



I detta nummer:

- Ansvarsärenden

Ansvarsärenden

»Operationen borde över huvud taget inte ha fullföljts på det sjukhuset«

Att kirurger inte »backar ur« får ibland mycket olyckliga konsekvenser

»Tyvärr kommer jag som vetenskapligt råd än oftare i kontakt med fall där man inte backade ur och där konsekvensen av detta för patienten blivit mycket olycklig.« (HSAN 2623/03)

■ Så skrev vetenskapliga rådet professor Ulf Haglund i ett fall där en kirurg varnas för att vid en tyreoidaoperation ha delat patientens matstrupe och skadat stämbandsnerven. Han ansåg att operationen med stöd av kirurgens inlägga över huvud taget inte borde ha fullföljts vid det sjukhuset.

Det framgick tydligt av inlagan att operationen inte alls var lätt. Det var också för att kirurgen hade stora svårigheter att genomföra operationen som den allvarliga komplikationen uppkom.

Haglund påpekade att det av och till vid olika typer av kirurgi händer att operatören så att säga backar ur och inte fullföljer de ursprungliga planerna – det ser han på patienter som skickas till Akademiska sjukhuset i Uppsala där han arbetar. Han kommer också i kontakt med sådana fall i sin egenskap av vetenskapligt råd.

Tyvärr kommer han som vetenskapligt råd än oftare i kontakt med fall där man inte backade ur och där konsekvensen av detta för patienten blivit mycket olycklig. Det är oroande om man vid det aktuella sjukhuset aldrig anser sig vara i ett sådant läge och tycker detta endast vara teoretiskt intressant. Rättesnöret i sammanhanget måste vara patientens bästa, underströk Haglund. (Mer av hans utlåtande kommer längre ner i artikeln).

Besvärlig anatomi

Den 48-åriga kvinnan hade utretts på onkologiklinik på grund av vänstersidig tyreoidaeförstoring. Man misstänkte äkta adenom och remitterade henne till en kirurgiklinik där hon opererades den 29 november.

Ingreppet utfördes av kirurgen som,

enligt operationsberättelsen, dissekerade sköldkörteln vänstra lob utan svårighet. Förloppet komplicerades av lättblödande och fibrotiska vävnader samt oväntat besvärliga anatomiska förhållanden. Det uppstod bland annat svårigheter att identifiera nervus recurrens, »... nedifrån thorax kom en drygt cm-vid slangliknande struktur som satt fast mot vänstra tyreoidaloben och smalnade av eftersom, gick vidare upp mot käk-vinkeln«.

Kirurgen bedömde att strukturen var en gälgång, som han delade och ligerade upp mot tyreoida. Den distala änden stod kvar utan att retraheras. Tyreoida avlägsnades därefter utan svårighet och preparatet sändes för analys.

Enligt svaret förelåg ett hyaliniserat trabekulärt adenom, men på grund av de svårvärderade histopatologiska fynden gjordes eftergranskning, som visade radikalt avlägsnad lågmalign tyreoida-cancer. Någon vävnad från matstrupen noterades emellertid inte.

Hade matstruperuptur

Det postoperativa förloppet förlöpte initialt väl, men nästa dag uppstod en tilltagande svullnad på halsens vänstra sida. Öronläkare konstaterade klart nedsatt stämbandsrörlighet, vilket talade för recurrensskada, men också svullnad och subkutant emfysem på vänster sida. Datortomografi av torax och hals visade luft och vätska subkutant på halsen och ner mot mediastinum, som vid läckage från trakea.

Kvinnan fördes till öronklinik vid ett universitetssjukhus. Kontraströntgen visade en matstruperuptur. Vid reoperation fann man att omkring tre centimeter

av matstrupen var resekerad. Eftersom ändarna inte kunde sutureras skapade man en förbindelse med en silikonsond och gjorde en laparotomi. Man anlade också gastro- och jejunostomi. När kvinnan skrevs ut från sjukhuset den 20 december hade det bildats en fistel mot huden från distala delen av matstrupen och nutrition skedde via Witzel-fistel. Den fortsatta handläggningen, med eventuell rekonstruktion, planeras vid ett annat universitetssjukhus.

»Besvärlig dissektion«

Händelsen Lex Maria-anmälades till Socialstyrelsen. I utredningen bedömde kirurgen i ett mycket långt utlåtande bland annat »att skadans uppkomst berodde på att cancer/fibros/inflammation dragit i oesophagus i/mot vänster tyreoidalob och förändrat anatomin, oesophagus utseende liksom även förloppet hade ändrats och framstod för mig under operationen som en utvecklingsstörning«.

Sammanfattningsvis hade han åstadkommit en allvarlig men extremt ovanlig komplikation. Orsak till detta var en felbedömning på grund av en ovanlig anatomisk-patoanatomisk variation. Komplikationen var inte uttryck för slarv eller lättsinnig handläggning, vilket borde vara en klart förmildrande omständighet. Vad beträffar recurrensparen var det en besvärlig dissektion, underströk kirurgen.

Socialstyrelsen inhämtade utlåtande från sitt vetenskapliga råd i kirurgi, professorn Ulf Haglund.

I ett långt utlåtande påpekade denne bland annat att kirurgen, enligt operationsberättelsen, rätt tidigt märkte att det

förelåg betydligt mer lokala förändringar än förväntat vid ett okomplicerat adenom. Indikationen för ingreppet vid misstanke om adenom är delvis att säkerställa förändringens histopatologiska natur och möjligheten av en cancerförändring finns således inbakad i indikationen. De besvärliga förhållandena talade emot ett okomplicerat adenom.

Kirurgen kunde under operationen inte identifiera nervus recurrens, vilket var anmärkningsvärt vid en operation för ett okomplicerat adenom. Resultatet av detta blev också en stämbandspares med all sannolikhet på basen av en skada på denna nerv.

Identifierade inte viktiga förändringar

Senare under operationen påträffades en »slangliknande struktur«. Kirurgen gjorde såvitt beskrivs i operationsberättelsen inga försök att identifiera denna förändring anatomiskt. Inte heller identifierade han andra viktiga förändringar i grannskapet för att med uteslutningsmetoden identifiera den »slangliknande strukturen«. Trots osäkerheten om vad förändringen utgjordes av valde kirur-

gen oprovocerat att dela densamma. Vid operation för okomplicerat adenom borde istället tyreoidea dissekerats loss från förändringen som därefter kunnat lämnas kvar, menade Haglund.

Borde inte fullföljts där

Innan förändringen delades borde operatören säkerställt dess identitet och att andra väsentliga strukturer i området var identifierade. Detta borde inkluderat esofagus, inte minst med tanke på den besvärliga fibrosen i området. Resultatet av kirurgens agerande blev en delning av esofagus med viss substansförlust. Denna mycket allvarliga komplikation måste uppfattas orsakad av att operatören inte handlat i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Anatomic kartlades inte. Operationen borde med stöd av kirurgens inlägga över huvud taget inte fullföljts vid det sjukhuset, hävdade Haglund.

Det är möjligt att grunden till att den allvarliga komplikationen uppkommit delvis kan tillskrivas den nuvarande suboptimala organisationen av tyreoidkirurgi vid sjukhuset. Kirurgen var

också ansvarig för den organisationen då han varit klinikchef där i många år.

Med stöd av Haglunds utlåtande anmälde Socialstyrelsen kirurgen.

Ansvarsnämnden gick igenom Socialstyrelsens utredning och yttrande av kirurgen, som hänvisade till sina uppgifter i Lex Maria-ärendet och som dessutom tillade bland annat att det vid operationen förelåg ovanliga anatomiska förhållanden, vilket verkade vara okontroversiellt i ärendet. Han menade emellertid att han kartlade och identifierade anatomien, men gjorde en, som det senare visade sig, missbedömning.

Bedömning och beslut

I likhet med Socialstyrelsen anser Ansvarsnämnden att kirurgen inte visade tillbörlig försiktighet då han vid avlägsnandet av kvinnans sköldkörtel delade matstrupen. Det framkom senare att också kvinnans stämbandsnerv skadats under operationen. Kirurgen uppgav att misstaget föranleddes av besvärliga anatomiska förhållanden.

Detta ursäktar ändå inte felet, hävdar Ansvarsnämnden och varnar kirurgen. •

Patient dog av hög dos dextropropoxifen och alkohol – förskrivande läkaren varnas

Läkaren borde ha insett att patienten hade ett missbruk och vilseförde honom att skriva ut beroendeframkallande läkemedel. Patienten dog efter en hög dos dextropropoxifen och alkohol. (HSAN 658/04)

II Den 40-årige mannen var från den 24 juli 2000 till den 3 oktober 2003 patient hos läkaren. Under den tiden erhöll han recept på Distalgesic som smärtstillning efter en handskada och för fibromyalgi-liknande smärtor. Han fick också recept på bland annat Stesolid och Somadril.

I oktober 2003 påträffades han död. En rättsmedicinsk obduktion visade att han hade avlidit av en hög dos dextropropoxifen i förening med alkoholintag.

Mannens fru anmälde läkaren. Hon påpekade att mannen hade missbrukat läkemedel och alkohol. Under flera års tid hade hon sett många recept som läkaren skrivit ut. Denne hade skrivit ut stora mängder Distalgesic, vilket orsakade hennes mans död.

Ansvarsnämnden läste patientens journal och tog in yttrande av läkaren, som bestred att han gjort fel.

Vad gällde konsumtionen av Distalgesic menade han att patienten

hade ett vanemässigt bruk betingat av ett kroniskt smärttillstånd. Baserat på journaluppgifterna ansåg han att det inte hade förkommit någon överkonsumtion.

Baserat på journalen fann han även att patienten inte använde alkohol. I anmälan uppgavs likväl att mannen missbrukade såväl Distalgesic som alkohol.

»Ingen anledning misstänka missbruk«

Om anmälaren bedömde att sådant blandmissbruk förelåg borde hon ofördröjligen ha meddelat detta till honom, ansåg läkaren. Men det gjorde hon inte. Han hade, på basis av patientens egna uppgifter och i förekommande fall skriftliga intyg, samt sina egna iakttagelser av patienten inte haft anledning misstänka sådant missbruk och motsatte sig därför det underförstådda påståendet i anmälan att han hade skrivit ut oriktiga mängder Distalgesic.

Det framgick av journalanteckningarna att recept som han hade skrivit ut till patienten oförklarligt hade försvunnit, i vissa fall innan något uttag alls gjorts, påpekade läkaren.

Ansvarsnämnden konstaterar att läkaren vid varje besök skrev ut läkemedel som är klassade som beroendeframkallande. Han hade också under den tid

som omfattas av nämndens prövning skrivit ut 5 200 tabletter Distalgesic, som på grund av risken för missbruk skall skrivas ut restriktivt och i små förpackningar. Det framgick inte varför medlet måste ges för smärtstillning efter en handoperation, som utförts flera månader tidigare.

Borde insett att det var missbruk

Vid fem tillfällen skedde förskrivningen på grund av att patienten uppgav att han hade tappat föregående recept. Läkaren borde ha insett att det rörde sig om ett missbruk. Han kan rimligen inte heller ha varit ovetande om hur riskabel förskrivningen kunde vara.

De förskrivningar av Stesolid, som läkaren gjorde den 3 maj och den 3 oktober 2003 (5 mg x 250 vid vardera tillfället), hade skett på vaga indikationer. De kan inte betraktas som invändningsfria på grund av risken för beroende och missbruk.

Ansvarsnämnden anser sammanfattningsvis att läkaren genom sina förskrivningar av läkemedlen till patienten av oaktsamhet åsidosatt sina skyldigheter i yrkesutövningen. Att han troligen vilseförts av patienten gör inte hans fel ringa eller ursäktliga. Han får en varning. •