

Komplikationer vid laparoskopisk kirurgi

Utvecklingen av laparoskopisk teknik har gjort att många operationer kan genomföras på ett för patienterna mer skoningsamt sätt och med kortare vård- och sjukskrivningstider än vid traditionell kirurgi.

Metoden medför emellertid även risk för komplikationer, och en del av dessa är sådana som man sällan ser vid öppen kirurgi, exempelvis skador på blodkärl och tarm vid operationens inledning och då i samband med att man för in olika instrument genom bukväggen. Dessutom har troligen vissa tidigare kända komplikationer till bukkirurgi blivit vanligare, när denna teknik används exempelvis vid skador på urinvägar och djupa gallgångar.

Av de fyra nedan beskrivna fallen har komplikationerna i tre fall bedömts som sådana som kan inträffa och har därför inte medfört disciplinära påföljder. I det fjärde fallet med gallgångsskada anses dock operatören ha handlat i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Träffade operatören först efter en vecka

Anmälare: Patienten
Anmald: Överläkare vid kvinnoklinik på länsdelslasarett
Orsak: Skada på urinledaren vid laparoskopisk operation
HSAN 3098/98

En 57-årig kvinna opererades på ett länsdelslasarett för cellförändringar på portio med laparoskopisk hysterektomi.

Operationen utfördes till större delen av en avdelningsläkare med assistans av överläkaren. När vaginaltoppen slöts, kom en böjd suturnål att avvika från planerad bana och omsluta den del av uretern som går igenom urinblåsans vägg. Två dygn postoperativt fick patienten högersidiga smärtor och utredning visade försämrat flöde från höger njure. Fyra dagar postoperativt anlades en avlastande pyelostomi. En cystoskopi, efter ytterligare fyra dagar, visade en sutur i blåsbotten som omfattade höger urinledare. Suturen klipptes av och en ureterkateter fördes upp. Denna och pyelostomin togs bort efter »lämplig tid». Förutom en urinvägsinfektion var det senare postoperativa förloppet komplikationsfritt. Uppföljning har visat normal funktion av urinledare och njurar.

Patienten har anmält att ihopsynning av urinledaren gav svåra smärtor i flera dygn. Trots att överläkaren lovat att göra rondbesök två gånger, tog det nästan en vecka efter operationen innan de träffades. Hon har fortfarande njurbesvär och smärtor i vagina.

Överläkaren uppger att han själv applicerat den sutur som omfattat uretern. Han hade bedömt att denna var satt under god kontroll och inte funnit någon anledning att misstänka att nålens bana genom vävnaden avvikit från den planerade. Han hade avsett att avdelningsläkaren skulle handlägga det postoperativa förloppet »som en del i inhämtning av erfarenheter i ämnet laparoskopisk hysterektomi». Själv skulle han konsulteras vid behov, och han har minne av att han den första postoperativa dagen tillsammans med avdelningsläkaren besökt patienten. Att han skulle ha lovat ytterligare patientbesök, har han ingen kännedom om.

Bedömning och beslut

Laparoskopisk operationsteknik används i allt större omfattning och är, när livmodern är normalstor, ett ofta använt alternativ till laparotomi. Skada på urinledaren är en känd komplikation

vid laparoskopisk hysterektomi och behöver inte betyda att något fel begåtts vid ingreppet. När misstanke uppstod att urinledaren var skadad, vidtogs de åtgärder som var befogade. Nämnanden lämnade anmälan utan åtgärd.

»Portblödning»

Anmälare: Patienten
Anmald: Kirurg vid universitetssjukhus
Orsak: »Läckte ut nästan fem liter blod i buken»
HSAN 846/99

En 35-årig kvinna sökte för akuta buksmärter. Jourhavande kirurg konstaterade appendicit. Vid operationen infördes laparoskopet (kameran) i navelplanet och ett porthål gjordes till vänster i buken. Blindtarmen avlägsnades och innan operationen avslutades inspekterades porthålet inifrån buken. Postoperativt uppstod tecken till intraabdominell blödning och vid reoperation (laparotomi) kunde en stor mängd blod sugas ut. Blödningen kom från arteria epigastrika inferior som skadats vid införande av arbetsporten. Kärlet ligerades och efterförloppet var sedan normalt.

Patienten uppger att hon hade informerats om att det skulle göras ett enkelt ingrepp, men efter operationen började hon plötsligt få svårt att andas, hade smärtor i armarna och det kändes som om hon skulle dö. Efter denna händelse har hon mått dåligt. I stället för tre små snitt hade hon fått ett 18 cm långt operationsärr.

Kirurgen har framhållit att skada på artär i bukväggen är en känd komplikation vid laparoskopisk kirurgi. Att blödningen inte gav sig till känna omedelbart, berodde sannolikt på kvarstående kompression eller artärspasm. »Att ett laparoskopiskt ingrepp ibland behöver konverteras till laparotomi in-

går tyvärr i förutsättningarna för sådan kirurgi.»

Bedömning och beslut

Nämnden fann ingenting talande för att blödningen uppkommit genom slarv eller försummelse från operatörens sida och anmälan lämnades utan åtgärd.

Ovanlig orsak till postoperativ ileus

Anmälare: Patienten

Anmäl: Avdelningsläkare vid kvinnoklinik

**Orsak: Skickades hem med spypåsar
HSAN 1266/99**

En 37-årig kvinna opererades för ex-trauterin graviditet. Fostret avlägsnades genom att äggledaren öppnades med diatermi och renspolades. Efter operationen slöts det större porthålet nedtill till höger i buken med ett par suturer för att förhindra inklämning av tarmen. De övriga, mindre porthålen slöts endast genom hudsutur. Postoperativt var patienten illamående, men hon kunde skrivas ut efter fyra dagar. Hon återkom efter två dygn med tydliga tecken till tarmhinder, vilket bekräftades med passageröntgen. Vid laparotomi fann man att tunntarmen låg adherent och delvis upplämd i porthålet vid naveln. Tarmen var inte skadad.

Patienten har klagat över att hon skickades hem trots att hon kräkts sedan flera dagar. Hon var väldigt svag och medtagen och hade svårt att gå. Läkaren hade menat att miljöbyte skulle få henne att må bättre. Hon skickades hem i taxi med spypåsar.

Läkaren har uppgett att hon postoperativt hade misstänkt skada på tarm, men temperatur och CRP var normala vilket talade emot detta. Normala blodvärden talade emot blödning. Vid utskrivningen hade patienten själv velat åka hem. Hon mådde visserligen fortfarande illa, men avföring och gaser gick. Patienten uppgav inte för läkaren att hon kräkts. Undersökning visade att buken var mjuk.

Bedömning och beslut

Komplikationen, där en tunntarms-slynga delvis tränger upp i ett porthål, är ovanlig men väl känd. Den kan uppstå utan att operatören varit oskicklig. Läkaren hade bedömt att patientens illa-

mående snarare berodde på en paralytisk ileus och vid utskrivningen fanns inga säkra hållpunkter för mekaniskt hinder. När bilden så småningom klarade vidtogs adekvata åtgärder. Anmälan lämnades utan åtgärd.

Två gånger delades vid laparoskopisk kolecystektomi

Anmälare: Patienten och Socialstyrelsen

Anmäl: Överläkare vid kirurgklinik

**Orsak: Skada på gallgången hade kunnat undvikas
HSAN 2591/99 och 2968/99**

En 38-årig kvinna opererades för gallsten vid ländslasarett. Operationen utfördes med laparoskopisk teknik. Under operationen delades av misstag ductus hepaticus. Skadan har anmälts enligt Lex Maria.

Patienten hade ursprungligen vänt sig till länssjukhuset, men blivit överförd till ländslssjukhuset, där väntetiderna var kortare. Hon hade av operatören informerats att hon skulle opereras med tithål och att det var en mycket enkel operation, eftersom hon var så smal. På grund av skadan på gallgången var hon tvungen att bära ett gummirör i gallgången under sex månader och ytterligare operationer kan bli nödvändiga i framtiden.

Socialstyrelsen har vänt sig till ett vetenskapligt råd, professor Ulf Haglund, Uppsala. Denne har anfört bl a följande:

Patienten hade haft »gallstensliknande besvär» och ultraljud hade visat två stenar i gallblåsan. Detta sammantaget utgör indikation för kolecystektomi, ehuru indikationen inte är särdeles stark. Under dissektionen påträffades två stycken gångstrukturer. Dessa måste rimligen ha varit ductus hepaticus respektive ductus choledochus och de borde således ha legat i en linje med varandra och inte parallellt. Att de hamnat parallellt berodde på den dragning som operatören anbringat, och detta är en väl känd orsak till svårighet att orientera sig vid laparoskopisk galloperation. Operatören valde att dela dessa strukturer mellan clips utan att med intraoperativ röntgen eller med ytterligare dissektion ha klargjort dessa gångformade struktu-

rens närmare natur. En konvertering till öppen kirurgi hade möjliggjort en mer extensiv dissektion, men detta skedde först när skada konstaterats. Det visade sig i detta fall vara möjligt att utan stramning göra en direktanastomos. Ett T-rör placerades genom en distal kole-dokotomi med en skänkel förbi anastomosen. Detta är en fullt acceptabel metod, men erfarenheterna har visat att det ofta bildas strikturer i denna typ av anastomos och att denna risk kvarstår under mycket lång tid. Skadan på gallgången med substansförlust hade åstadkommit därför att gången i området delades utan att deras exakta natur klarlagts. Detta är i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet. Några förmildrande omständigheter har inte framkommit.

Kirurgen vidgår att han delat djupa gallgången, men hävdar att sådan skada kan inträffa även vid noggrann och försiktig dissektion. Skadan hade direkt identifierats och reparerats på beprövat sätt.

Bedömning och beslut

Nämnden anslöt sig till den bedömning som Haglund gjort och fann att kirurgen genom att dela gångformade strukturer utan att fastställa deras exakta natur åsidosatt sina skyldigheter i yrkesutövningen. Han ålades en erinran. •

Kommentar till det sista fallet

Gångskador är en sedan länge känd och ökad komplikation till gallkirurgi. Även om möjligheterna att reparera dessa skador förbättrats bl a genom att anastomosera gallgången mot tarm, är prognosen för dessa patienter på sikt osäker. Vad som kan göra denna komplikation extra tung att bära, både för patient och operatör, är att den anmärkningsvärt ofta inträffar i s k lätta fall. Hos tunna patienter utan anamnes på kolecystit och med smala djupa gallvägar, finns risk för att gången i nivå med konfluensen tärtar vid dragning och en komplikation, som den här relaterade, uppstår. Om man regelmässigt gör peroperativ röntgen innan man delar gången, borde komplikationen kunna undvikas. När laparoskopisk teknik infördes var röntgenundersökning ibland svårare att genomföra. Detta kan ha varit en av orsakerna till att gallgångsskador vid kolecystektomi förefaller att ha ökat. Till patientförsäkringen anmäls numera 10–20 sådana skador per år och bland dessa finns flera med substansförlust, som krävt omfattande kirurgi för att reparera.

Lars Räf, professor