

Fehlerhafte Darmresektion

Vermeidbare Radikaloperation ohne feingeweblichen Karzinomnachweis – Folge 20 der Reihe „Aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein“

*von Herbert Weltrich und Wilfried Fitting**

Die Resektion des Darmes ist eine Operationsmethode, die der Entfernung karzinomatöser, tuberkulöser oder brandiger Darmschlingen dient und damit Krankheitsherde ausschaltet. Sie kommt auch bei einer Verletzung, Stenose oder Gangrän des Darms und ggf. bei Polypen in Betracht, die nicht elektrisch mit der Schlinge abgetragen werden können.

Die Gutachterkommission hatte vor Kurzem einen Krankheitsverlauf zu beurteilen, der sich nach den Unterlagen der beschuldigten und der nachbehandelnden Chirurgischen Klinik sowie der vorbehandelnden niedergelassenen Internistin wie folgt darstellte.

Der Sachverhalt

Im Rahmen einer Vorsorge zur Krebsfrüherkennung veranlasste die niedergelassene Internistin im Juli die Untersuchung des Stuhls des 70-jährigen Patienten auf okkultes Blut. Von den drei Stuhlproben waren zwei negativ und eine positiv. Der Befund war Anlass zur Überweisung des Patienten an den Chefarzt der Inneren Abteilung des erstbehandelnden Krankenhauses zwecks Durchführung einer ambulanten Darmspiegelung. Bei der Untersuchung am 14. Juli wurde in der rechten Dickdarmkurve ein etwa walnussgroßer, gut durchbluteter Tumor mit kurzem Stiel festgestellt. Wegen der Kontaktblutung wurde keine Probe zur feingeweblichen Untersuchung entnommen. Aufgrund der Größe und zur Klärung

der Dignität wurde die Entfernung durch Bauchschnitt vorgeschlagen.

Der Patient wurde am 17. Juli vorab in der Inneren Abteilung des Krankenhauses aufgenommen. Es sollte wegen eines im Vorjahr abgelaufenen Herzinfarktes und früherer Herzgefäßerkrankung die Frage der Operationsfähigkeit geprüft werden. Nachdem diese uneingeschränkt bejaht wurde und eine Tumorausbreitung weitgehend ausgeschlossen war, wurde der Patient am 23. Juli in die beschuldigte Chirurgische Abteilung des Krankenhauses verlegt.

Operative Behandlung

Die Operation erfolgte am 25. Juli. Dem Operationsbericht konnte folgender Verlauf entnommen werden: Nach Eröffnung der Bauchhöhle wurde zunächst der Bauchraum ausgetastet. Im Bereich der rechten Dickdarmhälfte konnte der endoskopisch festgestellte Tumor mit dem Finger bestätigt werden. Krebsabsiedlungen wurden nicht festgestellt.

Unter der Annahme einer bösartigen Geschwulst wurde die gesamte rechte Dickdarmhälfte bis zur Mitte des Querdarmes mobilisiert. Dabei wurden zunächst die große Magenkurvatur skelettiert, die mittlere Dickdarmarterie (Arteria colica media) identifiziert und der Querdarm im Bereich der vorgesehenen Resektionsgrenze mit einem Zügel umschlungen. Danach wurden der Blinddarm und der aufsteigende Teil des Dickdarms von seinen Bauchfellüberzügen gelöst. Bei der Mobilisation der rechten Dick-

darmkurve und des Querdarms kam es zu einer venösen Blutung.

Daraufhin übernahm der Chefarzt der Abteilung, der bis zu diesem Zeitpunkt dem operierenden Arzt assistiert hatte, die weitere Operation. Beim Ansetzen einer Overholt-klemme riss die blutende Wunde, die zur Vena mesenterica cranialis (V. m. c.) führte, weiter ein. Nach exakter Darstellung des Situs wurde die blutende Vene mit nicht resorbierbaren Fäden (Prolene 5 x 0) umstochen.

Nach Aufhören der Blutung wurde die Operation fortgesetzt. Dabei stellte der Operateur fest, dass der Dünndarm oberhalb der ursprünglich festgelegten Resektionsgrenze, 10 cm oberhalb der Bauhin'schen Klappe, auf eine weitere Strecke von etwa 15 cm bläulich im Sinne einer Mangeldurchblutung verfärbt war. Deshalb wurde dieser Darmannteil noch nachreseziert. Anschließend wurden der Dünndarm mit dem Querdarm maschinell mit dem Klammernahtgerät Seit-zu-Seit verbunden und die Darmöffnungen des Dickdarms und Dünndarms mit dem Gerät verschlossen.

Gegen Ende der Operation stellte der Operateur nach einer Überprüfung im Bereich der umstochenen Mesenterialvene keine Blutung mehr fest. In die Nähe der Darmanastomose und in das kleine Becken wurden Drainagen eingelegt, die durch Extraschnitte aus der rechten Bauchseite herausgeleitet wurden. Nach schichtweisem Wundverschluss wurde der Patient beatmet gegen 15 Uhr auf die Intensivstation verlegt.

* 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.

Die pathologisch-anatomische Untersuchung des entfernten Darmteils ergab einen 3,8 cm großen Polypen, bei dem es sich feingeweblich um ein gutartiges, tubulo-villöses Adenom handelte. Zellatypien als Vorstufe eines Krebses wurden in den feingeweblichen Schnitten nicht festgestellt.

Operative Revisionen

Der instabile Kreislauf mit Blutdruckwerten um 65/30 mmHg konnte zunächst nur mit Hilfe von Transfusionen, Blutersatz und Kreislaufmitteln (Dopamin) angehoben werden. Gleichwohl trat gegen 16:45 Uhr ein massiver Schockzustand auf, der auf einer starken Blutung in die Bauchhöhle beruhte. Es wurde die Indikation zur Revision der Bauchhöhle gestellt.

Nach Eröffnung fanden sich etwa 1.200 ml frisches Blut in der Bauchhöhle, das abgesaugt wurde. Die umstochene Vene, aus der es blutete, wurde dargestellt. Der Operateur versuchte mit weiteren Gefäßumstechungen die Blutung zum Stillstand zu bringen, was aber nicht gelang. Daraufhin wurde der Entschluss gefasst, das blutende Gebiet zu tamponieren, den Bauch zu verschließen und den Patienten per Hubschrauber in eine Chirurgische Universitätsklinik zu verlegen.

Nach Massivtransfusionen und Ausgleich der Gerinnungsfaktoren fand noch in der Nacht zum 26. Juli die weitere Operation statt. Es wurden eine Einblutung des gesamten Bauchfells und Dünndarms und an der Gekrösewurzel ein massiver Bluterguss festgestellt. Das Gebiet der V. m. c. konnte infolge der großen Einblutung nicht hinreichend beurteilt werden. Einzelne blutende Venen wurden umstochen. Da man nicht klären konnte, ob der gesamte Dünndarm mangelnd durchblutet war, wurde die Bauchdecke nach Einlage einer Drainage vernäht mit dem Ziel, den Darmzustand nach 24 Stunden nochmals zu überprüfen.

Bei der folgenden Operation am 27. Juli wurde festgestellt, daß die V.

m. c. komplett durch ein Blutgerinnsel verschlossen und der gesamte Dünndarm abgestorben war. Der Dünndarm und ein Teil des Dickdarms wurden entfernt sowie der Zwölffingerdarm mit dem absteigenden Dickdarm vereinigt.

In der Folgezeit traten immer wieder septische Temperaturen auf. Auch die sofort einsetzenden, nachhaltigen intensivmedizinischen Bemühungen und weitere am 2. und 7. August durchgeführte operative Revisionen der Bauchhöhle konnten den am 22. September eingetretenen Tod nicht mehr verhindern.

Gutachtliche Beurteilung

Es war richtig, den bei der Dickdarmspiegelung am 14. Juli festgestellten gestielten Dickdarmpolypen zu entfernen, da ihm seine Dignität nicht anzusehen war. Wegen der Blutungsgefahr war es auch gerechtfertigt, den Polypen nicht mit der Schlinge abzutragen, sondern am eröffneten Darm (Colotomie) unter Sicht zu entfernen.

Zu beanstanden war es dagegen, allein aufgrund des Tastbefundes davon auszugehen, dass es sich bei dem Polypen um einen bösartigen Tumor handelt. Wegen des fehlenden feingeweblichen Nachweises einer bösartigen Geschwulst war die Maßnahme, die gesamte rechte Dickdarmhälfte radikal zu entfernen, nicht gerechtfertigt. Der Operateur hätte zunächst den Dickdarm über dem tastbaren Tumor eröffnen, diesen ausschneiden und mittels Schnellschnittes feingeweblich untersuchen lassen müssen. Von dem Ergebnis der Untersuchung wäre die Entscheidung abhängig gewesen, entweder den Eingriff beenden zu können oder ausweiten zu müssen.

Die Gutachterkommission hatte weiter zu beanstanden: Nachdem die rechte Dickdarmseite zunächst im Quercolonbereich nahe der mittleren Dickdarmarterie präpariert und mit einem Zügel umschlungen worden war, habe der Operateur zwar den aufsteigenden Teil des Dickdarmes aus den Bauchfellver-

wachungen korrekt gelöst, dann aber bei der Mobilisation der rechten Kurve offensichtlich einen größeren Ast der V. m. c. eingerissen.

Dies könne nur durch unvorsichtiges Präparieren verursacht worden sein. Bei schonendem Vorgehen lasse sich eine solche Verletzung mit hoher Wahrscheinlichkeit vermeiden. Durch Hochhalten des gelösten Dickdarmteiles seien nämlich die versorgenden Gefäße gut zu sehen und übersichtlich darzustellen. Selbst wenn dabei ein kleines Gefäß verletzt werden sollte, könne es relativ einfach mit einer Klemme gefasst und mit einer Fadenligatur oder einem Metallclip verschlossen werden.

Der durch das nicht ausreichend vorsichtige Vorgehen entstandene größere Einriss einer Vene nahe der Einmündung in die V. m. c. wurde durch das Ansetzen einer Overholt-klemme noch vergrößert. Die dabei entstandene massive Blutung machte das Operationsgebiet so unübersichtlich, dass – kaum vermeidbar – der Stamm der V. m. c. durch die Umstechungen mit den Gefäßnähten eingeengt wurde und sich thrombotisch verschloss. Der Rückfluss des Blutes aus dem Dünndarm wurde unterbrochen, was zum Absterben des gesamten Dünndarms, zur so genannten Dünndarmgangrän, einer in der Regel tödlichen Komplikation, führte.

Zusammenfassend stellte die Gutachterkommission fest:

Die Entfernung der rechten Dickdarmhälfte ohne feingeweblich nachgewiesenen bösartigen Tumor und das nachfolgende ärztliche Vorgehen, das zu der ausgedehnten Verletzung der Vena mesenterica cranialis führte, seien als vorwerfbar fehlerhaft zu beurteilen. Der Behandlungsfehler sei ursächlich für den thrombotischen Verschluss der V. m. c. und damit für die zum Tode führende Dünndarmgangrän. Der Vorwurf einer fehlerhaften ärztlichen Behandlung mit Todesfolge sei daher begründet.