

Gallenwegsläsion – Fehlerhafte postoperative Behandlung

Diagnostische und operative Mängel – Folge 30 der Reihe „Aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein“

*von Herbert Weltrich und Wilfried Fitting**

Bei einer regelgerecht durchgeführten laparoskopischen Cholezystektomie ist eine Gallenwegsverletzung auch bei aller Sorgfalt nicht in jedem Fall vermeidbar. Sie stellt eine typische Komplikation dar, auf die in der präoperativen Aufklärung des Patienten näher hinzuweisen ist. Als Entstehungsursache kommen u. a. präparatorische Verletzungen, Durchschneiden gesetzter Clips, Blutstillung oder Koagulationsverwendung in Betracht. Wird der notwendige Hinweis versäumt, tritt eine Haftung des operierenden Arztes auch bei ordnungsgemäßem Vorgehen ein. Unabhängig von dieser Aufklärung kann eine Haftung des Arztes entstehen, wenn die postoperative Behandlung unzureichend und ursächlich für einen Gesundheitsschaden ist. Die Gutachterkommission hat solche Behandlungsfehler wiederholt beanstanden müssen. Beispielhaft für postoperative Mängel ist nachfolgend geschilderter Fall.

Der Sachverhalt

Wegen unklarer Oberbauchbeschwerden wurde die 22-jährige Patientin in der medizinischen Klinik des beschuldigten Krankenhauses stationär vom 2. bis 5. Dezember behandelt. Als Ursache der Beschwerden wurden Gallensteine in einer nicht veränderten Gallenblase festgestellt. Die Spiegelung des Magens zeigte lediglich eine leichte Entzündung. Nach einem chirurgischen Konsil wurde der Patientin empfohlen, die Gallenblase entfernen zu lassen.

Nach stationärer Aufnahme am 8. Dezember wurde die Entfernung am 9. Dezember in der beschuldigten chirurgischen Klinik des Krankenhauses laparoskopisch durchgeführt. Nach dem Operationsbericht ließ sich die Gallenblase in typischer Weise problemlos entfernen. Die histologische Aufarbeitung der Gallenblase zeigte eine leicht entzündliche Reaktion. Die Patientin wurde am 14. Dezember ohne Besonderheiten entlassen.

Am 18. Dezember wurde die Patientin in der chirurgischen Ambulanz des Krankenhauses wegen Schmerzen im Nabelbereich behandelt; es wurde ein Bauchdeckenabszess eröffnet, aus dem sich eitriges Sekret entleerte.

Stationäre Behandlung

Am 20. Dezember klagte die Patientin über Bauchschmerzen. Sie wurde stationär in der beschuldigten chirurgischen Klinik aufgenommen. Die Laboruntersuchung ergab eine Leukozytose von 18.900 mm³ und ein C-reaktives Protein (CRP) von 4,29 mg/dl (am 23. Dezember 7,67 mg/dl). Bei einer Ultraschalluntersuchung wurden nach den Aufzeichnungen keine Auffälligkeiten festgestellt.

Bei anhaltenden Beschwerden wurde am 27. Dezember eine erneute Ultraschalluntersuchung des Bauches durchgeführt. Es zeigten sich nun im ehemaligen Gallenblasenbett eine Raumforderung und erhebliche Mengen freier Flüssigkeit im Bauchraum. Eine auswärts

durchgeführte Computertomographie bestätigte dieses Untersuchungsergebnis. Nach erneuter Sonographie wurde am 29. Dezember eine ultraschallgesteuerte Punktion des Bauchraumes vorgenommen. Es wurden 2,5 l einer galligen Flüssigkeit gewonnen. Der Bilirubinwert dieser Flüssigkeit betrug 51,67 mg/dl. Es entleerten sich in der Folgezeit täglich zwischen 450 und 1.000 ml gallige Flüssigkeit.

In den Pflegeberichten vom 20. bis 29. Dezember werden fast durchweg heftige Bauchschmerzen und nach dem 27. Dezember eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes angegeben. Die Patientin wurde laufend mit den verschiedensten Schmerzmitteln behandelt.

Ab 1. Januar besserte sich der Zustand etwas; es wurde eine ERCP (Endoskopische Retrograde Cholangiographie und Pankreatographie) in Aussicht genommen, die am 7. Januar durchgeführt wurde. Sie ergab ein Galleleck, möglicherweise im Bereich der Cysticus-Einmündung; denn es wurde ein deutlicher Kontrastmittelaustritt aus dem Ductus choledochus beschrieben. Auf eine Drainage bzw. eine Stent-Einlage und eine Papillotomie wurde verzichtet.

Weiteres operatives Vorgehen

Am 9. Januar erfolgte eine erneute Laparoskopie, die eine Galleleckage im Bereich des Rest-Ductus cysticus zeigte, der durch einen Clip versorgt wurde. Ferner wurde eine Drainage eingelegt.

* 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. Professor Dr. med. Wilfried Fitting war von 1987 bis 1996 Geschäftsführendes Kommissionsmitglied der Gutachterkommission.

Bei weiterhin galligem Sekret erfolgte am 13. Januar eine erneute operative Freilegung. Es wurde zunächst wiederum laparoskopisch vorgegangen. Da die Leckage jedoch nicht sicher erkannt werden konnte, wurde eine Laparotomie mit offener Revision der Gallenwege und dem Versuch des Verschlusses des Choledochusleckes durchgeführt, der aber keinen Erfolg hatte. Es gelang auch nicht, durch Punktion mit normaler Kanüle im Ductus choledochus-Bereich Galle zu aspirieren, so dass das extrahepatische Gallengangssystem nicht dargestellt werden konnte. Es wurde schließlich eine Duodenotomie durchgeführt, um die Gallengänge retrograd über die Papilla vateri darzustellen, allerdings auch ohne Erfolg.

Wegen der Erfolglosigkeit des operativen Vorgehens wurde nach Kontaktaufnahme die Patientin am 14. Januar in eine chirurgische Universitätsklinik verlegt.

Stationäre Behandlung in der Universitätsklinik

Bei der Aufnahme entleerte sich aus der Drainage reichlich galliges Sekret. Es wurden noch am 14. Januar eine CT-Untersuchung und am 15. Januar eine Sonographie sowie eine ERCP vorgenommen, die eine inkomplette Darstellung der Gallenwege und des Pankreasganges sowie eine Leckage am Gallengang zeigte.

Die Laparotomie erfolgte am 16. Januar mit Feststellung einer diffusen biliären Peritonitis bei Leckage einer Duodenalnaht nach vorausgegangener Laparotomie, einer Zerstörung der Hepaticusgabel mit Galleleckage sowohl des rechten als auch des linken Ductus hepaticus. Nach Anlage einer biliodigestiven Anastomose mit nachgehender siebenwöchiger aufwendiger intensivmedizinischer Behandlung (bis 5. März) – einschließlich der Notwendigkeit einer Respiratortherapie – wurde im Ergebnis eine Heilung herbeigeführt.

Gutachtliche Beurteilung

Die am 9. Dezember durchgeführte laparoskopische Cholezystektomie wurde nach dem Operationsbericht regelgerecht vorgenommen. Da eine Verletzung der gebotenen Sorgfaltspflicht nicht zu ermitteln war, konnte die Gutachterkommission insoweit keinen vorwerfbaren Behandlungsfehler feststellen. Eine Gallenwegsläsion kann auch bei sorgfältigem Vorgehen nicht immer vermieden werden.

Anders liegt es bei der stationären Behandlung in der beschuldigten Klinik ab 20. Dezember. Angesichts der aufgetretenen Beschwerden mit heftigen Bauchschmerzen und deutlichen durch Leukozytose und CRP-Anstieg bewiesenen Entzündungszeichen bestand Anlass zu einer konsequenten sachverhaltsklärenden Untersuchung, die unterlassen wurde. Die behandelnden Ärzte durften sich nicht auf die zunächst durchgeführte Sonographie verlassen, die angeblich keine Auffälligkeiten zeigte. Für die Kommission war es unverständlich, dass die Zeit bis zum 27. Dezember verstrich, ohne dass eine weitere Untersuchung (Kontrollsonographie oder eine CT bzw. ERCP) stattfand. Die für die Befundklärung sehr geeignete ERCP wurde aus nicht nachvollziehbaren Gründen erst am 7. Januar durchgeführt. Auch die am 29. Dezember vorgenommene Bauchhöhlenpunktion, bei der 2,5 l galliges Sekret gewonnen wurde, erfolgte mit unvertretbarer Verzögerung. Die nicht rechtzeitige diagnostische Klärung führte zugleich zur vermeidbaren Verzögerung der späteren operativen Revision.

Die erste revidierende Operationsmaßnahme am 9. Januar wurde laparoskopisch vorgenommen und führte irrtümlich zur Annahme einer Komplikationsbehebung hinsichtlich einer Galle-Leckage. Die zweite Revision am 13. Januar wurde ebenfalls laparoskopisch begonnen. Auch die Fortsetzung in offener Operationsform war erfolglos, so dass die Patientin schließlich in die chirurgi-

sche Universitätsklinik zwecks endgültiger Klärung der Diagnose und Sanierung verlegt wurde.

Da bei geplanten und erforderlichen Revisionseingriffen etwa im Vierwochen-Intervall von vornherein von eingriffsbedingten Verwachsungen und örtlichen Entzündungsreaktionen auszugehen ist, wird regelmäßig die Anwendung der laparoskopischen Eingriffstechnik im Wiederholungsfall als ungeeignet zu beurteilen sein. Jedenfalls war der Eingriff am 13. Januar unzureichend und nicht regelgerecht. Die Operationsschritte sind nicht immer nachzuvollziehen. Das gilt ferner für die Duodenotomie mit dem erfolglosen Versuch einer retrograden Gallengangsdarstellung. Mangelhaftes technisches Vorgehen und fehlende Sorgfalt sind nach Ansicht der Kommission ursächlich für die Erfolglosigkeit, die bei der Galle-Leckage schon ab dem 20. Dezember einer Revisionslaparotomie bedurft hätte.

Zusammenfassung

Die Gutachterkommission kommt bei ihrer Beurteilung insgesamt zu der Annahme eines vorwerfbaren groben Behandlungsfehlers. Die diagnostischen Maßnahmen zur Feststellung der Gallenwegsläsion waren unzureichend und führten damit zu einer vermeidbaren erheblichen zeitlichen Verzögerung der Diagnose und der operativen Sanierung. Bei beiden revidierenden Operationsmaßnahmen der beschuldigten Klinik war die inadäquate eingriffstechnische Vorgehensweise zu beanstanden. Die Klinik hätte zudem die Patientin wesentlich früher verlegen müssen, wenn ihre diagnostischen Möglichkeiten zeitlich nicht eher verfügbar gewesen sein sollten.

Als Gesundheitsschaden hat die Kommission die bis zum 5. März dauernden vermeidbaren schweren gesundheitlichen Belastungen, auch durch die Respiratortherapie, festgestellt, die bei rechtzeitigem sachgerechten diagnostischen und operativen Vorgehen vermieden worden wären.