

Thromboseprophylaxe bei laparoskopischem Eingriff und Einnahme von Contraceptiva

Erleidet ein Patient im zeitlichen Zusammenhang mit einer Operation oder sonstigen abgrenzbaren Behandlung eine Thrombose oder gar eine Embolie, so vermutet er in der Regel einen Fehler bei der Thromboseprophylaxe.

von Hans Friedrich Kienzle, Heinz Pichlmaier und Pia Rumler-Detzel

Anträge zur Überprüfung der Thromboseprophylaxe beschäftigen die Gutachterkommission immer wieder, so auch im folgenden Fall: Eine 26-jährige schlanke Patientin (170 cm, 56 kg) wurde am 4. September wegen des Rezidivs einer gutartigen Milzzyste laparoskopisch operiert. Nach sachgerechter chirurgischer und anästhesiologischer Aufklärung am Vortag dauerte die laparoskopische Operation etwa vier Stunden. Der Eingriff war erschwert durch Adhäsionen und Einlage einer Netzplombe im Rahmen der ersten Operation vor sechs Jahren. Während der jetzigen Operation kam es zu einem kleinen Einriss am unteren Milzpol und zu einer kleinen Zwerchfellverletzung; eine Büllau-Drainage für vier Tage war erforderlich. Nach dem Einsatz von Klammernahtgerät, Argonbeamer und Fibrinkleber sowie Fibrinvlies war der postoperative Verlauf komplikationsfrei. Die Büllau-Drainage wurde am 7. September entfernt, die Thromboseprophylaxe mit einer abendlichen Dosis von Clexane 20 mg wurde ab dem 3. September abends bis zur Entlassung am 9. September einschließlich des Operationstags durchgeführt.

Wegen Fieber und Oberbauchbeschwerden wurde die Patientin vom 18. bis 24. September erneut stationär behandelt. Als Fieberursache stellte sich ein Sekretverhalt im Operationsgebiet heraus, der CT-gesteuert punktiert und drainiert wurde. Die Drainage blieb über die Entlassung hinaus bis zum 4. Oktober belassen. Auch während des zweiten stationären Aufenthalts erhielt die Patientin täglich eine Thromboseprophylaxe mit 20 mg niedermolekularem Heparin (NMH).

Am 27. September gab die Patientin erstmals Schmerzen im linken Bein an. Klinisch und duplexsonographisch war am 8. Oktober eine Thrombose nicht nachzuweisen; auch eine weitere Ultraschallkontrolle am 15. Oktober ließ keine Thrombosezeichen erkennen.

Wegen „schlimmer Schmerzen im ganzen Bein“ und Kreislaufproblemen wurde die Patientin am 20. Oktober in einem anderen Krankenhaus wieder aufgenommen. Dort wurde eine Becken-Bein-Venen-Thrombose diagnostiziert und am 22. Oktober eine Marcumar-Therapie begonnen.

Beurteilung des Falles

Die Indikation zur Operation, die Operation selbst, die postoperative Therapie und die präoperative Aufklärung zum Eingriff sind nicht zu beanstanden. Die Gestaltung der venösen Thromboseprophylaxe perioperativ, bei Immobilisation, aber auch bei zahlreichen internistischen Erkrankungen und bei längerer Bettlägerigkeit ist bis heute ein wissenschaftlich und klinisch noch nicht abgeschlossenes Thema. Der Gefahr einer Thrombose mit akuter Bildung von Blutgerinnseln im venösen Bereich, vor allen Dingen intra- und postoperativ in den Becken- und Beinvenen mit der Gefahr einer Lungenembolie, stehen die Gefahren einer intra- und postoperativen Blutung, einer Blutung im Bereich des Magen-Darm-Trakts oder auch einer heparininduzierten Thrombozytopenie (HIT I + II) als andere Risiken gegenüber. Bei jedem zehnten Patienten mit großen chirurgischen Eingriffen und Heparinprophylaxe muss mit einer HIT II-Entwicklung gerechnet werden, selbst bei Verwendung von niedermolekularem Heparin noch bei zwei bis drei Prozent. Diese kann ihrerseits schwere Blutungen auslösen und ist im Fall von HIT II, wenn die Diagnose nicht sehr rasch gestellt und entsprechend gehandelt wird, ebenfalls lebensgefährlich.

Zur Einschätzung des individuellen Thromboserisikos werden Risikoklassen von 1 bis 3 gebildet, die auf Statistiken

beruhen [1, 2, 3]. Wird ein Patient als niedriges Risiko (Klasse 1) klassifiziert, kann bei rascher Vollmobilisation nach überwiegender Meinung auf eine medikamentöse Prophylaxe verzichtet werden. Gehört er der Klasse 2 an (mittleres Risiko), wie auch im vorliegenden Fall, wird er nach derzeit geltenden Empfehlungen über eine begrenzte Zeit mit mittleren Antikoagulantiosen behandelt. Für Patienten der Gruppe 3 wird zu einer länger dauernden, hoch dosierten antithrombotischen Therapie unter Inkaufnahme eines höheren Therapierisikos geraten. Hinzuweisen ist darauf, dass die Diskussion zu diesem Thema noch in Gang war, weshalb auch die deutschen Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher Fachgesellschaften (AWMF) seit 2003 bis 2007 noch keine Neubearbeitung erfahren hatten. Die Patientin war in diesem Fall nach dem Thromboseprophylaxe-Schema Mainz [4] in Risikogruppe 2 (1-2,5 Punkte) einzuordnen, da sie unter Contraceptiva (0,5 Punkte) stand und die Operation über 1 Stunde ohne Immobilisation über 3 Tage (1 Punkt) dauerte.

Bislang gibt es für das Absetzen einer oralen Kontrazeption, das mindestens vier bis sechs Wochen vor der Operation geschehen müsste, keine positive Empfehlung. Entsprechende Studien standen bis einschließlich 2007 nicht zur Verfügung. Allerdings sollte bereits bei der stationären Aufnahme eine mögliche hormonelle Kontrazeption anamnestisch erfasst werden, was im Einwilligungsbogen auch geschehen war. Auch thromboembolische Ereignisse beim Patienten oder in der Familie sollten ausgeschlossen werden. Liegen solche Ereignisse vor, müssen diese in die Überlegungen hinsichtlich einer adäquaten medikamentösen Thromboseprophylaxe miteinbezogen werden; sie führen in der Regel zu einer Dosiserhöhung.

Insofern ist das Für und Wider einer medikamentösen Thromboseprophylaxe an sich und hinsichtlich der Dosierung speziell sorgfältig abzuwägen. Dies ist in diesem Fall geschehen.

Die Thromboseprophylaxe mit niedermolekularem Heparin wurde zeitgerecht begonnen und fortgeführt. Für die Risikoklasse 2 war die Verabreichung des Heparins während der stationären Zeit ausreichend; die Patientin war zum Zeitpunkt der Entlassung am 9. September und am 24. September komplett mobilisiert. Zudem handelte es sich um einen laparoskopischen Oberbauch- und nicht Unterbaucheingriff bei einer gutartigen Erkrankung.

Insofern war die auf die stationäre Liegezeit begrenzte Thromboseprophylaxe leitliniengerecht als sachgerecht und ausreichend anzusehen, und das um so mehr, als den danach berichteten Bein-schmerzen diagnostisch sofort korrekt nachgegangen wurde; eine tiefe Beinvenenthrombose konnte dabei jeweils ausgeschlossen werden.

Erst mehrere Tage nach abgeschlossener Diagnostik und Therapie traten wie-

Literatur

- [1] Phlebologie 2003; 32: Frauenarzt 44 (2003), 1013 ff.
- [2] Bottaro FJ, MC Elizondo, C Doti u. a. Thromb Haemost 2008; 99: 1104-1111
- [3] Pabinger I, S Eichinger, E Minar u. a. Wien Klein Wochenschr (2007), 119/23:739-746
- [4] Dahm HTG, G Orth, Hossmann u. a., Thromboseprophylaxe im Klinikum der Johannes Gutenberg-Universität, Mainz (2007)
- [5] Thromboembolieprophylaxe, – die neue S3-Leitlinie Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Heft 3/09, S. 247-252 In der neuen S3-Leitlinie wird im wesentlichen zur Anwendung von Acetyl-Salicyl-Säure Stellung genommen, nicht aber zum Problem der oralen Kontrazeption.
- [6] Lidgard. et al.: Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. Brit. Med. J. (2009), 339, 557-568

derum Bein-schmerzen auf, die nach entsprechender Untersuchung in einem anderen Krankenhaus auf eine tiefe Beinve-

nenthrombose links zurückzuführen waren. Dass sich trotz leitliniengerechter ärztlicher Entscheidung unter Abwägung von Nutzen und Risiken für die Patientin einige Tage nach Abschluss der Behandlung doch eine schwere Thrombose eingestellt hat, macht die Methodenwahl nicht fehlerhaft, weil auch die standardgerechte Behandlung eine Thrombose nicht sicher verhindern kann.

Die Antragstellerin hat, nachdem ihr dies gutachtlich mitgeteilt worden war, nicht auf einem förmlichen Bescheid bestanden.

Dr. jur. Pia Rumler-Detzel, Vorsitzende RichterIn am Oberlandesgericht a. D., ist Stellvertretende Vorsitzende, **Professor Dr. med. Dr. med. dent. Heinz Pichlmaier** und **Professor Dr. med. Hans Friedrich Kienzle** sind Stellvertretende Geschäftsführende Mitglieder der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein.



Institut für Qualität
im Gesundheitswesen Nordrhein

49. Fortbildungsveranstaltung

in Zusammenarbeit mit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein

„Behandlungsfehlervorwürfe bei kosmetischen Operationen – wo liegen die Fallstricke?“

Mittwoch, 10. November 2010, 16.00 – 19.30 Uhr

Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Begrüßung und Einführung

Dr. med. Klaus U. Josten, Vorsitzender des Ausschusses Qualitätssicherung der Ärztekammer Nordrhein

Moderation und Vorstellung von Kasuistiken

Prof. Dr. med. Jutta Liebau, Chefärztin der Abteilung für Plastische Chirurgie, Florence Nightingale Krankenhaus der Kaiserswerther Diakonie, Stellv. Geschäftsführendes Kommissionsmitglied der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler

Besonderheiten der Aufklärung und der Umgang mit Behandlungsfehlervorwürfen bei kosmetischen Operationen

Dr. iur. Dirk Schulenburg, MBA, Justitiar der Ärztekammer Nordrhein

Indikationsstellung bei kosmetischen Operationen Was ist erlaubt und sinnvoll? Wo sind die Grenzen?

Bereich Gesicht Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Heinz-Gerhard Bull, Chefarzt der Abteilung für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie, St. Josefshospital Krefeld

Wo liegen mögliche Fallstricke bei kosmetischen Operationen – was ist machbar und sinnvoll? Wo liegen die Grenzen?

Bereich Brust und Augenlider

Dr. med. Boleslaw-Henryk Wikarczyk, Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie, Köln

Diskussion mit den Teilnehmern

Schlusswort Dr. Josten

Begrenzte Teilnehmerzahl

Anmeldung erforderlich unter E-Mail: iqn@aekno.de

oder Fax: 02 11/430 21 85 71

Zertifiziert 4 Punkte

Kontakt Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein

Geschäftsführerin: Dr. med. Martina Levartz, MPH

Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Tel.: 02 11/43 02-15 70

IQN Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein

Eine Einrichtung der Ärztekammer Nordrhein und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein