

# Hodentorsion rechtzeitig erkennen

*Differenzialdiagnostische Versäumnisse – Folge 37 der Reihe „Aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein“*

*von Herbert Weltrich und Wilfried Fitting\**

Die Gutachterkommission hat sich häufig mit Sachverhalten beschäftigt, bei denen es um die rechtzeitige Erkennung einer Hodentorsion ging (siehe auch die Folge 5, veröffentlicht im Rheinischen Ärzteblatt, Januar 2001, Seite 10, im Internet verfügbar unter [www.aekno.de](http://www.aekno.de), Rubrik ÄrzteblattArchiv). Ein besonders gelagerter Fall gibt Anlass, über diese Problematik erneut zu berichten.

Die Torsion wird durch eine krampfartige Kontraktion der Muskeln des Samenstranges ausgelöst mit der Folge einer Durchblutungsstörung von Hoden und Nebenhoden. Das Leitsymptom der Hodentorsion ist der plötzlich 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 erreicht.

Deshalb ist es notwendig, bei einer Abklärung von Bauchschmerzen, insbesondere bei Jugendlichen, eine akute Erkrankung des Hodens differenzialdiagnostisch in die Überlegungen des untersuchenden Arztes einzubeziehen. Der Verdacht auf eine Torsion ergibt sich aus den symptomatischen Schmerzen und dem Befund eines druckschmerzhaften, oft zunächst nicht vergrößerten Hodens oder Nebenhodens. Begleitet wird der Schmerz in etwa 10 Prozent der Fälle von peritonealen Reizerscheinungen (Übelkeit, Erbrechen, Abwehrspannung). Vor und wäh-

rend der Pubertät sind Verdrehungen des Samenstranges die häufigste, bis zum 30. Lebensjahr nach einer Nebenhodenentzündung die zweithäufigste Ursache eines akuten Hodenschmerzes.

Da die Beschwerden, die auf eine akute Hodentorsion hindeuten, häufig 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.

Die Gutachterkommission hat bei ihren Beurteilungen in zahlreichen Fällen vermeidbare Diagnosesemängel festgestellt, die in der Regel zum Verlust des betroffenen Hodens führten. Die Behandlungsfehler betrafen in erste Linie Chirurgen, Urologen, Allgemeinmediziner, Internisten und Pädiater.

Im nachfolgend geschilderten Fall verursachten schwerwiegende diagnostische Versäumnisse bei einem Jugendlichen den Verlust des rechten Hodens.

## Der Sachverhalt

Am frühen Morgen des 30. Januar klagte der 13-jährige Patient über starke Unterbauchschmerzen mit Fieber, Erbrechen und Schweißausbruch. In der Ambulanz der beschuldigten Chirurgischen Klinik wurde er gegen 8.15 Uhr untersucht. Es fanden sich im Wesentlichen folgende Befunde: Patient blass, Abdomen

weich, Druckschmerz im rechten Unterbauch, keine Abwehrspannung, Nierenlager frei, Peristaltik spärlich. Bei einer Abdomen-Übersichtsaufnahme in linker Seitenlage zeigte sich eine mäßige Verstopfung ohne Hinweis auf freie intraperitoneale Luft oder Ileuszeichen. Die Körpertemperatur betrug rektal 36,6° C. Die Blutwerte waren im Normbereich. Der untersuchende Arzt stellte die vorläufige Diagnose: „Appendizitis, Differentialdiagnose Gastroenteritis“.

## Stationäre Behandlung

Der Patient wurde gegen 9 Uhr auf die Station übernommen; er erhielt Infusionen mit Paspertin und ein Klysma zum Abführen. Danach erfolgte eine Untersuchung durch den Oberarzt, der sich vorerst gegen eine Operation entschied.

Gegen 12.30 Uhr waren nach Darmentleerung die Beschwerden noch vorhanden; etwa eine Stunde später nahmen sie zu. Darauf wurde die Indikation zur Operation gestellt („Entfernung des Blinddarms bei Blinddarmentzündung“).

Der Operationsbericht führt an, dass nach dem Eröffnen des Peritoneums eine etwa 6 cm lange gefäßinjizierte Appendix in typischer Weise abgetragen worden sei. Nach dem mikroskopischen Befund des Pathologen vom 1. Februar handelte es sich um Appendixgewebe mit einer Fibrose und einer leichtgradigen chronischen Entzündung.

\* 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.

Am 31. Januar wies der Patient gegen 19 Uhr auf seinen geschwollenen Hoden hin. Es wurde ein Hodenkissen verordnet. Außerdem erhielt der Junge Eis zum Kühlen für den Hoden. Am nächsten Tag gegen 6.30 Uhr klagte der Patient über starke Schmerzen; er erhielt eine „Bedarfsmedikation“. Gegen 9 Uhr waren die Schmerzen rückläufig. Gegen 10 Uhr meldete sich die Mutter mit der Angabe, der Patient habe einen stark geschwollenen, geröteten Hoden, der extrem druckschmerzhaft sei. Die Mutter gab weiter an, die Schwellung bestehe schon seit dem gestrigen Tage; der Sohn habe aus Scham nichts darüber gesagt. Nach dem Pflegebericht hatte sich der Zustand so verschlechtert, dass der Junge kaum noch laufen konnte. Es wurde eine Konsiliaruntersuchung durch einen niedergelassenen Urologen veranlasst, der einen stark geschwollenen und blau unterlaufenen rechten Hodensack feststellte. Die Schwellung des Hodens war schmerzhaft.

### Stationäre urologische Behandlung

Wegen des Verdachts auf eine Hodentorsion rechts wurde der Patient noch am Vormittag des 1. Februar notfallmäßig in der Urologie eines anderen Krankenhauses aufgenommen. Dort erfolgte nach sonographischem Nachweis einer fehlenden Durchblutung des rechten Hodens zwischen 13.10 und 15.15 Uhr die Operation. Bei der skrotalen Freilegung zeigte sich der rechte Hoden „tiefbläulichschwarz“ verfärbt im Sinne einer ischämischen Durchblutungsstörung. Der Samenstrang war mäßig verdickt ohne jetzt bestehende Torsion.

Im Anschnitt war das Hodengewebe völlig infarziert, so dass die Entfernung der Hodengebilde indiziert war. Nach dem pathoanatomischen Befund des Pathologen zeigte sich ein rechtsseitiges Orchiektomiepräparat mit diffuser fortschrittlicher hämorrhagischer Infarzierung des Hodens und Nebenhodens sowie frischeren venösen Gefäßthrombosen entsprechend dem Zustand nach einer Torsion.

Der Heilungsverlauf war komplikationslos. Am 26. März wurde in

derselben Urologie zur Vorbeugung einer Verdrehung des linken Hodens eine transskrotale Orchidopexie ohne nachfolgende Komplikationen durchgeführt.

### Beurteilung des Sachverhalts

Nach Auffassung der Gutachterkommission bestand als einziges Hinweiszeichen auf eine akute Appendizitis ein rechtsseitiger Unterbauschmerz. Andere typische Symptome wie eine Abwehrspannung, ein Loslassschmerz, eine Temperaturerhöhung, eine Leukozytose und/oder ein Anstieg des C-reaktiven Proteins fehlten. In diesem Falle wäre vor der Entscheidung zur Operation des Wurmfortsatzes eine eingehende Untersuchung der benachbarten Organsysteme dringend geboten gewesen.

Hierzu hätte bei einem 13-jährigen Jungen auch die Inspektion seiner Genitalorgane gehört. Bei der zu fordernden gründlichen Untersuchung wäre die Schwellung bzw. Schmerzreaktion der Hodengebilde als Hinweis auf deren Erkrankung aufgefallen.

Nach dem intraoperativen und mikroskopischen Befund des entfernten Gewebes bestand die verdrehungsbedingte Durchblutungsstörung länger als nur wenige Stunden und wahrscheinlich seit Beginn der akuten Erkrankung. Nach der Überzeugung der Gutachterkommission wäre daher bei einer sorgfältigeren Untersuchung die Erkrankung des Hodens zu erkennen gewesen.

Dieses Versäumnis hat sich bei der Operation wiederholt. Nachdem sich die Diagnose einer akuten Appendizitis nicht bestätigt hatte, wäre es dringend notwendig gewesen, durch eine Untersuchung der benachbarten Organe nach der tatsächlichen Schmerzursache zu suchen. Auch diese differenzialdiagnostisch zwingend erforderliche Maßnahme ist sorgfaltswidrig unterblieben.

Die nachfolgende Behandlung in der beschuldigten Klinik war ebenfalls fehlerhaft. Spätestens um 19 Uhr des ersten postoperativen Ta-

ges war die schmerzhafte Hodenschwellung bekannt. Eine angemessene Diagnostik fand weder zu diesem Zeitpunkt noch am frühen Morgen (6.30 Uhr) des nächsten Tages statt. Es wurde lediglich eine „Bedarfsmedikation“ gegeben.

Über 14 Stunden nach der ersten Dokumentation der schmerzhaften Schwellung wurde schließlich auf Drängen der Mutter eine urologische Untersuchung veranlasst. Entgegen dem Gebot der Dringlichkeit erfolgte zunächst die Überweisung in eine urologische Fachpraxis. Bei einer sofortigen Verlegung in die nächstgelegene urologische Klinik hätte die Operation etwa zwei Stunden früher stattfinden können. In noch kürzerer Zeit hätten die behandelnden Chirurgen bei den ersten Symptomen des akuten Hodenschmerzes auch selbst eine operative Freilegung vornehmen können.

Dies sei, wie die Gutachterkommission zum Ausdruck bringt, in einem Krankenhaus ohne eigene Urologie durchaus angebracht und notwendig, um irreversible Organschäden zu vermeiden. Stattdessen kam es zu einer Kette von vorwerfbaren Versäumnissen und Fehlentscheidungen, die zum Verlust des rechten Hodens geführt haben.

Die Gutachterkommission hat insgesamt die festgestellten Sorgfaltsmängel als schwerwiegend (grob) fehlerhaft bewertet, da sie gegen gesicherte medizinische Erkenntnisse und Erfahrungen verstießen und aus objektiver ärztlicher Sicht nicht mehr verständlich seien. Bei einem groben Behandlungsfehler, der geeignet ist, den eingetretenen Gesundheitsschaden herbeizuführen, obliegt nach der Rechtsprechung dem Arzt der Beweis der fehlenden Kausalität. Das bedeutet, dass in einem solchen Fall nicht der Patient die Ursächlichkeit nachzuweisen hat. Es ist dann Sache des Arztes, den Nachweis zu führen, dass der Schaden – hier der Verlust des Hodens – nicht eine Folge der ärztlichen Versäumnisse war, was bei dem geschilderten Fall kaum gelingen dürfte.