

Dag 1

Dag 20

Dag 52

Dag 53

Dag 54

Patient, 74 år, med en stor förmaksseptumdefekt (ASD) och med stor shunt vänster till höger, högerkammaren är kraftigt dilaterad, vänsterkammare med paradoxal septumrörlighet, god systolisk vänsterkammarfunktion. Högerkammartycket mycket kraftigt förhöjt 85 och pulmonalartären är dilaterad. Patienten har sedan tidigare KOL, diabeteste typ 2, hypothyreos och paroxysmalt förmaksflimmer.

1. Då patienten har en misstänkt pulmonell hypertension men oklart om den beror på flöde eller resistens beslutas att utföra hjärkatetrering i vaket tillstånd, med beredskap att söva och sluta ASD kateterburet om den pulmonella hypetensionen är flödesorsakad.

Felhändelse; Ingen felhändelse utan led i utredningen

2. Patienten läggs in på kardiolavdelning för slutning av ASD via kateter. Höger kateter visar PVR= 1,2WV och Qp:Qs=2,6:1 ASD ballongmäts till 24 mm. Initialt misstanke om två defekter men visar sig vara endast en. Patienten erhåller först en 30 mm Occlotech , som är för stor, och byts till 27 mm Occlotech ASD- occluder som sätts i god position. Inga peroperativa komplikationer. Hökat visat PVR=1,2 Qp:Qs=2.6. Telemetri övervakning, Inf Cefotaxim och femurstopp. Det sivar något från femurstoppet under natten, isamband med att femurstoppet släpps.

3. Fortsatt siande från ljumske efter släppt femurstopp varför 2 st suturer sätts. Slår om till förmaksflimmer som elkonverteras påföljande dag till sinusrytm.

4. Postoperativ lungröntgen och ultraljud av hjärtat UCG var normala. Skrivs ut till hemmet. Återbesök till Guch om 6 månader.

Orsak
Ingen felhändelse

Bakomliggande
orsak: finns ingen

Dag 248

5. Patienten kommer på återbesök och mår fint. Patienten har inte haft nya episoder med förmaksflimmer. Gör TEE som visar att högerkammare hart börjat återhämta sig, högerkammare mäter parasternalt 3,5 cm och i fyrkammarsbild 4,6 cm med god funktion. Vänsterkammaren 4,4 cm. Aortarot 3,2 och ascendens 2,7 mm. Aortaklaff utan anmärkning. Måttlig MI (mistralisinsuffiäns)bedöms som 1/3 med gradient 105 mmHg. Vänster förmak 26 m2. T1 1/4 med gradient 21 mmHg. Synlig ASD occluder i förmaksseptum utan något läckage.

Dag 281 förmiddag

6. Patienten söker akut ca kl 10 med bröst och ryggsmärta och buksmärta. Patienten kommer med amulans. Under gårdagen har patienten haft diaree r och kräkningar under dagen. Patienten upplever att smärtan sitter lite till vänster i bröstet. Ibland lite som ett band, det hugger väldigt och strålar utåt ryggen till, ordentliga hugg, vid olika rörelser och ställningar. Patienten har även ont lite nedåt magen till och uppåt halsen, inga direkta sura uppstötningar. Inga infektionstecken i anamnesen, inga omgivningsfall vad gäller magsjuka efter vad som framkommit. Idag besvärsfri vad gäller magbesvären, inga kräkningar och diarreer alls, däremot är smärtan kvar i magen. Det framkommer av akutanteckningen att patienten uppgett att hen är opererad med slutning av ASD med occlutech device, paraply. På akutmottagningen tas EKG, visar förmaksflimmer med 130 slag/ minut, moroflogi väsentligen likandat som vid föregående EKG. S- Troponin T i serie 154,171 och 198. Patienten kommer att läggas in på medicinavdelning. Strax innan patienten åker upp till avdelningen görs ett ultraljud på hjärtat och patienten har då en ganska stor mängd perikardvätska. Läkaren på akuten ber kollega med specialistkompetens inom kardiologi om en second opinion, då bilden inte överensstämmer med uppvisad klinik. Nytt ultraljud bedside kl 11, sinusrytm, ordinär VK något dilaterad, liten TI med svåravgränsbar gardient ca 25 mmHG, liten MI. Runt hjärtat pericardspatie på ca 10- 12 mm utan påverkan på högra sidan.

Dag 281 lunch

7. Kardiologläkare ringer till Guch- läkare och diskuterar fallet, det finns en liten risk för erosion i vänster förmakstak, särskilt efter ett stort paraply som måste beaktas. Det är svårt att visualiseras med TEE (transesofageal ekokardiografi, icke- invasiv metod att mäta hjärtats funktion med ultraljud och doppler via matstrupen) och CT (datorröntgen). Guch- läkare föreslår expektans med återkommande kontroll av pericardvätskan och om hemodynamisk påverkan tas kontakt med thorax- kirurgin.

Felhändelse; Erosion är en känd men ovanlig komplikation som inträffar i en frekvens av 0,05- 0,3 % av satta devicer. Det finns beskrivet händelser upptill 7 år efter satt devicce men vanligast är inom 1- 2 dygn efter ingreppet

Dag 281 eftermiddag

8.
Nytt bedside ultraljud kl 15:30 som visar oförändrad mängd pericardvätska, ingen bild av tamponad med lite varierande hastigheter i pulsad tv-doppler. Patienten börjar få mer bröstsmärtor igen dock inte så svåra som under gårdagen, men smärre vid kroppsrörelser. Diskussion sker med thorax bakjournalsläkare, då orsaken till den nytillkomna pericardvätska är okänd måste en eventuell perforation i vänster förmak av patientens paraply misstänkas. Övertag till kardiologavdelning under kvällen för EKG-triggad CT under kvällen och därefter ny kontakt med thoraxkirurgin.

Dag 281 kväll

9.
Patienten gör en datorröntgen av hjärtat som visar;DT Hjärta u/ m iv kontrast

Stark misstanke på att device för paraplyslutning av ASD har perforerat in i aortroten i den ickecoronara cuspen. Pericardvätska kring aortaroten samt invid höger och vänster kammare; högattenuerande och utgörs sannolikt av blod. Vätskeskiktet mäter ca 1 cm invid VK, vid apex knappt 2 cm Liten mängd pleuravätska har tillkommit jfrt föreg us 180903; mäter ca 1 cm dx och är lågattenuerande, ännu mindre på vänster sida.

Ny kontakt tas med thoraxkirurgin och patienten får operationstid dagen därpå som patientnummer ett. Patienten erhåller CVK (Central venkateter) och artärnål samt förbereds i överigt enligt gällande rutiner för thoraxoperation.

Felhändelse. Vid genomgång av fallet framkommer ingen felhändelse. Tillverkaren av Occludetech device är kontaktad och händelsen är rapporterad till läkemedelsverket. Händelsen kommer att publiceras då det är ovanligt att en erosion inträffar så sent efter ASD-slutning.

Händelsens utfall

Patienten opereras påföljande dag med median sternotomi. Pericardiet öppnas och det finns en betydande mängd blod och koagler i hjärtsäcken. Hepariniserar och kanylerar aorta och bicavalt. Startas ECC, klymbar och ger plegi i aortaroten, hjärtat stannar fint. Vid inspektion på utsidan får man direkt misstanke om att det finns en reting i området mellan höger förmak och aortaroten. Blandar caorna och öppnar höger förmak. Amplatzer devicen skärs ut och man kan då se ett hål där det skavt igenom mellan höger förmak och ut fritt i pericardiet. Vid närmare inspektion av aorta så ser man också här att det finns ett litet hål även om det är svullet i kanterna. Förlänger incisionen i höger förmak ner i hålet som Amplatzer devicen har skavt där. Med pericard sys en patch och sluter ASD defekten som är relativt stor. Försluter hålet i aorta med direktsutur. Noggrann blodstillning, patienten har två drän i medistimun och kammar och förmakselektroder. Perioperativt okomplicerat. Postoperativ taky- brady problem med förmaksflimmer uppmot 150 slag/ minut och paus upp till 8,5 sekunder, patienten erhåller pacemaker pga detta den 7 december. Långsam återhämtning och eftervårdas på rehabiliteringsavdelning.

Guch- Thoraxkonferens. Dag 296

Diskussion av patient som råkat utför erosion av ASD- occluder som sattes i April och insjuknade med bröstsmärtor i november. Genomgång av bildmaterialet och hur det såg ut perioperativt. Erosion i taket i höger förmak samt påverkan på aortaroten. Inget anmärkningsvärt perioperativt på TEE. Man kan se att förmaken har minskat i storlek från dagen efter ASD- slutningen till insjuknandet. Möjligen är det förklaringen till erosionen då an på TEE- bilderna inte kunde seatt occludern skavde någonstans.

Åtgärdsförslag (Max 1000 tecken)
Ärendet kommer att publiceras för kännedom
och lärdom