

Port Catheter Removal - Measuring is Better than Estimating!

Erschienen im Niedersächsischen Ärzteblatt 6/2013

Kasuistik

Bei der 55-jährigen Patientin wurde im 2005 eine akute myeloische Leukämie festgestellt. Zur Behandlung war ein Portkathetersystem notwendig, welches im Bereich der rechten Schulter implantiert wurde. Da im März 2010 die Erkrankung als in Remission galt, wurde die Indikation zur Portkatheterentfernung gestellt.

Diese wurde im Juli 2010 durch einen Facharzt für Chirurgie in Lokalanästhesie durchgeführt. Aufgrund ausgeprägter adhärenter Verwachsungen gestaltete sich die Präparation schwierig. Der Port wurde dargestellt und der Katheter freigelegt. Anschließend erfolgten die Entfernung des Ports und des Katheters.

Nach zunächst unauffälligem Verlauf wurde im Juni 2011 durch einen anderen Chirurgen ein Fadengranulom an der Wunde diagnostiziert und in Lokalanästhesie entfernt. Bei fortbestehender nässender, fistelnder Wund erfolgte im August 2011 eine Wundrevision in Vollnarkose mit Wundanfrischung und Säuberung. Ein Abstrich ergab eine massenhafte Besiedlung mit *Staphylococcus aureus*.

Wegen weiter schlecht heilender Wunde erfolgte dann die Vorstellung in einer Chirurgischen Klinik. Hier wurde im Oktober 2011 eine Wundrevision im Bereich der rechten Schulter vorgenommen. Dabei fand sich eine sondierbare Fistel, die bis zur Einmündungsstelle der Vena cephalica in die Vena subclavia darstellbar war. Es konnte noch dort befindliches Kathetermaterial freipräpariert werden, das sich entfernen ließ. Es handelte sich um einen circa zehn Zentimeter langen Katheterrest. Bei weiterer Präparation wurden noch zwei kleine Fragmente von je zwei bis drei Millimeter des ehemaligen Portkatheters gefunden und entfernt. Eine intraoperative Röntgenuntersuchung zeigte dann kein verbliebenes Kathetermaterial mehr. Anfang November 2011 erfolgte eine chirurgische Wundtoilette mit Wunddebridement und Anlage eines Vakuumversiegelungssystems, was zu deutlicher Besserung der Wundsituation führte, so dass die Wunde sekundär verschlossen und

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

die Patientin aus stationärer Behandlung entlassen werden konnte. Ende November 2011 wurden reizlose Wundverhältnisse dokumentiert.

Die Patientin moniert, durch die inkomplette Entfernung des Portkathetersystems mit verbliebenem zehn Zentimeter langen Katheterrest sei es zu einer eitrig fistelnden Wunde gekommen, die mehrfach revidiert und insgesamt dreimal in Vollnarkose Nachfolgeoperationen nach sich gezogen hätte.

Der Chirurg argumentiert, der Eingriff sei aufgrund stärkerer Verwachsungen und fast knöcherner, knorpeliger Bindegewebsstrukturen schwierig gewesen. Es wäre aber der Port insgesamt dargestellt worden und auch das Kathetermaterial entfernt worden. Hinweise auf unvollständige Entfernung hätten sich bei dem Eingriff nicht gezeigt, weshalb kein Anlass bestanden habe, weitere Kontrollen durchzuführen.

Gutachten

Da eine Katheterlänge von 20 bis 25 Zentimeter gängig sei, hätte bei der Portkatheterentfernung auffallen müssen, dass der entfernte Katheter zu kurz war. Es hätten Röntgenaufnahmen durchgeführt werden müssen, um über den Verbleib des Restes Aufklärung zu bekommen. Dies sei aber nicht erfolgt. Bei der Entfernung des Katheterportsystems sei fehlerhaft ein zehn Zentimeter langer Katheterrest verblieben, der die späteren Wundheilungsstörungen verursacht hätte. Dadurch wären insgesamt drei Narkosen und Operationen zur endgültigen Wundabheilung notwendig gewesen.

Entscheidung der Schlichtungsstelle

Die Indikation zur Portentfernung war gegeben, da das Portsystem nicht mehr benötigt wurde. Die Portentfernung erfolgte in Lokalanästhesie unter erschwerten Bedingungen durch starke Verwachsungen. Bei der Portkatheterentfernung wurde nur ein Teil des Kathetersystems entfernt. Dieses hätte angesichts der gängigen Länge von derartigen Kathetern bei der Operation auffallen und Röntgenkontrollen zur Folge haben müssen, welche dann den verbliebenen Katheterrest aufgezeigt hätten. Das Vorgehen des Operateurs war fehlerhaft. Bei korrektem Vorgehen wäre nach circa 14 Tagen die Wundheilung abgeschlossen gewesen. Durch das verbliebene Fremdkörpermaterial kam es zu einem Wundinfekt mit Wundfistelungen, die insgesamt drei Operationen in Vollnarkose nach sich zogen. Dadurch kam es zu langanhaltenden Wundheilungsstörungen und einem über ein Jahr andauernden Heilungsprozess.

Fazit

Bei Entfernung von Fremdkörpermaterial sollte der Operateur sich präoperativ Klarheit darüber verschaffen, wie dieses Material ursprünglich beschaffen war, als es eingebracht wurde. Das erleichtert ihm, sich für die Kontrollmaßnahmen hinsichtlich einer restlosen Materialentfernung zu sensibilisieren.