

Erschienen im Niedersächsischen Ärzteblatt 9/2016

Kasuistik

Wegen einer klinisch und radiologisch auffälligen Hüftverschleißerkrankung rechts wurde einem 77- Patienten am 5. November eine Hüftprothese rechts in der Orthopädischen Klinik implantiert. Als Nebenerkrankungen bestanden eine kompensierte Leberzirrhose und Niereninsuffizienz, eine Myokardinsuffizienz mit Vorhofflimmern, eine chronische mikrozytäre Anämie und der Zustand nach gastrointestinaler Blutung. Am 14.11.2010 und am 17.11.2010 waren Revisionsoperationen wegen ausgedehnter Hämatombildung bei bekannten Gerinnungsstörungen durch Faktor-8-Mangel erforderlich. Am 19.11.2010 wurde bei mikrobiologischem Keim-Nachweis eine Antibiotikatherapie begonnen und bis zur Verlegung in die Anschlussheilbehandlung fortgeführt. Am 04.12.2010 erfolgte die Verlegung in die Anschlussheilbehandlung in einer Reha-Fachklinik bis zum 15.12.2010. Von dort wiederum wurde der Patient in die Abteilung Innere Medizin eines weiteren Krankenhauses verlegt. Die Hüftprothese musste am 19.12.2010 wegen einer septischen Komplikation explantiert werden.

Beanstandung der ärztlichen Maßnahmen

Der Patient bemängelt die Behandlung in der Orthopädischen Klinik. Man habe dort eine Sepsis verschwiegen, weshalb die Prothese anderenorts habe explantiert werden müssen, da es zu einem lebensbedrohlichen septischen Zustand gekommen sei.

Gutachten

Der beauftragte Gutachter ist der Auffassung, dass die Operation indikations- und fachgerecht durchgeführt worden sei. Bei dem Patienten habe eine hohe perioperative Morbidität (ASA 3) bestanden. Postoperativ seien zwei Revisionseingriffe aufgrund ausgedehnter Hämatombildungen erforderlich gewesen. Nach der ersten Hämatomrevision am 14.11.2010 sei vorsorglich ein Antibiotikum bis Vorliegen der Abstrichergebnisse verabreicht worden. Es habe sich um eine prophylaktische Maßnahme gehandelt. Der mikrobiologische

www.schlichtungsstelle.de
info@schlichtungsstelle.de

**Schlichtungsstelle
für Arzthaftpflichtfragen
der norddeutschen
Ärztekammern GbR**
Hans-Böckler-Allee 3
30173 Hannover

Telefon:
+49 511 / 380 -2416 oder
+49 511 / 380 -2420

Befundbericht sei am 19.11.2010 eingegangen. Daraufhin sei ein Wechsel des Antibiotikums von Cefuroxim auf Ciprobay und zusätzlich Zyvoxid verabreicht worden. Der mikrobiologisch nachgewiesene Erreger sei laut Antibiogramm vom 19.11.2010 sensibel gewesen. In der Krankenblattkurve sei der Antibiotikawechsel am 19./20.11.2010, also 14 Tage nach der Erstoperation, dokumentiert.

Im Entlassungsbericht an die weiterbehandelnde Klinik sei der Erregernachweis nicht erwähnt. Die ab 19.11.2010 umgesetzten Antibiotika auf Ciprobay und Zyvoxid seien in der Medikation bei Entlassung nicht aufgeführt. Daraus sei zu folgern, dass dieser Sachverhalt als nicht erwähnenswert erschienen sei und die Antibiotika spätestens zum Zeitpunkt der Entlassung abgesetzt waren.

Bei der nachgewiesenen bakteriellen Kontamination und dem deutlich erhöhten Komorbiditätsrisiko sei die Dauer der Behandlung mit den als wirksam ausgetesteten Antibiotika zu kurz bemessen. Die Antibiotikagabe hätte nach Entlassung konsequenterweise weiter verordnet werden müssen. Der fehlende Erregernachweis im Abstrich bei der Revision am 17.11.2010 sei falsch gedeutet worden. Aufgrund möglicher Biofilmbildung und der zellulären und humoralen Abwehrmechanismen seien Bakterien gegen extern zugeführte Antibiotika nicht zugänglich und nicht anzüchtbar. Deshalb werde gefordert, statt eines Abstriches zusätzlich mehrere Gewebeproben aus dem Operationsfeld zu entnehmen, um auch histologisch einen Erregernachweis führen zu können. Die intraoperative Gewebeprobe gelte als Goldener Standard für die mikrobiologische Diagnostik. Bei unsicheren Fällen mit Verdacht eines falsch-positiven oder falsch-negativen Punktionsergebnisses sei eine Wiederholung der Abstriche bzw. Punktionen erforderlich. Insgesamt gesehen sei die Antibiotikagabe im vorliegenden Falle zwar befund- aber nicht zeitangemessen durchgeführt worden. Der Verlauf der CRP-Werte bis zum 25.11.2010 zeige noch eine deutliche Erhöhung. Ab diesen Zeitpunkt seien laut Krankenakte die Entzündungswerte nicht mehr bestimmt worden. Im Entlassungsbericht sei dagegen mitgeteilt worden, dass die serologischen Entzündungsparameter sich im Normbereich bewegten. Dies sei nicht aktenkundig. Zusätzlich sei der klinische Befund für die Frage, ob ein Infekt vorliege, von Bedeutung. In den Krankenblattunterlagen des der Orthopädischen Klinik seien keine Hinweise zum klinischen Befund anlässlich der Entlassung enthalten.

Im Aufnahmebefund der Reha-Klinik sei dagegen festgehalten, dass eine knapp 20 cm lange laterale Narbe des rechten Oberschenkels, leicht erwärmt und im Untergrund verhärtet bei einliegenden Fäden vorgelegen hätte. Am distalen Wundpol habe eine leichte Rötung mit serösem Exsudat bestanden. Daraus sei zu folgern, dass die Hautfäden

nach der Revision am 17. November postoperativ nicht entfernt waren, ohne dass für das Belassen der Fäden eine Begründung mitgegeben worden sei. Dass bedeute, dass bereits zum Entlassungszeitpunkt aus der Orthopädischen Klinik am 04.12.2010 klinische Zeichen einer entzündlichen Wundheilungsstörung bestanden haben müssen, die in der Reha-Klinik einen Tag später deutlich beschrieben worden seien. Bei der letztmaligen Bestimmung des CRP sei dieser deutlich erhöht gewesen und hätte nochmals kontrolliert werden müssen, zumal ein Erregernachweis vorgelegen habe. Der fehlende Bakterien-Nachweis im zweiten Abstrich bei der Revisionsoperation am 17.11.2010 habe eine mögliche Kontamination nicht ausschließen können, zumal die Entnahme unter Antibiose erfolgt sei.

Auffällig sei auch, dass zwischen Entlassung aus der Orthopädischen Klinik und dem Ausbau der Prothese am 19.12.2010 nur 15 Tage lägen. Dies bedeute, dass das Ausmaß der bakteriellen Besiedlung nicht erkannt worden sei. Es hätte zwingend und umgehend ein Debridement der Wundhöhle mit Austausch der modularen Implantatteile und Spülung durchgeführt und eine längere systemische Antibiotikabehandlung verordnet werden müssen. Das Unterlassen dieser Maßnahmen bedeute eine Unterschreitung des damaligen Standards. Ein Prothesenerhalt gelinge nur bei sofortiger chirurgischer Intervention im frühen postoperativen Stadium in Verbindung mit einer systemischen Antibiose. Es hätte mit diesem Behandlungsschema die Chance bestanden, die Prothese zu erhalten.

Fehlerbedingt zu bewerten sei in der Folge die Operation zum Prothesenausbau und als mögliche weitere Folge der Wiedereinbau der Prothese mit dem Risiko eines erneuten Infektes. Potentiell hätten beide Operationen vermieden werden können. Da der günstigste Revisionszeitpunkt versäumt worden sei, sei die Behandlung mindestens um ein halbes Jahr verlängert worden bei ungewissem Ausgang.

Bewertung der Haftungsfrage

Auch nach Ansicht der Schlichtungsstelle war die Hüftgelenksimplantation aufgrund der Koxarthrose indiziert und wurde, wie die Revisionsoperationen, aufgrund der ausgedehnten Hämatome fachgerecht durchgeführt. Allerdings entsprach die Nachbehandlung nicht dem medizinischen Standard hinsichtlich der Behandlung einer nachgewiesenen Frühinfektion. Nach Vorliegen des bakteriologischen Befundes am 19. November hätte umgehend revidiert und ein ausgedehntes Debridement mit Austausch der modularen Prothesenteile durchgeführt werden müssen. Zusätzlich wäre die Verordnung einer systemischen Antibiose unter Kontrolle der

CRP-Werte erforderlich gewesen. Eine alleinige Antibiose wie im vorliegenden Fall reichte zur Beherrschung der Infektion nicht aus. Der weitere Verlauf hat die Infektionspersistenz bestätigt mit der Folge einer manifesten Spätinfektion und Prothesenexplantation.

Gesundheitsschaden

Bei korrektem Vorgehen wäre nach ärztlicher Erfahrung bei Vorliegen des mikrobiologischen Ergebnisses am 19. November ein ausgedehntes Debridement mit Austausch der mobilen Prothesenteile (Aufsteckkopf und Pfanneneinlage) zwingend erforderlich gewesen. Durch das fehlerhafte Vorgehen ist es primär zu einer Infektionspersistenz mit Keimvermehrung und Ausdehnung der Infektion gekommen. Sekundär hat dies zur Explantation der Prothesenmaterialien am 19. Dezember mit der Folge einer Schwerstbehinderung durch eine Girdlestone-Situation geführt. Der ersatzlose Ausbau einer Hüftprothese aus dem Hüftgelenk bedeutet eine schwerstgradige Behinderung und Einschränkung der Mobilität und Lebensqualität. Der Wiedereinbau einer Hüftprothese wäre im vorliegenden Falle nach circa drei Monaten bei mehrmals nachgewiesener Keimfreiheit möglich, allerdings mit einem hohen Risiko aufgrund der bestehenden Nebenerkrankungen.

Fazit

Bereits bei Verdacht auf Frühinfektion nach Hüftprothesenversorgung ist vor Anbehandlung mit einem Antibiotikum eine Hüftpunktion zur bakteriologischen Diagnostik durchzuführen, danach innerhalb der ersten drei Wochen ein Revisionseingriff mit radikalem Debridement, Spülungen, Wechsel der modularen Teile (Prothesenkopf und Pfanneninlay), Anlage einer Spül-Saugdrainage. Unter gleichzeitig verordneter systemischer Antibiose besteht eine Erfolgsaussicht auf Prothesenerhalt von 50-60 %.

Sollte zum Revisionszeitpunkt das bakteriologische Ergebnis nicht vorliegen, so ist eine kalkulierte Antibiose anzusetzen. Bei Vorliegen des Antibiogramms erfolgt die gezielte Antibiose. Wesentlich dabei ist ein kontinuierlicher Abfall der CRP-Werte.

Das Ergebnis muss nach einem antibiotikafreien Intervall von mindestens zwei bis drei Wochen durch erneute Hüftpunktion bakteriologisch und wiederholt laborchemisch über den Zeitraum bis zu 12 Monaten kontrolliert werden.