

Erschienen im Niedersächsischen Ärzteblatt 7/2017

Kasuistik

Es war die Behandlung durch die Ärzte der Gynäkologischen Abteilung einer Klinik zu prüfen. Bei einer 67jährigen Patientin wurde im November durch Ausschabung ein Karzinom des Gebärmutterkörpers gesichert. Aufgrund der präoperativ durchgeführten Computertomographie war ein ausgedehnter Tumor im Cavum uteri bekannt, und es wurde eine Längsschnitt-Laparotomie mit Hysterektomie und Adnexektomie beiderseits sowie die pelvine und paraaortale Lymphonodektomie indiziert. Bei dem am 18. Dezember durchgeführten Eingriff kam es zu einer größeren Gefäßverletzung im Bereich der Vena iliaca externa, bei der wegen der starken Blutung phasenweise die kompletten Beckengefäße abgeklemmt wurden. Am Morgen des Folgetags kam es zu einer arteriellen Embolie des linken Beins, wobei im Angiographie-Computertomogramm eine hochgradige Stenose der Arteria iliaca externa diagnostiziert wurde. Es erfolgte eine Verlegung in ein Gefäßzentrum, wobei zunächst eine lokale Lyse versucht wurde, schließlich eine Re-Laparotomie mit Hämatomausräumung und Tamponade, Re-Laparotomie mit Entnahme der Tamponaden und Embolektomie, letztlich die Amputation des Vorfußes mit einer einmaligen Nachresektion erfolgten.

Beanstandung der ärztlichen Maßnahmen

Die Patientin geht davon aus, dass die Operation fehlerhaft durchgeführt wurde, vor allem aber im postoperativen Verlauf auf die akute Symptomatik der Gefäßembolisierung nicht zeit- und sachgerecht reagiert worden sei.

Stellungnahme der Klinik

Der operative Eingriff sei indiziert gewesen. Nach Einreißen der Vena iliaca externa seien wegen der massiven Blutung Klemmen auf die anatomischen Strukturen gesetzt worden, dabei auch die Arterie und der Harnleiter mitgefasst worden. Nach Stillung der Blutung sei die Intaktheit der vorübergehend mit erfassten Strukturen überprüft

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

worden. Auf der Intensivstation sei eine livide Verfärbung des Fußes diagnostiziert worden, nach Diagnosestellung sei die Verlegung in eine andere Klinik erfolgt. Es sei jeweils zeitgerecht und korrekt gehandelt worden.

Gutachten

Der beauftragte externe Gutachter, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, ist der Ansicht, dass der operative Eingriff aufgrund des nachgewiesenen Karzinoms grundsätzlich indiziert gewesen sei, nicht zwingend sei die Ausräumung der kaudalen pelvinalen Lymphknoten gewesen. Die aufgetretene schwere Gefäßverletzung sei untypisch und nicht nachvollziehbar. Bei einer solch schweren Gefäßverletzung sei die Hinzuziehung eines Gefäßchirurgen notwendig gewesen, mit einem Gefäßinterponat hätten die Folgekomplikationen möglicherweise vermieden werden können. In der postoperativen Betreuung sei eine dokumentierte Perfusionsstörung des Beins mindestens fünf Stunden lang nicht weiter abgeklärt worden, welches als fehlerhaft betrachtet werden müsse.

Stellungnahme zum Gutachten

Ärztlicherseits wurde eingewandt, dass die Indikation zur Lymphonodektomie auch des kleinen Beckens gegeben gewesen sei und dass die eingetretene Komplikation sehr wohl eingriffstypisch sei. Die Hinzuziehung eines Gefäßchirurgen sei nicht notwendig gewesen, da intraoperativ und im direkten postoperativen Verlauf keine Hinweise für eine arterielle Durchblutungsstörung bestanden hätten. Die Forderung nach einer Operation in größeren Zentren entbehre einer rechtlichen Grundlage.

Bewertung der Haftungsfrage

In Würdigung der medizinischen Dokumentation, der Stellungnahmen der Beteiligten und der gutachterlichen Erwägungen schloss sich die Schlichtungsstelle unter eigener Urteilsbildung dem Gutachten im Ergebnis an.

Aufgrund des histologisch nachgewiesenen Korpuskarzinoms war ein operativer Eingriff indiziert. Auch die Auswahl der Operationstechnik war korrekt. Zu den präoperativ durchzuführenden Untersuchungen zur Festlegung des Tumorstadiums und der Radikalität des Eingriffs gibt es keine allgemeinverbindlichen Festlegungen, sodass bei großem intrauterinem Tumolvolumen und vergrößerten Lymphknoten die Operationsstrategie nachvollziehbar ist. Unabhängig vom schwer nachzuvollziehenden Entstehungsmechanismus der schwerwiegenden Gefäßverletzung wäre nach der Akutversorgung der Blutung durch

Setzen der Klemmen die Hinzuziehung eines Gefäßchirurgen oder zumindest Chirurgen zwingend gewesen, um über die verschiedenen Optionen der Rekonstruktion beziehungsweise Prävention von Folgeschäden interdisziplinär zu entscheiden. Selbst unter Hintanstellung der Forderung, Großkarzinomoperationen nur an spezialisierten Zentren für Genitalkrebs durchzuführen, muss bei einem solchen Eingriff geregelt sein, eventuell notwendige Nachbardisziplinen in vernünftigem Zeitraum hinzuziehen zu können.

Der Stellungnahme der Klinik zum Gutachten, dass ein hinzugezogener Gefäßchirurg die Situation ebenfalls nicht geändert hätte, ist zu widersprechen.

Die Fortführung der Periduralanästhesie zur Schmerzbehandlung auf der Intensivstation war korrekt, die frühzeitig von der Patientin angegebenen Beschwerden im Bein durften aber nicht als eingriffstypisch oder als Folge der Periduralanästhesie abgetan werden. In den Krankenunterlagen fehlt auch ein spezifischer Hinweis auf die intraoperative Komplikation und die postoperativ darauf abgezielte Überwachung. In der Krankenunterlage ist am Morgen um 5 Uhr bereits eine „livide Verfärbung“ des Beins beschrieben, auf die Zunahme der Beschwerden wurde erst gegen 10 Uhr reagiert, sodass eine dokumentierte Perfusionsstörung des Beins bis zum Erreichen des anderen Klinikums mehr als sieben Stunden bestanden hatte. Mit einer zeitgerechten Reaktion und deutlicher Reduzierung der Ischämiezeit des Beins wäre eine Amputation zu vermeiden gewesen.

Gesundheitsschaden

Bei korrektem Vorgehen hätte nach ärztlicher Erfahrung durch die intraoperative Hinzuziehung von Nachbardisziplinen wie die eines Chirurgen/Gefäßchirurgen und/oder Urologen die Möglichkeit einer Gefäßrekonstruktion oder eines Ersatzes bestanden, das Trauma der Ureterwand durch prophylaktische Einlage eines Doppel-J-Katheters hätte überbrückt werden können.

Vorliegend ist nicht die eingetretene Komplikation fehlerhaft, sondern das intraoperative Komplikationsmanagement. Bei der bekannten intraoperativen Komplikation wäre eine intensive Überwachung der Durchblutung der Extremitäten zwingend gewesen, die frühzeitig typischen Komplikationen des Gefäßverschlusses wurden über mehrere Stunden missachtet. Das postoperative Management muss als fehlerhaft angesehen werden und hat ursächlich zur dann notwendigen Vorfußamputation als Gesundheitsschaden geführt.

Fazit

Für große gynäkologisch-onkologische Operationen gibt es (noch) keine Mindestmengen. Bei grundsätzlich erhöhtem Komplikationspotenzial muss organisatorisch die Einbeziehung von operativen Nachbarkompetenzen in adäquaten Zeiträumen gewährleistet sein, um mögliche Folgeschäden durch verzögerte Revisionseingriffe zu minimieren.