

Fehler bei der Lymphadenektomie wegen eines Prostatakarzinoms

Die operationstechnisch anspruchsvolle Entfernung von Beckenlymphknoten ist mit Eingriffsrisiken verbunden, die mit der Ausdehnung der Lymphknotenentnahme zunehmen. Deshalb muss vor allem auf eine strenge Indikationsstellung geachtet werden.

von **Volkmar Lent und Ulrich Smentkowski**

Bei Patienten mit einem Prostatakarzinom ist die Entfernung von Beckenlymphknoten eine wichtige Ergänzung der operativen Prostataentfernung. Sie allein ermöglicht eine verlässliche Information über die Tumorausdehnung in den Lymphknoten und – bei geringgradigem Befall – potenzielle Heilungschancen. Allerdings ist nach den einschlägigen Leitlinien der Lymphknotenstatus nur dann von Bedeutung, wenn eine kurative Behandlung möglich erscheint. Ferner finden sich bei einer Lymphadenektomie Metastasen mit einer Wahrscheinlichkeit von mehr als zehn Prozent bei einem PSA-Wert höher als 10 ng/ml, bei einem Gleason-Score höher als 6, bei einem Tumorbefall der Prostatabiopsien von mehr als 50 Prozent, bei einem Tumorstadium größer T2. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, bei der Durchführung einer Lymphadenektomie deren Eingriffsrisiken gegen den Informationsgewinn abzuwägen. Als am besten geeignete Methoden gelten die Sentinel- und die erweiterte Lymphadenektomie. Die Gutachterkommission hatte sich wiederholt mit schwerwiegenden Komplikationen einer Lymphadenektomie zu befassen.

Sachverhalte

■ **Fall 1:** Der 60-jährige Antragsteller wurde bei bekannter Prostatahyperplasie wegen eines akuten Harnverhalts stationär aufgenommen. Bei einem PSA-Wert um 2,8 ng/ml und einem verdächtigen Tastbefund ergab die 10-Stanzen-Prostatabiopsie eine Hyperplasie ohne Hinweis auf ein

Karzinom. Es erfolgte deswegen die transurethrale Prostataresektion. Bei einem Resektatgewicht von etwa 30 Gramm zeigte sich in zwei Gewebsspänen ein glanduläres Prostatakarzinom mäßiger Differenzierung (Mikrokarzinom). Fünf Tage nach der Prostataresektion wurden bei einer Computertomographie eine Infiltration des Harnblasenbodens sowie eine lymphogene Metastasierung beschrieben. Eine Knochenszintigraphie war unauffällig.

Nach zwischenzeitlicher medikamentöser Androgenblockade erfolgten bei einem PSA-Wert von 0,22 ng/ml eine weitere Prostatabiopsie, eine Prostataresektion sowie eine laparoskopische Lymphadenektomie mit bipolarer Koagulation auch entlang der äußeren Iliacalgefäße. Bei der patho-anatomischen Untersuchung erwiesen sich alle Stanzbiopsien, alle Prostataresektate sowie alle 50 Beckenlymphknoten als tumorfrei.

In der Folgezeit kam es bei dem Antragsteller zu einem ausgedehnten generalisierten Lymphödem beider Beine, der äußeren Genitalorgane und des gesamten Unterleibes und Bauchraumes. Ferner wurde bei einem nephrotischen Syndrom eine chronische Glomerulonephritis diagnostiziert.

Gutachterlich wurde festgestellt, dass Kriterien der Indikation zur Lymphadenektomie nicht vorlagen, dass der Patient über die erhöhten Risiken einer erweiterten Lymphadenektomie nicht aufgeklärt

und dass die Sicherung des Lymphabflusses der Beine entlang der äußeren Iliacalarterie nicht dokumentiert worden war. Die Gutachterkommission stellte in Übereinstimmung mit dem Fachgutachten einen Behandlungsfehler fest, der für die bei dem Antragsteller eingetretenen Gesundheitsschäden ursächlich war.

■ **Fall 2:** Bei dem 71-jährigen Antragsteller wurden wegen eines ausgedehnten Prostatakarzinoms geringer Differenzierung (PSA-Wert 25,2 ng/ml, Gleason-Score 4+4, Tumorstadium T3b) eine offene erweiterte Lymphadenektomie und eine retroperitoneale Prostatektomie ohne Nervenverhalt durchgeführt. Hierbei wurden nach dem Operationsbericht „die Lymphknotenstationen im Bereich der Fossa obturatoria, der Arteria iliaca externa und interna unter sorgfältiger Schonung des Nervus obturatorius präpariert.“ Ab dem zweiten postoperativen Tag kam es neben einem Lymphödem des rechten Beins zu einer motorischen Schwäche des rechten Beins. Diese hielt auch nach wiederholter Punktion und der Fensterung einer kleineren rechtsseitigen Lymphozele dauerhaft an. Als Ursache hierfür wurde bei einer neurologischen Begutachtung etwa zehn Monate nach der Operation unter Ausschluss anderer Einwirkungen eine intra-/perioperative Schädigung des rechtsseitigen Nervus femoralis diagnostiziert.

Gutachtliche Entscheidungen und Kurzportrait der Gutachterkommission



Die in 4., erweiterter und aktualisierter Auflage 2011 erschienene Broschüre Gutachtliche Entscheidungen – Aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein kann telefonisch unter 0211 4302-2011 oder per E-Mail: pressestelle@aekno.de kostenlos bestellt werden. Ein Kurzportrait der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein kann hier ebenfalls kostenlos bestellt werden.

RhÄ

Aus urologischer Sicht wurde gutachterlich festgestellt, dass es bei der Entfernung der Beckenlymphknoten zu einer präparatorischen Schädigung des Nervus femoralis gekommen ist, weil entgegen den einschlägigen Literaturempfehlungen anstatt der Vena iliaca externa die Arteria Iliaca externa als seitliche Begrenzung der erweiterten Lymphadenektomie gewählt wurde. Hierdurch war eine mechanische und/oder thermische Verletzung des vor dem Leistenband der Arteria iliaca externa unmittelbar anliegenden Nervus femoralis durchaus möglich. Ferner war auch ein von den Operateuren eingeräumter Hakenzug als vermeidbar fehlerhaft zu bewerten. Der in der Sache gehörte neurologische Sachverständige stellte fest, dass die Läsion des N. femoralis rechts nicht durch operationsfremde Einwirkungen eingetreten ist, sondern eine unmittelbare Folge der radikalen Prostatektomie war. In Übereinstimmung mit beiden Fachgutachten gelangte die Gutachterkommission zu dem Ergebnis, dass nach wissenschaftlicher Erkenntnis und praktischer Erfahrung von einer vermeidbaren und damit vorwerfbar fehlerhaften thermischen oder mechanischen intraoperativen Nervenschädigung auszugehen sei.

■ **Fall 3:** Bei dem 62-jährigen Patienten wurde bei einem PSA-Wert von knapp 11 ng/ml vor der geplanten perinealen Prostatektomie nach einer Urethrozystoskopie die laparoskopische pelvine Lymphadenektomie durchgeführt. Hierbei kam es rechtsseitig zu einer Venenverletzung mit starker Blutung, die zunächst mit Titan-Clips gestillt wurde. Bei Fortsetzung der Lymphadenektomie auf der linken Seite kam es hier zu einer Ausrissverletzung der Vena circumflexa ileum. Diese wurde über einen linksseitigen Leistenschnitt durch Übernähtungen versorgt. Wegen einer massiven rechtsseitigen Blutung erfolgte am selben Tag – unter Massentransfusion – über einen rechtsseitigen Pararektalschnitt die Versor-

gung einer Einrissverletzung der Vena iliaca externa mit Einbringen von Bauchtüchern. Wegen einer neuerlichen Massenblutung erfolgte nur Stunden später eine weitere Revisionsoperation über einen Medianschnitt mit Gefäßversorgungen und Bauchtamponaden. Bei der nächsten Revisionsoperation fünf Tage später wurden die Bauchtücher entfernt. In der Folgezeit kam es bei Peritonitis und Sepsis zu einem Multiorganversagen mit tödlichem Ausgang etwa drei Wochen nach der Operation. Bei der Obduktion fanden sich neben einer massiven Peritonitis je ein verbliebenes Bauchtuch und eine Kompresse hinter dem Colon beziehungsweise hinter der Harnblase.

Der urologische Sachverständige stellte fest, dass auf die bei einer Lymphadenektomie eingriffsimmanente Verletzung von Beckenvenen mit allen verfügbaren Notfallmaßnahmen ordnungsgemäß reagiert wurde. Er wertete den intraabdominellen Verbleib von Fremdkörpern als eine mögliche und bekannte Komplikation. Hier von abweichend stellte das stellvertretende Geschäftsführende Kommissionsmitglied durch gutachtlichen Bescheid fest, dass der von den Angehörigen des verstorbenen Patienten erhobene Vorwurf ärztlicher Behandlungsfehler insoweit berechtigt sei, als ein bei der Voroperation eingebrachtes Bauchtuch bei der fünf Tage später vorgenommenen Revision nicht ordnungsgemäß entfernt wurde.

Eine auf Antrag der Angehörigen vorgenommene Überprüfung des Bescheides durch die Gutachterkommission führte zu weitergehenden Feststellungen: Die Gutachterkommission beanstandete nach Beratung mit einem gefäßchirurgischen Kommissionsmitglied, dass auch die operative Behandlung der Blutungskomplikation fehlerhaft war. Sie begründete dies damit, dass einerseits Zeitpunkt und Zugangsweg der offenen Revisionen falsch gewählt waren und andererseits nicht zeitnah ein Gefäßchirurg zur regelrechten Rekonstruktion der verletzten Gefäße zugezogen wurde.

Der auf den Behandlungsfehlern beruhende Gesundheitsschaden bestehe neben der Notwendigkeit von Revisionsoperationen in dem schweren Krankheitsverlauf bis zum Tode des Patienten.

Zusammenfassende Beurteilung

Die operationstechnisch anspruchsvolle Entfernung von Beckenlymphknoten ist mit Eingriffsrisiken verbunden, die mit der Ausdehnung der Lymphknotenentnahme zunehmen. Häufigste Komplikation einer Lymphadenektomie ist die Entwicklung einer Lymphozele in etwa fünf bis zehn Prozent. Sie kann in etwa zwei bis vier Prozent der Fälle durch eine perkutane Punktion oder eine laparoskopische Fensterung erfolgreich behandelt werden. Erheblich seltener kommen ein Lymphödem, eine Phlebothrombose, eine Lungenembolie sowie Gefäß- und Nervenverletzungen vor. Bei der Darstellung der Fallbeispiele mit seltenen schwerwiegenden Komplikationen geht es darum, aufzuzeigen, wie wichtig es ist,

1. eine Lymphadenektomie nur bei gegebener Indikation durchzuführen,
2. bei einer Lymphadenektomie die vorgegebenen Eingriffsgrenzen einzuhalten und Nachbarstrukturen vor Kollateralschäden zu schützen sowie
3. in Notfallsituationen in zeitnaher Zusammenarbeit mit den für das betroffene Organsystem zuständigen Fachkollegen die gebotenen Maßnahmen standardgerecht und sorgfältig durchzuführen.

Literatur

Bei den Verfassern

Professor Dr. med. Volkmar Lent ist korrespondierendes Mitglied für das Fachgebiet Urologie der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein, Ulrich Smentkowski leitet die Geschäftsstelle der Gutachterkommission.



Dr. Luana Lima behandelt Patienten im Flüchtlingslager Dadaab (Kenia), Juli 2011 © Brendan Bannon

**WIR HÖREN NICHT AUF ZU HELFEN.
HÖREN SIE NICHT AUF ZU SPENDEN.**

Leben retten ist unser Dauerauftrag: 365 Tage im Jahr, 24 Stunden täglich, weltweit. Um in Kriegsgebieten oder nach Naturkatastrophen schnell handeln zu können, brauchen wir Ihre Hilfe. Unterstützen Sie uns langfristig. Werden Sie Dauerspender.

www.aerzte-ohne-grenzen.de/dauerspende



Spendenkonto 97 0 97
Bank für Sozialwirtschaft
BLZ 370 205 00

