

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn

Sammenfatning

af

nævnets praksis

vedrørende

KLAGER INDEN FOR NEUROKIRURGI

1999-2003

November 2004

Fuldmægtig Henrik Kristensen

Fuldmægtig Nina Schultz-Lorentzen

Fuldmægtig Samara Asghar Sikandar



Sundhedsvæsenets Patientklagenævn

Patientklagenævnet har udgivet nedenstående

Sammenfatninger af nævnets praksis:

- Aktindsigt. 1998-2001. November 2002
- Tandlæger. 1998-2001. November 2002
- Kliniske tandteknikere. 1999-2001. November 2002
- Psykologer. 1998-2002. Januar 2003
- Lægeerklæringer. 1998-2002. Februar 2003
- Identifikation, mærkning og glemte ting. 2000-2001. Februar 2003
- Sundhedspersoners tavshedspligt. 1998-2002. Juli 2003
- Psykiatriske ankesager. 1997-2002. September 2003
- Fødsler (obstetrik) 2000-2002. November 2003
- Information og samtykke og journalføring heraf. 1998-2003. December 2003
- Klager over plastikkirurgiske indgreb på bryster. 1998-2003. Juli 2004
- Udlevering af medicin fra apotek. 1999-2003. Oktober 2004

Sammenfatningerne findes på nævnets hjemmeside www.pkn.dk under nyhedsbreve og publikationer

Forord

Med denne publikation offentliggør Sundhedsvæsenets Patientklagenævn en systematisk gennemgang af nævnets praksis i klage- og indberetningssager inden for neurokirurgi.

Det er mit håb, at sammenfatningen ikke blot bliver et nyttigt redskab for nævnets medlemmer, sagkyndige konsulenter og medarbejderne i sekretariatet, men at sammenfatningen også vil blive brugt i sundhedssektoren til forbedring af kvalitet og patientsikkerhed.

Sammenfatningen offentliggøres på nævnets hjemmeside www.pkn.dk og vil blive ajourført efter behov.

Kommentarer til sammenfatningen er meget velkomne – gerne på e-mail til pkn@pkn.dk.

Peter Bak Mortensen
dir.

INDHOLDSFORTEGNELSE

1.	INDLEDNING.....	2
2.	RETSREGLER	2
3.	RELEVANTE ANATOMISKE BETEGNELSER OG RELEVANTE UNDERSØGELSER ...	3
4.	KLAGER I FORBINDELSE MED DISKUSPROLAPS I LÆNDEN.....	4
4.1.	Generelt vedr. diskusprolaps i lænden	4
4.2.	Konkrete sager i forbindelse med operation af diskusprolaps i lænden	4
4.2.1.	Klager i forbindelse med undersøgelse for diskusprolaps og indikation for operation	4
4.2.2.	Klager i forbindelse med udførelse af operation.....	12
	<i>Sager med kritik</i>	12
	<i>Sager uden kritik</i>	15
4.2.3.	Klager over operation på forkert niveau	19
	<i>Sager uden kritik</i>	20
	<i>Sager med kritik</i>	24
4.2.4.	Klager over behandling efter operation for diskusprolaps i lænden	26
4.2.5.	Klager over mangelfuld information forud for operation for diskusprolaps i lænden	
	29	
5.	KLAGER I FORBINDELSE MED DISKUSPROLAPS I HALSEN	32
5.1.	Generelt vedr. diskusprolaps i halsen	32
5.2.	Konkrete klager i forbindelse med operation for diskusprolaps i halsen.....	32
6.	KLAGER I FORBINDELSE MED FORSNÆVRING AF RYGMARVSKANALEN (SPINALSTENOSE) I LÆND OG NAKKE.....	36
6.1.	Generelt vedr. forsnævring af rygmarskanalen.....	36
6.2.	Konkrete klager i forbindelse med operation for forsnævring af rygmarskanalen	37
5.2.1	Klager i forbindelse med indikation for operation.....	37
5.2.2	Klager i forbindelse med indgreb på forkert niveau	40
5.2.3	Klager vedrørende andre forhold ved operation	42
7.	KLAGER I FORBINDELSE MED BRUD PÅ RYGSØJLEN	48
6.1	Generelt vedr. brud på rygsøjlen.....	48
6.2	Konkrete klager i forbindelse med brud på rygsøjlen.....	49
8.	KLAGER I FORBINDELSE MED BEHANDLING AF HJERNESVULSTER.....	52
8.1.	Generelt vedr. hjernesvulster	52
8.2.	Konkrete klager i forbindelse med behandling af hjernesvulster	54
9.	SAGSOVERSIGT.....	68

1. INDLEDNING

Dette er en sammenfatning af Patientklagenævnets praksis i neurokirurgiske klager, omfattende 40 afgørelser, truffet i perioden 1999 til 2003.

Sammenfatningen består af 7 kapitler. I *kapitel 2* omtales de relevante retsregler og i *kapitel 3* relevante anatomiske betegnelser og relevante undersøgelser. I *kapitel 4* gennemgås de sager, der vedrører klager over behandling og information i forbindelse med diskusprolaps i lænden. I *kapitel 5* beskrives nævnets praksis vedr. klager i forbindelse med diskusprolaps i nakken og i *kapitel 6* klager over behandling og information i forbindelse med forsnævring af rygmarvskanalen (spinalstenose) i lænd og nakke. Endelig behandler *kapitel 7* klager over behandling af brud på rygsøjlen og *kapitel 8* nævnets praksis vedr. klager over behandling af hjernesvulster.

I hvert kapitel refereres et antal afgørelser, der belyser nævnets praksis på det pågældende område. I den elektroniske udgave af praksissammenfatningen på nævnets hjemmeside www.pkn.dk er der links til de anonymiserede afgørelser. Det er således muligt at læse afgørelserne i deres hele længde.

Sammenfatningen vil blive opdateret med ny praksis efter behov.

2. RETSREGLER

Lægefaglig behandling skal bedømmes efter lægelovens § 6 (lovbekendtgørelse nr. 272 af 19. april 2001 om udøvelse af lægegerning med senere ændringer). Ifølge denne bestemmelse er en læge under udøvelsen af sin gerning forpligtet til at vise omhu og samvittighedsfuldhed.

En læge må som udgangspunkt ikke indlede en behandling uden patientens informerede samtykke. Reglerne om information og samtykke fremgår af lov om patienters retsstillings kapitel 2 (lov nr. 482 af 1. juli 1998 om patienters retsstilling med senere ændringer, Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998 om information og samtykke og videregivelse af helbredsoplysninger m.v. samt vejledning nr. 161 af 16. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger m.v.). Ved informeret samtykke forstås i denne lov et samtykke, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra lægens side. Patienten har ret til at få information om sin helbredstilstand og om behandlingsmulighederne,

herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger. Informationen skal være mere omfattende, når behandlingen medfører nærliggende risiko for alvorlige komplikationer og bivirkninger.

3. RELEVANTE ANATOMISKE BETEGNELSER OG RELEVANTE UNDERSØGELSER

Relevante anatomiske betegnelser:

Columna vertebralis: rygsøjlen

Corpus vertebrae: ryghvirvel

Processus spinosus: torntap

Processus transversi: tværtappe

Processus articularis: ledtappe

Arcus vertebrae: hvirvelbuer

Lamina arcus vertebrae: bageste flad plade i hvirvelbuen

Canalis vertebralis/spinalis: rygmarvskanalen

Ligamentum flavum: ledbånd ned langs alle ryghvirvlerne, danner bagvæg i rygmarvskanalen

Diskus: båndskive – mellem ryghvirvlerne

Diskitis: betændelses- eller irritationstilstand i båndskiven

Protrusion: frembuling

Prolaps: fremfald

Cervical (C): hals-

Thoracal (T): bryst-

Lumbal (L): lænde-

Sacral (S): korsben

Medulla spinalis: rygmarven

Cauda equina: ”hestehalen”: rygmarvens nerverødder i lændedelen

Stenose: forsnævring

Dura mater: den hårde hjernehinde (som også omskeder rygmarven)

Dura arachnoidea: den bløde hjernehinde (som også omskeder rygmarven)

Relevante undersøgelser:

Myelografi: kontrastundersøgelse af rygmarven

CT-scanning: elektronisk billeddiagnostik

MR-scanning: magnetisk resonans billeddiagnostik

4. KLAGER I FORBINDELSE MED DISKUSPROLAPS I LÆNDEN

4.1. Generelt vedr. diskusprolaps i lænden

Ved skanning af lænden findes en diskusprolaps hos 20 - 25 % af befolkning, uden at der har været symptomer fra prolapsen. Hos patienter med lændesmerter med evt. udstrålende smerter til benene og en diskusprolaps ved skanning kræves derfor vurdering på en specialafdeling af, om der er sammenhæng mellem den påviste prolaps og symptomerne.

Behandlingen af diskusprolaps er i første omgang afventende, idet der er mulighed for, at symptomerne aftager spontant uden operation. Der kan evt. gives fysioterapi, hvilket kan lindre symptomerne hos nogle, men nogen helbredende effekt af fysioterapi er ikke videnskabeligt dokumenteret. Hvor længe man skal afvente, inden der skrives til operation, beror på en individuel vurdering, som bl.a. inddrager patientens holdning til operation, smertetolerance, patientens arbejdsmæssige situation samt symptomernes art og sværhedsgrad. Der kan ikke opstilles faste kriterier for det optimale operationstidspunkt. For mange patienter vil operation blive aktuelt inden for 2 - 6 måneder efter debuten af symptomerne, hvis der ikke er sket en bedring.

Ved påvirkning af nervebuntet med bl.a. vandladningsforstyrrelser (cauda equina syndrom) har der været tradition for, at der blev foretaget akut operation, ofte inden for få timer. Nye videnskabelige opgørelser viser dog, at resultatet er det samme, blot operationen foretages inden for 48 timer. Hvis der går mere end 48 timer, fra cauda-equina syndromer manifesterer sig, til operationen foretages, er slutresultatet dårligere.

4.2. Konkrete sager i forbindelse med operation af diskusprolaps i lænden

4.2.1. Klager i forbindelse med undersøgelse for diskusprolaps og indikation for operation

I det følgende redegøres for fem sager, der illustrerer nævnets praksis vedr. udredning for symptomer for diskusprolaps og indikation for at operere. Nævnet fandt ikke grundlag for kritik i disse sager.

Klager over mangelfuld udredning af symptomer på diskusprolaps

Sag 1 Klage over manglende røntgenundersøgelse mv. (0122307P)

En 79-årig mand blev henvist akut til skadestuen på grund af en forvridning i ryggen. På grund af stærke smerter blev han indlagt på neurologisk afdeling. Patienten havde gennem 6 år været genereret af rygsmerter lokaliseret over den nederste del af lænden.

Reservelæge A fandt ved en nærmere undersøgelse normale reflekser samt normal kraft og følsomhed på begge ben. Der havde ikke været vandladnings- eller afføringsproblemer. Patienten blev indlagt til observation for diskusprolaps og fik herefter medicinsk smertebehandling.

Dagen efter blev patienten undersøgt af reservelæge B, der fandt patienten forpint med smertebetinget indskrænket bevægelighed i lænderyggen og ømhed i muskulaturen i lænden. Der var normal kraft og følsomhed på begge ben, og der var ingen problemer med vandladning eller afføring. Patienten blev derfor udskrevet til hjemmet med smertestillende medicin.

På grund af fortsatte smerter fik patienten 2½ måned senere foretaget en røntgenundersøgelse af lænderyggen (columna lumbalis). Ud fra røntgenbillederne vurderede overlæge C, at der ikke var tegn på diskusprolaps, men en forskel på benlængden på 1½ cm. Overlægen henviste derfor patienten til speciallæge i fysiurgi. Speciallægen henviste patienten videre til en CT-scanning af lænderyggen. Denne undersøgelse viste en stor diskusprolaps mellem 4. og 5. lændehvirvel. Patienten blev efterfølgende opereret.

Der blev klaget over, at reservelæge A og reservelæge B ikke foretog tilstrækkelige undersøgelser. Der blev endvidere klaget over, at der ikke blev foretaget en røntgenundersøgelse af lænderyggen, og at overlæge C ikke ud fra røntgenundersøgelsen diagnosticerede diskusprolaps. Endelig blev der klaget over, at der i forbindelse med udskrivelsen ikke blev arrangeret liggende transport.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere reservelæge A og reservelæge B for deres undersøgelse af patienten.

Nævnet oplyste, at det er almindelig praksis, at lægerne i første omgang undlader at operere, så længe der ikke er tegn på tryk på nerverødderne, hvilket vil sige lammelser, føleforstyrrelser eller vandladnings- og afføringsproblemer. Indikation for akut operation samt CT-scanning findes dermed kun ved klare tegn på tryk på lændens nerverødder. Endvidere ses det ofte, at symptomerne forsvinder ved konservativ behandling.

Nævnet lagde vægt på, at patienten igennem 6 år havde været generet af periodevise lændesmerter, og ved indlæggelsen havde der været smerter i ca. 1 uge med forværring på indlæggelsesdagen. Nævnet lagde endvidere vægt på, at patienten blev udskrevet med smertestillende medicinsk behandling, samt råd om kontakt til egen læge ved manglende bedring.

Patientklagenævnet var af den opfattelse, at reservelæge A og reservelæge B optog en korrekt sygehistorie og udførte en relevant objektiv neurologisk undersøgelse. Nævnet vurderede endvidere, at reservelæge A og reservelæge B iværksatte en passende smertestillende behandling. Nævnet fandt herefter ikke grundlag for at tilsidesætte lægernes skøn over, at der ikke var tegn på tryk af nerverødderne i lænden.

Nævnet fandt ligeledes, at overlæge C havde levet op til almindelig anerkendt faglig standard ved at foretage en røntgenundersøgelse af patienten. Nævnet fandt endvidere ikke anledning til at kritisere overlægens røntgenbeskrivelse.

Nævnet lagde vægt på, at røntgenbillederne viste, at venstre hoftebenskam på de stående optagelser stod noget højere end højre hoftebenskam, hvilket tydede på, at venstre ben var lidt længere end højre (anisomeli). Overlæge C havde endvidere bemærket, at der ikke var nogen rygskevthed, som følge heraf, hvilket ellers ofte ses, ligesom der ikke var degenerative forandringer.

Sag 2 Klage over mangelfuld diagnostik (0016615A)

En 45-årig kvinde blev undersøgt af overlæge A, reumatologisk afdeling, på grund af rygsmarter, der var opstået fire måneder forinden i forbindelse med, at hun havde forløftet sig på nogle tunge kufferter. Efter undersøgelsen henviste overlæge A hende til ambulansbehandling på et gigtssanatorium. På grund af fortsat usikkerhed om hvad der var i vejen med ryggen, blev patienten undersøgt på et privathospital, hvor en overlæge mente, at der måtte være tale om diskusprolaps. Efterfølgende CT-scanning viste angivelig en stor diskusprolaps mellem nederste lændehvirvel og korsbenet. En måned senere kom patienten til ny undersøgelse hos overlæge A, som henviste hende til overlæge B, neurokirurgisk

afdeling, for at få mulighederne for operativ behandling vurderet. På grundlag af en undersøgelse fandt overlæge B ikke indikation for operation af den påviste prolaps og ej heller indikation for stabiliserende operation i lænden. Samme dag tilbød overlæge A patienten en epidural blokade på grund af smerter. Blokaden havde imidlertid ingen effekt. Ca. 1 måned senere blev patienten opereret på et privathospital, hvor der blev foretaget fjernelse af en diskusprolaps samt foretaget stivgørende operation. Operationen forløb godt og med godt resultat.

Der blev klaget over, at overlæge A foretog mangelfuld diagnosticering af patientens ryg, at han afviste at foranledige en skanning af patientens ryg, og at han afsluttede behandlingen af patienten på et tidspunkt, hvor hun fortsat havde smerter m.v. Videre blev der klaget over, at overlæge B afviste at operere patienten, og at han ikke foranledigede en second opinion, hvilket muligvis kunne have ført til operation.

Patientklagenævnet fandt, at overlæge A ikke kunne kritiseres for undersøgelse og behandling af patienten.

Nævnet lagde vægt på, at der ikke blev fundet indikation for scanning af patientens ryg, idet en udførlig objektiv undersøgelse ikke afslørede abnormiteter i form af eksempelvis nerverodstryk, som kunne indicere denne undersøgelse, og der derfor relevant blev henvist til fysioterapeutisk behandling. Videre fandt nævnet, at overlæge A korrekt foranledigede en neurokirurgisk vurdering på baggrund af den udførte CT-scanning.

Nævnet fandt ligeledes, at overlæge A på relevant fagligt grundlag forsøgte en blokade i den hårde rygmargshinde (epiduralblokadebehandling), idet der ikke var afgørende uprøvede reumatologiske behandlingsforslag.

Nævnet fandt endvidere, at overlæge B havde levet op til den almindelige anerkendte faglige standard i forbindelse med behandlingen af patienten.

Nævnet lagde vægt på, at det er almindelig klinisk praksis at være tilbageholdende med operation for diskusprolaps, når der var uoverensstemmelse imellem symptomerne, de objektive kliniske fund og den på scanningerne påviste diskusprolaps.

Nævnet oplyste, at resultaterne af sådanne indgreb ofte er dårlige, idet lændesmerterne da kan have anden årsag end selve prolapsen. Hertil kommer, at der også ved et sådant tvivlsomt indiceret indgreb er risiko for komplikationer.

Nævnet kunne endvidere oplyse, at det er meget usædvanligt, at en overvejende venstresidig prolaps giver symptomer i højre ben, når der overhovedet ikke er symptomer i venstre ben, særligt når prolapsen som i den pågældende patients tilfælde vurderet ud fra CT- og MR-skanning ikke syntes at påvirke de højresidige nerverødder.

Endelig var det nævnets opfattelse, at det ikke er almindelig praksis at henvise til en kollega med henblik på at få endnu en vurdering, specielt ikke, hvis den pågældende patient ikke overfor lægen udtrykker ønske herom.

Klager over for sen foretaget operation

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet i denne sag fandt, at der i forbindelse med rygsmarter og deraf følgende smerter ved gang ikke skulle foretages akut operation, medmindre der var tegn på en akut opstået svær lammelse eller dropfod.

Sag 3 Klage over lang ventetid forud for operation (00F017P)

En 36-årig mand henvendte sig hos praktiserende læge A på grund af rygsmarter. Ved undersøgelsen blev det konstateret, at hans gang var besværet af smerter, og at den venstre akillessenerrefleks ikke kunne udløses ved forsøg på hæl gang. Der var imidlertid ikke symptomer på venstresidig dropfod. Patienten blev henvist akut til nærmere undersøgelse på sygehus. Efter en undersøgelse skrev 1. reservelæge B patienten op til kortest ventetid, hvilket var inden for 14 dage. 12 dage senere blev patienten undersøgt af en anden 1. reservelæge, der vurderede, at patienten havde venstresidig dropfod, og at der var behov for at gennemføre en akut CT-scanning, idet der var tegn på en diskusprolaps. Dagen efter blev patienten opereret for venstresidig diskusprolaps.

Der blev klaget over, at der gik for lang tid, inden patienten modtog behandling, idet han fik dropfod som følge af ventetiden på ca. 14 dage.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere den behandling, som praktiserende læge A havde foretaget. Nævnet lagde vægt på, at patienten tidligere havde haft en diskusprolaps, der havde medført en let svækkelse af kraften i venstre fod, og at praktiserende læge A havde undersøgt patienten for kraft og reflekser samt følesans i begge ben.

Nævnet oplyste, at diskusprolaps overvejende behandles ved hjælp af smertestillende medicin, aflastning og efterfølgende rygtræning. I forbindelse med vedvarende tegn på

påvirket nervefunktion, kan operation komme på tale. Akut indlæggelse foretages kun, såfremt der er tegn på afklemning af nerver til benene med føletab på lårets inderside, samt ophævet evne til at styre afføring og vandladning.

Ligeledes fandt nævnet ikke grundlag for at kritisere praktiserende læge A's beslutning om snarlig indkaldelse. Nævnet har lagt vægt på, at der på undersøgelsestidspunktet ikke var tegn på afklemning af nerver til benene.

Nævnet fandt endvidere ikke grundlag for at kritisere den beslutning, som 1. reservelæge B tog i forbindelse med visitationen af patienten, ved at sætte ham på venteliste frem for at blive indkaldt akut. Nævnet lagde vægt på, at det på baggrund af henvisningen ikke kunne konstateres, at patienten havde en akut opstået svær lammelse eller dropfod. Han blev derfor, i henhold til afdelingens retningslinier, skrevet op til behandling inden for 14 dage.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet fandt, at indikation for akut operation samt CT-scanning af ryggen på grund af stærke lændesmerter kun fandtes ved klare tegn på tryk på lændens nerverødder.

Sag 4 Klager over, at patienten ikke blev opereret akut (0122125P)

En 31-årig kvinde var indlagt til konservativ behandling af lændesmerter, uden dette havde haft effekt. En CT-scanning viste, at hun havde en diskusprolaps ud for 5. lændehvirvel (ekstern lateral venstre L5 prolaps). Patienten havde endvidere problemer med vandladning og afføring. Hun blev derfor overflyttet til neurologisk afdeling.

På neurologisk afdeling fandt man ikke umiddelbart overensstemmelse mellem det kliniske billede og den ved CT-scanning påviste prolaps, der havde en velkendt, men sjælden lokalisation. Det blev besluttet at foretage en MR-scanning før en operation. Imidlertid blev patientens tilstand forværret med flere smerter, hvorfor hun blev opereret akut. Under operationen fandt overlæge A en moderat stor diskusprolaps lokaliseret ud for 5. lændebruskskive. Prolapsen blev fjernet i et moderat stort stykke og flere små stykker. Fem dage senere blev patienten udskrevet, idet hun var fuldt mobiliseret og selvhjulpent, men det murrede fortsat i venstre ben, og der var lidt eftergivenhed ved bagud- og opad bøjning i venstre fod.

Patienten henvendte sig 1½ måned senere med henblik på ambulant kontrol. Siden udskrivelsen havde der kun været beskedent bedring i tilstanden, og patienten var fortsat generet af lændesmerter af svingende styrke, smerter i venstre ben samt dødhedsfølelse ved oversiden af venstre 1. tå og udsiden af venstre underben. Der blev

ordineret en MR-scanning, idet overlæge A vurderede, at der fortsat kunne være påvirkning af venstre 5. lænderod.

En efterfølgende MR-scanning viste et moderat stort tilbagefald (recidiv) af prolapsen ud for 5. lændehvirvel. På baggrund af MR-scanningen og patientens symptomer fandtes der klar operationsindikation. En måned senere henvendte patienten sig i neurokirurgisk ambulatorium på grund af betydelige lændesmerter. Efter en nærmere undersøgelse blev det aftalt, at patienten skulle møde som planlagt til operation 14 dage senere. Ved operationen fandt man en fri prolaps (recidiv), som blev fjernet i et sammenhængende stykke.

Efter operationen havde patienten fortsat problemer med venstre fod med betydelig nedsat kraft svarende til 1. tås opad bøjning (dropfod).

Der blev klaget over, at lægerne i perioden fra nytår og frem til operationen 4½ måned senere vurderede, at det ikke var nødvendigt at operere patienten akut for diskusprolaps, og at dette medførte, at patienten fik dropfod.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere lægerne på neurokirurgisk afdeling for deres behandling.

Nævnet lagde ved sin afgørelse vægt på, at der ved indlæggelsen ikke var sikre tegn på længerevarende eller akut påvirkning af bevægenerven til venstre ben, hvorfor der blev planlagt en supplerende MR-scanning. Imidlertid udviklede patientens symptomer sig yderligere med kraftnedsættelse af foden. Der blev derfor af foretaget en fremrykket operation, hvor overlæge A, så vidt det var muligt, tømte diskusrummet for degenereret diskusvæv.

Nævnet lagde videre vægt på, at der 5 dage efter operationen var lidt eftergivenhed ved opad bøjning (dorsalflektion) i venstre fod, men ingen lammelse (parese), og at patienten 1½ måned senere fik konstateret markant lammelse over tærne på venstre side, men normal kraft over ankelledet.

Nævnet lagde herunder vægt på, at der blev bestilt MR-scanning på grund af smertetilstanden, men at der ikke var objektive forhold, der indicerede, at scanningen skulle fremrykkes.

Nævnet har endelig lagt vægt på, at patienten blev skrevet op til reoperation på baggrund af MR-scanningen, og at der i ventetiden på indgrebet ikke forekom forhold, der indicerede en fremrykket operation.

Sag 5 Klage over for sen operation (0122814A)

En 50-årig mand kom til undersøgelse og behandling for diskusprolaps på neurokirurgisk afdeling. Ved undersøgelsen af patienten fandt 1. reservelæge A nedsat følsomhed på ydersiden af højre lår til knæniveau, og der var svækkede højresidige reflekser svarende til knæet. Der blev fundet en anelse kraftnedsættelse ved bevægelse af højre knæled, men ingen lammelse over ankel, led og tær, og der var normale reflekser i foden. Der blev ordineret CT-scanning.

Scanningen viste en højresidig prolaps, som skubbede til den højre 3. lænderod, og en stor højresidig prolaps, som pressede på den højre 4. lænderod. 1. reservelæge B foretog en fornyet undersøgelse, da han havde set billederne, og han fandt stor forskel på reflekserne på knæets yderside samt nedsat kraft ved strækning af højre ben. På grundlag af undersøgelsen fandt han, at der burde fortages yderligere CT-scanning af de to øverste lændehvirvler.

Patienten blev scannet omkring midnat, og 1. reservelæge B konkluderede, at der ikke akut skulle foretages operation. Patienten blev opereret dagen efter. Operationen forløb uden komplikationer.

Patienten oplyste efterfølgende, at hans højre ben fra midt på balden til under knæet er blevet følelsesløst.

Der blev klaget over, at lægerne efter patientens ankomst til neurokirurgisk afdeling undersøgte og opererede ham for sent.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere lægernes behandling af patienten, idet nævnet lagde vægt på, at klagers smerter var startet 2 dage før indlæggelsen, og at klager blev undersøgt umiddelbart efter morgenkonferencen med henblik på stillingtagen til, hvorvidt der var lammelse eller svækkelse af foden, idet dette ville være indikation for akut operation. Der blev ikke fundet indikation for akut operation. Der blev ordineret CT-scanning.

Endvidere lagde nævnet vægt på, at der samme eftermiddag blev foretaget yderligere en undersøgelse, hvor man ikke fandt føleforstyrrelser i ridebukseområdet eller problemer med endetarmslukkemusklen, og de i benet fundne symptomer gik ikke til under knæniveau. Da billederne fra den tidligere samme dag foretagne CT-scanning forelå, blev det besluttet at foretage en supplerende CT-scanning, der viste en prolaps i 3. og 4. lændebåndskive.

Da resultatet af denne supplerende CT-scanning forelå, blev det vurderet, at der ikke var indikation for akut operation, men at klager skulle opereres subakut den følgende dag, da klager havde lammelse i lårbensmuskulaturen.

Nævnet oplyste, at akut operation vil være påkrævet ved tegn på lændediskusprolaps, hvis der er påvirkning af nerverne til blæren eller endetarmslukkemusklen (cauda equina-syndrom) eller hurtigt udviklet sværere kraftnedsættelse. Operation kan overvejes akut eller fremskyndet, hvis der er voldsomme smerter, der ikke kan behandles med smertestillende lægemidler. Nedsat følesans alene kræver ikke akut operation.

Nævnet lagde tillige vægt på, at der ved operationen blev fjernet en prolaps svarende til både 3. og 4. lændebåndskive.

Nævnet oplyste endvidere, at der efter en operation for lændediskusprolaps i de fleste tilfælde kun vil komme en gradvis eller ingen bedring af den nedsatte følesans, uanset hvornår operationen udføres.

Nævnet fandt, at der ikke var forhold i det aktuelle tilfælde, der gjorde akut operation påkrævet.

4.2.2. Klager i forbindelse med udførelse af operation

I dette afsnit gennemgås fire sager, der illustrerer nævnets praksis vedrørende retningslinjerne for selve udførelsen af operation for diskusprolaps i lænden. Sagerne illustrerer, hvad nævnet anser for en relevant fremgangsmåde ved operation for diskusprolaps.

Sager med kritik

I den følgende sag fandt nævnet grundlag for kritik af behandlingen. Nævnet lagde vægt på, at operatøren foretog et indgreb på højre side af 5. lændehvirvel til trods for, at patienten havde symptomer på en påvirkning af en venstresidig nerverod.

Sag 6 Klage over irrelevant operation (9907705P)

En 32-årig kvinde fik på ortopædkirurgisk afdeling konstateret et brud på halebenet efter et fald, hvor hun var landet på en jernring. Hun havde efterfølgende lændesmerter med udstråling til venstre fod og ben. Ved en senere MR-scanning blev der konstateret en udbuling af båndskiven mellem 5. lændehvirvel og korsbenet, overvejende på højre side, det vil sige modsat symptomerne. 2 måneder senere blev patienten undersøgt af en speciallæge i neurokirurgi, der vurderede, at der var tale om en diskusprolaps og anbefalede en operation herfor.

En måned senere blev patienten undersøgt af en læge på neurokirurgisk ambulatorium, der konkluderede, at der var symptomer på en diskusprolaps mellem 5. lændehvirvel og korsbenet, især på venstre side. Lægen fandt indikation for operation for diskusprolaps.

Den 15. maj 1999 blev patienten opereret. Overlæge A foretog indgrebet fra højre side, hvorved han fjernede nederste højre lamina på 5. lændehvirvel, og han fandt en moderat frembuling (protusion) af diskus. Diskus blev åbnet, og der blev udtømt en del moderat nedbrudt væv.

Det fremgik af overlægens udtalelse, at han dagen før operationen havde en samtale med patienten, og at han var fuldt ud klar over, at patientens symptomer var venstresidige, men at frembulingen havde størst udbredning mod højre, hvorfor han valgte en højresidig adgang i og med at det også ville være muligt at tømme en diskus fra den højresidige adgang.

Efter operationen forsvandt patientens symptomer, men ved en senere kontrolundersøgelse kunne det konstateres, at symptomerne fra venstre ben var genopstået inden for de sidste 3 uger. En MR-scanning viste, at der stadigvæk var en prolaps i venstre side.

3 måneder senere blev patienten reopereret (ablatio prolapsus lumbalis L5/S1). Under operationen fandtes en forholdsvis stor frembuling (protrusion) af 5. diskus. Nerven (1. sacralrod) blev frilagt, og efter operationen var der god plads i rodkanalen. Indgrebet forløb ukompliceret ligesom det postoperative forløb.

Der blev klaget over, at overlæge A foretog en irrelevant operation, og at operationen ikke blev udført med den fornødne omhu. Klager anførte endvidere, at overlæge A burde havde foretaget en såkaldt PLIFF-operation.

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere overlæge A for hans behandling af patienten.

Patientklagenævnet lagde herved vægt på, at patienten havde symptomer i form af smerter i ryggen med udstråling til venstre ben og en sovende fornemmelse på ydre fodrand på venstre side, samt svækket kraft ved nedadbøjning af foden, hvilket tydede på en påvirkning af 1. korsbensnerverod.

Patientklagenævnet lagde endvidere vægt på, at MR-scanningen, som lå til grund for den første operationen, ikke viste en klar påvirkning af venstre 1. korsbensnerverod på trods af symptomerne. Operationen måtte betragtes som et eksplorativt indgreb i den hensigt at finde årsagen til patientens symptomer.

Patientklagenævnet fandt herefter, at det havde været relevant at foretage operationen fra den side, hvorfra patientens smerter kom, således fra venstre side, med forsøg på at frilægge den nerverod, fra hvilken det måtte antages, at symptomerne stammede.

Nævnet oplyste, at det forhold, at patientens symptomer forsvandt i tre uger efter operationen, ikke kunne tages til indtægt for indgrebets relevans, idet det er velkendt, at selv en operation på et forkert niveau kan føre til symptomfrihed en kort periode.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlæge A for ikke at have foretaget en såkaldt PLIFF-operation.

Nævnet lagde herved lagt vægt på, at patienten forinden operationen den 15. maj 1999 blev informeret om, at det eventuelt kunne blive relevant at foretage en rygstabiliserende operation, såfremt operationen ikke havde tilstrækkelig effekt, men at det efterfølgende på relevant grundlag konkluderedes, at symptomerne ikke ville kunne afhjælpes ved en PLIFF-operation.

Nævnet fandt endvidere ikke grundlag for at kritisere overlæge A for den udførte operation.

Nævnet lagde herved lagt vægt på, at overlæge A ifølge operationsbeskrivelsen udførte den højresidige operation med den fornødne tekniske omhu.

Sager uden kritik

Nævnets praksis er, at der ikke findes grundlag for kritik af operatøren, såfremt denne har fulgt en almindelig anerkendt procedure på baggrund af de foreliggende symptomer og undersøgelsesfund.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet ikke finder grundlag for at kritisere en operatør, selv om rygsmerterne ikke forsvinder umiddelbart efter indgrebet, og der samtidig ikke foreligger objektive fund i ryggen, som støtter, at operationen ikke blev foretaget korrekt

Sag 7 Klage over ukorrekt udført operation (0017206P)

En 21-årig kvinde blev indlagt på neurokirurgisk afdeling på grund af smerter i lænden med udstråling til venstre ben samt vandladningsgener. En MR-scanning af lænderygsøjlen (columna lumbalis) viste, at der var en diskusprolaps midtfor og til højre (paramedian) i niveau med 4. og 5. lumbalhvirvel. Der blev ordineret tilsyn, og patienten fik ordineret sengeleje og rygøvelser. Efter udskrivelsen blev det ved en ambulant kontrol vurderet, at patientens symptomer var forværrede, hvorfor patienten blev indlagt på neurologisk afdeling og opereret to dage senere af 1. reservelæge A og overlæge B. Efter operationen fik patienten ved en CT-scanning og en røntgenundersøgelse af den forlængede marv, der forbinder rygmarven og hjernen i lænden (lumbal myelografi) påvist en ny diskusprolaps, hvilket hun blev opereret for af 1. reservelæge A sammen med overlæge B.

Der var efterfølgende bedring af symptomerne, og patienten blev udskrevet. Ved en senere ambulant kontrol på reumatologisk afdeling oplyste patienten, at der var tilkommet smerter, og en undersøgelse viste, at der fortsat var lammelse i muskulaturen i højre ben.

Der blev blandt andet klaget over, at der blev fundet indikation for at operere. Der blev endvidere klaget over, at operationerne ikke blev udført korrekt, idet der ikke efterfølgende var bedring i tilstanden.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere, at patienten blev indstillet til de operationer, som blev gennemført på neurokirurgisk afdeling. Nævnet lagde vægt på, at patienten havde vedvarende vandladningsproblemer, smerter samt lammelse og smerter i højre ben (dorsalfleksionsparese). Endvidere blev der påvist en diskusprolaps ved CT-scanning og en røntgenundersøgelse af den forlængede marv, der forbinder rygmarven og hjernen (myelografi).

Patientklagenævnet fandt ikke er grundlag for at kritisere udførelsen af operationerne foretaget på neurokirurgisk afdeling.

Nævnet lagde vægt på, at der ved operationen den 29. april 1999 blev foretaget en frilægning af området mellem 4. og 5. lændehvirvel, hvorefter der blev fjernet knoglemateriale på 4. lændehvirvel samt diskusvæv, og at der herefter var god plads til nerven (frit i rodkanalen og ind under roden).

Nævnet lagde endvidere vægt på, at der ved operationen den 7. maj 1999 blev fjernet en blodansamling (hæmatom) ved nerveroden, og at der herefter blev fjernet en diskusprolaps, hvorefter der var god plads til nerven.

Sag 8 Klage over fejloperation(0122928P)

En 45-årig kvinde var i 1995 blevet opereret for en diskusprolaps og havde siden da haft tiltagende smerter, og siden december 1999 havde der været udstråling til venstre ben. En MR-scanning viste tegn på fornyet diskusprolaps, og en undersøgelse viste nedsat kraft i venstre ben samt nedsat følsomhed på venstre underbens yderside og fodrand. Patienten blev i 2000 igen opereret for diskusprolaps.

Patienten blev informeret om risikoen for komplikationer i forbindelse med operationen samt orienteret om, at der ville være 60-70 % sandsynlighed for, at operationen ville hjælpe.

Under operationen blev patienten lagt i bugleje, efter at bedøvelsen var begyndt at virke, hvilket var i overensstemmelse med neurokirurgisk afdelings faste retningslinier. Patienten lå i bugleje i ca. 3 ½ time. I forbindelse med operationen var der problemer med at frilægge nerverødderne på grund af omfattende sammenvoksninger og arvæv i området. Efter at nerverødderne var frilagte, blev selve prolapsen fjernet.

Efter operationen havde patienten smerter i venstre ben samt føleforstyrrelser på ydersiden af foden og i stortåen. Ved en undersøgelse blev der fundet nedsat følsomhed i hele venstre fod samt manglende akillessenerefleks på venstre side og kraftnedsættelse ved løft af venstre fod. Der blev derfor to måneder efter operationen foretaget fornyet MR-scanning, som viste følger efter operationen med betydelig ardannelse, men ingen tegn på fornyet diskusprolaps.

Der blev klaget over, at patienten var blevet fejlopereret for diskusprolaps, idet hun oplyste, at hun efter operationen fik flere smerter, og at hun var forkert lejret under operationen.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere den behandling, som patienten modtog af lægerne på neurokirurgisk afdeling og operations- og anæstesiologisk afdeling i forbindelse med operationen for diskusprolaps.

Nævnet lagde vægt på, at patienten i 1995 blev opereret for en diskusprolaps fra 5. lændebruskskive i venstre side, at hun på ny havde fået symptomer herfra, og at en MR-skanning viste, at diskusprolapsen havde gendannet sig (en såkaldt recidivprolaps).

Nævnet lagde videre vægt på, at patienten forud for operationen blev informeret om, at udsigterne til, at operationen ville hjælpe var omkring 60–70 % samt om, at der ville være risiko for komplikationer i forbindelse med operationen i form af læsion af nerverødder eller rygmarsvshinde og infektion.

Nævnet fandt, at operationen ifølge operationsbeskrivelsen og udtalelserne fra de behandlende læger blev udført i overensstemmelse med anerkendt faglig standard.

Nævnet lagde til grund, at der var meget arvæv efter den første operation, hvilket besværliggjorde frilægningen af nerveroden og diskusprolapsen.

Nævnet oplyste, at arvæv er meget fast, nærmest bruskagtigt, og at der altid er en risiko for at beskadige nerveroden, da nerveroden ligger indlejret i dette, når denne skal frilægges. Det er nødvendigt at frilægge nerveroden, for at man kan fjerne den nye prolaps. Læsioner af nerveroden kan sandsynligvis også opstå alene på grund af trykket fra diskusprolapsen.

Nævnet fandt endvidere, at der ikke var grundlag for at kritisere 1. reservelæge A og 1. reservelæge B for lejringen af patienten under operationen.

Nævnet lagde vægt på, at patienten blev lejret i sengen i rygleje, medens bedøvelsen blev indledt, og at hun blev vendt i bugleje, da hun sov, og blev understøttet af puder efter afdelingens faste retningslinier.

Nævnet lagde videre vægt på, at patienten fik påvirket blodtryk i forbindelse med lejringen, og at operationslejet som følge heraf under operationen blev drejet lidt til den ene side, hvilket sammen med indgift af væske og medicin stabiliserede tilstanden.

Nævnet oplyste, at det er velkendt, at blodtilbageløbet fra benene til hjertet kan forhindres, når patienten ligger i bugleje, især hos overvægtige personer, hvor maven trykker på de dybe vener i bughulen. Ved at dreje operationslejet lidt til siden, kan trykket på venerne nedsættes.

Nævnet fandt, at den skrå lejring kunne have besværliggjort indblikket i operationsfeltet, men at dette ikke i sig selv havde medvirket til, at symptomerne ikke forsvandt efter operationen.

Sag 9 Klage over resultatløs operation for diskusprolaps (0236122P)

En 40-årig mand havde 6 år tidligere fået konstateret en diskusprolaps. Rygsmerterne var pludselig blevet forværret med udstråling til venstre ben, ligesom der var tilkommet vandladningsbesvær. Ved en CT-scanning blev der konstateret en stor diskusprolaps mellem 5. lændehvirvel og korsbenet på venstre side samt snævre pladsforhold ud for 4. lændehvirvel. Ved operationen frilagde en 1. reservelæge først området svarende til 5. lændehvirvel. Der blev fundet en udbuling af diskus, som blev åbnet, og der blev foretaget en frilægning af nerveroden. Som en ekstra sikkerhed blev der foretaget røntgengennemlysning for at sikre operationsniveauet. Da der ikke blev fundet den forventede store prolaps, valgte 1. reservelæge at foretage supplerende frilægning på den ovenfor beliggende lændehvirvel, idet der også var fundet forandringer på dette niveau ved CT-scanningen, og han frilagde således også nerveroden på dette niveau.

Kort efter operationen fik patienten atter smerter på trods af behandling med smertestillende medicin. 3 uger senere blev der foretaget en MR-scanning. Undersøgelsen viste arvæv i venstre side af rygmarvskanalen, samt at to nerverødder var indlejret i arvævet, men der var ingen prolaps. Det blev på denne baggrund vurderet, at der ikke var noget at gøre kirurgisk, men at tiden muligvis ville løse problemet. En måned senere konsulterede patienten en læge i USA. Denne læge konkluderede, at MR-skanningen primært viste arvæv, men at en tilbagevendt (recidiv) prolaps ikke helt kunne udelukkes. Den amerikanske læge foretog en ny operation, hvor han fjernede yderligere knoglevæv og arvæv, men der blev ikke fundet nogen tilbagevendt prolaps. I diskusrummet blev der fundet et lille knoglefragment, som blev fjernet.

Der blev klaget over, at patienten efter operationen på det danske sygehus havde fået meget store smerter i venstre ben, ligesom der var opstået følelseløshed i venstre fod og lår.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik. Nævnet lagde vægt på, at fremgangsmåden ved operationen var relevant, og at der ikke var grundlag for, at det lille knoglefragment i diskusrummet havde kunnet give anledning til tryk på nerven.

Nævnet oplyste, at resultatet efter en operation for diskusprolaps ikke altid er tilfredsstillende. Chancen for bedring er således dårligere, hvis der ikke findes en regulær prolaps ved operationen, eller hvis der har været mangeårigt lænderygbesvær forud for operationen. Det kan tage op til flere måneder, før man kan vurdere det endelige resultat efter operationen.

Nævnet oplyste desuden, at der ikke kan opstilles faste retningslinier for, i hvilke tilfælde og hvornår man skal foretage en reoperation. Det er dog almindeligt og anerkendt på baggrund af den videnskabelige litteratur, at man ikke tilbyder reoperation, hvis der udelukkende findes arvævsforandringer.

4.2.3. Klager over operation på forkert niveau

I dette afsnit refereres 6 afgørelser om operation for diskusprolaps i lænden, hvor det efterfølgende viste sig, at operationen var foretaget på et andet niveau eller anden side end det tilsigtede.

Afgørelserne viser, at operation på en forkert bruskskive i flere konkrete sager ikke blev anset for kritisabelt, da operatøren har anvendt en almindelig anerkendt metode og i øvrigt ikke burde have fået mistanke om, at der blev opereret på et utilsigtet niveau.

I 4 af de 6 afgørelser fandt nævnet ikke grundlag for at kritisere operatøren. Ved afgørelserne blev der lagt vægt på, at kirurgerne havde bestemt niveauet efter normal praksis ved at tælle antallet af hvirvelbuer fra korsbenet. Der blev yderligere lagt vægt på, at der under operationen ikke blev fundet forhold, der gjorde, at man mistænkte, at operationen blev foretaget på et forkert niveau. Der er ikke praksis for at foretage røntgenkontrol under operation for diskusprolaps i lænden. I et konkret tilfælde har nævnet fundet, at det havde været hensigtsmæssigt, om der havde været foretaget en røntgengennemlysning under operationen.

I 2 af de 6 afgørelser fandt nævnet grundlag for kritik. I den ene sag lagde nævnet vægt på, at der blev foretaget frilægning på den forkerte side af lændehvirvlen uden fund af prolaps, og at de

anatomiske forhold ikke gav mulighed for at forveksle siden. I den anden sag lagde nævnet vægt på, at en overlæge, der assisterede en mindre erfaren kirurg, ikke selv kontrollerede operationsniveauet.

Ved operation for diskusprolaps i lænden lægges et snit i den nederste del af lænden. Den korrekte fremgangsmåde til at finde den tilsigtede diskus er at tælle antallet af hvirvelbuer fra korsbenet, som ligger umiddelbart under den femte og nederste lændehvirvelbue. En del af hvirvelbuen fjernes dernæst, således at man kan komme ind i rygmarvskanalen. I rygmarvskanalen holdes rygmarvssækken til side, og man kan herefter se diskus og en eventuel diskusprolaps.

Proceduren med at tælle antallet af hvirvelbuer giver som regel tilstrækkelig sikkerhed for, at man kommer ind på den korrekte diskus. Der optræder imidlertid visse variationer over opbygningen af lænderyggen, idet korsbenet er dannet af flere hvirvler, der er vokset sammen i fostertilstanden. I visse tilfælde er sammenvoksningen ikke komplet, og en sådan delvis eller ikke sammenvokset korsbenshvirvel kan forveksles med en lændehvirvel. I enkelte tilfælde kan der ske en sammenvoksning af den nederste lændehvirvel med korsbenet. Der kan også ses andre variationer over opbygningen af rygsøjlen og korsbenet. I tvivlstilfælde kan det korrekte niveau sikres ved anvendelse af røntgen under operationen. Røntgenkontrol under operationen anvendes ikke rutinemæssigt på alle afdelinger, blandt andet fordi det forlænger operationstiden.

Der blev i alle sager klaget over, at operationen var foretaget på et forkert niveau. I en enkelt sag blev der desuden klaget over, at der ikke var anvendt en røntgenundersøgelse under indgrebet.

Sager uden kritik

Sag 10 (0017622A)

En 44-årig kvinde blev indlagt, da hun i et halvt år havde haft vedvarende lændesmerter med udstråling til ydersiden af højre ben. Den objektive undersøgelse og røntgenbilleder tydede på kompression af 5. lumbalnerverod på højre side, og det blev besluttet at operere.

Forløbet efter operationen var fredeligt, og smerterne forsvandt stort set. Patienten genoptog sit arbejde, men de efterfølgende år havde hun igen lændesmerter med udstråling ned i højre ben, ligesom hun havde kort gangdistance. Ved CT-scanning 6 år efter operationen blev det konstateret, at patienten var blevet opereret på 3. lændehvirvel og ikke som planlagt på 4. lændehvirvel.

Der blev klaget over, at patienten var blevet opereret for diskusprolaps på 3. lændehvirvel og ikke som planlagt på 4. lændehvirvel.

Nævnet fandt ikke grundlag for at udtale kritik. Nævnet lagde vægt på, at det af operationsbeskrivelsen fremgik, at den nerverod, som lægen havde anset for at være 5. rod, givetvis havde været klemmt. Den diskus, som lægen havde anset for at være 4. lændehvirvel, frembulede ganske let, og der blev udtømt sparsom mængde degenereret diskusvæv. På baggrund af disse omstændigheder fandt nævnet, at den opererende læge havde udført operationen i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard.

Nævnet oplyste, at lænderygsøjlen normalt består af 5 lændehvirvler. Der er 5 bruskskiver, hvoraf den 5. ligger imellem den 5. lændehvirvel og korsbenet. Fra hver lændehvirvel går der en hvirvelbue bagom rygmarvskanalen og midt på hvirvelbuen bagtil sidder tornappen. Den 5. hvirvelbue sidder ud for den 5. bruskskive, hvorfor man bruger denne som pejlingsmærke og derfra tæller opad, til man når den rette hvirvelbue.

Nævnet oplyste endvidere, at selv om disse (og andre) ovennævnte pejlingsmærker altid anvendes til sikring af det korrekte operationsniveau, er det ikke muligt at undgå, at der af og til vil blive opereret på det forkerte niveau. Hvirvelbuerne kan være mere eller mindre tydelige, og der kan være anatomiske variationer i hvirvelsøjlestrukturen, der gør, at man ikke altid får identificeret den korrekte hvirvelbue. Selvom der anvendes røntgengennemlysning under operationen, er det stadig ikke muligt at undgå, at der af og til vil blive opereret på den forkerte hvirvelbue og dermed bruskskive.

Sag 11 (9804318B)

En 48-årig kvinde havde i over 3 år haft smerter i venstre side af ryggen. Ved en CT-scanning blev det konstateret, at symptomerne skyldtes en diskusprolaps i lænden. Man havde desuden kendskab til, at hun havde en anatomisk variant, som bestod i, at det første segment af korsbenet var frit og derved fremtrådte som en ekstra såkaldt falsk 6. lændehvirvel.

Operatøren foretog indledningsvist en røntgengennemlysning for at sikre sig, at han gik ind på det niveau, hvor der var konstateret en diskusprolaps. Efter at have fastlagt dette niveau, foretog han en afklipning af en mindre del af lændehvirvelen for at nå ind til rygmarvskanalen og den formodede diskusprolaps. Umiddelbart efter afklipningen af knoglestykket kunne lægen imidlertid se, at han ikke var i kontakt med diskusprolapsen og blev herved klar over, at han havde fjernet et knoglestykke fra den ekstra 6. lændehvirvel. Efter en ny gennemlysning bevægede han sig et segment op og foretog herefter en operation med fjernelse af en stor diskusprolaps ved 5. lændehvirvel og 5. lændediskus.

Der blev klaget over, at patienten blev opereret på et forkert niveau.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af behandlingen. Selv om patienten i første omgang havde fået foretaget frilægning på forkert lændehvirvelniveau, fandt nævnet, at lægen havde handlet i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard. Det var nævnets vurdering, at den ekstra frilægning og afbidning af en mindre del af knoglen på den ekstra lændehvirvel ikke havde haft betydning for patientens smerter efter operationen. Nævnet fandt herefter, at der ved røntgengennemlysningen var foretaget en tilstrækkelig grundig undersøgelse af operationsstedet, og at frilægning på et forkert niveau ikke kunne anses for en fejl, da der under selve operationen blev korrigeret for højden.

Nævnet oplyste, at frilægning på et forkert niveau ikke er sjælden, og at dette især gælder overgangshvirvler, hvor de normale fikspunkter er forskudt. Nævnet oplyste endvidere, at røntgengennemlysning normalt ikke anvendes rutinemæssigt ved operation for diskusprolaps i lænden, heller ikke når der er tale om overgangshvirvler med seks lændehvirvler.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet ikke fandt grundlag for at kritisere en operatør for ikke at anvende røntgenkontrol under en operation for diskusprolaps, selvom operationen blev foretaget på forkert lændehvirvelniveau, da operatøren havde anvendt en almindelig anerkendt fremgangsmåde til bestemmelse af det korrekte lændehvirvelniveau.

Sag 12 (99F027B)

En 48-årig kvinde havde ved en røntgenundersøgelse og en CT-scanning fået påvist en diskusprolaps ved nederste og næstnederste lændehvirvel på højre side. Den læge, som foretog det efterfølgende indgreb, følte efter og var overbevist om, at han mærkede overkanten af halebenet. Han var derfor ikke i tvivl om, at han befandt sig på det korrekte operationsniveau. Han foretog frilægning af de to nederste frie hvirvelbuer (laminae) og en delvis fjernelse af den flade del af næstnederste hvirvelbue. Der blev fundet hævelse af ledbåndene (ligamenterne), som kunne forklare de forandringer, der var set ved røntgenundersøgelsen. Der blev ikke fundet tegn på diskusprolaps, og nerveroden blev frilagt.

Da der ikke var nogen virkning af operationen, blev der foretaget kontrol ved en røntgenundersøgelse, hvorved man konstaterede, at indgrebet var blevet foretaget et

niveau højere end planlagt. En uge senere blev patienten reopereret, hvor man foretog røntgengennemlysning under operationen for at sikre sig, at man fandt det korrekte sted.

Der blev klaget over, at der ikke blev foretaget en røntgengennemlysning under operationen for at sikre, at operationen blev foretaget det rigtige sted.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere operatøren. Nævnet bemærkede, at såfremt den opererende læge ved at føle sig frem er overbevist om, at der kan opereres det korrekte sted, er det ikke almindelig praksis at foretage røntgengennemlysning til bekræftelse heraf.

Nævnet fandt, at patienten var blevet opereret i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard, da den opererende læge havde følt sig frem til det sted, hvor der skulle opereres og her fandt tykke bindevævsstrøg, som kunne forklare trykket på nerveroden. Der blev endvidere efterfølgende endnu en gang følt efter, om der var opereret det korrekte sted.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet i konkrete tilfælde kan finde det hensigtsmæssigt, at en operatør anvender røntgenkontrol under en operation for diskusprolaps i lænden, selvom han har anvendt en almindelig anerkendte fremgangsmåde til bestemmelse af det korrekte lændehvirvelniveau.

Sag 13 (9913811B)

En 55-årig mand havde været til en CT-scanning af lændehvirvelsøjlen et par måneder forinden, hvor der var påvist et mindre fremfald (prolaps) fra 5. lændehvirvel. Han blev herefter opereret af to læger. Efter indgrebet var smerterne væk, men efter 2 ½ måned kom de igen med samme lokalisation som før operationen. Der blev foretaget en MR-scanning af lændehvirvelsøjlen. Scanningen viste, at patienten var blevet opereret på 4. lændehvirvel og ikke som tilsigtet på 5. lændehvirvel. Han blev derpå reopereret.

Det blev oplyst, at afdelingens sædvanlige procedurer til sikring af det korrekte niveau ikke inkluderede røntgengennemlysning, idet afdelingen ikke konstant havde et sådant apparat til rådighed.

Der blev klaget over, at lægerne opererede på den forkerte lændehvirvel.

Nævnet fandt ikke grundlag for at udtale kritik af de to læger. Nævnet lagde vægt på, at det af operationsbeskrivelsen fremgik, at det korrekte operationsniveau blev sikret ved tælling af hvirvelbuer (lamina) på lændehvirvlerne nede fra korsbenet og opefter, hvorefter der blev fundet et tydeligt blødt fremspring (prominens) svarende til diskus, som blev fjernet. Lægerne tolkede fremspringet som det lille fremfald (prolaps), som var fundet ved CT-scanningen et par måneder før.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at det af operationsbeskrivelsen fremgik, at lægerne sikrede niveauet to gange. Nævnet lagde endelig vægt på, at man ved den anden operation observerede, at nederste frie hvirvelbue (lamina) lå helt tæt op ad korsbenet, og derfor var blevet tolket som en del af korsbenet. 4. lændehvirvel var derfor blevet tolket som 5. lændehvirvel.

Nævnet fandt således, at lægerne havde udført operationen i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard. Nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om lægerne havde sikret sig det korrekte operationsniveau ved brug af røntgengennemlysning. Nævnet lagde herved vægt på, at de anatomiske forhold kunne give anledning til tvivl, om hvorvidt indgrebet blev foretaget på dette rette niveau.

Sager med kritik

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet kan finde grundlag for kritik af operatøren, hvis der opereres på den forkerte side af lænderygsøjlen uden fund af prolaps, og hvis det på grund af anatomiske forhold ikke er mulighed for at forveksle siden, og indgrebet i øvrigt var i modstrid med patientens symptomer.

Sag 14 (0123522B)

En 49-årig kvinde blev på grund af akutte lænde- og rygsmarter med udstråling til højre ben og lammelse af muskler i højre fod indlagt på et sygehus med henblik på operation for diskusprolaps. På røntgenafdelingen fandt man, at en akut CT-scanning viste en bred udbuling (protusion) med relativt dårlige pladsforhold, men ikke egentlig prolaps mellem 3. og 4. og mellem 4. og 5. lændehvirvel. En læge fandt dog grundlag for operation for en mindre prolaps, og patienten blev opereret på venstre side af lændehvirvelsøjlen. Hun havde dog efter operationen uændrede symptomer, og et røntgenbillede viste, at der var blevet opereret på den forkerte side. Patienten blev herefter reopereret.

Der blev klaget over, at patienten var blevet fejlopereret, idet hun blev opereret på venstre side, i stedet for på højre.

Nævnet fandt grundlag for kritik af operatøren. Nævnet lagde vægt på, at patienten havde højresidige symptomer, og at operation for en lille prolaps var berettiget ud fra det kliniske og billedmæssige grundlag. Nævnet lagde endvidere vægt på, at der ved operationen som operationsprocedure i journalen var anført frilægning af nerveroden ud for næstnederste diskus i højre side, men at der i selve beskrivelsen af operationen blev anført frilægning i venstre side uden fund af en prolaps. Nævnet lagde endelig vægt på, at man ved en akut reoperation få dage senere fjernede en prolaps fra 4. højre lumbale diskus. Det var nævnets vurdering, at der ikke på grund af de anatomiske forhold var mulighed for at forveksle siden.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet kan finde grundlag for at kritisere en læge for hans supervision af en mindre erfaren operatør, hvis lægen ikke selvstændigt sikrer sig, at der bliver opereret på det korrekte lændehvirvelniveau.

Sag 15 (0123214A)

En 49-årig mand havde 1½ år før operationen fået foretaget en CT-scanning suppleret med røntgenundersøgelse med kontrast (lumbal myelografi, af rygmarven som viste prolaps af diskus på mellem 3. og 4. og mellem 4 og 5. lændehvirvel (L3/L4 og L4/L5 niveau), mest udtalt på sidstnævnte niveau (L4/L5 niveau). Ved en klinisk undersøgelse 1 ½ år efter blev der fundet tegn på rodtryk mod højre svarende til påvirkning (affektion) af 5. lændenerverod (5. lumbale nerverod), hvilket var foreneligt med prolaps af 4. lændediskus (L4/L5-diskus). På de foreliggende røntgenoptagelser var der ikke tegn på lænde- eller korsbens overgangshvirvel, ligesom der ikke var tegn på andre knoglemæssige uregelmæssigheder.

Patienten blev indlagt på et sygehus med henblik på operation med udtømning af 4. diskus. Operationen blev udført af en 1. reservelæge assisteret af en overlæge. 1. reservelægen sikrede sig det rigtige niveau ved optælling af torntappene samt korsbenet. Han udpegede 4. og 5. torntap og frilagde efterfølgende mod højre diskusrummet samtidig med, at han konstaterede et lille fremfald, som blev fjernet.

6 dage efter operationen fik patienten pludselig krafttab i højre ben, ligesom der var nedsat følelse af både den midterste og yderste fodrand. En efterfølgende CT-scanning viste, at operationen var blevet gennemført på forkert niveau. Patienten blev herefter reopereret.

Der blev klaget over, at der var blevet opereret på et forkert led i rygsøjlen.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere overlægen. Nævnet lagde herved vægt på, at overlægen var vidende om, at 1. reservelægen havde en begrænset rutine i operationer for lumbal diskusprolaps.

Nævnet fandt på dette grundlag, at overlægen selvstændigt burde have sikret sig, at der blev opereret på det korrekte niveau enten ved at fjerne sårspærren og selvstændigt foretage en optælling af torntappene og/eller ved anvendelse af røntgengennemlysning.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af 1. reservelægen. Nævnet fandt, at 1. reservelægen havde udført operationen efter almindelig anerkendt standard, der kun skulle suppleres med røntgengennemlysning, hvis der ved indgrebet ikke kan foretages en sikker optælling af torntappene, eller der efterfølgende ikke findes det forventede fremfald.

4.2.4. Klager over behandling efter operation for diskusprolaps i lænden

I dette afsnit behandles nævnets praksis vedr. behandling efter operationen.

Sag 16 Klage over manglende ordination af sengeleje (0017930P)

En 28-årig mand fik ved en CT-scanning konstateret en stor diskusprolaps mellem 4. og 5. lændehvirvel på højre side med tryk på en nerve.

Den 13. september 1999 blev patienten indlagt akut på neurokirurgisk afdeling, idet patienten var blevet dårligere i form af problemer med vandladningen. Han blev samme dag opereret af 1. reservelæge A. 1. reservelægen frilagde nerveroden og den store diskusprolaps blev identificeret og fjernet. Derefter blev der fjernet nedbrudt diskusvæv. Der kom en lille rift i den yderste hårde rygmarvs-hinde (dura). Denne rift gennembrød dog ikke den underliggende hinde (arachnoidea), bag ved hvilken rygmarvsvæsken ligger. Der var således ikke udsivning af rygmarvsvæske i operationsfeltet. Den lille rift af cirka 5 mm længde blev lukket ved limning (fibrinklæber).

Af journalnotat dagen efter operationen fremgår, at patienten havde et roligt forløb efter operationen, og at smerterne i højre ben og de tidligere føleforstyrrelser var forsvundet.

Patienten blev udskrevet 2 dage efter operationen.

Den 30. september 1999 henvendte patienten sig på skadestuen, idet han gennem en uge havde haft hovedpine. Der blev ordineret strengt sengeleje i en uge. Det blev senere nødvendigt at operere patienten, idet de tidligere symptomer på diskusprolaps samme sted var genopstået.

Der blev klaget over, at 1. reservelæge A, overlæge B og afdelingslæge C henholdsvis den 13. 14. og 15., september 1999 ikke ordinerede patienten sengeleje.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af, at patienten ikke fik ordineret sengeleje.

Nævnet lagde herved lagt vægt på, at der ved operationen den 13. september 1999 opstod en cirka 5 mm lang rift i den yderste, hårde rygmarvshinde (dura), men at der ikke var udsivning af væske fra defekten. Man måtte således formode, at den indre rygmarvshinde (arachnoidea) var intakt. Der blev påført fibrinklæber på riften for at forstærke rygmarvshinden.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at patienten blev udskrevet 2 døgn efter operationen og havde da ikke haft hovedpine, hvorfor man måtte formode, at riften i rygmarvshinden var tætnet forsvarligt.

Nævnet oplyste, at såfremt der ved en operation i rygmarvskanalen i lænden opstår en rift i rygmarvshinderne med udsivning af væske, er det almindeligt at ordinere sengeleje i cirka 3 dage for at give riften mulighed for at vokse sammen. Det er ikke almindeligt, at udstrække sengelejet til en hel uge. Såfremt riften er mindre, og såfremt den indre rygmarvshinde (arachnoidea) er intakt, er det en skønssag, om der skal ordineres sengeleje. Operatøren kan, som i det aktuelle tilfælde, vælge at forstærke rygmarvshinden med fibrinklæber. Patienten kan derved undgå ulemperne ved et sengeleje, der også er forbundet med en vis risiko for at udvikle en blodprop i de dybe vener i benene.

Sag 17 (ref. sag 19) Klage over mangelfuld kontrol i efterforløbet (0126917P)

En 43-årig kvinde blev den 14. oktober 1999 opereret på neurokirurgisk afdeling for en diskusprolaps i lænden på højre side. Operationen blev foretaget af reservelæge A, som fjernede såvel prolapsen i flere små stykker som det degenererede væv. Der var ikke mistanke om gennembrud af forreste del af båndskiven. Nogle timer efter operationen fik patienten mavesmerter, hvorfor læger fra mave-tarmkirurgisk afdeling blev tilkaldt. En røntgenundersøgelse viste, at der var luft i bughulen, og patienten blev overflyttet til mave-

tarmkirurgisk afdeling og opereret den 15. oktober 1999. Ved operationen blev der konstateret et 3 x 4 cm stort hul i nederste del af tyndtarmen.

Den 18. oktober 1999 blev patienten udskrevet, men den 28. oktober 1999 blev patienten igen indlagt med feber og siven fra såret på maven. Dagen efter blev den midterste del af såret på maven åbnet og betændelse blev fjernet. Da patienten ikke var tilstrækkeligt smertedækket, blev smertebehandlingen øget, og patienten blev instrueret i at kontakte egen læge med henblik på aftrapning af smertebehandlingen samt i at henvende sig til skadestuen ved en forværring af tilstanden.

Den 19. december 1999 blev patienten indlagt på medicinsk afdeling, med mistanke om en diskusprolaps. Hun blev undersøgt af læge B, som bestilte en MR-scanning, der blev foretaget 3 dage senere. Denne gav mistanke om betændelses- eller irritationstilstand i lændeskiven (diskitis), hvorfor det blev planlagt at udtage en vævsprøve 2 dage senere.

Af tekniske årsager var det imidlertid ikke muligt at udtage vævsprøven under vejledning af en CT-scanning. Der blev derfor rekvireret neurokirurgisk tilsyn for at afklare, hvorvidt der kunne foretages en vævsprøve under operation til en vurdering af lændeskiven. 9 dage senere tilså overlæge C fra neurokirurgisk afdeling patienten. Han vurderede, at der var tale om en almindelig diskitis (ikke en betændelse), som skulle behandles med sengeleje og smertestillende behandling. Patienten blev 14 dage senere udskrevet fra medicinsk afdeling til fortsat behandling på daghospital.

En måned senere blev hun afsluttet fra medicinsk daghospital af læge D, idet hendes blodprøver var normale, og der var indtrådt en langsom men gradvis bedring. Patienten blev herefter henvist til reumatologisk afdeling.

Den 7. april 2000 blev det påvist, at den tidligere konstaterede diskitis var fremadskridende. Der blev påbegyndt behandling med antibiotika, og patienten blev den 16. maj indlagt på medicinsk afdeling til fortsat antibiotikabehandling, og denne behandling afsluttedes den 24. juli 2000.

Der blev blandt andet klaget over, at patienten ikke blev fulgt i efterforløbet med kontroller og undersøgelser, herunder en røntgenundersøgelse.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af de læger, som var involveret i behandlingen fra den 14 til den 19. oktober 1999.

Nævnet lagde vægt på, at det af journalen fremgik, at patienten den 18. oktober blev tilset af reservelæge A, neurokirurgisk afdeling, som fandt hende rygmæssigt velbefindende uden nerverodssmerter, hvorfor reservelæge A vurderede, at patienten kunne udskrives, når maven var i orden, samt at hun efter aftale med afdelingens fysioterapeut kunne meldes til ambulans rygscole 5 uger senere.

Nævnet oplyste, at der almindeligvis ikke i neurokirurgisk regi gennemføres kontrol efter en operation for lændediskusprolaps. I stedet bliver patienterne henvist til en rygscole, hvorfra patienten vil blive henvist til neurokirurgisk afdeling, hvis der opstår behov herfor. Normalt vil en rutinemæssig røntgenkontrol efter en operation for lændediskusprolaps ikke have nogen konsekvens, idet den mest almindelige komplikation efter operationen, diskitis, ofte viser sig klinisk med smerter og eventuelt feber, før der opstår forandringer, som er synlige på røntgenbilleder.

4.2.5. Klager over mangelfuld information forud for operation for diskusprolaps i lænden

Nedenstående to sager illustrerer nævnets praksis vedr. omfanget af information om selve indgrebet og risiko for komplikationer og bivirkninger. Der blev ikke givet kritik af informationen i disse to sager.

Følgende sag illustrerer, at nævnet ikke fandt grundlag for kritik af manglende information omkring de nærmere tekniske detaljer ved en diskusprolapsoperation, da disse tiltag ikke kunne anses for at have nogen betydning for efterforløbet.

Sag 18 Klage over manglende information om nærmere tekniske detaljer ved operation for diskusprolaps (0017908P)

En 39-årig kvinde blev undersøgt på et sygehus, da hun 14 dage forinden uden nogen kendt provokation havde fået akut indsættende smerter i lænden og med udstråling navnlig til venstre ben. Forinden var der foretaget en CT-scanning, hvorved der var påvist en lille prolaps, formentlig gående fra bruskskiven mellem 5. lændehvirvel og korsbenet. En overlæge vurderede, at der var grundlag for operation af patienten. Ved anvendelse af mikrokirurgisk teknik blev underkanten af hvirvelbuen på 5. lændehvirvel afbidt og en gul bindevævsmembran (ligamentum flavum), som hæfter på underkanten af en hvirvelbue og overkanten af den underliggende hvirvelbue, blev ligeledes fjernet. Overlægen fandt derpå en diskusprolaps, som blev fjernet, og diskusrummet blev tømt for sparsomme mængder af degenereret væv

Ved kontrol en måned senere fandt overlægen, at de udstrålende smerter ikke længere var til stede, men patienten havde muskelsmerter i sædemuskulaturen og i læggen og blev henvist til fysiurgisk efterbehandling. Efter 3 uger klagede patienten over smerter af samme karakter som før operationen, og der blev udført en fornyet CT-scanning. Denne viste følger efter operationen i form af arvæv omkring nerveroden samt tegn på recidivprolaps, og overlægen vurderede, at der muligvis derudover var tale om en restprolaps, og at en reoperation derfor kunne overvejes.

Da patienten forlangte 100 % garanti for en bedring, blev spørgsmålet om en eventuel reoperation opgivet. Overlægen foreslog i stedet patienten, at der blev foretaget en MR-scanning til afklaring af spørgsmålet om eventuel restprolaps. Da der som anført ikke kunne gives 100 % garanti for total smertefrihed efter en eventuel reoperation, ønskede patienten imidlertid ikke MR-scanningen foretaget.

Der blev klaget over, at overlægen ved sin operation af patienten ikke fjernede diskusprolapsen, men i stedet fjernede nogle rygknogler, samt at patienten ikke blev informeret om ovenstående, men først blev bekendt hermed i forbindelse med en fornyet CT-scanning.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af overlægens behandling. Nævnet lagde vægt på, at den foretagne afbidning og fjernelsen af ligamentum flavum er en normal procedure, som er nødvendig for at kunne blotlægge nerveroden og den foranliggende diskusprolaps, og at denne ikke medfører nogen form for instabilitet i rygsøjlen. Nævnet lagde endvidere vægt på, at en efterfølgende CT-scanning af lændehvirvelsøjlen ikke viste nogen prolaps, og at det i øvrigt var en uundgåelig følge af indgrebet, at nerveroden blev omskedet af arvæv.

Nævnet fandt desuden ikke grundlag for kritik af overlægens information til patienten. Nævnet lagde vægt på, at den foretagne afbidning og fjernelsen af ligamentum flavum er en nærmere teknisk detalje i operationen, som ikke har betydning for efterforløbet.

Nedenstående sag illustrerer, at en operatør efter en konkret vurdering ikke er forpligtet til at informere om en sjælden og alvorlig komplikation til operation for diskusprolaps i lænden

Sag 19 (ref. sag 17) Klage over manglende information om risiko for læsion af tyndtarmen (0126917P)

En 43-årig kvinde blev den 14. oktober 1999 opereret på neurokirurgisk afdeling for en diskusprolaps i lænden på højre side. Operationen blev foretaget af reservelæge A, som fjernede såvel prolapsen i flere små stykker som det degenererede væv. Der var ikke mistanke om gennembrud af forreste del af båndskiven.

Nogle timer efter operationen fik patienten mavesmerter, hvorfor læger fra mave-tarmkirurgisk afdeling blev tilkaldt. En røntgenundersøgelse viste, at der var luft i bughulen, og patienten blev overflyttet til mave- tarmkirurgisk afdeling og opereret den 15. oktober 1999. Ved operationen blev der konstateret et 3 x 4 cm stort hul i nederste del af tyndtarmen.

Der blev blandt andet klaget over, at reservelæge A ikke var tilstrækkelig omhyggelig ved sin operation den 14. oktober 1999, idet der opstod en tyndtarmlækage.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af reservelæge A's information af patienten i forhold til den foretagne operation den 14. oktober 1999 på neurokirurgisk afdeling.

Nævnet lagde ved sin afgørelse vægt på, at det af journalen fremgik, at patienten forud for operationen blev informeret om operationens risici i form af sårinfektion, diskitis, og nerverodsbeskadigelse. Der blev ikke informeret om risiko for læsion på bugindholdet.

Nævnet oplyste, at en patient som udgangspunkt har krav på information om sin sygdom, herunder om mulige komplikationer eller bivirkninger til behandlingen heraf. Kravet er dog ikke absolut, idet lægen ofte skal informere patienten i det omfang, behandlingen må antages at medføre en nærliggende risiko for alvorlige komplikationer, mens kravet mildnes ved mindre alvorlige eller sjældnere forekommende komplikationer.

Endvidere oplyste nævnet, at der ved operationer for diskusprolaps i lænden i 2-3 % af tilfældene opstår komplikationer, oftest i form af diskitis. Hul (perforation) i forsiden af diskus med læsion af bughulens indhold er derimod en sjælden komplikation. I tilfælde af perforation sker der oftest en læsion på de store blodkar.

Det var herefter nævnets opfattelse, at informationen til patienten var i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard.

5. KLAGER I FORBINDELSE MED DISKUSPROLAPS I HALSEN

5.1. Generelt vedr. diskusprolaps i halsen

Der opereres årligt cirka 400 patienter i Danmark for diskusprolaps i halsen. Diskusprolaps er en udposning af båndskiven (diskus) gennem dennes ydre ring. Diskusprolaps i halsen medfører et tryk på nerverødderne til armene medførende smerter i armene samt neurologiske udfald i form af blandt andet lammelser og nedsat følesans. I mere sjældne tilfælde trykker diskusprolaps på rygmarven, så der kan komme symptomer fra benene. Diskusprolaps i halsen vil desuden ofte give nakkesmerter.

Ved klinisk mistanke om diskusprolaps i nakken vil der normalt blive foretaget MR-scanning. I mere komplicerede tilfælde kan denne undersøgelse suppleres med neurofysiologiske undersøgelser.

Hvis der ikke er nogen virkning af konservativ behandling, vil patienten blive tilbudt operation, hvis MR-scanning påviser en prolaps, der svarer til patientens symptomer. Operationen vil i langt de fleste tilfælde foregå ved en operation forfra, hvor den midterste del af diskus fjernes sammen med prolapsen. Der er tradition for, at der foretages en stivgørende operation ved at indsætte en titaniumcylinder eller lignende mellem de to hvirvler, efter at den midterste del af diskus er fjernet.

Inden operationen bør patienten informeres om operationens formål, teknik og risici, herunder blødning og betændelse. Risikoen for varig påvirkning af nerven til stemmelæberne samt skade på nerverødderne og rygmarven er sjælden, og det er op til kirurgen, om han vil informere om dette. Der bør oplyses om risikoen for manglende effekt af operation, især for så vidt angår bedring af nakkesmerterne.

5.2. Konkrete klager i forbindelse med operation for diskusprolaps i halsen

I dette afsnit redegøres for to sager, der illustrerer nævnets praksis vedrørende operation af diskusprolaps i halsen. Den første angår identifikation af hvirvelniveau, og den anden angår stivgørende operation med indsættelse af titaniumcylinder.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet fandt grundlag for at kritisere en operatør for at have foretaget operation af diskusprolaps i halsen på forkert hvirvelniveau, idet der ikke havde været tekniske vanskeligheder ved operationen, hvorfor identifikationen af det ukorrekte hvirvelniveau måtte tilskrives lægen. Nævnet lagde vægt på, at der under operationen blev foretaget røntgengennemlysning for at sikre, at operationen blev foretaget på planlagt niveau.

Sag 20 Klage over operation for diskusprolaps i halsen på forkert hvirvelniveau (0128826A)

En 50-årig mand blev opereret på neurokirurgisk afdeling på grund af slidgigt og en diskusprolaps i halsen. Efter operationen ændrede smerterne sig, og en røntgenundersøgelse viste, at operationen var foretaget på det forkerte halshvirvelniveau.

Der blev klaget over, at patienten blev opereret på et for lavt niveau, hvilket medførte, at patienten havde værre smerter end før operationen.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere afdelingslægens operation af patienten, idet det ikke fremgik af journalen, at der var tekniske vanskeligheder ved operationen, hvorfor fejlplaceringen måtte tilskrives lægen.

Nævnet lagde vægt på, at der under operationen blev foretaget røntgengennemlysning for at sikre, at operationen blev foretaget på det planlagte niveau. Imidlertid blev det ved efterfølgende røntgenundersøgelse konstateret, at operationen var foretaget på et for lavt niveau.

Nedenstående sag angår en operation for diskusprolaps i halsen, hvor operatøren foretog en stivgørende operation ved at indsætte en titaniumcylinder mellem to halshvirvler, efter at diskusprolapsen var fjernet. Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere operatøren, idet han havde sikret sig, at titaniumcylinderen var af en sådan størrelse, at den måtte formodes at være i god afstand til rygmarven.

Sagen illustrerer endvidere, at nævnet i forbindelse med foretagelse af en efterfølgende operation betragter det som en skønsag, om man vælger at skrue en titaniumcylinder, der ifølge røntgenundersøgelse og MR-scanning var anbragt lidt for langt inde i rygmarvskanalen, ud igen, når patienten ikke har symptomer forårsaget af titaniumcylinderen. Sagen illustrerer tillige, at nævnet ikke fandt grundlag for at kritisere operatøren, idet nævnet lagde vægt på, at det er velkendt, at der kan være forskel på det indtryk, operatøren får af hvirvelsøjlels forreste afgrænsning under operationen og det operatøren efterfølgende ser på røntgenundersøgelse, idet der på rygsøjlels forside er et lag bløddele bestående af ledbånd og bindevæv, som man ikke kan se på røntgenbilleder.

Sag 21 Klage over stivgørende operation i forbindelse med operation for diskusprolaps i halsen (04F012A)

En 47-årig kvinde blev indlagt til operation for en diskusprolaps i halsen. Hun blev opereret den 18. august 1999 af en 1. reservelæge, som fjernede diskus og borede et hul omkring denne. Han indsatte en 12 mm lang titaniumcylinder, og han borede op til 19 mm's boreddybde, inden cylinderen blev skruet i og vurderede efterfølgende, at skruen netop lå bag den forreste begrænsning af rygsøjlen.

Der var umiddelbart god virkning af operationen, og den 20. august 1999 blev der foretaget røntgenkontrol. Ved denne røntgenundersøgelse viste det sig, at titaniumcylinderen stak 2 mm ind i rygmarvskanalen. Imidlertid havde patienten ikke nogen symptomer på påvirkning af rygmarven, og det blev besluttet at supplere undersøgelsen med en MR-scanning. Denne viste også, at titaniumcylinderen lå lidt for langt inde i rygmarvskanalen, men der var ingen sikker forskydning af selve rygmarven. Det blev herefter besluttet, at det ville være bedst, at cylinderen blev trukket lidt tilbage.

Patienten blev derfor opereret igen den 25. august 1999, hvor skruen blev drejet lidt længere ud, således at kanten flugtede med den nederste af de to ryghvirvler og stak 1 mm ud foran den øverste af de to ryghvirvler. Der blev foretaget ny røntgenkontrol den 26. august 1999, som viste, at skruen nu stak ud med to vindinger foran hvirvlernes overflade.

Patienten henvendte sig imidlertid den 29. september 1999 på grund af synkebesvær og trykkende fornemmelse på struben. Fornyet røntgenundersøgelse viste, at skruen sad uændret i forhold til umiddelbart efter 2. operation. Ved kontrol i neurokirurgisk ambulatorium i oktober 1999 var der yderligere kommet gener i venstre arm.

Der blev klaget over, at 1. reservelægen ved operationen den 18. august 1999 skruede den indsatte titaniumcylinder for langt ind, således at der måtte foretages reoperation og over, at patienten blev fejlopereret den 25. august 1999 af en overlæge, idet patienten efter indgrebet fik meget store smerter og synkebesvær samt trykken på struben i forbindelse med anstrengelse.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af 1. reservelægens operation den 18. august 1999 og af overlægens operation den 25. august 1999.

Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af operationsbeskrivelsen den 18. august 1999, at 1. reservelægen udborede et hul med centrum i den bruskskive, hvorfra prolapsen var opstået, og at han for at stabilisere halsrygsøjlen skruede en titaniumcylinder ind i hullet.

Derudover lagde nævnet vægt på, at 1. reservelægen målte hvirvlens dybde til 19 mm og brugte en cylinder på 12 mm, således at der måtte formodes at være en god sikkerhedsafstand til rygmarven, og at det fremgik af operationsbeskrivelse fra den 25. august 1999, at proppen lå 3-4 mm bag forreste kant af rygsøjlen. Nævnet oplyste i den forbindelse, at en hvirveldybde målt til 19 mm er et normalt mål.

For så vidt angår operationen den 25. august 1999 lagde nævnet vægt på, at man ved den rutinemæssige postoperative røntgenkontrol kunne se, at cylinderens bagkant nåede ind i rygmarvskanalen, og at MR-scanning af rygmarvskanalen viste, at cylinderen lige netop havde kontakt til rygmarven.

Derudover lagde nævnet vægt på, at overlægen skruede cylinderen lidt ud igen, således at den flugtede forkanten af hvirvelsøjlen, og at røntgenundersøgelse efter denne operation viste, at cylinderen nu sad med forkanten lidt foran hvirvelsøjlen.

Nævnet oplyste, at det er velkendt, at der kan være en forskel på det indtryk man får af hvirvelsøjlen forreste afgrænsning under en operation, og det man efterfølgende ser på røntgenundersøgelser, idet der på hvirvelsøjlen forside er et lag bløddele bestående af ledbånd og bindevæv, herunder bindevæv dannet som en reaktion på en slidgigtlidelse, hvilket ofte ses i forbindelse med en diskusprolaps i halshvirvelsøjlen. På røntgenbilleder kan man ikke se de pågældende ledbånd og bindevæv, som ligger som et røntgenologisk set usynligt lag på hvirvelsøjlen forside.

Nævnet oplyste endvidere, at det er en skønssag, om man vil vælge at skrue en cylinder ud igen, der er anbragt lidt for dybt, når der ikke er symptomer fra den. Baggrunden er, at der er betydeligt mere kompliceret at få cylinderen skruet lidt ud, når den først er "helet ind", end det er lige efter operationen, og risikoen er følgelig også større, herunder også risikoen for, at påføre rygmarven en læsion. Desuden kan der omkring cylinderen dannes arvæv, som efter nogen tid ville kunne medføre en påvirkning af rygmarven, hvis cylinderen ligger meget tæt på rygmarven.

6. KLAGER I FORBINDELSE MED FORSNÆVRING AF RYGMARVSKANALEN (SPINALSTENOSE) I LÆND OG NAKKE

6.1. Generelt vedr. forsnævring af rygmargkanalen

Forsnævring af rygmargkanalen er en degenerativ tilstand, som hyppigst ses hos personer over 60 år. Forsnævringen skyldes blandt andet almindelige aldersforandringer og slidgigt i ryggen. Forsnævringen opstår på grund af forandringer i hvirvelsøjlets knoglevæv, ledbånd, styreled og båndskiver (diskus).

Symptomerne afhænger af, om forsnævringen sidder i nakken eller lænden. Forsnævring af rygmargkanalen i brystdelen ses næsten aldrig.

I nakken vil en forsnævring give tryk på rygmargen og/eller nerverødderne til armene. Symptomerne optræder i forskellige grader og kombinationer. Symptomerne ved tryk på nerverødderne er primært smerter i armene og nedsat kraft og følesans i armene. Ved tryk på rygmargen vil de samme symptomer optræde. Der vil derudover kunne optræde smerter og styringsbesvær i benene.

Forsnævring af rygmargkanalen i lænden vil typisk vise sig ved gangprovokerede smerter i benene (claudicatio). Symptomerne er de samme som ses ved dårlig blodforsyning til benene på grund af åreforkalkning. Det er dog typisk, at de gangprovokerede smerter i benene ved forsnævring af rygmargkanalen bedres, når ryggen krummes. Der kan samtidig være lændesmerter på grund af slidgigtforandringerne.

Hvis der er en forudbestående forsnævring af rygmargkanalen i nakken, kan der komme en akut rygmargbeskadigelse med svære lammelser i armene og benene, hvis patienten udsættes for et svært vridtraume af nakken. Der er ikke enighed om værdien af operation i disse tilfælde, men tendensen går i retning af, at der i hvert fald ikke foretages akut operation.

Diagnosen ved forsnævring af rygmargkanalen stilles på det kliniske billede og bekræftes ved MR-scanning, CT-scanning eller kontrastundersøgelse (myelografi). Der kan være udtalt forsnævring, uden at der er nogen symptomer. Indikation for operation hviler derfor på en kombination af de kliniske symptomer og røntgenfundene.

Forandringerne vil normalt udvikle sig gradvist over mange år, og der er kun yderst sjældent behov for akut operation. Der findes ikke absolutte kriterier for, hvilke patienter der skal opereres. Afgørelsen hviler på skøn baseret på patientens symptomer og de billedmæssige forandringer.

Operation for forsnævring af rygmarvskanalen foregår ved, at hvirvelbuen bides af bagtil, således at der bliver mere plads i rygmarvskanalen. Hvis forsnævringen udelukkende er lokaliseret svarende til rodkanalen, foretages der en afbidning af den bagerste del af rodkanalen. I nakken kan man i nogle tilfælde i stedet foretage en operation med fjernelse af hvirvellegemet forfra. Hvis lændesmerterne er et dominerende symptom ved forsnævring i lænden, vil man ofte supplere afbidningen af hvirvelbuerne med en stivgørende operation.

Ligesom ved operation for diskusprolaps er det forbundet med en vis usikkerhed at bestemme den rigtige operationshøjde. Det er især tilfældet i lænden.

Inden operationen skal patienten informeres om risici i form af blandt andet blødning, betændelse i såret og rift i rygmarvshinden med efterfølgende sengeleje. Desuden skal risikoen for manglende effekt af operationen diskuteres med patienten.

6.2. Konkrete klager i forbindelse med operation for forsnævring af rygmarvskanalen

5.2.1 Klager i forbindelse med indikation for operation

Nævnets praksis vedrørende indikation for operation belyses af to afgørelser, dels i en sag, hvor det ikke blev anset for kritisabelt, at der ikke blev fundet indikation for en operation for forsnævring af rygmarvskanalen, dels i anden sag, hvor det ikke blev anset for kritisabelt, at der ikke blev foretaget en akut operation.

Nedenstående afgørelse illustrerer, at det beror på et konkret skøn, hvorvidt der er indikation for at foretage operation for forsnævring af rygmarvskanalen.

Sag 22 Klage over afslag på yderligere operation for forsnævring af rygmarvskanalen i lænderyggen (0340124P)

En 59-årig kvinde var halvandet år tidligere blevet opereret for svær forsnævring af rygmarvskanalen i lænderyggen. Et halvt år herefter var patienten også blevet opereret for en svær forsnævring af rygmarvskanalen i nakken. Siden rygoperationen havde patienten fået tiltagende smerter over lænden og lettere vandladningssymptomer i form af hyppig,

men normal vandledningstrang. Efter fald ned ad en trappe var der også kommet vedvarende gener i højre arm. Ved en undersøgelse i et neurokirurgisk ambulatorium konstaterede man blandt andet føleforstyrrelser svarende til de nerver, der løber ud i rodkanalerne ved 5. lændehvirvel, ligesom der var en bredsporet og dårligt koordineret gang med smerter i højre ben efter kort tids gang. Der blev derfor rejst mistanke om påvirkning af nerverne til benet og henvist til en MR-scanning af halsrygsøjlen og lænderyggen.

MR-scanningerne viste forsnævring af rodkanalerne i nakken og en moderat forsnævring af rygmarskanalen i lænden ovenfor det tidligere opererede niveau. Desuden var der 1,5 cm sideglidning mod venstre mellem 3. og 4. lændehvirvel. En overlæge vurderede ud fra en MR-scanning, at der som følge af patientens fald var sket en kvæstelse af nerverødderne i nakken på grund af tilstedeværelsen af meget svære aldersforandringer (degenerative forandringer). Overlægen mente dog ikke, at der var grundlag for at foretage kirurgisk behandling, idet der netop var svære degenerative forandringer i halshvirvelsøjlen, og det ikke var muligt at rekonstruere disse niveauer. Overlægen mente desuden ikke, at en kirurgisk behandling af en påvist mindre forsnævring i lænderyggen ville kunne ændre patientens tilstand betydeligt.

Patienten henvendte sig til et andet sygehus og fik 6 måneder senere foretaget en stivgørende operation af lænden, og patienten oplevede en betydelig bedring.

Der blev klaget over, at overlægen havde vurderet, at der ikke var indikation for operation.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af overlægen. Nævnet lagde vægt på de objektive fund ved MR-scanningen den 4. marts 2002 sammenholdt med de tidligere behandlingstiltag og sygehistorien.

Nævnet oplyste, at der ikke er faste kriterier for, hvornår man skal foretage et stivgørende indgreb i lænden for degenerative forandringer. Det afhænger af et konkret skøn. Hos patienter med gener fra flere mulige steder (multifokale gener) vil man som udgangspunkt forvente, at effekten af indgrebet vil være meget usikkert.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet i en konkret sag ikke fandt det kritisabelt, at der ikke blev foretaget en akut operation af en forsnævring af rygmarskanalen.

Sag 23 Klage over manglende indikation for akut operation af forsnævring af rygmarvskanalen (0230408P)

En 67-årig mand blev akut indlagt på en ortopædkirurgisk afdeling efter at være faldet 3 meter ned ad en trappe og havde slået nakke, ryg og venstre skulder. Patienten klagede over smerter i nakke, ryg og venstre skulder, og at der var mistanke om brud af halsrygsøjlen, eventuelt af bryst- eller lænderygsøjlen, og af venstre skulderblad. Der blev anlagt halskrave og givet smertestillende medicin. Ved indlæggelsen viste den objektive undersøgelse ikke tegn på beskadigelse af nervesystemet. Ved indlæggelsen blev der beskrevet udstrålende smerter fra nakke til fingre på begge sider. En røntgenundersøgelse af rygsøjlen, venstre skulder, brystkassen og bækkenet viste ikke tegn på brud.

Den følgende dag var føleforstyrrelserne i fingrene klart aftagende, og patienten var mobiliseret, men havde brug for en del hjælp. 9 dage efter indlæggelsen havde patienten fået tiltagende styringsbesvær og føleforstyrrelser ned i begge arme, værst på højre side. Der blev ordineret neurokirurgisk tilsyn. En afdelingslæge fra neurokirurgisk afdeling kunne ikke vurdere bevægeligheden i halsrygsøjlen på grund af smerter. Der var diffus nedsat kraft af hele højre arm og svækket refleks svarende til højre albue på strækkesiden. Der var endvidere varierende angivelser af følesansen på højre arm, mens reflekserne i benene var normale. Afdelingslægen vurderede, at symptomerne var forårsaget af en nerverodspåvirkning, men at de også kunne være smertebetingede. Han fandt indikation for en CT-scanning for at udelukke brud på nakkevirvlerne, men skønnede, at de beskedne objektive fund ikke afgav indikation for akut undersøgelse.

CT-scanningen af halsrygsøjlen blev udført 2 dage senere. Der blev samme dag foretaget en MR-scanning. Scanningen viste afklemning af rygmarven i halsrygsøjlen, hvilket patienten blev tilbudt operation for. Patienten havde på det tidspunkt nedsat funktion af begge arme og af højre ben i et sådant omfang, at gang ikke var mulig.

Der blev klaget over, at afdelingslægen fra neurokirurgisk afdeling ikke fandt grundlag for en akut scanning af patienten.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere afdelingslægens behandling af patienten.

Nævnet lagde vægt på, at patienten efter sit ulykkestilfælde viste tegn på følger efter afklemning af rygmarven (central medullær kontusion).

Nævnet oplyste, at denne tilstand er karakteriseret ved smerter og eventuelt lammelser, der er mest udtalt i armene og specielt i hænderne. Tilstanden ses især hos ældre personer med en forudbestående forsnævring af rygmarvskanalen i forbindelse med vrid af nakken.

Det var nævnets opfattelse, at der ikke var tegn på en akut behandlingskrævende tilstand på tidspunktet for afdelingslægens undersøgelse, især ikke på baggrund af den tidligere normale røntgenundersøgelse af nakken. Der var således ikke tegn på rygmarvspåvirkning udover den førnævnte tilstand. Der var alene lette tegn på tryk på en nerverod til højre arm, hvilket relevant foranledigede en CT-scanning. Denne viste ikke noget betydende brud, og den supplerende MR-scanning viste forsnævring af rygmarvskanalen.

Nævnet oplyste, at der ikke er enighed om, hvorvidt der er effekt af en akut operation ved denne type rygmarvsskade, der er karakteriseret ved at være en allerede tilstedeværende lidelse, som bliver symptomgivende efter et traume.

5.2.2 Klager i forbindelse med indgreb på forkert niveau

Nedenstående to afgørelser omhandler operation foretaget på et forkert niveau på rygsøjlen.

I den første afgørelse fandt nævnet grundlag for kritik, da nævnet fandt, at der i sagen var foretaget en forkert tolkning af en gennemlysning.

I den anden afgørelse fandt nævnet ikke grundlag for kritik, da operatøren havde anvendt en almindelig anerkendt operationsmetode og i øvrigt ud fra de foreliggende forhold ikke burde have fået mistanke om, at der blev opereret på et utilsigtet niveau. Nævnet fandt desuden ikke grundlag for at tilsidesætte skønnet af, at der ikke var behov for en akut reoperation.

Sag 24 Klage over operation på forkert niveau i lænden (0233518P)

En 80-årig kvinde fik ved en CT-scanning påvist en forsnævring af rygmarvskanalen ud for mellemrummet mellem 4. og 5. lændehvirvel. Endvidere var der på samme niveau fundet forsnævring mellem hvirvelbuerne med mulighed for tryk på rygmarvsnerverne under deres passage herigennem. Efter en yderligere røntgenundersøgelse blev der planlagt operation. Den 9. april 2002 blev patienten under røntgengennemlysning opereret af en 1. reservelæge, der foretog operationen på og omkring, hvad denne mente var 4. lændehvirvel. Tre dage senere blev der foretaget en kontrolrøntgenundersøgelse. Undersøgelsen viste, at patienten var blevet opereret på forkert niveau, idet hun var blevet opereret på 3. lændehvirvel i stedet for på 4. lændehvirvel.

Der blev klaget over, at 1. reservelægen havde opereret på et forkert niveau i ryggen, og at patienten derfor måtte reopereres.

Nævnet fandt grundlag for kritik af 1. reservelægen. Nævnet lagde vægt på, at patienten under operationen lå i bugleje, og at der til identifikation af det korrekte hvirvelniveau blev anvendt røntgengennemlysning. Røntgengennemlysningen blev udført på et tidspunkt, hvor hvirvlernes torntappe var synlige, og der blev ikke angivet problemer med billedkvaliteten under røntgengennemlysningen.

Det var herefter nævnets opfattelse, at en forkert niveaubestemmelse ved en korrekt anvendelse af røntgenapparatet, uanset om der blev anvendt vandret eller lodret røntgenstrålegang, alene kan skyldes en forkert tolkning af gennemlysningsbilledet.

Sag 25 Klage over operation for forsnævring ud fra 4. lændehvirvel foretaget på forkert niveau (0337816P)

En 52-årig mand blev den 14. maj 2001 opereret af en overlæge på grund af en forsnævring af rygmarvskanalen ud for 4. lændehvirvel. Overlægen fandt indikation for at fjerne hvirvelbuen på 4. lændehvirvel og fjernede derfor, hvad han mente var næstnederste frie hvirvelbue og fandt betydelige slidgigtsforandringer. Det var vanskeligt at komme til ved operationen, men trykket på nerverødderne blev fjernet, således at nerverødderne kunne følges ud. Overlægen bemærkede, at 5. rod lå ejendommeligt langt tilbage i rygmarvskanalen, men fandt, at lændeskiven var fuldstændig fast og ueftergivelig. Senere samme dag oplyste patienten, at de tidligere udstrålende smerter var forsvundet. Dagen efter klagede patienten over kvalme, men kunne bevæge sig frit.

Den 16. maj 2001 blev der foretaget kontrolrøntgen af lænderyggen. Undersøgelsen viste, at operationen var foretaget på 3. lændehvirvel og ikke på 4. lændehvirvel, hvor forsnævringen befandt sig. Patienten blev derefter tilbudt reoperation, så snart ryggen var helet. Den 6. juni 2001 fandt overlægen, at såret var helet perfekt, og der var indikation for operation den følgende uge.

Den 22. juni 2001 blev patienten reopereret. Der blev foretaget kontrolrøntgen den 26. juni 2001. Ved kontrol i neurokirurgisk ambulatorium den 12. juli 2001 var der fortsat muskelsmerter i begge ben og føleforstyrrelser i højre fod.

Der blev klaget over, at patienten blev opereret på fejlagtigt niveau (3. i stedet for 4. lændehvirvel), og at det derfor var nødvendigt med en reoperation.

Der blev endvidere klaget over, at lægerne ikke fandt grundlag for at indkalde patienten akut til reoperation.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af overlægen.

Nævnet lagde vægt på, at det ikke er muligt med absolut sikkerhed at bestemme, hvilken hvirvelbue man opererer på.

Nævnet oplyste, at sikkerheden kan øges ved anvendelse af røntgenundersøgelse under operationen. Dette skal opvejes mod den øgede risiko for betændelse, forlængelse af operationstiden og udsættelse for røntgenstråling, og røntgenundersøgelse anvendes derfor ikke rutinemæssigt.

Nævnet lagde desuden vægt på, at der ikke altid opnås det ønskede resultat ved operation for forsnævring af rygmarvskanalen.

Nævnet oplyste, at dette kan skyldes, at der kan være konkurrerende årsager til symptomerne. Forsnævring i rygmarvskanalen ses normalt i forbindelse med slidgigt i rygsøjlen. Slidgigten vil efter en operation stadig kunne give anledning til smerter. Påvirkning af nerverødderne med følenedsættelse kan desuden forekomme, især hvis rødderne er irriterede og trykkede, uanset hvor forsigtigt indgrebet udføres.

Nævnet lagde endelig vægt på, at det beror på et skøn, hvorvidt man foretager reoperationen umiddelbart efter, at man har opdaget, at en operation er foretaget på det forkerte niveau, eller om man venter til operationsfeltet er faldet til ro.

5.2.3 Klager vedrørende andre forhold ved operation

Nedenstående 4 afgørelser omhandler andre forhold med hensyn til selve udførelsen af den pågældende type operation. Der blev i disse sager ikke givet kritik af behandlingen. Afgørelserne viser, at forværring eller manglende bedring af patientens gener efter operation ikke blev anset for at være udtryk for kritisabel behandling, da operatøren havde anvendt en almindelig anerkendt metode, og der ikke er en klar sammenhæng mellem symptomerne og de objektive postoperative fund.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet i en konkret sag ikke fandt grundlag for kritik af en behandling, selv om der var sket en lettere beskadigelse af en af de frilagte nerverødder, da dette

måtte anses som en hændelig og uafvendelig mulig komplikation ved operation for forsnævring af rygmarvskanalen.

Sag 26 Klage over forværrede vandladningssymptomer og fortsatte lændesmerter efter operation (0340129P)

En 67-årig kvinde havde gennem 2 – 3 år blandt andet haft tiltagende smerter lavt i lænden med udstråling til venstre hofte og ben og desuden vandladningsforstyrrelser gennem et halvt år. Der var endvidere nedsat gangfunktion, idet patienten ofte måtte sidde ned for at mindske gangproblemerne. En MR-scanning viste forsnævring af rygmarvskanalen udfør overgangen mellem 3. og 4. lændehvirvel samt overgangen mellem 4. og 5. lændehvirvel, og en overlæge tilbød operation med henblik på at frilægge rygmarven (lumbal laminektomi). Denne operation blev foretaget den 25. januar 2002, hvor overlægen fandt meget snævre forhold, men kunne fortage en frilægning af 4. og 5. nerverod i lændedelen. Ved operationen opstod der en beskadigelse af den hårde rygmarvshinde (dura mater), som overlægen syede.

I efterforløbet var der fortsat kraftige lændesmerter og betydelige vandladningsforstyrrelser. Patienten var afhængig af at skulle anvende kateter til at tømme blæren fuldstændigt.

Der blev klaget over, at selvom behandlingen havde medført en forbedring af rygsmerterne, så var det ikke sket i en sådan grad, som patienten havde forventet.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af overlægens behandling. Nævnet lagde vægt på, at det primære mål i patientens tilfælde var at bedre gangfunktionen (forlænge gangdistancen) samt at lindre smerterne i det venstre ben.

Nævnet oplyste, at målet med en lumbal laminektomi er at skabe bedre plads til nerverne i rygmarvskanalen. Den type forsnævring i rygmarvskanalen, som forelå i patientens tilfælde, skyldtes slidgigtsforandringer, hvor led og ledbånd fylder mere end normalt, og derved kommer til at klemme på nerverne i rygmarvskanalen. Det primære mål for operationen var derfor at lindre smerterne i benene, som kan relateres til nerverne, der er i klemme i ryggen. Chansen for at opnå en betydelig bedring af disse gener ved operation er cirka 70 procent.

Nævnet lagde desuden vægt på, at en postoperativ MR-scanning viste, at operationen var foretaget på det rigtige niveau, og at der var normale forhold både i spinalkanalen og omkring nerverødderne.

Nævnet oplyste, at lændesmerter ofte optræder samtidig med en forsnævring af rygmarvskanalen. En betydelig reduktion af rygmerterne er imidlertid langt mindre sandsynlig end lindring af symptomerne i benene. Dette forhold skyldes formodentligt, at rygmerter langt fra altid er forårsaget af, at det er nerver, der bliver klemmt i rygmarvskanalen, men ofte er forårsaget af selve slidgigtsforandringerne i lænderyggen. Dette kan sidestilles med slidgigt i knæ eller hofter.

Nævnet lagde endelig vægt på, at patienten ved operationen opnåede en betydelig bedring af gangfunktionen, lindring af rygmerterne samt lindring af smerterne i det venstre ben, og at det ikke var muligt med sikkerhed at angive årsagen til forværringen af vandladnings-symptomerne.

Nævnet oplyste herved, at der efter den pågældende type operation ganske ofte ses en forbigående forværring af bestående vandladningsgener eller nyopståede vandladningsgener hos patienter, der ikke tidligere har haft vandladningsgener. Det er sjældent, at disse består gennem længere tid, som i patientens tilfælde, hvorfor de vedvarende vandladningsgener formodentligt skyldtes en påvirkning af nerver af betydning for vandladningsfunktionen under operationen den 25. januar 2002. Dette er en sjælden, men kendt komplikation.

Nævnet oplyste videre, at de væsentligste risici ved den pågældende type operation er sårbetændelse (cirka 1 %), skade på den hårde hjernehinde (cirka 5 %), skade med nerver (under 1 %), manglende effekt på symptomerne, forværring af rygmerter, som ofte er forbigående, operation på forkert højde samt utilstrækkelig plads i rygmarvskanalen efter operationen.

Sag 27 Klage over ændret følsomhed i højre ben og fod efter operation for forsnævring i rygmarvskanalen i lænden (0122418P)

En 62-årig mand havde igennem et års tid haft smerter i højre fod og ben, strålende op i lænden, og smerterne blev forværret ved gang. En overlæge på en neurokirurgisk afdeling fandt ved en undersøgelse let nedsat kraft ved løft af højre fod. En røntgenundersøgelse af ryggen viste derudover afklemning af en af nerverødderne på højre side (5. lumbale

nerverod), som kunne forklare smerternes udbredelse og den nedsatte muskelkraft i højre fod, og der blev tilbudt operation.

Ved operationen fandt overlægen dårlige pladsforhold omkring både 4. og 5. lumbale neroverod. Nerverødderne blev frilagte ved at fjerne en del af hvirvelsøjlepladen. Efter operationen aftog smerterne, men patienten havde snurrende fornemmelser i højre ben. Der var desuden let nedsat kraft ved løft af højre fod og højre storetå samt ændret følsomhed på noget af benet og foden (svarende til 5. lumbale neroverod).

Der blev klaget over, at overlægen ved operationen delvist beskadigede en nerve i patientens højre ben.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af overlægens behandling af patienten.

Nævnet lagde vægt på, at overlægen under operationen fjernede en del af hvirvelpladen fra 4. lændehvirvel, og at der ikke blev registeret komplikationer i forbindelse med operationen. Nævnet lagde desuden vægt på, at patientens smerter var aftaget umiddelbart efter operationen, og at der ved udskrivelsen kun var få restsymptomer, ligesom patienten kunne gå på både hæle og tæer.

Nævnet lagde desuden vægt på, at føleforstyrrelserne i højre ben efter indgrebet måtte anses for at være udtryk for en lettere beskadigelse af en af de frilagte neroverodder.

Nævnet oplyste herunder, at det er en velkendt komplikation til en operation for forsnævring af rygmarvskanalen, og at en sådan beskadigelse af neroveroden må betragtes som en hændelig komplikation.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet i en konkret sag ikke fandt grundlag for kritik af operatøren, selv om der indtrådte en alvorlig komplikation efter indgrebet, da det blev lagt til grund, at komplikationen var uafvendelig og uforudsigelig.

Sag 28 Klage over lammelse af højre ben og følelsesløshed i baldeområdet opstået kort tid efter operation for forsnævring i rygmarvskanalen (0337826P)

En 67-årig mand blev den 8. april 2002 opereret i lænden for en forsnævring af rygmarvskanalen (lumbal spinalstenose) af en overlæge på en neurokirurgisk afdeling. Forud for operationen havde patienten sin fulde førlighed, men han havde gennem cirka et

halvt år haft smerter svarende til balderne og bagsiden af begge lår, som blev forværret under gang, således at han kunne gå knap en kilometer og med smerter fra 50-100 meters gang. Samme dags aften var patienten velbefindende, men havde blandt andet snurrende fornemmelser i balderne og ned i begge ben, og han kunne ikke mærke vandladningstrang.

Den 9. april 2002 blev der ved stuegang konstateret en blødning under huden. Senere samme dag indtraf pludselig lammelse af højre ben, hvorfor der blev foretaget akut CT-scanning af lænderyggen. Scanningen viste en blodansamling i rygmarvskanalen, og der blev foretaget en akut reoperation. Ved indgrebet blev der fundet en stor blodansamling, som havde perforeret senelaget. Blodansamlingen blev fjernet, og da der var blødning fra begge sider under lændehvirvelkanten (laminakanten), lagde man blodstandsede materiale på begge sider samt et dræn under musklerne (subfascielt dræn).

Efterfølgende var patienten lammet i højre ben, følelsesløs i ridebukseområdet og ned af benene, samt uden kontrol over vandladning og afføring. Den 23. april 2002 blev patienten udskrevet fra neurokirurgisk afdeling til fortsat genoptræning.

Der blev klaget over, at operationen resulterede i en stor blodansamling på højre side af ryggen, og at patienten blev lam og følelsesløs fra hoften og nedefter, ligesom der skete lammelse af blære og tarm.

Der blev endvidere klaget over, at patienten på intet tidspunkt blev informeret om, at operation for forsnævring af rygmarvskanalen i lænden kunne få så alvorlige følger.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af overlægens operation af patienten. Nævnet lagde vægt på, at der blev anlagt dræn efter operationen, og at der under operationen desuden blev indlagt et stykke blødningsstandsede stof (Lyostypt).

Nævnet oplyste, at de almindeligste komplikationer ved operation for forsnævring af rygmarvskanalen i lænden er blødning og betændelse. I sjældne tilfælde kan der komme en nervepåvirkning enten direkte under operationen eller ved tryk fra en efterfølgende blødning. Det er sjældent muligt at opnå fuldstændig blødningsstandsning efter denne type operationer, hvorfor det ofte vælges rutinemæssigt at anlægge dræn efter operationen. Selv om man er omhyggelig med blødningsstandsning under en operation, vil man ikke kunne sikre sig mod en vedvarende blødning fra for eksempel en lille hudpulsåre.

Nævnet fandt endvidere ikke grundlag for kritik af overlægens information af patienten.

Nævnet oplyste, at det fremgår af vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., at en sundhedsperson skal informere om en behandlings nærliggende risiko for alvorlige komplikationer eller bivirkninger. Der skal ofte gives information, når en behandlings eventuelle komplikationer eller bivirkninger er alvorlige og sjældent forekommende.

Det var nævnets opfattelse, at patientens komplikationer måtte anses for at være alvorlige og sjældent forekommende. Nævnet fandt, at der ikke kunne kræves information om den type nervepåvirkning, som patienten fik.

Sag 29 Klage over svær kraftnedsættelse af venstre albue- og skulderled efter operation for to rygmærvsforsnævninger i nakken (0124003P)

En 50-årig kvinde blev undersøgt af en afdelingslæge på en neurokirurgisk afdeling, da hun gennem cirka fem år havde lidt af smerter i nakken, ned mellem skulderbladene, udover venstre skulder, ned i venstre arm og ud i to fingre, samt havde haft smerter i lænden. En MR-scanning viste arvævsforandringer ud for niveauet L4/L5, men der var ingen prolaps eller rodpåvirkning, hvorfor der ikke kunne tilbydes operativ behandling. Tre måneder senere kom patienten til ambulant kontrol, og det blev besluttet at foretage en MR-scanning af halsrygsøjlen for at finde ud af, om der var sammenhæng mellem hendes smerter i nakken samt venstre arm og eventuelle forandringer i nakken. Scanningen viste to forsnævninger, som trykkede på nerverødderne, og der blev planlagt en operation (Frykholm og Clowardteknik) heraf.

Operationen foregik uden komplikationer, men på grund af særdeles trange pladsforhold var aflastningen af den nederste nerverod i nakken (C6) vanskelig. Efter operationen var der bedring af smerterne i venstre arm, men der opstod svær kraftnedsættelse af venstre albue- og skulderled, men ikke svarende til håndled.

Der blev klaget over, at patienten havde fået det betydeligt værre efter operationen.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere afdelingslægens behandling af patienten.

Nævnet lagde vægt på, at aflastningen af den nederste nakkenerverod var vanskelig på grund af særdeles trange pladsforhold, og at der efter indgrebet blev foretaget en opfølgning med blandt andet en neurofysiologisk undersøgelse.

Nævnet oplyste, at der er en lille risiko for beskadigelse af nerverødderne ved operation for slidgigtforandringer i nakken. Da pladsen i rodkanalen er snæver netop på grund af slidgigtforandringer, er der en risiko for tryk på nerven fra de instrumenter, der anvendes til at udvide rodkanalen. Sådanne komplikationer er sjældne og hændelige.

7. KLAGER I FORBINDELSE MED BRUD PÅ RYGSØJLEN

6.1 Generelt vedr. brud på rygsøjlen

Brud på rygsøjlen opstår ved en kraftig ydre påvirkning af rygsøjlen. Ved udtalt knogleskørhed kan der dog komme brud på rygsøjlen uden noget erkendeligt traume. Brud på rygsøjlen bør altid mistænkes hos patienter, der har været udsat for et højenergitraume, især hvis patienten er bevidsthedspåvirket, således at patienten ikke kan oplyse om eventuelle smerter. Brud på rygsøjlen kan give tryk på rygmarven med en akut rygmarvsskade.

Undersøgelse af en patient med muligt brud på rygsøjlen bør altid omfatte en undersøgelse af kræfterne og følesansen i arme og ben.

Bruddene kan inddeles i stabile og ustabile brud. Ved ustabile brud vil der være risiko for yderligere skred i bruddet med nyopstået eller forværret rygmarvsskade. Brud i rygsøjlen skal altid betragtes som ustabile, og patienten skal håndteres derefter, indtil det modsatte er påvist.

Ved mistanke om brud bør der foretages en konventionel røntgenundersøgelse og/eller en CT-scanning af de relevante afsnit af rygsøjlen. Ved påvist brud på almindelig røntgenundersøgelse, eller ved tvivl, om der foreligger et brud, bør der – afhængig af bruddets art - foretages en CT-scanning af det mistænkte område.

Hvis der bliver påvist et brud, er behandlingen enten operation eller en eller anden form for ydre støtte med for eksempel korset eller stiv halskrave. Inden operationen informeres patienten om risiko for nyttilkomne neurologiske udfald, blødning og betændelse i såret.

Det er ikke påvist, at en akut operation bedrer prognosen frem for en forsinket operation. Operationstidspunktet fastlægges ud fra patientens øvrige skader og kapacitetsmæssige overvejelser.

Operation forgår under røntgenkontrol, og der er normalt ikke risiko for, at operationen foretages på det forkerte niveau. Anatomiske variationer kan dog i sjældne tilfælde vanskeliggøre en identifikation af det korrekte niveau.

Trods korrekt behandling vil der ofte være vedvarende smerter svarende til bruddet. Der er ligeledes stor risiko for, at der ikke sker nogen bedring af de eksisterende neurologiske skader.

6.2 Konkrete klager i forbindelse med brud på rygsøjlen

I dette afsnit redegøres for to sager, der omhandler nævnets praksis vedrørende behandling af brud på rygsøjlen. Den første angår behandling af ustabil brud på rygsøjlen, og den anden angår operation af brud på rygsøjlen og tværfaglig behandling efter operation.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet fandt grundlag for at kritisere de læger, der var involveret i behandling af en patient med brud på rygsøjlen på en neurokirurgisk afdeling, og som på baggrund af en røntgenundersøgelse vurderede, at rygsøjlebruddet var stabilt og derfor behandlede konservativt. Nævnet fandt, at røntgenundersøgelsen viste forandringer, der tydede på, at bruddet ikke var stabilt, og at det fremgik af røntgenlægens beskrivelse af røntgenundersøgelsen, at undersøgelsen ikke var optimal. Røntgenlægen havde derudover anbefalet en supplerende CT-scanning, hvilken anbefaling neurokirurgerne burde have fulgt. Nævnet fandt grundlag for at indskærpe, at de pågældende læger skulle vise større omhu i deres fremtidige virke.

Nævnet fandt det endvidere hensigtsmæssigt, at en overlæge på ortopædkirurgisk afdeling på baggrund af sine undersøgelsesresultater havde foranlediget en gennemgang af de eksisterende røntgenbilleder. Videre fandt nævnet grundlag for kritik af en anden overlæge, idet han efter nævnets vurdering på baggrund af fundene ved sin undersøgelse burde have foretaget eller foranlediget foretaget yderligere undersøgelser på mistanke om, at der kunne foreligge en beskadigelse af rygmarven.

Sag 30 Klage over fejlagtig behandling af brud på rygsøjlen (ustabil brud) (0127216A)

En 35-årig mand blev overført til sygehus C efter et voldsomt trafikuheld. På grundlag af undersøgelse blev der konstateret brud på rygsøjlen. Bruddet blev vurderet som værende stabilt, og der blev iværksat behandling uden operativt indgreb. Patienten blev herefter overflyttet til sygehus D med henblik på genoptræning. Her blev det konstateret, at der var lammelser af begge ben, hvorefter patienten blev flyttet tilbage til sygehus C. Der blev foretaget akut operation og isat skrue i de nederste ryghvirvler og øverste lændehvirvel.

Der blev blandt andet klaget over, at der på sygehus C ikke blev iværksat tilstrækkelige undersøgelser, og at lægerne bedømte bruddet til at være stabilt. Videre blev der klaget over behandlingen på sygehus D.

Nævnet fandt grundlag for kritik af lægerne på sygehus C for den foretagne behandling. Nævnet fandt endvidere, at de læger, der havde været involveret i behandlingen skulle indskræpes i fremtiden at udføre deres arbejde med større omhu og samvittighedsfuldhed. Nævnet lagde herved vægt på, at der forelå røntgenbilleder, der viste billedmæssige forandringer, der efter nævnets opfattelse tydede på, at bruddet ikke var stabilt, og at røntgenlægen havde anbefalet supplerende CT-scanning.

Nævnet fandt for så vidt angår behandlingen på sygehus D, at det havde været hensigtsmæssigt, såfremt overlæge D på baggrund af undersøgelsesresultaterne havde foranlediget en gennemgang af eksisterende røntgenbilleder. Videre fandt nævnet grundlag for kritik af overlæge C, idet han efter nævnets vurdering på baggrund af fundene ved sin undersøgelse burde have foretaget eller foranlediget foretaget yderligere undersøgelser på mistanke om, at der kunne foreligge en beskadigelse af rygmarven.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet ikke fandt grundlag for at kritisere lægerne på en neurokirurgisk afdeling for deres behandling af en patient med brud på rygsøjlen og svær hjerneskade, idet nævnet fandt, at det var korrekt i det konkrete tilfælde, at lægerne udskød operation i nakke og ryg til et tidspunkt, hvor man havde konstateret en betydelig bedring i patientens hjernefunktion. Nævnet var af den opfattelse, at der ikke er belæg for, at operation i det akutte forløb efter brud på rygsøjle giver bedre funktion af rygmarv og nerver eller mulighed for færre smerter på længere sigt.

Sagen illustrerer endvidere, at nævnet ikke fandt grundlag for at kritisere den tværfaglige efterbehandling af patienten efter operationen mellem lægerne på den neurokirurgiske, neurologiske og ortopædkirurgiske afdeling.

Sag 31 Klage over ikke-akut operation af brud på rygsøjlen og tværfaglig behandling efter operation (0341314P)

En 55-årig mand blev den 11. oktober 2000 udsat for en færdselsulykke, hvorved han blandt andet pådrog sig blødning mellem hjernens overflade og hjernens hinder, brud på

halshvirvelsøjlen og brud på brysthvirvelsøjlen. Der blev foretaget indlæggelse på sygehus til stabiliserende behandling.

Den 12. oktober 2000 blev patienten overflyttet til en neurokirurgisk afdeling. Patienten var anbragt i stiv nakkekrave. CT-scanning viste de ovenfor beskrevne brud på rygsøjlen og at rygmarven ikke var klemt ud for nogle af bruddene, som var ustabile. Patienten var udstyret med en stiv halskrave i hele forløbet med det formål at hindre skred svarende til bruddet på den 2. nakkehvirvel. For at hindre skred svarende til bruddene på brysthvirvelerne, blev der anvendt en speciel teknik ved flytninger og vendinger (vendes som træstamme). Man foranledigede den 12. oktober 2000 desuden ortopædkirurgisk tilsyn, som fandt grundlag for at afvente forløb med hensyn til udvikling af skaderne i hjernen.

Den 13. oktober 2000 foretog man en fornyet CT-scanning af hjernen. Undersøgelsen viste stort set uændrede forhold, ligesom CT-scanning af brysthvirvelen viste svært ustabil brud. Under scanningen observerede man spastiske bevægelser i begge ben, og der blev konstateret større og lysreagerende pupiller. Ved røntgenkonferencen blev det besluttet at anlægge en såkaldt trykskrue og foretage et borehul i højre side af kraniet med åbning af hjernehinden.

Den 14. oktober 2000 fandt ortopædkirurgisk tilsyn, at patienten skulle opereres for bruddene på hals- og brysthvirvelsøjlen. Det blev besluttet, at denne operation skulle foretages på et tidspunkt, hvor patientens hjerne var mindre påvirket af de svære skader.

Der blev løbende foretaget en vurdering af, hvorvidt patientens tilstand var så stabiliseret, at det var forsvarligt at foretage operation for bruddene på hals- og brysthvirvelsøjlen. En røntgenundersøgelsen viste den 25. oktober 2000 yderligere udvikling af bruddet i nakken, og den 26. oktober 2000 blev det planlagte indgreb udført henset til patientens aktuelle tilstand sammenholdt med, at der var tegn på almen bedring.

Patientens tilstand bedredes herefter langsomt efter påbegyndelse den 8. november 2000 af respiratorbehandling, og den 16. november 2000 var han vågen, men hans tale uforståelig. Han fulgte dog opfordringer og blev overflyttet til en neurologisk afdeling med henblik på videre genoptræning og pleje.

Ved overflytningen var patientens tilstand stadig i betydeligt omfang præget af den alvorlige hjerneskade. Under indlæggelsen på neurologisk afdeling bedredes tilstanden jævnt under tværfaglig behandling. I begyndelsen af december 2000 konstaterede man, at

patienten var tiltagende sløv og dårligere fungerende. En kontrol CT-scanning viste tydelig udvidelse af ventrikelsystemet i hjernen. Ved nærmere undersøgelser på neurokirurgisk afdeling blev det påvist, at der var udviklet vand i hovedet i efterforløbet, og der blev indlagt en ventil med god effekt.

Patienten blev genindlagt på neurologisk afdeling den 11. december 2000, hvor man genoptog genoptræningen, ligesom der blev foretaget ortopædkirurgisk tilsyn på baggrund af klager over bryst- og rygsmerter, men under den videre udredning blev der ikke fundet unormale forhold. Patienten fulgte genoptræningen godt og blev udskrevet i marts 2001, hvor patienten kunne gå 200 meter med rollator med personstøtte. Der var dårlig funktion af venstre ben og dårlig balance.

Der blev klaget over, at patienten ikke modtog en korrekt behandling under indlæggelsesforløbet, hvilket resulterede i, at han efter 2 ½ år fortsat havde smerter hver dag.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere de læger på neurokirurgisk afdeling, der var involveret i forløbet forud for operation, idet nævnet i det konkrete tilfælde fandt det korrekt, at lægerne udskød operation i nakke og ryg til et tidspunkt, hvor man havde konstateret en betydelig bedring i patientens hjernefunktion. Nævnet var af den opfattelse, at der ikke er belæg for, at operation i det akutte forløb efter brud på rygsøjle gav bedre funktion af rygmarv og nerver eller mulighed for færre smerter på længere sigt.

Nævnet fandt endvidere ikke grundlag for at kritisere den tværfaglige efterbehandling mellem lægerne på den neurokirurgiske afdeling, en neurologisk og en ortopædkirurgisk afdeling af patienten efter operation for brud på rygsøjlen, herunder fandt nævnet, at der blev reageret relevant på blandt andet symptomerne fra bevægeapparatet i lyset af operationen i ryggen.

8. KLAGER I FORBINDELSE MED BEHANDLING AF HJERNESVULSTER

8.1. Generelt vedr. hjernesvulster

I Danmark får cirka 1000 patienter om året konstateret svulster i hjernen. Svulster i hjernen udgør cirka tre procent af alle kræfttilfælde. Cirka halvdelen af hjernesvulsterne er primære, det vil sige, at

de er opstået i hjernen eller i andre strukturer inde i kraniet, for eksempel hjernebinderne, hypofysen og kranienerven. Den anden halvdel af hjernesvulsterne er kræft, der har spredt sig fra kræft uden for kraniet, for eksempel lungekræft og brystkræft. Svulster, der har spredt sig fra svulster uden for kraniet, er altid ondartede, mens primære hjernesvulster kan være godartede eller ondartede.

Mistanken om hjernesvulst rejses på grundlag af vedvarende hovedpine, epilepsi eller neurologiske udfald. Disse symptomer ses også ved andre sygdomme som for eksempel blodprop i hjernen. Når mistanken om hjernesvulst er rejst, er den primære undersøgelse CT-scanning eller MR-scanning. Scanningen vil med stor sikkerhed afsløre en hjernesvulst. Forandringer i hjernen kan dog forveksles med andre sygdomme, for eksempel betændelse og følger efter blodprop. Ved brug af moderne MR-teknik er det dog ofte muligt at skelne svulster fra de andre tilstande. Den endelige diagnose opnås ved udtagelse af væv i forbindelse med operation for hjernesvulsten eller en vævsprøve udtaget gennem et lille hul i kraniet.

De anerkendte behandlingsmetoder er operation, strålebehandling og kemoterapi. Behandlingen af hjernesvulster afhænger af svulstens art, lokalisation og patientens øvrige tilstand. Det er ikke muligt at angive nogle faste retningslinier for, hvilken behandlingsmetode der er den optimale. Ofte anvendes en kombination af operation og strålebehandling eller kemoterapi. Behandlingen vil i mange tilfælde foregå i et samarbejde mellem neurokirurger og kræftlæger.

Afgørelsen af, hvor meget operationen haster, afhænger af symptomernes sværhedsgrad, og hvor hurtigt symptomerne udvikler sig. Ved godartede svulster med få symptomer vil man ofte indskrænke sig til at følge svulsten med scanninger uden at foretage operation.

Hjernesvulster kan medføre, at hjernevæsken bliver indestængt. Man kan i disse tilfælde vælge at anlægge et dræn til at bortlede hjernevæsken og foretage operationen for selve svulsten ved en senere lejlighed.

Hjernesvulster ligger i tæt relation til normalt fungerende hjernevæv, og der kan ske en forværring af symptomerne i forbindelse med operationen. Risikoen er dog normalt mindre end ved at undlade operation.

Forud for operationen skal der informeres om operationens formål og forventninger til operationen. Desuden skal der informeres om risici, herunder mulig forværring af de neurologiske udfald.

8.2. Konkrete klager i forbindelse med behandling af hjernesvulster

I dette afsnit redegøres for en række sager, der omhandler nævnets praksis vedrørende behandling af hjernesvulster. Sagerne illustrerer i de konkrete tilfælde nævnets vurdering af undersøgelse, konservativ behandling, operation og behandling efter operation. Der er ligeledes medtaget sager, der i de konkrete tilfælde illustrerer nævnets vurdering af ansvarsfordeling og tværfagligt samarbejde.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet ikke fandt grundlag for at kritisere de behandlende læger i forbindelse med udredning og diagnostik af en godartet hjernesvulst. Sagen illustrerer endvidere, at nævnet ikke fandt grundlag for at kritisere de behandlende læger for ikke at foretage akut behandling af hjernesvulsten.

Sag 32 Klage over udredning og diagnostik af godartet hjernesvulst og manglende akut behandling heraf (0021113P)

En 51-årig kvinde konsulterede på grund af irritation i øjnene den 27. januar 1998 en speciallæge i øjensygdomme, som fandt at patienten havde øjenkatar og synsnedsættelse på grund af en lille grå stær. Den 8. april 1999 fandt øjenlægen, at der var en kraftig forværring af venstre øjes syn, men stadig kun en meget lille grå stær, og han henviste patienten til videre behandling på øjenafdeling.

Den 6. maj 1999 blev patienten undersøgt på en øjenafdeling af en reservelæge, som fandt manglende refleks (fovearefleks) på venstre øje ved undersøgelse af det indre øje (ophthalmoskopi), og han ordinerede en billedfremstilling af øjenbaggrunden (fluoresceinangiografi) i begge øjne, hvorved man fandt normale forhold. Den 5. juli 1999 blev patienten derfor igen indkaldt til en undersøgelse af en overlæge, som fandt en sart, begyndende afblegning af venstre synsnerve og en relativt mørk plet i synsfeltet (et relativt skotom) for rødt objekt. På mistanke om en hypofysetumor henviste overlægen til en MR-scanning, som fandt sted den 30. august 1999. Denne undersøgelse viste en formentlig godartet tumor, og overlægen henviste til operation. Af henvisningseddelen fremgår det, at overlægen på grund af den lange udredningstid anmodede om en hurtig modtagelse.

Den 15. september 1999 blev patienten undersøgt af en overlæge på et neurokirurgisk ambulatorium. Under henvisning til den medfølgende MR-scanning konstaterede overlægen, at der formentlig var tale om en svulst i den mellemste hjernehinde (meningeom), udgående fra venstre side, voksende helt over midtlinien. Han vurderede, at det strakte sig frem gennem den kanal, hvor igennem synsnerven løber fra hjernen til øjet

(canalis opticus) på venstre side, og han var ikke i tvivl om, at den omgav halspulsåren. Patienten samtykkede i operation og blev skrevet op til indlæggelse.

Den 25. oktober 1999 blev patienten undersøgt på øjenafdelingen, hvor man fandt, at tumoren var 3-4 cm stor. Ved operationen fandt man en godartet svulst (meningeom). Under indgrebet opstod imidlertid komplikationer og patienten afgik ved døden den 27. oktober 1999.

Der blev klaget over, at speciallægen i øjensygdomme ikke på et tidligere tidspunkt henviste patienten til en specialafdeling.

Der blev endvidere klaget over, at patienten ikke på et tidligere tidspunkt blev henvist fra specialafdeling til andet specialhospital, herunder at hun her ikke tidligere fik foretaget en MR-scanning.

Der blev endelig klaget over, at der forløb to måneder efter henvisningen, før patienten blev opereret.

Nævnet fandt for så vidt angik øjenlægens behandling ikke grundlag for kritik, idet nævnet lagde vægt på at øjenlægen ved sin undersøgelse den 27. januar 1998 kun fandt en mindre synsnedsettelse, som var vanskelig at tolke på grund af øjenkatar. Endvidere lagde nævnet vægt på, at speciallægen den 24. februar 1998 foretog en kontrolundersøgelse med udvidede pupiller, hvorved han fortsat fandt synet nedsat, og at han på den baggrund relevant konkluderede, at det drejede sig om lidt grå stær. Videre lagde nævnet vægt på, at øjenlægen tilrådede en ny kontrol den 10. juni 1998. Endelig lagde nævnet vægt på, at speciallægen den 8. april 1999 på baggrund af de objektive fund straks henviste til øjenafdeling, idet patienten ikke mødte op til kontrol den 10. juni 1998.

Nævnet oplyste i den forbindelse, at svulster i den mellemste hjernehinde oftest vokser særdeles langsomt, og at de derfor kan være vanskelige at diagnosticere på grund af langsomt fremadskridende og ofte ukarakteristiske symptomer.

For så vidt angår den behandling, som patienten modtog på øjenafdelingen, herunder at hun her ikke tidligere fik foretaget en MR-scanning, fandt nævnet ikke grundlag for kritik, idet nævnet lagde vægt på, at der blev iværksat et undersøgelsesprogram inden for en måned, hvilket nævnet fandt fagligt korrekt ud fra de anførte symptomer og senere fund.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere, at der forløb to måneder efter henvisningen, indtil patienten blev opereret, idet nævnet lagde vægt på, at patientens syn ved henvisningen til operation allerede over lang tid var blevet reduceret i en sådan grad, at svulsten ikke ved ventetiden på to måneder ville kunne anses for at medføre en yderligere nedsat førlighed eller i øvrigt have indflydelse på den videre prognose. Nævnet fandt i den forbindelse, at risikoen for komplikationer ikke kunne anses for at være blevet større på grund af ventetiden.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet fandt grundlag for at kritisere, at en neurokirurgisk bagvagt ved telefonisk kontakt ikke foretog videre akut undersøgelse af en patient på mistanke om forhøjet tryk inde i hovedet (intrakranielt tryk), idet bagvagten var bekendt med, at patienten havde en ondartet hjernesvulst og idet han fik oplyst, at patienten havde voldsomme hovedsmerter. Nævnet fandt endvidere grundlag for at indskærpe overfor lægen at udvise større omhu og samvittighedsfuldhed i sit fremtidige virke.

Sag 33 Klage over neurokirurgisk bagvagts undersøgelse af ondartet hjernesvulst ved telefonkonsultation (0126220A)

En 51-årig mand var til MR-scanning på et sygehus, hvor han fik konstateret udsæd af kræftsvulst til hjernen med forskydning af hjernens strukturer (han havde desuden prostatakræft). Samme dag blev patienten undersøgt på neurokirurgisk afdeling og indstillet til operation snarest. Patienten fik i hjemmet fire dage senere voldsomme smerter, og han bad sin hustru ringe direkte til bagvagten på neurokirurgisk afdeling. Vagthavende læge talte med hustruen, og spurgte, hvor hun ringede fra, hvem hun var, og hvorfor hun ringede til ham. Hustruen forklarede, at hun var hustru til patienten, som var svært forpint. Patienten foreslog, at han selv talte med vagthavende læge, men det ønskede den vagthavende læge ikke, og samtalen blev afsluttet. Patienten blev opereret to uger senere.

Der blev klaget over, at lægen ikke reagerede på hustruens henvendelse, trods oplysninger om patientens stærke smerter i hovedet.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere afdelingslægen i forbindelse med den telefoniske kontakt med patientens hustru. Patientklagenævnet indskærpede desuden overfor afdelingslægen, at udvise større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnet fandt, at oplysninger om kraftig hovedpine hos en patient med kendt hjernesvulst bør foranledige en videre akut vurdering på mistanke om forhøjet tryk inde i kraniet samt overvejelse om ændring af behandlingsstrategi, herunder fremrykket operation. Nævnet

fandt endvidere, at afdelingslægen burde have udbedt sig et cpr. nummer og telefonnummer på patienten for derefter at kunne orientere sig om, hvorvidt tilfældet krævede indlæggelse eller ej. Derefter burde afdelingslægen have sørget for en telefonisk tilbagemelding til hustruen.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet ikke fandt grundlag for at kritisere de læger fra forskellige hospitalsafdelinger, der deltog i en udredning for diagnostik af eventuel hjernesvulst.

Sag 34 Klage over udredning for diagnostik af eventuel hjernesvulst (0338904P)

En 56-årig mand fik i 1994 konstateret lymfekræft. Han var blevet behandlet herfor med kemoterapi frem til begyndelsen af 1996 og herefter med Interferon frem til juli 1998, og der var ingen tegn på tilbagefald af sygdommen ved kontrol den 20. december 2001. Han havde tillige hjertesygdom med hurtig hjerteforkammerrytme, som han var i behandling for.

Den 12. februar 2002 blev han indlagt på en neuromedicinsk afdeling på grund af udpræget forvirring og store hukommelsesproblemer. Den 13. februar 2002 blev der gennemført en akut CT-scanning af hjernen, som viste en udfyldning fortil i hjernen, som kunne være følger efter blodprop eller en ondartet svulstdannelse. Den diagnostiske usikkerhed skyldtes, at der ikke var kontrastoptagelse i det undersøgte område ved CT-scanningen, og at der ikke var synlige tegn på, at den rumopfyldende proces i hjernen fyldte og skubbede til det omgivende hjernevæv. Der blev derfor fundet grundlag for en supplerende MR-scanning, og det blev besluttet at behandle patienten med binyrebarkhormon for at vurdere, om hans tilstand blev bedre heraf.

Den 15. februar 2002 tog medicinsk afdeling kontakt til en neurokirurgisk afdeling på andet sygehus, da der var ventetid på en MR-scanning på afdelingens sygehus. Neurokirurgisk afdeling vurderede, at det var nødvendigt, at en MR-scanning forelå, inden patienten kunne modtages der. Man kunne ikke tilbyde MR-scanning på neurokirurgisk afdelings sygehus.

Den 27. februar 2002 blev der foretaget en MR-scanning af hjernen på en røntgenafdeling på samme sygehus som medicinsk afdeling. Den 4. marts 2002 forelå resultatet af scanningen, som gav stærk mistanke om, at en svulst infiltrerede de forreste dele af begge hjernehalvdele, og der blev skrevet en henvisning til neurokirurgisk afdeling med henblik på udtagning af en vævsprøve.

Fra den 4. marts til den 18. marts 2002 rykkede medicinsk afdeling flere gange neurokirurgisk afdeling.

Den 21. marts 2002 blev patienten indlagt og undersøgt på neurokirurgisk afdeling. Den 25. marts 2002 blev der foretaget en ny gennemgang og undersøgelse, hvorpå patienten blev flyttet tilbage til sygehuset den 27. marts 2002.

Den 3. april 2002 blev patienten opereret på neurokirurgisk afdeling med udtagelse af vævsprøve fra den formodede svulst i hjernen. Svaret på vævsprøven fremkom den 8. april 2002 og viste, at det drejede sig om en ondartet svulst.

Den 10. april 2002 blev det ved hæmatologisk tilsyn konstateret, at patienten havde fået tilbagefald af sin kræftsygdom. Den 2. maj 2002 døde patienten i hæmatologisk klinik.

Der blev klaget over, at udredningen af sygdommen var foregået for langsomt, og at dette havde forringet chancerne betydeligt for et godt resultat.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere de læger, der var involveret i behandlingen, idet følger efter blodprop ikke kunne udelukkes på baggrund af CT-scanningen, og en supplerende MR-scanning til afklaring heraf derfor var nødvendig.

Nævnet oplyste samtidig med hensyn til den iværksatte behandling med binyrebarkhormon, at en sådan behandling mindsker reaktionen i normalt hjernevæv på tilstedeværelsen af eventuelle svulstceller.

Nævnet oplyste videre, at kemoterapeutisk behandling kræver sikkerhed for, at der foreligger en sygdom med en type svulst, der er følsom for kemoterapi. Derudover har mennesker, der tidligere har haft ondartet sygdom og modtaget kemoterapi, en øget risiko for svulster af anden art. For at stille en sikker diagnose kræves en vævsprøve udtaget ved en neurokirurgisk operation.

Nævnet fandt videre på baggrund af de fundne forandringer ved CT-scanningen den 13. januar 2002 sammenholdt med patientens tidligere sygehistorie, at der var en betydelig mulighed for, at patienten havde fået en anden type svulst end den lymfekræft, som han var behandlet for tidligere.

Ud fra de samlede omstændigheder fandt nævnet, at der ikke var mulighed for at gennemføre undersøgelsesprogrammet væsentligt hurtigere. Nævnet lagde i den forbindelse særlig vægt på, at det først med MR-scanningen den 4. marts 2002 blev tilstrækkeligt afklaret, at en svulst infiltrerede de forreste dele af begge hjernehalvdele, og at der herefter løbende blev taget kontakt til neurokirurgisk afdeling for at fremrykke tidspunktet, hvor patienten kunne modtages til videre udredning.

Der blev afgivet dissens i sagen.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet ikke fandt grundlag for at kritisere neurokirurgerne for deres behandlingsmæssige opfølgning på diagnostik af en godartet hjernesvulst, idet nævnet i den konkrete sag lagde vægt på, at det var relevant, at lægerne ikke opererede, men i stedet for planlagde kontrol med MR-scanning efter 6 måneder. Da svulsten efterfølgende voksede lidt, og det derfor måtte forventes, at graden af ondartethed (malignitetsgraden) var øget, var det nævnets opfattelse, at det var relevant, at behandlende læge ordinerede strålebehandling af svulsten og fornyet MR-scanning 3 måneder efter, at strålebehandlingen var afsluttet.

Sag 35 Klage over behandlingsmæssig opfølgning på diagnostik af godartet hjernesvulst (0127511P)

En 42-årig mand havde i forsommeren 1999 haft anfald med pludseligt bevidsthedstab, og den 23. oktober 1999 havde han fået foretaget en MR-scanning af hjernen. Scanningen havde vist en 6 x 5 x 5 cm stor tumor, dybtliggende i venstre side af hjernen bagtil. Den bestod af en blanding af solide og hule (cystiske) elementer, og efter injektion af kontraststof var der sparsom til moderat opladning i vævet i nogle områder. Den 3. december 1999 blev der foretaget en CT-scanning af hjernen, og der blev udtaget en biopsi fra svulsten, som viste, at det drejede sig om en godartet svulst.

Den 7. december 1999 blev patienten udskrevet, idet han skulle følges ambulant, første gang efter et halvt år med forudgående MR-scanning.

Den 31. august 2000 blev patienten MR-scannet, hvor man fandt, at svulsten var vokset til 6 x 6 x 8 cm. Patienten blev henvist til strålebehandling, og der skulle tre måneder efter endt strålebehandling foretages kontrol-scanning.

Der blev klaget over, at lægerne efter undersøgelsen den 3. december 1999 ikke foretog en korrekt behandling og opfølgning af de konstaterede fund.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere de involverede læger, idet nævnet lagde vægt på, at det var relevant, at lægerne efter den foretagne biopsi planlagde fortsat kontrol med MR-scanning efter 6 måneder. Nævnet oplyste i den forbindelse, at den almindelige behandling af en godartet svulst af denne type er operation med fjernelse eller forsøg på fjernelse af svulsten. Hvis dette på grund af dens størrelse eller beliggenhed ikke er muligt, kan man vælge at følge svulstens udvikling gennem eksempelvis kontrol med MR-scanning hver 6. måned.

Nævnet fandt endvidere, at den oprindelige antagelse af, at det drejede sig om en godartet svulst, ikke med sikkerhed kunne opretholdes, efter at MR-scanningen den 31. august 2000 havde vist tydelig vækst af svulsten. På denne baggrund fandt nævnet, at det var relevant at henvise patienten til behandling i onkologisk afdeling og til hyppigere MR-scanninger.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet fandt grundlag for at kritisere en overlæge på medicinsk afdeling for ikke at have kontrolleret effekten af behandlingen af en hypofysesvulst, og for således ikke at have henvist tidligere til operation på neurokirurgisk afdeling.

Sag 36 Klage over at hormonproducerende hypofysesvulst med synspåvirkning ikke blev kontrolleret tilstrækkeligt og ikke blev opereret på et tidligere tidspunkt (0231301A)

En 65-årig kvinde blev i april 1999 på grund af nedsat syn undersøgt på øjenafdelingen, hvor synsstyrken blev fundet på højre øje til 1/18 og på venstre øje til 0,1. Hun blev herefter henvist til CT-scanning, som viste en stor svulst i og over hypofyselejet, der påvirkede synsnerverne og synsbanekrydsningen, hvilket forklarede det nedsatte syn på begge øjne. Ved en undersøgelse på neurokirurgisk afdeling blev der taget prøver af hypofysefunktionen, som viste, at det drejede sig om en knude i den del af hypofysen (prolaktinom), der udskiller et hormon, som stimulerer mælkekirtlerne (prolaktin) samt en nedsat funktion af kønskirtler og binyrer. Patienten blev henvist til behandling på medicinsk afdeling. Hun var fra den 28. juni til den 14. juli 1999 indlagt på medicinsk afdeling og blev derefter frem til den 29. marts 2000 fulgt ambulant. Ved den sidste undersøgelse angav patienten at have udviklet en venstresidig lammelse af øjets bevægelser (oculomotoriusparese), og hun blev derfor akut henvist til neurokirurgisk afdeling, hvor en CT-scanning viste vækst af svulsten. Dagen efter blev hun opereret.

Der blev blandt andet klaget over, at lægerne burde have opereret patienten på et tidligere tidspunkt.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere den behandlende overlæge på medicinsk afdeling, idet han på et langt tidligere tidspunkt burde have opdaget, at der ikke var tilstrækkelig effekt af den medicinske behandling og dermed have henvist til operation på neurokirurgisk afdeling.

Nævnet oplyste, at patienter med prolaktinom primært behandles medicinsk med Dostinex eller Bromopar. Den medicinske behandling medfører i reglen, at knuden skrumper, og at en eventuelt påvirkning af synsfunktionen forsvinder eller aftager. Det er imidlertid velkendt, at der undertiden ikke er tilstrækkelig effekt af den medicinske behandling. Hvis synet påvirkes, er det yderst vigtigt, at behandlingseffekten følges med hyppige kontroller af prolaktinindholdet i blodet, kontrol af synsfunktionen og kontrolscanninger af hypofysen. Et utilfredsstillende fald af prolaktin ved en kontrol indikerer, at der ikke er indtrådt reduktion af knudens størrelse. Såfremt der er manglende effekt af behandlingen med påvirkning af synet, er det nødvendigt at henvise til neurokirurgisk afdeling med henblik på operation.

Nævnet fandt, at den behandlende overlæge på medicinsk afdeling den 23. august 1999 burde have vurderet tallet for prolaktin, da det forelå, med henblik på en vurdering af den medicinske behandling. Endvidere burde han den 27. september 1999 have vurderet effekten af den supplerende behandling efter 2 – 4 uger, idet det var usikkert om tillæg af Dostinex havde effekt.

Nævnet fandt endvidere, at den behandlende overlæge på medicinsk afdeling den 17. november 1999 ikke foretog en tilstrækkelig vurdering af patientens tilstand, og at det var kritisabelt, at han først planlagde den næste kontrol tre måneder senere, da han ikke havde viden om effekten af behandlingen. Nævnet fandt videre, at han den 29. februar 2000 heller ikke foretog tilstrækkelig vurdering af hendes tilstand, på trods af at forløbet klart viste, at den medicinske behandling ikke havde den ønskede effekt.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet ikke fandt grundlag for at kritisere lægerne på en neurokirurgisk afdeling for i det konkrete tilfælde ikke at have overført en patient til akut operation på specialhospital for en godartet bindevævsknude på høre/balancenerven. Sagen illustrerer endvidere, at nævnet fandt det relevant at behandle med indlæggelse af ventil inden operation af bindevævsknuden, idet der som komplikation til bindevævsknuden var opstået et øget tryk i hjernens væskefyldte hulrum. Ved indlæggelse af ventilen blev der skaffet afløb for hjernevæsken fra hulrummene, og trykket i hjernen blev mindsket.

Sag 37 Klage over behandling af godartet hjernesvulst, herunder, at der blev indlagt ventil, og at der ikke blev foretaget akut operation (0236021P)

En 41-årig kvinde blev den 18. december 2000 indlagt på en neurokirurgisk afdeling, som halv akut patient. Hun var henvist fra neurologisk afdeling, da hun i en 3 måneders periode havde haft tiltagende højresidig hovedpine med turevise forværringer. Der havde været forekomst af zig zagagtige lysglimt samt aftagende hørelse på højre øre. MR - og CT-scanning havde vist en knude i højre side af hjernen, som blev opfattet som en godartet bindevævsknude på høre/balancenerven. Der var indikation for anlæggelse af en ventil før den endelige operation med fjernelse af knuden på landsdelssygehus, idet der var udtalt øget tryk i hjernens væskefyldte hulrum forårsaget af knuden.

Den 18. december 2000 blev ventilen indlagt. Operationen forløb uden komplikationer. Samme dag blev der endvidere skrevet en henvisning til specialsygehuset, og henvisningen blev faxet.

Den 19. december 2000 var patienten velbefindende, og hendes hovedpine i højre side var forsvundet, hvorfor hun blev udskrevet til hjemmet den 21. december 2000.

Den 7. februar 2001 blev patienten opereret på specialsygehuset for bindevævsknuden. Patienten fik efterfølgende en lammelse i højre side af ansigtet.

Der blev klaget over, at lægerne ikke overførte patienten akut til operation på landsdelssygehus, men at de derimod indlagde en ventil, som skulle fungere som smertenedsætter, indtil operationen fandt sted.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere de involverede læger, idet det var nævnets vurdering, at det var relevant at behandle patientens øgede tryk i hjernens væskefyldte hulrum med anlæggelse af en ventil, som skaffede afløb for hjernevæsken fra hulrummene. Det var videre nævnets vurdering, at behovet for ventilanlæggelsen blev bekræftet af den hurtige bedring af patientens hovedpine.

Nævnet oplyste i den forbindelse, at den vandige væske, som findes i hjernens hulrum, dagligt produceres i en mængde på cirka ½ liter. Væsken transporteres i et fast mønster gennem hulrum og kanaler i hjernen for at nå ud på hjernens overflade, hvor væsken føres tilbage i blodstrømmen. En bindevævsknude på høre-/balancenerven kan medføre øget tryk i hjernens væskefyldte hulrum ved at komprimere et af disse hulrum beliggende i

lillehjernen ved siden af bindevævsknuden. Dette er en kendt komplikation til bindevævsknuder på høre-/balancenerven.

Nævnet oplyste videre, at denne type øget tryk i hjernens væskefyldte hulrum, hvor en af hjernens hulrum eller kanaler er komprimeret, er en potentielt livstruende tilstand. Udover risiko for liv kan tilstanden ubehandlet medføre varige skader på hjernen.

Nævnet fandt endvidere, at henvisningsprocessen ikke var blevet forsinket af neurokirurgisk afdeling, idet henvisning blev sendt den 20. december 2000, hvilket var to dage efter patientens indlæggelse på afdelingen.

Nævnet oplyste i den forbindelse, at en bindevævsknude på høre/balancenerven er en langsomt voksende godartet knude, og patienter med sådanne knuder henvises ikke-akut til den centraliserede kirurgiske funktion for behandling heraf.

Nævnet fandt endelig, at der ikke var belæg for at antage, at patientens bindevævsknude var vokset væsentligt i perioden fra henvisning fra neurokirurgisk afdeling til operationen den 7. februar 2001.

Der var endvidere ikke belæg for at antage, at anlæggelsen af en ventil forud for operation for bindevævsknuden havde øget risikoen for en ansigtslammelse. Ansigtslammelsen måtte derimod hovedsagelig antages at være forårsaget af en skade på ansigtsnerven under operationen, hvor bindevævsknuden blev fjernet, og nævnet oplyste i den forbindelse, at en operation for en bindevævsknude af den størrelse, som patienten havde, måtte forventes at medføre ansigtslammelse hos cirka 50 % af de opererede patienter.

Nedenstående sag illustrerer ansvarsfordeling mellem en neurokirurg og en neurolog i forbindelse med manglende udredning af medicinering forud for eventuel operation af godartet hjernesvulst. Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere neurokirurgen for manglende udredning af medicineringen, idet denne var påbegyndt af en neurolog, som havde foreslået en nedtrapningsplan og en vedligeholdelsesdosis. Nævnet fandt ikke, at der kunne stilles krav om, at neurokirurgen sikrede, at neurologens plan blev overholdt, idet neurokirurgens opgave alene var at tage stilling til indikation for operation af den godartede hjernesvulst.

Sag 38 Indberetning af udredning af medicinering forud for eventuel operation for godartet hjernesvulst (0230009P)

En 87-årig kvinde blev den 7. februar 1999 indlagt på neurokirurgisk afdeling på grund af krampetilfælde. En CT-scanning viste forandringer forenelige med godartet svulst udgået fra hjernebinderne. Den 8. februar 1999 blev patienten vurderet af en speciallæge i neurologi, som foreslog behandling med binyrebarkhormon (Prednisolon) i højdosis i tre til fire dage og efterfølgende en langsom nedtrapning.

Den 11. februar 1999 blev patienten udskrevet til fortsat kontrol hos egen læge, idet man afventede svar fra en neurologisk afdeling med henblik på en eventuel operation af hjernesvulsten.

Den 24. februar 1999 blev patienten undersøgt af en speciallæge i neurokirurgi, som konkluderede, at der kunne tilbydes operation. Patienten var påbegyndt behandling med Prednisolon, og var, ifølge den medsendte journal, muligvis trappet ud efterfølgende. Patienten havde imidlertid ikke helt hold på medicineringen.

Den 24. marts 1999 blev patienten indlagt på en ortopædkirurgisk afdeling, da hun havde udviklet betændelse i højre albue, og den 31. marts 1999 blev hun opereret herfor. Den 10. maj 1999 blev patienten indlagt på grund af urinvejsinfektion, lungebetændelse og væskede sår på albuen. Det blev konkluderet, at dette skyldtes bivirkninger af en langvarig behandling med Prednisolon i højdosis. Patientens almentilstand var så svækket, at hun hurtigt sløjede af og døde den 15. maj 1999.

Sundhedsstyrelsen indberettede til nævnet, at neurokirurgen ikke forsøgte at få afklaret patientens medicinering ved undersøgelsen den 24. februar 1999, idet patienten ikke selv var i stand til at redegøre for den medicin, hun indtog.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere neurokirurgen, idet behandlingen med Prednisolon var påbegyndt af neurologen, som havde forslået en nedtrapningsplan og en vedligeholdelsesdosis, og idet neurokirurgen alene undersøgte patienten i forbindelse med forambulant undersøgelse for at tage stilling til operationsindikationen. Der kunne ikke stilles krav om, at neurokirurgen ved sin undersøgelse sikrede, at den af neurologen forslåede plan blev overholdt.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet fandt grundlag for at kritisere en læge for at have udskrevet en patient for tidligt til hjemmet. Patienten havde fået foretaget en operation for hypofysetumor,

hvorunder hypofysestilken formentlig blev beskadiget. Nævnet lagde vægt på, at patienten burde have været indlagt længere til observation for dysfunktion af kroppens vandindhold og blodsalte enten på neurokirurgisk eller medicinsk afdeling.

Sag 39 Klage over behandling efter operation for hypofysetumor (0231401P)

En 33-årig kvinde blev i januar 1999 opereret for en hypofysetumor (kraniotomi), og var derefter i substitutionsbehandling med de hormoner, hypofysen normalt producerer. Den 24. oktober 2000 blev hun opereret for en resttumor i hypofyselejet, hvorunder hypofysestilken formentlig blev beskadiget. I det første postoperative døgn udviste patienten tegn på betydelige ændringer i regulationen af kroppens vandindhold og blodsalte. I forbindelse med operationen fik hun hydrokortison (steroid), hvilket blev fortsat i mindre mængde de følgende dage, og den 26. oktober 2000 blev hun udskrevet.

Der blev klaget over, at patienten blev udskrevet for tidligt efter en operativ fjernelse af hypofysetumor, og idet hun dagen efter, at hun var blevet udskrevet, blev indlagt på et sygehus, hvor der blev konstateret mangel på hydrokortison i hendes krop.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere lægen, idet nævnet lagde vægt på, at det havde været relevant, at observere patienten i nogen tid efter operationen under hensyntagen til, at der i de første døgn efter operationen var tegn på dysregulation af kroppens vandindhold og blodsalte, og idet der var foretaget åbning af kraniet (kraniotomi). Nævnet fandt, at patienten burde have været tilbudt en længere indlæggelse på enten neurokirurgisk eller medicinsk afdeling.

Nævnet oplyste i den forbindelse, at såfremt der finder en lædering af hypofysestilken sted, vil en sådan læsion kunne medføre betydelige ændringer i regulationen af kroppens vandindhold og blodsalte. Nævnet oplyste endvidere, at kraniotomi almindeligvis medfører større stress respons end operation gennem tindingebenet (transssphenoidale operationer), og at der dermed er større behov for steroid behandling i perioden efter operation.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet ikke fandt grundlag for at kritisere en neurokirurg for hans undersøgelse og behandling af komplikationer, herunder lavt blodtryk og blodprop i lungerne, opstået efter operation af godartet hjernesvulst. Nævnet påpegede, at der er en lang række tilstande, som kan forklare et lavt blodtryk efter en operation for en hjernesvulst, for eksempel ildebefindende som følge af kortvarigt puls- og blodtryksfald. Nævnet påpegede endvidere, at blodprop i lungerne er en relativt sjælden komplikation til den type operation, som patienten havde gennemgået.

Sag 40 Klage over undersøgelse og behandling af komplikation opstået efter operation af godartet hjernesvulst (0230904P)

En 78-årig kvinde blev den 23. maj 2001 opereret på en neurokirurgisk afdeling for en godartet svulst i hjernen. Den 24. maj 2001 blev patienten overført fra intensivafdelingen til neurokirurgisk afdeling, hvor der opstod komplikationer, idet hun blandt andet udviklede lavt blodtryk. Samme dag blev patienten undersøgt og behandlet af en reservelæge, men patienten døde senere samme dag.

Der blev klaget over, at reservelægen ikke den 24. maj 2001 foretog tilstrækkelig undersøgelse og behandling af patienten, idet det blev anført, at patienten efter operationen ikke blev tilset af en fysioterapeut eller iført støttestrømper til forebyggelse af blodpropper, og at reservelægen ikke ville lytte til patientens døtres formodning om, at hun havde fået en blodprop, idet reservelægen skønnede, at der var tale om mavesår.

Der blev endvidere klaget over, at reservelægen ikke fandt grundlag for at flytte patienten tilbage til intensiv afdeling, da hendes tilstand forværredes.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere reservelægen, idet han relevant havde mistænkt nogle af de væsentligste tilstande, der kunne forårsage lavt blodtryk, herunder blødning fra mavesækken og blodprop i hjerte og lunger, og målrettet sine undersøgelser efter disse. Nævnet oplyste i den forbindelse, at der er en lang række tilstande, som kan forklare et lavt blodtryk efter en operation for en hjernesvulst, for eksempel ildebefindende som følge af kortvarigt puls- og blodtryksfald.

Nævnet fandt videre, at det var relevant, at reservelægen havde undersøgt patienten for en tilstand i bughulen, blødende mavesår eller lignende, da hun klagede over mavesmerter, og at der sideløbende hermed blev foretaget udredning for andre årsager til hendes tilstand.

Nævnet fandt endvidere, at det indenfor få timer blev klarlagt, at patienten havde pådraget sig blodpropper i lungerne, og hun blev herefter relevant forsøgt behandlet herfor med de til rådighed stående midler. Nævnet oplyste i den forbindelse, at blodpropper i lungerne ofte ses i forbindelse med langvarigt sengeleje. I sådanne tilfælde kan der iværksættes forebyggende behandling med blodfortyndende medicin og/eller støttestrømper. Nævnet oplyste videre, at der normalt ikke påbegyndes forebyggende behandling, når en patient efter en operation er oppegående, og at blodprop i lungerne er en relativt sjælden komplikation til den type operation, som patienten havde gennemgået.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet ikke fandt grundlag for at kritisere lægerne på neurokirurgisk afdeling for deres behandling af komplikationer, herunder tab af hjernevæske gennem næsen, opstået efter operation af godartet hjernesvulst.

Sag 41 Klage over behandling af komplikation opstået efter operation af godartet hjernesvulst (9800101P)

En 71-årig mand blev den 6. juni 1995 overført fra medicinsk afdeling til neurokirurgisk afdeling med henblik på operation af en godartet hjernesvulst. Operationen blev foretaget den 13. juni 1995, hvorunder hjernesvulsten blev fjernet. Efterforløbet var præget af temperaturforhøjelse og tab af hjernevæske gennem næsen, da svulsten havde ligget tæt på pandehulen. Dette blev behandlet med penicillin og bortledning af hjernevæske (lumbal drænage). Patienten havde fortsat høj feber, hvorfor han blev undersøgt for meningitis, som ikke blev påvist.

Der blev klaget over, at lægerne ikke havde behandlet patienten korrekt efter operationen.

Nævnet fandt, at behandlingen med penicillin og bortledning af hjernevæske ved tab af hjernevæske gennem næsen havde været korrekt. Nævnet oplyste i den forbindelse, at det forhold, at den lumbale drænage stoppede til og måtte lægges om flere gange, er uundgåeligt.

9. SAGSOVERSIGT

Sag 1 Klage over manglende røntgenundersøgelse mv. (0122307P)	5
Sag 2 Klage over mangelfuld diagnostik (0016615A)	6
Sag 3 Klage over lang ventetid forud for operation (00F017P)	8
Sag 4 Klager over, at patienten ikke blev opereret akut (0122125P)	9
Sag 5 Klage over for sen operation (0122814A)	11
Sag 6 Klage over irrelevant operation (9907705P)	13
Sag 7 Klage over ukorrekt udført operation (0017206P)	15
Sag 8 Klage over fejloperation(0122928P)	16
Sag 9 Klage over resultatløs operation for diskusprolaps (0236122P)	18
Sag 10 (0017622A)	20
Sag 11 (9804318B)	21
Sag 12 (99F027B)	22
Sag 13 (9913811B)	23
Sag 14 (0123522B)	24
Sag 15 (0123214A)	25
Sag 16 Klage over manglende ordination af sengeleje (0017930P)	26
Sag 17 (ref. sag 19) Klage over mangelfuld kontrol i efterforløbet (0126917P)	27
Sag 18 Klage over manglende information om nærmere tekniske detaljer ved operation for diskusprolaps (0017908P)	29
Sag 19 (ref. sag 17) Klage over manglende information om risiko for læsion af tyndtarmen (0126917P)	31
Sag 20 Klage over operation for diskusprolaps i halsen på forkert hvirvelniveau (0128826A)	33
Sag 21 Klage over stivgørende operation i forbindelse med operation for diskusprolaps i halsen (04F012A)	34
Sag 22 Klage over afslag på yderligere operation for forsnævring af rygmarvskanalen i lænderyggen (0340124P)	37
Sag 23 Klage over manglende indikation for akut operation af forsnævring af rygmarvskanalen (0230408P)	39
Sag 24 Klage over operation på forkert niveau i lænden (0233518P)	40
Sag 25 Klage over operation for forsnævring ud fra 4. lændehvirvel foretaget på forkert niveau (0337816P)	41
Sag 26 Klage over forværrede vandladningssymptomer og fortsatte lændesmerter efter operation (0340129P)	43
Sag 27 Klage over ændret følsomhed i højre ben og fod efter operation for forsnævring i rygmarvskanalen i lænden (0122418P)	44

Sag 28 Klage over lammelse af højre ben og følelsesløshed i baldeområdet opstået kort tid efter operation for forsnævring i rygmarvskanalen (0337826P)	45
Sag 29 Klage over svær kraftnedsættelse af venstre albue- og skulderled efter operation for to rygmarvsforsnævninger i nakken (0124003P)	47
Sag 30 Klage over fejlagtig behandling af brud på rygsøjlen (ustabilt brud) (0127216A)	49
Sag 31 Klage over ikke-akut operation af brud på rygsøjlen og tværfaglig behandling efter operation (0341314P)	50
Sag 32 Klage over udredning og diagnostik af godartet hjernesvulst og manglende akut behandling heraf (0021113P)	54
Sag 33 Klage over neurokirurgisk bagvagts undersøgelse af ondartet hjernesvulst ved telefonkonsultation (0126220A)	56
Sag 34 Klage over udredning for diagnostik af eventuel hjernesvulst (0338904P)	57
Sag 35 Klage over behandlingsmæssig opfølgning på diagnostik af godartet hjernesvulst (0127511P)	59
Sag 36 Klage over at hormonproducerende hypofysesvulst med synspåvirkning ikke blev kontrolleret tilstrækkeligt og ikke blev opereret på et tidligere tidspunkt (0231301A)	60
Sag 37 Klage over behandling af godartet hjernesvulst, herunder, at der blev indlagt ventil, og at der ikke blev foretaget akut operation (0236021P)	62
Sag 38 Indberetning af udredning af medicinering forud for eventuel operation for godartet hjernesvulst (0230009P)	64
Sag 39 Klage over behandling efter operation for hypofysetumor (0231401P)	65
Sag 40 Klage over undersøgelse og behandling af komplikation opstået efter operation af godartet hjernesvulst (0230904P)	66
Sag 41 Klage over behandling af komplikation opstået efter operation af godartet hjernesvulst (9800101P)	67