Operationer i DRU-leden kräver handkirurgisk kompetens och erfarenhet

»Omdömeslöst utföra ingreppet utan att behärska tekniken«

Operationer i distala radio-ulnara leden (DRU-leden) kräver särskild handkirurgisk kompetens och erfarenhet eftersom tekniken är svår och ingreppen bör göras helt eller delvis med artroskopisk teknik. (HSAN 2021/06)

En 16-årig pojke hade en skada i vänster handled med bland annat instabilitet som följd. Den 29 mars 2005 opererades han av en specialist i ortopedisk kirurgi. Denne avlägsnade stabiliserande strukturer i leden utan att göra någon stabiliserande rekonstruktion.

Pojken fick senare, den 1 juni 2006, genomgå en ny operation på handkirurgiska kliniken vid ett universitetssjukhus.

Ett års väntan

Pojkens mor anmälde den förste operatören. Hon pekade bland mycket annat på att de vid besök på ett universitetssjukhus i början av 2005 fick besked om att väntetiden på den nödvändiga operationen var ett år. Eftersom sonen hade ständig värk var ett helt års väntan katastrofal. Därför opererades sonen i stället av ortopeden.

Resultatet blev dock inte bra, och sonen fick efter lång väntan opereras på nytt. Men han kommer aldrig att få tillbaka full styrka och rörlighet, vilket medför stora konsekvenser för hans livskvalitet. Han var tidigare mycket aktiv och spelade bland annat ishockey.

Ansvarsnämnden tog in patientens journaler och ett yttrande av operatören samt ett utlåtande av vetenskapliga rådet Göran Lundborg, professor i handkirurgi.

Operatören hävdade att han hade handlat efter medicinskt beprövad metodik. Sammanfattningsvis tyckte han att patienten och hans mamma hade fått en noggrann information före operationen om vad som skulle göras: antingen suturering av ligament och disk eller också borttagande av förstört material.

Han hade inte på något sätt stympat, delat eller tagit bort hela strukturer i handleden utan enbart skadade delar, som inte hade gått att rekonstruera. Således fanns skadan hos patienten redan preoperativt, hävdade operatören.

»Blev primärt bättre«

Patienten blev också primärt bättre, men så fort han började spela ishockey igen blev han sämre på nytt.

Det som man här möjligen kan kritisera är att han inte i samma seans gjorde en ligamentrekonstruktion då han såg hur dålig disken var, menade operatören. Men dels har han tidigare haft god erfarenhet av att ta bort en del av disken och ledband följt av mobilisering, dels anser han att denna typ av kirurgi är så avancerad att den bör utföras av en väl erfaren handkirurg.

Göran Lundborg avgav ett mycket långt yttrande. Här ger vi bara en kort sammanfattning.

Operatören valde en öppen exploration av DRU-leden, vilken emellertid, på grund av de mycket trånga anatomiska förhållandena, inte möjliggör en direkt inspektion av ledens alla komponenter. Därför finns en uppenbar risk att ingreppet blir onödigt omfattande och att även viabla stabiliserande strukturer avlägsnas.

I sådana situationer är en endoskopisk exploration av DRU-leden idag en självskriven teknik, vilken ger bättre möjligheter till inspektion av DRU-ledens detaljer än vad som är möjligt vid ett öppet ingrepp.

En endoskopisk undersökning tydliggör vanligtvis på vad sätt och i vad mån TFCC (discus triangularis) är skadad. I de flesta fall är en reinsertion av disken möjlig, men om detta inte är möjligt bör en rekonstruktion av TFCC utföras.

»Han har också varit omdömeslös då han gett sig på att utföra ingreppet utan att behärska tekniken, artroskopi, för korrekt diagnostisering och de rekonstruktiva ingrepp som kan behövas.«

»Har givit instabilitet«

I det här fallet utfördes aldrig någon artroskopi av DRU-leden, utan explorationen skedde från början med öppen teknik. Icke viabla delar av TFCC har avlägsnats, och sannolikt också delar av de viabla dorsala komponenterna som i hög grad bidrar till DRU-ledens stabilitet. Detta har givit instabilitet i leden, men något stabiliserande rekonstruktivt ingrepp utfördes inte då operatören bedömde att ett sådant ingrepp hör hemma inom den handkirurgiska specialiteten.

Den ursprungliga planeringen vid universitetssjukhuset var att använda rätt teknik. Det är beklagligt att den långa väntetiden, i kombination med det avsevärda lidande som den ursprungliga handledsskadan har vållat patienten, medförde att man gjort avsteg från denna planering.

Behandlingen, såsom den utförts av operatören, kan inte sägas vara förenlig med rådande uppfattningar om hur skador i DRU-leden bäst behandlas, slog Göran Lundborg fast.

Bör vara handkirirurg

Ansvarsnämnden delar Göran Lundborgs bedömning att ingreppet borde ha utförts med endoskopisk teknik och med beredskap för att, vid behov, utföra en rekonstruktion av destruerad TFCC i samma seans. Operatörens behandling kan därför inte sägas vara förenlig med rådande uppfattningar om hur skador i DRU-leden bäst behandlas.

För operationer i DRU-leden bör operatören lämpligen ha handkirurgisk specialistutbildning eftersom tekniken är svår och ingreppen, enligt dagens standard, bör göras helt eller delvis med artroskopisk teknik.

Operatören är specialistläkare inom ortopedisk kirurgi men har inte den särskilda handkirurgiska erfarenhet och kompetens som krävs för operationer i DRU-leden.

Försvårat rekonstruktionen

Genom att välja att utföra en öppen operation, som inte kunnat ge leden erforderlig stabilitet, har han tvärtemot vad han hävdat i sina yttranden försvårat en senare rekonstruktion.

Detta eftersom stabiliserande strukturer har avlägsnats och då varje ingrepp framkallar en ogynnsam ärrbildning.

Han har också varit omdömeslös då han gett sig på att utföra ingreppet utan att behärska tekniken, artroskopi, för korrekt diagnostisering och de rekonstruktiva ingrepp som kan behövas. Han får en varning. ■

Båtbensfraktur kan inte alltid ses vid akut röntgen

MR eller ny röntgen ska ordnas efter 10–14 dagar

Som allmänläkare bör man känna till att båtbensfrakturer inte alltid kan ses vid akut röntgen utan först efter 7–10 dagar. Vid misstanke om en sådan fraktur, och om röntgenundersökningen är normal, ska man därför ordna magnetkameraundersökning (MR) eller ny röntgen efter 10–14 dagar. (HSAN 3163/06)

En 22-årig kvinna föll och skadade höger handled den 13 juli 2006. Hon uppsökte jourläkarcentralen och fick remiss till röntgen vid ett universitetssjukhus där hon samma dag röntgades av en radiolog. Han fann ingen skelettskada.

På grund av fortsatt smärta uppsökte hon den 20 juli vårdcentralen. Hon undersöktes av en doktor, som noterade att smärtan hade tilltagit och fann en distal palpationsömhet. Han ställde diagnosen handledsdistorsion och utfärdade recept på diklofenak.

Kvinnan anmälde de båda läkarna. På röntgenavdelningen sade man att det bara var en stukning och att det skulle ta 4–5 veckor innan hon blev bra.

Gick tre månader med smärtor

En vecka senare på vårdcentralen sa doktorn att det var distorsion och att det skulle ta några månader innan besvären försvann. På grund av fortsatta smärtor uppsökte hon efter tre månader på nytt vårdcentralen. Hon undersöktes av en annan läkare, som ordnade en ny röntgen den 18 september. Hon hade en fraktur. Hon opererades men kommer inte att kunna böja handen helt.

Ansvarsnämnden läste kvinnas journaler och tog in yttrande från de anmälda, som bestred att de gjort fel.

Radiologen hävdade att vid det akuta skadetillfället kunde någon fraktur inte påvisas. I remissen hade primärt inte angetts någon specifik klinisk misstanke om båtbensfraktur.

En fraktur i det akuta skedet i båtbenet kan vara omöjlig att påvisa med röntgen. Om det därför vid en ny klinisk bedömning och bestående besvär kvarstår misstanke ska en remiss för ny röntgen eller ännu hellre för magnetkameraundersökning ordnas, menade radiologen.

Doktorn berättade att vid hans undersökning hade patienten en lindrig svullnad dorsalt som ömmade vid palpation. Det fanns ingen felställning och inga blåmärken. Distalstatus var utan anmärkning.

Med tanke på att patienten en vecka tidigare hade röntgenundersökts utan att man sett någon skelettskada misstänkte doktorn att det rörde sig om en distorsion. Patienten ordinerades diklofenak och fick råd om avlastning. Hon rekommenderades också att återkomma om hon blev sämre.

Kliniskt fanns således inga tecken på fraktur, hävdade doktorn.

Stark misstanke om båtbensfraktur

Ansvarsnämnden konstaterar att patienten remitterades till röntgenundersökning av höger hand och handled och med frågeställningen skelettskada.

Inga specialbilder har visserligen tagits på båtbenet, men med tanke på frågeställningen var bildmaterialet adekvat. På detta kan man inte ens i efterhand med säkerhet se någon fraktur. Radiologen har således inte begått något diagnostiskt misstag. Han frias.

Som allmänläkare bör man känna till att båtbensfrakturer inte alltid kan ses vid akut röntgen utan först efter 7–10 dagar. Vid misstanke om sådan fraktur, och om röntgenundersökningen är normal, ska man därför antingen göra magnetkameraundersökning eller en ny röntgen efter 10–14 dagar.

I journalen från jourläkarcentralen angavs att patienten till en början hade ont i tenarregionen men att värken sedan mer satt i handleden. Det fanns således stark misstanke om båtbensfraktur.

Borde i vart fall ha frågat om råd

Doktorn har dokumenterat att patienten hade tilltagande besvär och att undersökningen visade smärta vid alla rörelser. Hon ömmade också enligt journalen distinkt vid palpation och hade rörelseinskränkning.

Mot bakgrund av att hon således hade blivit sämre och av vad som framkom vid undersökningen borde han, trots den normala röntgenundersökningen, ha misstänkt att det kunde röra sig om en skelettskada och därför sett till att hon blev röntgad på nytt. I vart fall borde han ha rådfrågat en mer erfaren kollega. Han får en erinran. ■

Borde ha reagerat på att dosen Ebixa blev alldeles för hög

ST-läkaren ordinerade sin patient en fyra gånger för hög dos Ebixa, vilket är lika med dubbla maxdosen. (HSAN 143/07)

Den 79-årige mannen är multisjuk med Alzheimers sjukdom och hade bromsmedicinen Ebixa. Då han skrevs in på sjukhuset den 19 november 2006 skrev ST-läkaren in fel dosering i medicinlistan. Dosen blev fyra gånger högre än avsett – en halv tablett 10 mg två gånger dagligen blev i stället två tabletter två gånger dagligen.

ST-läkaren medgav felet, som upptäcktes på avdelningen den 18 december. Under vårdtiden hade patienten symtom med kräkningar, oro, yrsel, förvirring och muskelkramper där sannolikt överdoseringen påtagligt bidragit. Tillståndet förbättrades då Ebixa satts ut.

Patientens fru anmälde ST-läkaren.

Ansvarsnämnden tog in patientens journal och ett yttrande från ST-läkaren, som berättade att hon inte visste av vilken anledning hon skrev in Ebixa 10 mg 2 x 2 på medicinlistan under sin jour på akutmottagningen.

Fick medicinlista

Hon tillstod att hon gjort fel eftersom det i medicinlistan hon fick av patientens fru från föregående vårdtillfälle stod att patienten behandlats med Ebixa 10 mg 1/2 x 2. På avdelningen upprepades hennes fel.

Ändå tyckte hon att överdoseringen inte gjort någon skada på patienten. Denne hade inte heller under vårdtiden de biverkningar som man får (vanliga), till exempel huvudvärk, kramper, rastlöshet, eventuella hallucinationer etc, hävdade hon.

Patienten hade legat på avdelningen en längre tid för att han är multisjuk, bland annat tidigare hjärtinfarkt, hjärtsvikt, njursvikt, kroniskt obstruktiv lungsjukdom, hjärtflimmer, klaffel på hjärtat, demens etc.

Borde reagerat på den höga dosen

Ansvarsnämnden konstaterar att ST-läkaren trots att hon hade tillgång till den gamla medicinlistan, ordinerade en fyra gånger för hög dos av Ebixa, vilket är lika med dubbla maxdosen, vid inskrivning av patienten. Även om ordinationen varit otydligt inskriven på medicinlistan så borde hon ha reagerat på att dosen blev alldeles för hög. Hon får en varning. ■