

Hodentorsion: Totalen Infarkt durch zügendes Handeln vermeiden

Folge 5 der Reihe „Aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein“

*von Herbert Weltrich und Herwarth Lent**

Die Gutachterkommission hat häufig Sachverhalte zu beurteilen, bei denen eine Hodentorsion vermeidbar zu spät erkannt und behandelt wurde, so dass der Behandlungsfehler zum Verlust des Hodens führte. Bei der Hodentorsion kommt es zur spontanen Drehung von Hoden und Nebenhoden um die Längsachse des Samenstranges, weshalb die seltener gewählte, im angelsächsischen Sprachraum jedoch übliche Bezeichnung Samenstrangtorsion die Erkrankung zutreffender kennzeichnet.

Die Torsion wird durch eine krampfartige Kontraktion der Muskeln des Samenstranges ausgelöst. Die Folge ist eine Durchblutungsstörung von Hoden und Nebenhoden. Das Leitsymptom der Hodentorsion ist der plötzlich – oft in den frühen Morgenstunden – einsetzende, sich langsam steigernde Schmerz im Hoden oder Nebenhoden, der allerdings in manchen Fällen zunächst im Bauchraum, in der Leisten- oder Nierenregion verspürt wird und erst später den Hoden einbezieht.

Gelegentlich bietet eine Hodentorsion daher differenzialdiagnostische Probleme, wenn bei einer Abklärung von Bauchschmerzen – insbesondere bei Jugendlichen – eine akute Erkrankung des Hodens bei den Überlegungen des Arztes unberücksichtigt bleibt. Der Verdacht

auf eine Torsion ergibt sich aus den symptomatischen Schmerzen und dem Befund eines druckschmerzhaften, oft zunächst nicht vergrößerten Hodens oder Nebenhodens.

Zeitfenster von vier bis acht Stunden

Für die Diagnose ist auch die sorgfältige Erhebung der Vorgeschichte von Bedeutung. Ultraschalluntersuchung und Messung der Hodendurchblutung mittels einer Doppler-Sonographie können die Diagnose stützen, ergeben aber nicht immer typische Befunde. Dies gilt auch für das sogenannte Phehn'sche Zeichen mit einer Schmerzverstärkung beim Anheben des Hodensackes.

Bei früher Diagnosestellung und noch unvollständiger Torsion ist manchmal eine manuelle Rückdrehung des Hodens möglich. In der Regel ist jedoch bei dem Verdacht auf eine akute Torsion die operative Freilegung des Hodens mit Retorquierung und Fixation des Hodens in den ersten vier bis höchstens acht Stunden nach dem Auftreten der ersten Symptome erforderlich, um einen totalen Infarkt des Hodens und damit den Verlust seiner Funktion zu vermeiden.

Auch nach dem genannten Zeitraum ist eine Freilegung so rasch wie möglich vorzunehmen, da die Torsion des Samenstrangs möglicherweise unvollständig sein und

nur eine teilweise Strangulation der Blutgefäße bewirkt haben kann.

Unter diesen Umständen kann die mit der hämorrhagischen (statt ischämischen) Infarzierung des Hodens vorhandene Schädigung auch noch bis zu 24 Stunden reversibel oder zum Teil reversibel sein.

Der Sachverhalt

Hierzu die Darstellung eines kürzlich beurteilten Falles. Aus den Krankenunterlagen der beschuldigten Ärzte und Kliniken sowie dem pathologischen Untersuchungsbefund ergab sich folgender Sachverhalt:

Bei dem knapp 16-jährigen Patienten zeigten sich morgens erste Symptome: Schmerzen im linken Unterbauch krampfartigen Charakters, Übelkeit, Erbrechen, Schweißausbruch, Schwindel. Gegen 13.15 Uhr notfallmäßige Untersuchung in der chirurgischen Ambulanz des beschuldigten Krankenhauses. Nach den Aufzeichnungen des untersuchenden Assistenzarztes waren beide Hoden „unauffällig“. Mit der Verdachtsdiagnose „Gastroenteritis“ erfolgte die stationäre Aufnahme. Die anschließende Ultraschalluntersuchung ergab an den Bauchorganen „regelrechte Verhältnisse“. Gegen 16 Uhr „Spasmolyse“.

Am nächsten Morgen (7.20 Uhr) zunehmende Schmerzen, die bereits in der Nacht begonnen hatten. Kei-

* Herbert Weltrich ist Präsident des Oberlandesgerichts Köln a. D. und war von 1984 bis 1999 Vorsitzender der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein; Dr. med. Herwarth Lent war von 1975 bis 1999 Mitglied der Gutachterkommission für das Gebiet Innere Medizin, seit 1983 war er Stellvertretendes Geschäftsführendes Kommissionsmitglied.

Ergänzend zum Thema

Da die Beschwerden, die auf eine akute Hodentorsion hindeuten, häufiger am frühen Morgen auftreten, gehört die rechtzeitige zutreffende Beurteilung dieser Symptomatik zu den Aufgaben, die vor allem auch im Notfalldienst von Ärzten aller Fachrichtungen wahrzunehmen sind. Von der Gutachterkommission mussten bisher in 36 der 4.747 Verfahren mit vorwerfbaren Behandlungsfehlern vermeidbare Diagnosemängel festgestellt werden, die meist zum Verlust des betroffenen Hodens führten. Diese Behandlungsfehler betrafen – unter Berücksichtigung von Fällen, in denen mehrere Fachgebiete beteiligt waren – Chirurgen (19-mal), Urologen (13-mal), Allgemeinmediziner (6-mal), Pädiater (2-mal), Internisten (1-mal) und Gynäkologen (3-mal).

ne Schwellung des Hodens, wohl steinharter Knoten am unteren linken Hodenpol ohne Druckschmerz, im Übrigen geringer Druckschmerz. Untersuchungsbefund „wie bei Nebenhodenzyste“. Fragestellung in der Dokumentation: „Zyste, Torsion oder Tumor“.

Zur Klärung dieser Frage erfolgt gegen 9 Uhr Vorstellung bei einem niedergelassenen Urologen, der folgende Befunde vermerkte: „Derber linker wenig druckdolenter Hoden mit prallelastischer Resistenz am unteren und oberen Pol.“ Die Ultraschalluntersuchung des linken Hodens ergab ein aufgelockertes Parenchym, kaudal mit einer zystischen Raumforderung. Der linke Hoden ohne Pulse. Der Urologe nahm dann eine Ausscheidungsurographie vor, die normale Ergebnisse zeigte. Gegen 11.30 Uhr veranlasste er mit der Diagnose „Hodentorsion“ die Überweisung in eine Urologische Klinik, die er zu diesem Zeitpunkt entsprechend unterrichtete. Der Patient wurde dort zwischen 12 Uhr und 13 Uhr als „Notfall mit der Diagnose einer Hodentorsion“ aufgenommen. Die Operation erfolgte gegen 16 Uhr mit Entfernung des nicht mehr durchbluteten linken Hodens. Der Chefarzt der Urologischen Klinik führte als Grund für die Verzögerung der Operation an, ein Anästhesist habe nicht eher mitwirken können.

Gutachtliche Beurteilung

Die Gutachterkommission beurteilte den Sachverhalt auf der Grundlage eines urologischen Fachsachverständigen-Gutachtens im Wesentlichen wie folgt:

Die bei dem Patienten am Vortage aufgetretenen Bauchbeschwer-

den und sonstigen Krankheitserscheinungen waren erste Symptome einer Hodentorsion, die allerdings noch nicht vollständig oder nur vorübergehend war. Das haben die Untersuchungen des ersten Tages ergeben. Der Hoden fühlte sich normal an; die Beschwerden waren noch auf den Bauchraum projiziert.

Die komplette Verdrehung des linken Hodens wird mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in den frühen Morgenstunden des nächsten Tages eingetreten sein. Das folgt aus den dokumentierten Beschwerden, insbesondere dem um 7.20 Uhr erhobenen Tastbefund und dem späteren pathologischen Untersuchungsergebnis. Zu diesem Zeitpunkt bestand Anlass zu sofortigem Handeln. Entweder hatte die Operation in der chirurgischen Abteilung oder nach Überweisung in einer Urologischen Klinik zu erfolgen.

Stattdessen wurde der Patient einer urologischen Fachpraxis vorgestellt, was allein schon einen Zeitverlust bedeutete. Der Facharzt fand sichere Anhaltspunkte für die Diagnose einer Hodentorsion: Derber wenig druckdolenter linker Hoden, ohne Pulsation. Da die Ultraschalluntersuchung der Nieren beiderseits keinen Aufstau zeigte, war

die zusätzlich vorgenommene Ausscheidungsurographie mit Darstellung der Nieren und der ableitenden Harnwege überflüssig und brachte eine weitere unnötige Verzögerung. Erst nach dieser Untersuchung nahm der Urologe mit seiner zutreffenden Diagnose telefonischen Kontakt zu einer Urologischen Klinik auf, wo der Patient zu einem Zeitpunkt eintraf, der nach dem späteren pathologischen Befund bei sofortiger Operation zur Erhaltung des Hodens noch ausgereicht hätte. In der Klinik wurde ungeachtet der gebotenen Dringlichkeit die operative Behandlung erst mit vermeidbarer mehrstündiger Verzögerung vorgenommen. Dieses Versäumnis führte zum endgültigen Verlust des linken Hodens.

Zum Hinweis der Klinik auf das Fehlen eines Anästhesisten bemerkte die Kommission, die Klinik habe schon gegen 11.30 Uhr von der Notwendigkeit einer Sofortoperation erfahren und damit rechtzeitig die Mitwirkung eines Anästhesisten sicherstellen können. Für Notoperationen müsste stets ein solcher Arzt in Bereitschaft sein. Falls tatsächlich wegen außergewöhnlicher Umstände ein Anästhesist nicht zur Verfügung gestanden hätte, wäre es Pflicht der Klinik gewesen, den Patienten sofort in einer anderen Urologischen Klinik oder Chirurgischen Klinik aufnehmen zu lassen.

In Übereinstimmung mit dem urologischen Fachsachverständigen kam damit die Gutachterkommission zu dem Ergebnis, dass vorwerfbare Behandlungsfehler der zuerst behandelnden Chirurgischen Klinik, sodann des niedergelassenen Urologen und schließlich der Urologischen Klinik festzustellen waren.

Zur Reihe „Aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein“

An die Gutachterkommission ist wiederholt die Anregung herangetragen worden, ihre gutachtlichen Beurteilungen zu veröffentlichen. Der Göttinger Arztrechtler Prof. Dr. H.-L. Schreiber beispielsweise hat die Auffassung vertreten, die Ergebnisse der Kommissionsverfahren sollten in regelmäßigen Berichten publiziert und damit für die praktische ärztliche Tätigkeit sowie die Entwicklung von Leitlinien nutzbar gemacht werden (siehe auch *Rheinisches Ärzteblatt* Februar 2000, Seite 22).

Eine solche Veröffentlichung kann allerdings nicht durch einfachen (anonymisierten) Abdruck der jeweiligen Entscheidung geschehen. Ihre fallbezogene Fassung und die oft umfangreichen gutachtlichen Anlagen bedürfen der Konzentration auf die wesentlichen Einzelheiten des Sachverhalts und den maßgeblichen Kern der Beurteilung.

Diese Arbeit leisten nunmehr langjährige Kommissionsmitglieder, die regelmäßig im *Rheinischen Ärzteblatt* zu bestimmten Themen aktuelle gutachtliche Entscheidungen in knapper Zusammenfassung und mit etwaigen statistischen Anmerkungen veröffentlichen. GAK