

grund av hans svåra ansiktssmärter och han behandlades med smärtlindrande injektioner. På grund av hans sväljningssvårigheter anlades en näringskåter. Man noterade att han ofta låg med öppen mun, men röntgenundersökning gjordes först tre veckor efter det akuta insjuknandet, sedan han hade överförts till rehabiliteringsklinik. Den visade bilateral luxation i käklederna. Detta åtgärdades på öronklinik.

Anhöriga säger att de påpekat att det måste ha varit något fel på käken eftersom han inte kunde svälja eller tala, men detta hade då ej föranlett någon röntgenundersökning.

Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden har funnit att patientens besvär varit mycket svårtolkade på grund av hans neurologiska sjukdom och hans akuta hjärninfarkt. Under de tre veckorna han låg på medicinkliniken borde ansvarige läkare ha gjort större ansträngningar för att komma fram till rätt diagnos. Eftersom man märkt att patienten ofta låg med öppen mun, borde detta föranlett röntgenundersökning av käklederna. Påföljden blev erinran.

Behandling av kompartmentssyndrom fördröjdes

Anmälare: Socialstyrelsen

Anmälda: Urolog, kirurg, kärlkirurg och anestesilog

**Orsak: Behandling av ischemi
HSAN 60/97**

En 64-årig kvinna opererades på ett regionsjukhus för blåscancer. Operationen gjordes med patienten i benstöd under ungefär sex timmar. Man hade undvikit klassiskt benstödsläge och endast böjt höft- och knäleder ca 30°. När patienten kom till intensivvårdsavdelning märkte man, att benen var kalla och blåmarmorade från lårens mitt och nedåt, samt att pulsar i knäveck och på fotryggar saknades. Operatör och IVA-läkare misstänkte kärlkonstriktion på grund av hypotermi (temp dock 38°) och man beslöt att värma upp patienten och ge vasodilaterande farmaka. Trots att detta inte hade någon effekt och trots att temperaturen några timmar senare var 39,7° vidtog jourhavande IVA-läkare eller på efternatten tillkallad kirurg-jour inga aktiva åtgärder.

Nästa morgon undersöktes patienten

av kärlkirurg, som kunde konstatera att benen var iskalla med »marmorering av likfläckskaraktär». Angiografi omkring fyra timmar senare visade bilateralt långsträckta defekter från arteria iliaca ner till poplitea, där kärlet var helt ockluderat. Ett dygn efter det att ischemi i benen hade konstaterats, gjordes arteriell trombektomi i bägge benen.

Efter ytterligare ett dygn gjordes förnyad trombektomi och vid detta tillfälle gjordes även fasciotomi på underbenen. Dagen därpå tvingades man göra bilateral amputation i höjd med knälederna. Tillståndet krävde sedan en månads intensivvård.

Socialstyrelsen har med stöd av yttrande från vetenskapligt råd funnit att cirkulationsrubbningen sannolikt varit ett kompartmentssyndrom, som förlångsammnat cirkulationen så att en utbredd trombotisering skett. Detta tillstånd kan vara svårt att diagnostisera, speciellt om patienten har smärtlindring i form av epiduralanestesi. Man finner emellertid anledning att rikta kritik för handläggningen av detta fall; mot operatör och IVA-läkaren för att de agerade alltför passivt, när den initiala behandlingen med vasodilaterande medel ej givit effekt, mot jourhavande kirurg för att han, när han blev kallad, inte vidtog åtgärder för att omedelbart diagnostisera och behandla cirkulationsrubbningen samt mot kärlkirurgen bl a för att han inte i samband med den första kärloperationen gjorde fasciotomi. Däremot har Socialstyrelsen inga kritiska synpunkter på anesthesi- och operationspersonalens insatser i samband med ingreppet.

Urologen-operatören har framhållit att han vid besök på IVA en dryg timme efter operationen fick besked om att patienten var perifert kall och nedkyld efter operationen och att narkosläkaren skulle sätta in behandling för detta. Han menar att han inte fick upplysning om att patienten saknade puls i benen.

IVA-läkaren övertog jouransvaret för patienten i samband med eftermiddagsrond i vilken deltog chefen för IVA, den för operationen ansvarige anestesologen samt operatören. Deras åsikt var att det inte var någon fara för benen. Operatören kontrollerade inte heller patienten under kvällen-natten, vilket bidrog till IVA-läkarens tro, att cirkulationsrubbningen ej var allvarlig.

Jourhavande kirurg har insett att han borde ha agerat mer aktivt och kontaktat jourhavande röntgenolog och kärlkirurg, även om det hade varit hans bedömning, att det inte fanns någon möjlighet att rädda extremiteterna.

Enligt kärlkirurgen hade man låtit det gå 16,5 timmar med ischemi innan

han tillkallades. Hans bestämda uppfattning var, att vid den tidpunkt han såg patienten hade inga åtgärder kunnat rädda patientens ben, inte ens fasciotomi. Att han utförde en operation, när han inte längre trodde på att kunna rädda patientens ben, kan kritiseras. Han har dessutom ifrågasatt, om det verkligen hade utvecklats ett kompartmentssyndrom vid det första ingreppet. Trombos i tillförande artärer kan ha förorsakat ischemi.

Det vetenskapliga rådet och socialstyrelsen har yttrat sig över utredningen och bl a framhållit:

att urologen, som var operatör, själv borde ha undersökt patienten på IVA samt följt upp att de åtgärder som sattes in mot »hypotermi» hade effekt,

att IVA-jouren borde ha slagit larm inom 1–2 timmar, när ischemin ej förbättrades av vidtagna åtgärder,

att kirurgframjouren inte själv utan kontakt med bakjour eller kärlkirurg skall bedöma om ett ben kan räddas eller inte,

att kärlkirurgen, när han beslutat sig för att operera patienten, borde gjort så att chanserna för framgång varit maximala, dvs utfört fasciotomi.

Bedömning och beslut

Nämnden anser att de anmälda läkarna varit alltför passiva och gjort sig skyldiga till felbedömningar på det sätt, som redovisats av Socialstyrelsen. Nämnden ålägger de fyra läkarna varsin varning. •

