Felaktig operationsteknik orsakade ung kvinna en svår gallgångsskada

»Kan i framtiden ge upphov till allvarliga komplikationer«

Ansvarsnämnden varnar en kirurg för att hans felaktiga operationsteknik orsakade den 20-åriga kvinnan en svår gallgångsskada, som i framtiden kan ge upphov till allvarliga komplikationer. (HSAN 3107/04)

Socialstyrelsen anmälde kirurgen för oaktsamhet i samband dissektion vid laparoskopisk gallvägsoperation. Dissektionen gjordes på avstånd från gallblåsan med en ovanligt traumatisk teknik med mycket diatermi på och omkring den aktuella gallgången. Patienten åsamkades en icke ringa skada.

Orsaken till skadans uppkomst är att dissektionen inte bedrivits enligt vetenskap och beprövad erfarenhet i kombination med en primär missuppfattning av anatomin.

Socialstyrelsen hänvisade till en anmälan enligt Lex Maria, journalkopia, videodokumentation från operationen, yttranden från verksamhetschefen och berörda läkare vid kirurgkliniken samt utlåtande från Socialstyrelsens vetenskapliga råd i kirurgi, Ulf Haglund.

Av utredningen framgår att den 20-åriga kvinnan sökte vid akutmottagningen på grund av återkommande episoder med buksmärtor under det senaste året. Ultraljud visade ett flertal stenar i gallblåsan och tecken på kronisk gallvägsinflammation med akuta inslag.

Övertog och konverterade

Operationen, som gjordes den 26 februari, inleddes med laparoskopisk teknik. Operatören A noterade i operationsberättelsen besvärliga förhållanden i operationsområdet.

Vid röntgenundersökning under operationen fann man tecken på att gallgången kunde ha skadats. I detta läge tillkallades en annan kirurg, B, som övertog ansvaret för operationen och konverterade till öppen kirurgi.

Man kunde då konstatera att det förelåg en omfattande skada på gallgången. Den skadade delen kunde inte repareras utan fick avlägsnas. Operationen avslutades utan komplikationer.

Postoperativt fick patienten en episod med hög feber och allmänpåverkan, som behandlades med gott resultat. Hon skrevs ut den 15 mars till hemmet i gott skick.

Kirurg B beskrev i sitt yttrande operationstekniken i början av operationen och uppgav att »Således har man vid operationen i flera avseenden avvikit från vedertagen, basal teknik«.

Kirurg A hänvisade i sitt yttrande att han utfört cirka 300 laparoskopiska gallvägsoperationer och att han väl känner till svårigheten att göra sådana vid akut gallvägsinflammation.

»Borde med tanke på patientens storlek, lätta blödningstendens samt framför allt när man ser den kraftiga cholecystiten, ha konverterat utan att försöka lösa fram ductus cysticus i den tjocka, svåliga, inflammerade vävnaden«, framhöll kirurg A.

»Vanlig felbedömning«

Socialstyrelsen inhämtade också ett utlåtande från det vetenskapliga rådet i kirurgi, professor Ulf Haglund.

Denne framhöll bland annat att »Vid en laparoskopisk operation kan det vara svårt att operativt frilägga sammanflödet mellan ductus cysticus och ductus hepaticuscholedochus, såsom man brukar ganska lätt kunna göra vid öppen kirurgi.

Vid den laparoskopiska kirurgin håller man sig därför istället gallblåsenära och försöker identifiera ductus cysticus så nära gallblåsan som möjligt. Videofilmen visar att A inte alls har arbetat gallblåsenära. Han påträffade därvid tidigt ductus choledochus, som han uppfattade vara ductus cysticus. Denna felbedömning är vanlig. Felbedömningen är alltså inte något i sig som kan uppfattas strida mot vetenskap och beprövad erfarenhet«.

»Använde inte korrekt teknik«

Men Ulf Haglund forsatte med att understryka att »A kan emellertid kritiseras för att han dissekerade på avstånd från gallblåsan, att han dissekerade en ovanligt lång sträcka av den gång han uppfattade kunna vara ductus cysticus och att han under sin dissektion använde en ovanligt traumatisk teknik med mycket diatermi på och omkring den aktuella gången.

A har inte använt korrekt teknik i denna operation. Förfarandet har varit oskickligt och på de nämnda punkterna klart i strid mot vetenskap och beprövad erfarenhet«.

Haglund angav i sitt utlåtande vidare att »Sedan röntgen visat att det inte blev någon fyllnad av gallvägarna intrahepatiskt har A handlat korrekt då han tillkallat hjälp av inom området mer erfaren kollega.

Denne har konverterat till öppen kirurgi, klarlagt den anatomiska skadan och reparerat genom att anlägga en hepatico-jejunostomi enligt Roux. Detta är helt i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet«.

»Inga förmildrande omständigheter«

Haglund gjorde följande sammanfattande bedömning. Patienten »har åsamkats en icke ringa skada. Orsaken till skadans uppkomst är att dissektionen inte bedrivits enligt vetenskap och beprövad erfarenhet i kombination med en primär missuppfattning av anatomin. Ansvarig för skadans uppkomst är således A. Det föreligger inga förmildrande omständigheter«.

Socialstyrelsen anslöt sig till den bedömningen.

Ansvarsnämnden läste Socialstyrelsens utredning och hämtade in yttrande av A.

Denne hänvisade till sitt svar till Socialstyrelsen. Han påpekade att utredningen tycktes bekräfta hans primära slutsats att han, med tanke på patientens storlek, blödningstendens och den kraftiga cholecystiten, tidigare under operationen borde ha konverterat till öppen cholecystectomi. Detta i stället för att lösa ut ductus cysticus från den inflammerade vävnaden.

Socialstyrelsen höll efter att ha läst A:s yttrande fast vid sin anmälan.

Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden delar Socialstyrelsens bedömning. Vid operationen dissekerade A på avstånd från gallblåsan, dissekerade en ovanligt lång sträcka av den gallgång han uppfattade kunna vara ductus cysticus och under sin dissektion använde han en ovanligt traumatisk teknik med mycket diatermi (elektrokoagulering) på och omkring den aktuella gången. Han handlade inte enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

Den felaktiga operationstekniken orsakade patienten en allvarlig gallgångsskada, som i framtiden kan ge upphov till allvarliga komplikationer, konstaterar Ansvarsnämnden och tilldelar kirurg A en varning. •