lande rutiner vid benstödsoperationer, och ingenting tydde på att ansvarig sjuksköterska varit försumlig. När teck-en till svullnad uppträdde ingrep man akut och kunde därigenom rädda blod-cirkulationen och benen. Det har inte visats, att någon av de anmälda perso-nerna gjort sig skyldiga till fel och an-mälan lämnades utan åtgärd.

Akut ischemi borde ha utretts

Anmälare: Patienten
Anmäld: Avdelningsläkare
vid kirurgklinik
Orsak: Bristfällig undersökning
HSAN 1051/98

En 52-årig man drabbades av akut ischemi i höger ben och sökte på läns-lasarettet. Han hade ingen anamnes på perifer kärlsjukdom, endast haft en lindrig kärlkramp i hjärtat. Jourhavande läkare bedömde att hindret förorsaka-des av en emboli från källa högre upp i kärlträdet och utförde embolektomi tre timmar efter insjuknandet. Vid opera-tionen konstaterades kraftig hyperlipid-emi, »blodet såg ut som grädde». Sex timmar senare gjordes åter en embolek-tomi och blodflödet förbättrades. I det fortsatta förloppet visade det sig, att det fanns ett aneurysm i arteria poplitea som orsak till cirkulationsrubningen. Reokklusion av artären och kompart-mentsyndrom ledde till underbensam-putation två veckor efter primäringrep-pet.

Patienten har i anmälan uppgett att han anser att röntgenundersökning bor-de ha gjorts före operationen.

Utredning

Kirurgen har uppgett att han ansåg att bilden talade för emboli och att det inte fanns några tecken på kärlsjukdom. Han ansåg därför inte, att det fanns be-hov av att göra kärlrekonstruktion. Av den anledningen gjorde han ingen preo-perativ kärlröntgen och kontaktade inte heller kärlbakjour. (Denne var dessut-

om upptagen med en svår kärloperation vid ett annat sjukhus.) Inte heller vid re-operationen gjordes kärlröntgen efter-som han misstänkte att den uttalade hy-perlipidemin var orsak även till det nya stoppet. Vid rond nästa morgon fram-kom inte heller misstanke på aneurysm i knävecket. Det förelåg nu kraftig svullnad i underbenet men foten hade »en bra cirkulation».

Ett vetenskaplig råd i kärlkirurgi har tillfrågats och han har bl a framhållit att vid akut ischemi bör cirkulationen i ex-tremiteten etableras inom 4–6 timmar och att därför fördröjning med exem-pelvis preoperativ angiografi i allmän-het inte är motiverad. Reperfusion upp-nåddes i detta fall föredömligt snabbt. Däremot borde diagnosen embolism ha ifrågasatts. Patienten saknade uppen-barligen embolikälla, och hans ålder låg under vad som är vanligt hos embolipa-tienter. Peroperativ angiografi borde därför helst ha gjorts i samband med det första ingreppet, eftersom man vet att hos 30 procent av patienter, där tromb-embolektomi utförts, finns material kvar i underbensartärerna. Att lita på backflöde är inte till fyllest. Undersök-ningen skulle då med största säkerhet ha avslöjat aneurysmet. Angiografi borde i varje fall ha gjorts i samband med det andra ingreppet. Dessutom har veten-skapliga rådet funnit det anmärknings-värt, att inte ankeltrycket mättes förrän på sjätte dygnet postoperativt, speciellt som fotpulsar saknades. Han anser inte, att hyperlipidemin är en trolig förkla-ring till den akuta trombotiseringen.

Bedömning och beslut

Även Ansvarsnämnden har ansett, att kirurgen borde ha gjort preoperativ angiografi och mätt ankeltrycket post-operativt. Eftersom situationen var aty-pisk, borde han ha kontaktat kärlkirurg. Bedömningen blev att felen bör med-föra disciplinpåföljd, men eftersom skriftliga direktiv för handläggning av akut ischemi saknats vid kliniken, stan-nade påföljden vid en erinran. •