

**Artiklarna på föregående sidor är långt ifrån unika – under hösten har vi berättat om många fall där läkare fällts för att ha diagnostiserat eller behandlat barn och ungdomar felaktigt.**

**II** I Läkartidningen nr 38 fälldes två barnmedicinare. Den första för att ha skickat hem en 11-årig flicka utan att först förvissa sig om att inget avvikande fynd fanns rörande vita blodkroppar. Flickan hade leukemi, inte körtelfeber som läkaren bedömt. Flickan dog.

Den andra missbedömde ett spädbarns kramper. Benign paroxysmal vertigo sa doktorn – det var fokal epilepsi. Felbedömningen fördröjde en korrekt behandling, vilket ledde till ett allvarligt

**Flera fel fick fatala följder för mannen som opererades laparoskopiskt för gallsten: Otillräcklig kartläggning av anatomin, ingen peroperativ röntgen, ingen konvertering till öppen kirurgi, ingen diskussion med erfaren kollega. Kirurgen varnas. (HSAN 1531/04)**

**II** Efter en Lex Maria-anmälan anmälde Socialstyrelsen kirurg A för felet i samband med galloperation på en 68-årig man. Denne skadades allvarligt.

Vid den laparoskopiska operationen, som genomfördes den 28 oktober, beskrev A i operationsberättelsen att han efter stora svårigheter att få fri sikt kom fram till en mycket kort struktur som »liknar cysticus«. Den bedömdes ligga från gallblåsan och ner till choledochus.

A gjorde bedömningen att inte utföra kolangiografi då han ansåg detta vara riskfyllt med tanke på hur korta och smala alla strukturer var. Han satte två clips, ett distalt och ett proximalt, på ductus cysticus och klippte mellan dessa. När gallblåsan lyftes upp gled ett clips av, som identifierades som det som satt på cysticusstumpen och detta ersattes med ett nytt clips.

### Måste reopereras

På grund av en mycket svår cholecystit med svullnad i området var det svårt att »avgöra vilket som är vilket«, men A tyckte sig ändå kunna identifiera hela anatomin. Gallblåsan plockades ut och skickades för PAD. Såret slöts.

De följande dagarna hade patienten buk- och ryggsmärtor, var uppspänd i magen och kände sig tungandad. Han hade stigande bilirubin, kreatinin och CRP samt var subfebril. Patienten var

## Många fällningar för feldiagnoser och felbehandlingar av barn

och intensivvårdskrävande tillstånd.

I nr 42 fälldes en husläkare för att ha missat en fraktur i ett ledbandsfäste hos en 12-årig pojke som cyklat omkull.

En ortoped fälldes för att inte ha insett skadans allvar och risken för kärlskada hos en 14-årig flicka, som ramlat av en moped och skadat knät. Flickan opererades senare två gånger för sina skador.

En tredje läkare fälldes för att ha gjort en bristfällig undersökning av en 7-årig pojke som fallit mot armbågen och därmed missat att pojken hade en fraktur i övre delen av armen.

I nr 43 fälldes en ST-läkare för att inte ha skickat en 3-årig pojke till sjukhus trots ett starkt positivt resultat för förekomst av protein i urinen.

Även hennes handledare fälldes – hon borde ha frågat hur mycket »en del protein i urinen« innebar eller kontrollerat detta själv.

I nr 44 fälldes en distriktsläkare för att inte ha kontrollerat ett nylagt gips på en flicka med underarmsfraktur. Gipset var lagt utan polster mot huden och flickan fick sårskador, som medförde att hennes arm inte kunde opereras förrän 12 dagar senare. •

## Patienten allvarligt skadad vid laparoskopisk galloperation

den 31 oktober på ERCP, vilken visade ett abrupt stopp av ductus hepatis communis och ingen kontrastpassage distalt därom. Man fick även kontrastfyllnad av en cysticusstump.

Patienten blev samma kväll reopererad av kirurg B genom öppen bukoperation. Denna var mycket komplicerad då patienten hade kraftig bukfetma.

B fann att ett plastclips vid ductus cysticus hade lossnat. På djupet fann han ytterligare ett plastclips, som satt på ductus hepaticus proximala del. Anatomin var svår att identifiera initialt på grund av kraftig inflammation i området, men B upptäckte att ductus hepaticus communis ganska snart grenade sig till höger och vänster gång. Proximalt rann galla från en öppning och där förde man in en kateter och sprutade kontrast. B fann att det var en sidogång till ductus hepaticus.

### Måste ha delats

Efter ytterligare letande och fripreparering där ductus cysticus var avligerad, kom man plötsligt in i choledochus. B kunde konstatera att choledochus på något sätt måste ha delats i samband med att clipset sattes på ductus hepaticus vid föregående operation. B gjorde därefter en hepatico-jejunostomi och anslöt ductus hepaticus till tunntarmen. En babyfeedingkateter lades som en stent för att hålla passagen öppen.

Patienten fördes efter operation till intensivvårdsavdelningen där han blev kvar i 14 dagar. Han förbättrades och kunde skrivas ut till hemmet den 4 december.

Enligt anmälan har kliniken inte fastlagda rutiner för i vilka situationer konvertering från laparoskopisk till öppen kirurgi skall ske och inte heller för cholangiografi.

Socialstyrelsen fann att patienten hade åsamkats en allvarlig skada vid det operativa ingreppet, som utfördes laparoskopiskt. Försvårande omständigheter förelåg vid ingreppet till följd av övervikt och inflammatoriska förändringar, som komplicerade dissektionsarbetet och identifieringen av anatomiska strukturer.

Vidare menade Socialstyrelsen att skadorna uppkommit på grund av att anatomiska strukturer inte varit tillräckligt klarlagda vid ingreppet. Bedömningen var att kirurg A genom sin underlåtenhet att avbryta det laparoskopiska ingreppet och övergå till öppen kirurgi hade orsakat patienten en allvarlig skada.

Ansvarsnämnden läste utredningen och ett yttrande från kirurg A. Denne accepterade anmälan och tillstod att han gjort fel och skadat patienten.

### Bedömning och beslut

Av utredningen framgår att kirurg A under operationen den 28 oktober inte tillräckligt klarlagt anatomin i gallträdet och på grund av detta orsakat patienten en allvarlig skada, konstaterar Ansvarsnämnden.

Han utförde ingen peroperativ röntgenundersökning och övergick inte heller till öppen kirurgi. Inte heller diskuterade han handläggningen med någon erfaren kollega. Han får en varning. •