

Erschienen im Niedersächsischen Ärzteblatt 1/2017

Kasuistik

Eine 47 Jahre alte Patientin, aus deren Anamnese eine Abrasio sowie eine laparoskopische Entfernung der linken Adnexe zu erwähnen sind, kam zur stationären Aufnahme in eine Frauenklinik. Die Patientin litt seit längerem an rezidivierenden, therapieresistenten Dauerblutungen und gab auch Kontaktblutungen beim Geschlechtsverkehr an, bedingt durch eine Portioektomie. Die betreuende Frauenärztin hatte eine Hysterektomie empfohlen. Dieser Eingriff war einige Tage zuvor bei einer ambulanten Vorstellung in der Klinik vereinbart worden. Dabei hatte man als Zusatzbefund eine drei Zentimeter große Ovarialzyste rechts diagnostiziert.

Der geplante Eingriff wurde noch am Aufnahmetag durchgeführt in Form einer laparoskopisch assistierten vaginalen Hysterektomie. Die Laparoskopie ergab minimale Adhäsionen auf der linken Seite zum Darm und zur seitlichen Bauchwand, die sich problemlos lösen ließen. Die rechten Adnexe waren unauffällig, eine Ovarialzyste war nicht zu erkennen. Der Uterus wurde von seinem Halteapparat abgesetzt und die Harnblase abpräpariert. Der rechte Eileiter wurde prophylaktisch entfernt, das Ovar wurde belassen. Nach Durchtrennung der Scheidenhaut wurde der Uterus durch die Vagina entfernt. Die Bauchhöhle wurde gespült, eine Drainage wurde eingelegt. Histologischer Befund: Mehrere Myomknoten, Adenomyosis uteri, regelrechte Tube, keine Malignität. Der postoperative Verlauf war komplikationslos. Die Abschlussuntersuchung einschließlich Sonografie ergab regelrechte Befunde. Die Patientin wurde nach vier Tagen beschwerdefrei entlassen.

Drei Wochen später stellte sie sich erneut in der Klinik vor. Sie klagte über Schmerzen und Abgang von altem Blut. Bei der Untersuchung war der Unterleib druckempfindlich, sonographisch fanden sich eine Flüssigkeitsansammlung über dem Scheidenende sowie ein Zystovar rechts. Am selben Tag erfolgte eine Revision. Das Scheidenende wurde eröffnet. Weiteres Vorgehen laut Operationsbericht: „Es wird ein kleines Hämatom ausgeräumt. Dahinter verbirgt sich eine prallzystische Ovarialzyste. Diese wird mit einer Braunüle punktiert. Es entleert sich bräunlich-klare Flüssigkeit bis zum Kollabieren der

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

Zyste, an eine Exstirpation ist nicht zu denken, sie ist unerreichbar. Die Zyste ist jetzt nicht mehr tastbar und das Hämatom ist ausgeräumt.“ Der Eingriff erfolgte ambulant, die Patientin wurde „bei Wohlbefinden“ entlassen.

Eine Woche später kam sie erneut in die Klinik. Sie klagte über starke Schmerzen, Übelkeit und Erbrechen. Der Beckenbereich war sehr druckempfindlich.

Sonographisch fand sich ein Zystovar rechts und ein Konglomerat über dem Scheidenende. Laut Computertomogramm bestand der Verdacht auf einen Abszess. Die Laparoskopie ergab ein entzündliches Konglomerat, bestehend aus Dickdarm, Appendix und einem Ovarialabszess. In dessen Zentrum fand sich ein Tupfer, „welcher vermutlich nach der vaginalen Zystenentfernung vergessen wurde“ (Operationsbericht). Das Konglomerat wurde aufgelöst, der Tupfer entfernt und das Ovar exstirpiert. Eine siebentägige Antibiotikatherapie schloss sich an. Die Entzündungswerte normalisierten sich. Die Patientin konnte zehn Tage postoperativ „bei subjektivem Wohlbefinden“ entlassen werden.

Beanstandung der ärztlichen Maßnahmen

Die Patientin vermutete Behandlungsfehler und stellte folgende Fragen: Bestand eine Indikation zur Gebärmutterentfernung? Wurden die Operationen kunstgerecht durchgeführt? Hat das Belassen des Tupfers die Folgekomplikationen verursacht oder zumindest begünstigt? Wurde auf die Komplikationen fachgerecht reagiert?

Stellungnahme der in Anspruch genommenen Klinik

Der Chefarzt führte aus, dass bei einer vaginalen Revisionsoperation ein Tupfer im Bauchraum verblieben sei, der für die Folgeoperation als ursächlich anzusehen sei.

Nach seinem gegenwärtigen Kenntnisstand sei von einem Dauerschaden jedoch nicht auszugehen, allerdings sei der Folgeeingriff eindeutig auf den verbliebenen Tupfer zurückzuführen.

Gutachten

Der von der Schlichtungsstelle beauftragte Gutachter, Facharzt für Frauenheilkunde, war der Ansicht, dass bei der Patientin therapieresistente Dauerblutungen bestanden hätten. Die Indikationsstellung zur Hysterektomie sei korrekt gewesen. Bei der laparoskopischen Hysterektomie hätte kein Tupfer in den Raum

oberhalb der Scheide eingebracht werden können. Der Tupfer sei bei der ersten Revision fehlerhaft im Operationsgebiet belassen worden. Ein Zurücklassen eines Tumpfers bei einem Routineeingriff sei vermeidbar fehlerhaft. Ausnahmen könnten sich bei Notfalleingriffen mit massiver Blutung im Einzelfall ergeben. Eine solche Situation hätte hier definitiv nicht vorgelegen. Die Entstehung des Hämatoms sei nicht fehlerbedingt, dazu könne es auch bei richtigem ärztlichem Handeln kommen. Die Revisionsoperation sei fachgerecht durchgeführt worden. Dabei habe der noch in situ befindliche rechte Eierstock entfernt werden müssen. Dies sei bei der ohnehin schon perimenopausalen Patientin die einzige Langzeitfolge.

Bewertung der Haftungsfrage

Die Schlichtungsstelle schloss sich dem Gutachten im Ergebnis an. Die Patientin litt an therapierefraktären Blutungsstörungen sowie an Kontaktblutungen. Die Familienplanung war abgeschlossen. Aus dieser Konstellation ergab sich eine eindeutige Indikation zur Hysterektomie. Dies wurde durch die histologische Untersuchung des Operationspräparats bestätigt: Als Ursache für die genannten Probleme fanden sich Myome sowie eine Adenomyosis. Letztere ist einer organerhaltenden Therapie nicht zugänglich. Die Hysterektomie war gut dokumentiert und nicht zu beanstanden. Es konnte ausgeschlossen werden, dass dabei ein Tupfer in die Bauchhöhle gelangt war. Ende Mai stellte sich die Patientin mit Abgang von (altem) Blut und Schmerzen erneut in der Klinik vor.

Ursächlich fanden sich ein Hämatom am oberen Scheidenende sowie eine Ovarialzyste. Das Hämatom - ungewöhnlich nach so langer Zeit - sprach per se nicht für ärztliche Fehler. Auch bei fachgerechtem Vorgehen kann es dazu kommen.

Eine vaginale Revision (Eröffnung des Scheidenendes, Punktion einer Ovarialzyste) wurde durchgeführt und verlief laut Operationsbericht problemlos. Dabei gelangte ein Tupfer in die Bauchhöhle und verblieb dort. Dies war vermeidbar fehlerhaft.

Nur wenige Tage später kam die Patientin erneut zur Aufnahme, jetzt mit massiven Beschwerden. Das Computertomogramm ergab den Verdacht auf einen Abszess. Als Ursache fand sich der erwähnte Tupfer, der zu einem Ovarialabszess und einem entzündlichen Konglomerattumor geführt hatte. Das Konglomerat wurde aufgelöst, der Tupfer wurde entfernt und das Ovar exstirpiert. Das beschriebene Vorgehen war fachgerecht. Unter Antibiotikagabe besserte sich der Zustand der Patientin allmählich, sodass sie nach zehn Tagen entlassen werden konnte.

Gesundheitsschaden

Bei korrektem Vorgehen hätte die Rekonvaleszenz nach der ersten Revision (Ablassen des Hämatoms, Punktion der Ovarialzyste) etwa sieben Tage betragen.

Durch das fehlerhafte Vorgehen kam es zu folgendem Gesundheitsschaden: Schmerzen zwischen erster und zweiter Revision, Notwendigkeit der zweiten Intervention, anschließender Klinikaufenthalt von zehn Tagen. Danach etwa dreiwöchige Rekonvaleszenz, Verlust des rechten Eierstocks, Risiko verstärkter Adhäsionen infolge der Entzündung im Beckenbereich. Schadenersatzansprüche im dargestellten Rahmen waren begründet, eine außergerichtliche Regelung wurde empfohlen.

Fazit

Versehentlich im Operationsgebiet belassene Fremdkörper sind selten. Meistens handelt es sich dabei um Textilien: Tupfer, Kompressen oder Bauchtücher. Die Bewertung eines solchen Ereignisses hängt vom Einzelfall ab. Ein dramatischer Operationsverlauf oder unerwartete schwere Komplikationen, zum Beispiel Blutungen, können den Arzt entlasten. Auf den geschilderten Fall traf dies allerdings nicht zu. Zur Vermeidung einer derartigen Komplikation sind umfangreiche, standardisierte und dokumentierte Präventivmaßnahmen erforderlich, an erster Stelle die Zählkontrolle der verwendeten Materialien vor und nach dem Eingriff durch zwei Pflegekräfte (instrumentierende Schwester und Springer).

Literatur

Heidenreich, W., Probst, T.: *Der belassene Fremdkörper. Eine unerwartete Komplikation nach operativen Eingriffen;* *Frauenarzt* 49, 2008, 217-222

Ulsenheimer, K. *Belassene Fremdkörper aus der Sicht des Juristen;* *Chirurg* 78, 2007, 28-34