

Borde ha tillkallat en erfaren kollega

Anmälare: Socialstyrelsen
Anmald: Vikarierande
överläkare vid kvinnoklinik
Orsak: Komplikationer till
sectio parva
HSAN 2551/98

En 38-årig kvinna, IV-para samtliga genom sectio, intogs på kvinnoklinik på ett mindre länsdelslasarett för avbrytande av graviditet i vecka 15 + 5. Initialt planerades en tvåstegsabort med Mifegyntabletter och prostaglandinbehandling. Trots upprepad behandling skedde ingen abort, och i samråd med patienten beslöt den anmälda läkaren att avsluta aborten med s k minilaparotomi. I samband med denna skulle utföras en sterilisering. Ett långssnitt i corpus gjordes, men för att komma åt fostret måste snittet förlängas nedåt. Operatören fann sedan fostret tagits ut och incisionen slutits, att det uppstått en långsgående ruptur i cervix. Denna försörjdes med enstaka suturer. Sedan gjordes en steriliseringsoperation, men när denna var klar, fann operatören att det fortfarande blödde i cervix. Han satte därför några ytterligare suturer. I efterförloppet konstaterades skada på höger ureter, vilken behandlades med pyelostomi och sex veckor senare på annat sjukhus med nefrektomi.

Socialstyrelsen har med stöd av ett sakkunnigutlåtande framhållit bl a följande: Sectio parva är en metod som för relativt många år sedan relativt ofta användes vid senabort. Idag har dock effektiva medicinska behandlingsmetoder tagit överhand och sectio parva är nu en teknik som användes endast i undantagsfall. Idag har de flesta unga gynekologer sällan någon större erfarenhet av denna operation. Läkaren lade i detta fall ett långssnitt i livmodern, vilket knappast är en accepterad metod, utan vanligen använder man ett istmiskt snitt, som för det mesta läggs transversellt. Genom att anlägga ett korporalt snitt går man in i den tjockaste delen av livmodern och på en icke optimal del, om man skall komma åt att på ett bra sätt utrymma livmodern. De multipla suturer som sattes för att stoppa blödningen i cervixrupturen har sannolikt fattat höger ureter. Experten ifrågasätter att en ung och tämligen oerfaren vikarierande överläkare, med endast några år bakom sig som specialist, ställer sig och gör detta ingrepp. Om det var svårt att på

plats få hjälp av mer erfaren kollega, borde patienten ha remitterats till sjukhus med större resurser. När det stod klart att svåra tekniska problem uppstod vid operationen borde han i varje fall sökt hjälp hos kirurgjouren, som rimligen borde ha funnits tillgänglig. Slutligen framförs kritik mot att det saknas uppgifter i operationsberättelsen, bl a om hur urinblåsan mobiliserades. Socialstyrelsen ansluter sig således till yttrandet och anser att läkaren visat bristande omdöme genom att utföra ett operativt ingrepp utan att konsultera någon kollega eller remittera patienten till annat sjukhus.

Läkaren har bl a uppgett att han arbetat inom specialiteten sedan 1990 och varit specialist sedan fem år. Vid det aktuella tillfället hade han utfört cirka 75 ingrepp på uterus och tidigare varit med om att göra sectio parva tillsammans med en kollega. Vid det nu aktuella tillfället fanns det ingen annan gynekolog att tillfråga på sjukhuset, men han hade per telefon konsulterat kollega på sin ordinarie arbetsplats och då fått rådet att lägga ett korporalt långssnitt (ej journalfört).

Bedömning och beslut

Nämnden ansåg att läkaren i detta fall borde ha beaktat att inre modermunnen vidgats efter drygt ett dygns stimulering och att graviditeten därför låg längre ned. Han borde ha skjutit ner urinblåsan och lagt ett tvärsnitt för att nå graviditeten. Innan han suturerade cervix borde han ha kontrollerats urinledarens förlopp. Han kunde ha undvikit problemen genom att tillkalla en mer erfaren kollega eller remitterat patienten till annat sjukhus. Han har också brustit i sin dokumentation av ingreppet. Disciplinåtgärden blev erinran.

Ligamentum rotundum tolkad som äggledare

Anmälare: Patienten
Anmald: Överläkare vid kvinnoklinik
Orsak: Kvinnan blev gravid trots steriliseringsoperation
HSAN 2315/99

En 37-årig kvinna med multipel skleros hade på ett länsjukhus genomgått en laparoskopisk steriliseringsoperation med clips på äggledarna. Trots detta blev hon ett drygt halvår senare gravid. Eftersom hon behandlades för

sin sjukdom med Betaferon, genomgick hon en abort. Ett år efter steriliseringsoperationen gjordes en laparoskopi. Man fann då att clipset på vänster sida satt på ligamentum rotundum istället för på äggledaren. På höger sida satt clipset något längre ut på tuban än vad som är idealiskt. Bägge äggledarna brändes med diatermi.

Patienten har anmält läkaren för den misslyckade steriliseringen.

Läkaren uppger att han arbetat som läkare sedan 1966, de flesta åren som gynekolog och att han har utfört några hundra komplikationsfria steriliseringsoperationer. »Mänsklig faktor är bakgrund till min misslyckade operation.»

Bedömning och beslut

Av utredningen hade framgått att läkaren satt clipset på fel struktur på vänster sida. Detta kan möjligen ursäktas, om besvärliga förhållanden som sammanväxningar förelegat och det hade varit svårt att visualisera äggledaren. Så var inte fallet enligt operationsberättelsen. Läkaren borde därför ha kontrollerat att det verkligen var äggledaren som identifierats. Den omständigheten att clipset på högersida hade placerats något längre ut på äggledaren än idealiskt, kan däremot inte motivera någon egentlig kritik. Även om clipset inte når helt över äggledaren, får man en destruktion av förbindelsen. Läkaren hade av oaktamhet inte fullgjort sina skyldigheter och ålades en erinran. •

