

*Erschienen im Niedersächsischen Ärzteblatt 11/2017*

Wenn auch konventionelle Operationsverfahren der Schilddrüse gute Ergebnisse aufweisen, so werden bleibende Narben im Halsbereich oft als kosmetisch störend empfunden. Heutzutage kommen deswegen in geeigneten Fällen auch minimal-invasive Zugangswege zur Anwendung. Erfahrene Kliniken wenden die sogenannte MIVAT-Methode (minimal-invasive videoassistierte Thyreoidektomie) an.

Spezialisierte Kliniken operieren bei gegebener Indikation auch mit der sogenannten ABBA-Methode (axillo-bilateral breast approach), mit der eine völlig narbenfreie Operation im Halsbereich möglich ist. Durch einen transaxillären Zugang sowie zwei weiteren Zugängen im unteren Mamillenbereich können Operationen an der Schilddrüse durchgeführt werden. Allgemein anerkannt ist, dass bei allen minimal-invasiven Resektionstechniken der Schilddrüse die gleiche Indikationsstellung zur Operation gilt, wie bei den konventionellen Resektionsverfahren

## Kasuistik

Bei einer 40-jährigen Patientin mit bekannter Struma diffusa seit 16 Jahren zeigte sich sonographisch eine Struma multinodosa mit einem 3 Zentimeter großen Knoten im Isthmus-Bereich und einem weiteren Knoten links kranial von 1,1 Zentimetern sowie weitere, primär echoarme Knoten unter 8 Millimetern im linken Schilddrüsenlappen. Das Szintigramm beschrieb einen Isthmusknoten als minder- bis nichtspeichernd. Die Laborparameter TSH, FT3, Anti-TPO-Antikörper (MAk) und Kalzitinin lagen im Normbereich. Die aktuelle Stoffwechsellage wurde als euthyreot beschrieben. Eine Operation erfolgte vor allem wegen der notwendigen histologischen Abklärung der szintigraphischen minder- bis nichtspeichernden Raumforderung im Isthmusbereich. Als Operationsmethode wurde die minimal-invasive Zugangstechnik vorgeschlagen mit einem subkutanen Kamerazugang von der rechten Axilla aus sowie Trokarincisionen an beiden Mamillen. Zur blutungsfreien Durchtrennung von Gewebe wurde eine Ultraschere benutzt (Ultracision). Laut Operationsbericht erfolgte zunächst die Durchtrennung des Schilddrüsenisthmus vor der Luftröhre, wobei ein Knoten nicht eindeutig identifiziert werden konnte. Der linke Schilddrüsenlappen zeigte sich kleinknotig

[www.schlichtungsstelle.de](http://www.schlichtungsstelle.de)  
[info@schlichtungsstelle.de](mailto: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

verändert und wurde komplett entfernt. Im Bereich des rechten Lappens wurde im unteren und oberen Polbereich jeweils ein zystischer Knoten reseziert, sodass laut Operationsbericht ein kleiner Rest rechts belassen werden konnte im Sinne einer linksseitigen Hemithyreoidektomie sowie subtotaler Resektion rechts. Die pathologische Beurteilung beschrieb links ein Resektat von 16 Gramm, rechts von 5 Gramm. Beide Seiten wurden histologisch als normo-follikuläres Schilddrüsengewebe mit hyperplastischen Knoten beschrieben. Die Entlassung erfolgte am zweiten postoperativen Tag mit ambulanter Nachsorge.

Die Patientin klagte später weiterhin über Druck im Halsbereich. Eine Ultraschalluntersuchung ergab einen 18 Millimeter verdickten Isthmus mit einem weiterhin nachweisbaren, inhomogenen, echoreichen Knoten von 37x38x18 Millimetern Größe. Es folgte zwei Monate später in einem anderen Krankenhaus eine erneute Operation mit jetzt offenem Zugang. Ein 4 Zentimeter großer, prätracheal liegender Knoten ließ sich entfernen. Feingeweblich wurde der Knoten als follikulärer Schilddrüsenknoten mit Zeichen gesteigerter Aktivität beschrieben. Die Patientin konnte mit kombinierter Schilddrüsensubstitution und intakter Stimmbandfunktion entlassen werden.

## Beanstandung der ärztlichen Maßnahmen

Bei der ersten Schilddrüsenoperation nach der ABBA-Methode sei nicht wie geplant auch der große Isthmusknoten entfernt, sondern fehlerhaft belassen worden. Dadurch sei eine zweite Operation mit Hautschnitt im Halsbereich zur Entfernung des fehlerhaft belassenen Knotens notwendig gewesen.

## Stellungnahme Krankenhaus

Zu dem Vorwurf fehlerhaften Handelns wird entgegnet, dass bei der Operation der knotig veränderte linke Schilddrüsenlappen, der komplette Isthmus und knotige Polveränderungen im rechten Lappen entfernt worden seien. Nach der Operation habe sich herausgestellt, dass der als Isthmusknoten beschriebene Befund nicht mit entfernt worden sei, wobei es sich am ehesten um einen extrathyreoidalen Knoten handeln könnte. Bei der Operation sei der Isthmus in seiner Gesamtheit dargestellt, auch kaudal präpariert und in diesem Bereich ebenfalls die Isthmusvene durchtrennt worden. Anatomisch gesehen würde die Isthmusvene sich regelhaft am Unterrand des Isthmus, direkt auf der Trachea liegend finden. Deswegen könne kein Isthmusknoten kaudalliegend noch vorhanden gewesen sein. Speziell für die angewandte Operationstechnik sei es erforderlich, den Isthmus insgesamt zu durchtrennen, um die Schilddrüsenlappen ausreichend

zu mobilisieren und die entscheidenden Strukturen darstellen zu können. Eine Exploration nach weiter kaudal wäre mit dieser Operationsmethode durchaus möglich gewesen, sei aber damals nicht als erforderlich angesehen worden. Deswegen liege der Rückschluss nahe, dass es sich um eine atypisch anatomische Situation gehandelt hätte.

## Gutachten

Nach Ansicht des von der Schlichtungsstelle beauftragten Gutachters sei die Indikation zur Operation bei beidseitiger Struma nodosa und einem größeren Isthmusknoten gegeben gewesen. Die Durchführung der Operation nach der sogenannten ABBA-Methode sei als endoskopischer minimal-invasiver Zugang ohne Schnittführung im Halsbereich durchgeführt worden (Scarless-Methode). Wie auch bei anderen minimal-invasiven Verfahren zur Schilddrüsenoperation müsse der Erfolg der Operation an den konventionellen Operationsverfahren gemessen werden. Auf der linken Schilddrüsenseite sei die Operation entsprechend den Regeln der Schilddrüsenchirurgie korrekt durchgeführt worden. Auf der rechten Seite sei anhand des Operationsberichts nicht eindeutig zu klären, ob insgesamt der rechte Schilddrüsenlappen - wie geplant - wirklich subtotal reseziert worden sei, da bei der Nachoperation ein fast kompletter rechter Schilddrüsenlappen gefunden worden sei - teilweise mit knotiger Veränderung und dem noch verbliebenen Isthmusknoten. Gutachterlicherseits stünde fest, dass der mehrfach sonographisch und gut definierte große Knoten, der sich eindeutig im Isthmusbereich präoperativ habe darstellen lassen, bei der ersten Operation nicht gesehen und damit auch nicht entfernt worden sei. Etwaige intraoperative Lokalisationsdiagnostik (Sonographie oder gar Wechsel zu einer offenen Operation) seien nicht diskutiert beziehungsweise nicht in Erwägung gezogen worden. Auch eine Aussage zum möglichen Verbleib des Knotens sei nicht getroffen worden. Somit sei bei der Operation auf der rechten Seite sowie im Isthmusbereich eine fehlerhafte Einschätzung der Topographie aufgetreten. Aus diesem Grunde wäre eine zweite Operation zur Entfernung des Knotens notwendig gewesen mit einer Nachresektion des knotig veränderten rechten Schilddrüsenlappens.

## Bewertung der Haftungsfrage

Die Indikation zu einem operativen Vorgehen bei nachgewiesenem größeren Isthmusknoten sowie einer Struma nodosa beidseits war gegeben. Operationsziel war, das knotig veränderte Schilddrüsengewebe operativ zu entfernen und histologisch untersuchen zu lassen. Bei der ersten Operation sei dieses Ziel nur teilweise erreicht worden, da nur linksseitig die knotig veränderte

Schilddrüsenhälfte entfernt worden sei, aber nicht ein 4 Zentimeter großer, vom Isthmus ausgehender Knoten und auch knotig verändertes Schilddrüsengewebe rechts. Bei korrekter Durchführung der Operation (auch mit der ABBA-Methode) hätte der 4 Zentimeter große Isthmusknoten sowie die kleinknotig veränderte rechte Schilddrüsenhälfte operativ entfernt werden müssen, was fehlerhaft nicht erfolgte. Dadurch sei eine zweite Operation notwendig gewesen, um das geplante Operationsziel zu erreichen. Die Schlichtungsstelle hielt Schadenersatzansprüche im dargestellten Rahmen für begründet.

## Fazit

Eine Anwendung von minimal-invasiven Techniken in der Schilddrüsenchirurgie kann in geeigneten Fällen in erfahrenen Schilddrüsenzentren durchaus sinnvoll sein, um das Zugangstrauma im Halsbereich zu minimieren (MIVAT) oder in Einzelfällen eine narbenlose Operation im Halsbereich zu erreichen (ABBA). Die Operation mit diesen Methoden erfordert eine sorgfältige Selektion der Patienten bei kleineren Strumen (Lappenvolumen 20 bis 25 Milliliter) mit kleineren Knoten, solitären Knoten, auch malignomsuspekte Knoten um 3 Zentimetern.

Es sollte aber bei der Wahl des operativen Zugangswegs die Erfolgsrate, die Operationsdauer und die Komplikationsrate an Nerven und Nebenschilddrüsen mit einbezogen werden. Eine kritische Überprüfung während der Operation auf die Komplettheit der durchzuführenden Resektionen (Knoten/Lappenteil oder Komplettresektion) ist besonders zu beachten.