

Varningar efter allvarliga skador vid laparoskopiska kolecystektomier

Kartlade inte patienternas anatomi

Två kirurger varnas av Ansvarsnämnden för att de vid laparoskopiska kolecystektomier inte genom dissektion eller röntgenundersökning kartlade patienternas anatomi. Patienterna fick allvarliga skador. (HSAN 848/02 respektive HSAN 795/02)

II En 42-årig kvinna med upprepade gallstensanfall opererades den 7 mars 2002 av en ST-läkare och en kirurg. Operationen var besvärlig. Det uppstod en blödning, som man antog kom från artären till gallblåsan. En oklar struktur delades, och efter en stund fann man att de djupa gallgångarna hade skadats.

Operationen avbröts, kvinnan fördes till ett universitetssjukhus. Vid en ny operation upptäcktes en partiell skada på de djupa gallgångarna (ligamentum hepaticoduodenale) och en skada på en leverartär. Kvinnan anmälde läkarna för att hon skadats vid ingreppet den 7 mars.

Ansvarsnämnden tog in kvinnans journal och yttranden från ST-läkaren och kirurgen samt ett sakkunnigutlåtande av professor Ulf Haglund.

ST-läkaren berättade att han vid den intraabdominella inspektionen noterade rikligt med adherenser mot lever och gallblåsa. Han kallade omedelbart på kirurgen, som tog över operationen.

Kirurgen uppgav att det under dissektionsarbetet då ductus cysticus visualiserades, uppstod en blödning i det som uppfattades som arteria cystica. Den kunde kontrolleras med clips och operationen fortsatte. Han delade cysticus, och ST-läkaren övertog operationen.

Kirurgen blev ånyo inkallad en stund senare då det var svårt att lösa gallblåsan från leverbädden. Då uppstod ett gallläckage från leverbädden, och kirurgen insåg att det var skada på en gallgång som inte var cysticus. Han tog kontakt med universitetssjukhuset, uppgav han.

Känd risksituation

Ulf Haglund menade att ST-läkaren visade gott omdöme då han bad om hjälp. Ansvar för skadan måste helt anses ligga på kirurgen.

Det framgick tydligt av operationsberättelsen att operatören inte hade full kontroll över anatomin. En diffus blödning som kräver clips (eller omstickningar) på djupet där operatören inte har full kontroll över vilka strukturer som drabbas är en känd risksituation för gallgångsskada och kärlskada vid galloperation, underströk Ulf Haglund.

En erfaren operatör borde vara medveten om risken för skada på vitala strukturer i samband med blodstillningen. Kirurgen borde tagit på sitt ansvar att dissekera fram anatomin efter det att man åstadkommit blodstillning, så att man kunde klarlägga att det kärl som stängts av med clips inte var ett vitalt kärl som krävde rekonstruktion.

En dissektion som klargjort anatomin i detta fall skulle sannolikt enklast ha gjorts om operationen konverterats till öppen kirurgi, ansåg Ulf Haglund.

Det gjordes inga försök att verifiera gallgångsanatomin med ytterligare dissektion eller intraoperativ kolangiografi. Istället delade operatören en struktur som i operationsberättelsen betecknades som oklar, påpekade Ulf Haglund.

Det är klart i strid mot vetenskap och beprövad erfarenhet att dela strukturer i och i närheten av ligamentum hepaticoduodenale då man inte har identifierat anatomin. Det framgår att kirurgen hade svårt att orientera sig i operationsområdet. Detta borde ytterligare signalerat om behovet av röntgen och givit upphov till överväganden att konvertera till öppen kirurgi, menade han.

II Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden anser att kirurgen borde ha insett att han inte hade anatomin i operationsområdet klar för sig. Han skulle därför genom dissektion eller röntgenundersökning försökt bringa klarhet i anatomin. Patienten tillfogades vid ingreppet en allvarlig skada, och kirurgen tilldelas en varning.

Mot ST-läkaren finns ingen anledning till kritik, anser Ansvarsnämnden.

Fall två

I det andra fallet opererades en 54-årig kvinna för gallsten den 2 oktober.

Någon preoperativ röntgenundersökning gjordes inte eftersom detta, enligt klinikens rutiner, gjordes endast vid oklar anatomi. En kirurg, A, identifierade ductus cysticus och delade denna mellan clips. Under ingreppet uppstod en gallblåsrift som försörjdes med clips.

Efter ingreppet hade patienten svåra smärtor och lätt feber. Hon skrevs ut den 5 oktober men återkom efter två dagar med lätt feber, kraftigt förhöjt CRP, lätt patologiskt leverstatus och värk i bukens högra del. Ultraljudsundersökning den 8 oktober visade vätska i buken. Den 10 oktober remitterades hon till ett universitetssjukhus för kontrastundersökning av gall- och bukspottkörtelgångarna.

Hon blev dock sämre innan undersökningen hann göras, och en akut datortomografi visade mycket vätska i buken.

En annan kirurg, B, utförde akut exploration och fann 3,5 liter gallfärgad vätska i buken. Nära levern noterades en öppen struktur, som bedömdes vara en gallgång, och i närheten återfanns ett clips. Röntgen visade ett komplett gallträd i levern, och man fann att distala choledochus avstängts med två clips.

Man konstaterade en komplett gallvägsskada med substansförlust och kontaktade universitetssjukhuset under pågående ingrepp. En läkare därifrån avslöt under operationen, och efter fripreparering av strukturerna i ligamentum hepaticoduodenale trimmades ductus hepaticus-stumpen och en hepaticojejunostomi enligt Roux anlades. Patienten skrevs ut den 1 november.

Patientsäkerheten kan ökas

Händelsen anmälde enligt Lex Maria till Socialstyrelsen, som hämtade in utlåtande från vetenskapliga rådet i kirurgi professor Ulf Haglund. Ur ett mycket långt utlåtande saxar vi bara kort:

»Choledochusskadan uppkom därför att den ansvarige operatören inte vidtog tillräckliga åtgärder i syfte att klarlägga anatomin innan gångformade strukturer i området delades ... i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet«.

Socialstyrelsen framhöll att det är nödvändigt att man vid tithålskirurgi försäkras om de anatomiska förhållandena och vid minsta oklarhet föranstaltar om nödvändiga undersökningar.

Patientsäkerheten vid detta ingrepp kan ökas genom att man inför en rutin att röntgenundersökning skall genomföras innan rörformiga strukturer klipps av, och/eller att en annan läkare även ska bedöma de anatomiska förhållandena innan det sker, ansåg Socialstyrelsen.

Patienten anmälde kirurgerna A och B. (B friades varför vi lämnar honom.)

Ansvarsnämnden tog in patientjournaler samt yttrande från kirurgerna.

Kirurg A medgav att han orsakat patienten en svår skada.

II Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden påpekar i korthet att det är känt att det kan vara svårt att klarlägga anatomin vid den här typen av ingrepp. Genom att inte med dissektion eller röntgenundersökning tillräckligt noggrant klagöra de anatomiska förhållandena begick kirurg A ett fel, som ledde till en allvarlig skada. A varnas. •