

tat att avstå från operation och har häri-
genom förfarit felaktigt. Han ålades en
varning.

Borde ha misstänkt cirkulationsrub- ning i benet

Anmälare: Patienten

**Anmäld: Jourhavande medi-
cinläkare**

**Orsak: Ont i benet behandla-
des med salva
HSAN 466/00**

En 70-årig man sökte på medicin-
akuten vid ett länsdelslasarett för smär-
tor i höger vad. Han undersöktes av
jourhavande läkare, som inte fann någ-
ra tecken på djup ventrombos. Läkaren
rekommenderade Orudisgel om smär-
tan skulle återkomma. På eftermiddagen
samma dag sökte patienten sin fam-
iljeläkare, som remitterade honom till
kärlkirurg på länslasarettet. Han opere-
rades samma dag för artärtrombos. Före
operationen konstaterades att puls sak-
nades på höger fotrygg och i knävecket
samt att den var svag i ljumsken.

Patienten har uppgivit att han natten
innan han sökte på sjukhuset fått ont i
höger ben. Foten var vit och kall och
han kunde med stor möda stå på den.
Han hade själv misstänkt propp efter-
som han haft detta tidigare. På läns-
delslasarettet gjorde läkaren en knapp-
händig undersökning. Han kände på be-
net men undersökte ej pulsar. När pati-
enten skickades hem, hade han väldigt
ont.

Läkaren har bestridit att han hand-
lat fel. Vid undersökning hade patienten
uppgivit att han var fullständigt smärt-
fri och det hade inte funnits något ty-
dande på akut kärlåkomma i benen. Pa-
tienten uppgav sig inte heller ha haft
några tecken till känselbortfall eller pa-
ralys, »vilka är nyckelsymtom vid
komplett ischemi i benet»...»Jag tror ej
heller att patienten blivit accepterad hos
kärlkirurgen»....

Bedömning och beslut

Nämnden ansåg att det inte var tro-
ligt att patientens symtom ändrat sig
särskilt mycket mellan de två läkarnas
undersökning av honom. Nämnden satte
därför tilltro till patientens uppgifter

att hans symtom varit desamma hela ti-
den. Läkaren borde således ha miss-
tänkt att det kunde vara fråga om cirku-
lationsrubning i benet och palperat
fotpulsen. Genom att inte göra detta har
han av oaktsamhet åsidosatt sina skyl-
digheter i yrkesutövningen. Han ålades
en erinran.

Akuta buksmärtor och breddökad aorta

Anmälare: Patienten

**Anmälda: Kirurgjour vid
universitetssjukhus**

**Orsak: Operation fördröjdes
ett dygn
HSAN 2373/99**

En 70-årig man sökte för akuta svåra
smärtor i buken och höger flank. Man
misstänkte njursten och han undersök-
tes först av urolog. Vare sig urinunder-
sökning eller urografi bekräftade dia-
gnosen. Däremot kände urologen en
vidgad aorta och remitterade därför pa-
tienten till kirurgjouren med frågeställ-
ningen aortaaneurysm. Även kirurgjou-
ren kände att kärlet var vidgat, men
trodde att smärtorna kom från muskler
eller skelett. Patienten skickades hem,
men han återkom senare samma dag
med rupturerat aneurysm. Han operera-
des, men har drabbats av förlamning i
benen.

Patienten har i sin anmälan upp-
gett att kirurgen inte gjort mycket för att
undersöka om den föreslagna diagno-
sen stämde, förutom att han palperade
buken. Det var dessutom fel att skicka
hem honom, trots att han var omtöck-
nad av smärtor, mediciner och trötthet,
ensam i en taxi kl 4 på morgonen.

Kirurgen har uppgivit att patienten
vid undersökningen var smärtfri »i
vila». Han ömmade vid palpation av hö-
ger övre del av buken och var dunköm
över höger nedre toraxhalva. Patienten
hade anamnes på kroniska ryggsmärtor,
möjligen spinal stenosis, och läkaren
hade bedömt att hans smärtor i första
hand var muskuloskeletal. Sedan han
noggrant gått igenom patientens besvär,
blev hans bedömning att den kliniska
bilden inte svarade mot den som före-
ligger vid rupturerat aortaaneurysm.
Eftersom patienten vid undersökningen
var smärtfri, ansåg kirurgen att han
kunde återvända till hemmet. När han

återkom till sjukhuset visade en CT-un-
dersökning att det förelåg ett torakalt
aortaaneurysm. Det finns inget som ta-
lar för att den förlamning som utvecklade
postoperativt hade gått att undvika
genom att diagnosen ställts tidigare.

Bedömning och beslut

Nämnden konstaterade att patienten
sökte med svåra smärtor, som krävde
starkt smärtstillande medicinering. Kir-
urgen fann en vidgad aorta, men gjorde
inga undersökningar som hade kunnat
utesluta ett aneurysm. Kirurgen har
handlat felaktigt genom att inte, trots
remissdiagnos och eget undersöknings-
fynd, göra ultraljud- eller CT-undersök-
ning. I detta fall var symtomen sådana
att ruptur kunde misstänkas, något som
kräver akut handläggning. Däremot är
det inte troligt att en tidigare diagnos
skulle minskat risken för förlamning i
benen, då detta tillstånd orsakas av lång
operationstid med nedsatt cirkulation i
ryggmärgen.

Nämnden ålade kirurgen en varning.

Oklar orsak till blöd- ning i mesenteriet

Anmälare: Patientens far

**Anmälda: Två kirurger vid
länslasarett**

**Orsak: »Ignorerade svåra
smärtor, opererade för sent»
HSAN 190/00**

En 38-årig man insjuknade med dif-
fusa smärtor centralt i buken. Då smär-
torna ökade sökte han fyra dagar senare
på sjukhusets akutmottagning. Han öm-
made till höger i buken. Ultraljud visa-
de inga tecken till sjukdom i gallvägar-
na. På misstanke appendicit gjordes
samma dag laparotomi. Vid operation
fann man ett hematoma i mesokolon men
ingen blödningsskälla eller pågående
blödning. Postoperativt var patienten
mycket smärtpåverkad, men smärtorna
mildrades efter anläggning av epidural-
bedövning.

På fjärde dagen tömdes ventrikeln på
2,5 liter mörkt innehåll och tillståndet
förbättrades tillfälligtvis. Hans tillstånd
förbättrades emellertid inte som väntat,
varför buken undersöktes med datorto-
mografi. Denna visade misstänkt ab-
scess till vänster i buken och patienten
relaparoterades 13 dagar efter an-
komsten. Man kunde då konstatera
blodproppar i mesenterialartärer samt

ANNONS

utbredd tarmgangrän. Patienten avled nästa dag. Obduktion visade multipla blodproppar, som uppstått på grund av utbredd inflammation i artärväggarna i mesenteriet men även i lungkärnen. Kärlförändringarna visade sig bero på att patienten drabbats av periarteritis nodosa.

Patientens fader anser att läkarna ignorerat att sonen efter den första operationen hade svåra smärtor. I stället drogades han så mycket att han såg syn. Hade den andra operationen gjorts tidigare hade sonen kunnat klara sig.

Den för vården **ansvarige kirurgen** har uppgivit att han följt förloppet och träffat patienten och föräldrarna minst två gånger per dag. Han hade även diskuterat med kärlkirurg både i samband med den första operationen och sedan när patienten inte förbättrades. Under jul- och nyårshelgerna hade han rapporterat över fallet till bakjouren. Handläggning av situationen och tolkning av den kliniska bilden skedde med eftertanke och var för honom och kolleger insatta i situationen rimlig.

Kärlkirurgen hade tillkallats till den första operationen och funnit ett hematoma i trakten av höger kolonflexur. Hematomet hade dissekerats upp utan att man kunde aktivera blödning och det blödande kärlet kunde således inte identifieras. I och med detta ansåg han att det var möjligt att utesluta aneurysm. Eftersom det fanns ett mindre trauma i anamnesen, blev slutsatsen att detta var den troliga orsaken till blödning.

Postoperativt, när patienten försämrades, hade en mesenterialkärnsangiografi varit den enda chansen att komma på den rätta diagnosen. Ansvaret för att detta inte gjorts faller på honom som konsulterad kärlkirurg. Obduktionen visade att tromboserna i mesenterialkärnen utgått från ulcerationer i kärlväggen.

Rimligtvis hade manifestationerna av kärlsjukdomen inträffat stegvis. En tidigare laparotomi hade förmodligen lett till en begränsad tarmresektion och någon form av kärlrekonstruktion, men med hänsyn till sjukdomens snabba progress fanns stor risk för att nya tarmavsnitt skulle drabbas. Han anser att chanserna att klara patientens liv dessvärre hade varit mycket små, oavsett vad man gjort. Under sina 30 år som kirurg varav 20 som kärlkirurg har han aldrig råkat på något fall av polyarthritis nodosa tidigare. Han kände till sjukdomen, men i detta fall kom han

inte att tänka på att det kunde vara den riktiga diagnosen.

Bedömning och beslut

Även nämnden konstaterade att polyarthritis nodosa är en mycket ovanlig sjukdom. Sjukdomen, som inte kan behandlas, medför inflammationsliknande förändringar i kärnens väggar. Det är vidare mycket ovanligt att sjukdomen debuterar med blödning i buken. Mot denna bakgrund är det förklarligt att man vid den första operationen inte hade denna diagnos i åtanke. Det postoperativa förloppet överensstämde med tarmparalys. Den vävnadsdöd som förelåg vid den andra operationen kunde inte behandlas. De två kirurgerna kan inte klandras för att de inte lyckades ställa korrekt diagnos. Den tragiska utgången hade inte kunnat förhindras. Anmälan lämnades därför utan åtgärd. •



När Försäkringsmedicinska Sällskapet bildades för att främja försäkringsmedicinens utveckling samlades 14 artiklar publicerade i Läkartidningen 1996 till ett särtryck. Detta belyser hur försäkringsläkare arbetar inom allmän och privat försäkring och tar upp försäkringsmedicinska problem från patientens synvinkel.

Riskbedömning vid barnförsäkringar, etiska problem i samband med gentestning och försäkring, samt de kniviga ärenden som gäller nack-skulderbesvär, inklusive pisksnärtskador, behandlas bland annat i artiklarna.

Priset är
50 kronor.



Försäkrings- medicin

Beställer härmed.....ex
av "Försäkringsmedicin"

.....
namn

.....
adress

.....
postnummer

.....
postadress

Insändes till LÄKARTIDNINGEN
Box 5603
114 86 Stockholm

Faxnummer: 08-20 74 35