

Ortoped borde misstänkt led- och skelettskada efter cirkelsågstrauma

Med tanke på att sårskadan som cirkelsågen orsakat satt så nära lederna borde ortopederna ha misstänkt ledengagemang. Efter ett så betydande våld som här måste även skelettskada uteslutas – med röntgen. (HSAN 3608/06)

Den 32-årige mannen sågade sig i sin vänstra hand med en cirkelsåg. Han uppsökte ett närsjukhus och undersöktes av ortopederna, som fann en slitskada på tummen samt en sårskada som löpte mellan de två yttre lederna på pekfingeret. Skadorna bedömdes som ytliga och syddes ihop.

Ortopeden ordinerade penicillin profylaktiskt i 10 dagar, ordinerade omläggning av handkirurgförbandet hos distriktsköterska varannan dag och suturtagning den 1 september.

Vid suturtagningen hos en annan vårdgivare den 1 september konstaterades att patienten inte kunde böja pekfingeret. Han remitterades till en handkirurgisk klinik, där man fann att sårskadan gått in i den inre leden på pekfingeret och att det förelåg en infektion.

Patienten anmälde ortopederna. Ansvarsnämnden tog in hans journal inklusive röntgenbilder från handkirurgen och ett yttrande från ortopederna, som bestred att han gjort fel.

Han berättade att patienten kom med färskta sårskador på vänster tumme och pekfinger.

Patienten hade då fått en Ketoganinjektion mot smärtan. Innan ledningsbedövningen lades undersöktes sensibiliteten i de aktuella fingrarna. Därefter lades ledningsbedövning innan närmare undersökning av fingrarna kunde ske.

Intakt stabilitet

Ortopeden fann intakt stabilitet i tummen och pekfingeret och inga som helst kliniska tecken till felställning eller ledpåverkan. Ingen klinisk misstanke om instabilitet talade för skelett- eller senkada.

Såren genomspolades med koksalt och undersöktes därefter på djupet. Inte heller då framkom fynd som talade för annat än skada i de två fingrarnas mjukdelar.

Grundfrågan var naturligtvis om han

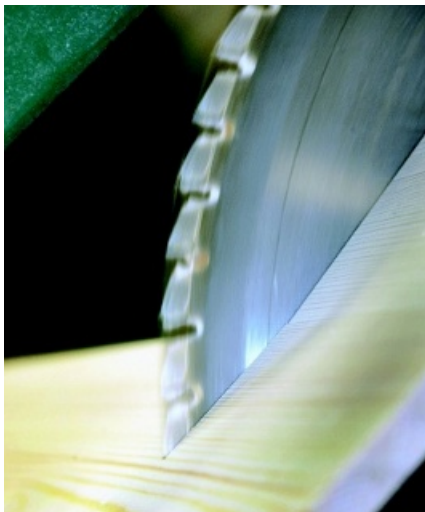


Foto: Scapix

En 32-årig man skadades allvarligt av en cirkelsåg. Ortopeden som undersökte mannen borde ha misstänkt led- och skelettskada.

skulle ha skickat patienten på röntgen, menade ortopederna. Handläggningen hade då blivit helt annorlunda beroende på att svaret skulle ha visat en fraktur. I detta fall gjorde han en klinisk bedömning efter nogsam undersökning, och fann inget skäl att genomföra denna undersökning. Detta val måste göras varje gång en patient kommer med liknande skador.

Han gjorde således en felbedömning efter nogsam klinisk undersökning. Om detta leder till klander från Ansvarsnämnden finns det skäl att i grunden se om alla rutiner där kliniska bedömningar är vägledande för det medicinska handläggandet, menade ortopederna.

Skelettskada måste uteslutas

Sårskador orsakade av cirkelsågar är inte sällan orenerade och orsakar även ofta slitskador i vävnaden. Med tanke på sårskadans närhet till lederna borde ortopederna ha misstänkt ledengagemang.

Efter ett så betydande våld som i detta fall måste även skelettskada uteslutas. Ortopeden borde ha låtit röntga skadan.

Han borde mot bakgrund av skadans art även ha sett till att uppföljningen gjordes av en kirurgiskt skolad läkare i stället för av distriktsköterska. Han får en erinran. ■

Fördjupad kompetens krävs för injektion

Det är olämpligt att allmänläkare utan fördjupad kompetens ger en kortisoninjektion. Det konstaterar Ansvarsnämnden sedan en 9-årig flicka drabbats av muskelatrofi. (HSAN 3999/06)

ST-läkaren i allmänmedicin misstänkte att flickan som sökte med smärta i höften hade en inflammation i ett muskelfäste och gav henne en kortisoninjektion.

Vid en kontroll fyra månader senare noterades att smärtan släppt efter injektionen, men att det blivit en liten grop och pigmentförändring där injektionen gavs. I journalen angavs fullgod muskelstyrka.

Flickans mor anmälde ST-läkaren som bestred att hon gjort fel. Läkaren berättade att patienten kom med belastnings- och rörelsesmärta på utsidan av höften som tilltagit sista tiden så att hon fått avstå från gymnastiken. I anamnes och status fanns inget påtagligt avvikande utom palpationsömhets på utsidan av höftens överdel, tuberculum majus.

»Uppmuntrats av ortopederna«

Läkaren bedömde att det fanns en lokal inflammatorisk reaktion som orsak till besvären och funderade över två möjligheter – sjukgymnastik och expectans eller behandling med kortison lokalt. Samtidigt beställde hon ultraljud och röntgen av höfterna. Hon bestämde sig för att behandla lokalt med kortison med följande motivering: Under sin utbildning som AT- och nu ST-läkare hade hon uppmuntrats av ortopederna att behandla patienter med den aktuella typen av besvär med lokal kortisoninjektion. Själva injektionstekniken hade hon lärt sig på en ortopedisk klinik.

Ovan nämnda besvär kan vara långvariga och besvärliga. De vuxna patienter som hon har behandlat med lokal kortisoninjektion har svarat bra på det, och de har aldrig haft några biverkningar. Samma sak gällde en 11-årig flicka hon en månad tidigare behandlat med kortison för liknande besvär som 9-åringen.

Ansvarsnämnden påpekar att av journalen från barnkliniken framgår att patienten haft en medfödd höftledsinstabilitet på vänster sida, som behandlats med von Rosen-skena, samt att hon följts under småbarnsåren för »slappa leder«.

Den anmälda kortisoninjektionen har sannolikt lett till muskelatrofi. Av journalen framgår att en ortoped som senare bedömt patienten inte fann andra träningsrestriktioner än smärta. Hud- och mjukdelatrofier är mindre vanliga biverkningar av kortisoninjektion under huden. Det finns ingen speciell varning i Fass. Det är ändå olämpligt att som allmänläkare utan fördjupad kompetens ge kortisoninjektion såsom skett. ST-läkaren får en erinran. ■