

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 uppklämd 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