

FMH-GUTACHTEN SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FUER CHIRURGIE

Intramuraler Abszess und Narbenhernie nach Laparotomie bei Bridenileus

SACHVERHALT:

Der 32-jährige Patient wurde bei anhaltenden krampfartigen Abdominalschmerzen wegen einem Bridenileus notfallmässig laparoskopiert. Bei der Operation wurde einerseits eine Bride gelöst, andererseits bei der Revision der Darmschlingen zwei kleine Perforationen im Dünndarm vorgefunden, so dass auf eine offene untere Laparotomie konvertiert wurde. Die Perforationsstellen wurden übernäht und der Appendix zusätzlich entfernt. Im Verlauf traten postoperativ beim Patienten Fieber und eine Vierquadrantenperitonitis auf, so dass dieser nach 4 Tagen reoperiert wurde. Dabei wurde die untere Laparotomie nach oben verlängert. Erneute Perforationen wurden keine vorgefunden, das Abdomen wurde gründlich gespült und die Verdachtsdiagnose einer stattgehabten Dünndarmtorsion gestellt. Im Verlauf Besserung der Beschwerden, jedoch kam es 6 Tage nach der 2. Operation zum spontanen Eröffnen eines Bauchwandabszesses, welcher fortan offen weiterbehandelt wurde. Austritt 15 Tage nach Erstoperation. Nach 3 Monaten bemerkte der Patient eine Vorwölbung im Bereich der Narbe. Die Abklärungen beim Chirurgen ergaben eine Narbenhernie, welche mittels Netz versorgt werden sollte, der Zeitpunkt der Operation wurde jedoch erst ein halbes Jahr später angesetzt. Der Patient fühlt sich nicht verstanden und sucht demzufolge einen anderen Chirurgen auf, Schliesslich wurde er ein Jahr nach Erstoperation nochmals operiert mittels offener Netzplastik. Im Verlauf kam es wegen Subileus zur erneuten Operation mit Bridenlösung und Adhäsioolyse. Es geht um die Frage, ob eventuell eine ‚unnötige‘ Laparotomie oder chirurgische Fehler vorliegen, welche zu all diesen Komplikationen geführt haben könnten.

STELLUNGNAHME PATIENT:

Aufgrund der fehlenden Fachkompetenz urteile er nicht über die unternommenen technischen Schritte. Er beklage sich lediglich über den Ablauf der Ereignisse, die fehlende Aufklärung, wie auch mangelhafte Betreuung und schliesslich abweisende Haltung des Chefarztes bezüglich sofortiger Operation der Narbenhernie. Der Patient ist verängstigt bezüglich seiner Zukunft und möglichen weiteren Eingriffen und hat aufgrund von chronischen Bauch- und Bauchwand Schmerzen einen reduzierten Allgemeinzustand.

STELLUNGNAHME ARZT:

Die zwei wahrscheinlich iatrogen gesetzten Perforationen zwangen den Operateur beim ersten Eingriff zur Laparotomie. Im Verlauf wurde dann die Reintervention aufgrund der Vierquadrantenperitonitis notwendig. Der Bauchwandabszess wie auch die Reintervention begünstigten schliesslich das Entstehen einer Narbenhernie. Um eine Superinfektion des implantierten Netzes zu vermeiden, entschied man sich, die Herniansanierung erst ein Jahr postoperativ durchzuführen. Der Patient entschied sich, sich anderweitig weiterbehandeln zu lassen. Sicherlich hätte eine bessere Information gegenüber dem Patienten Missverständnisse vermieden. Ansonsten sei der Ablauf korrekt gewesen.

STELLUNGNAHME BEGUTACHTER UND BEGRÜNDUNG:

Die anfängliche perioperative Komplikation (Perforation) gefolgt von den postoperativen Komplikationen (Peritonitis, Abszess, Narbenhernie, Briden) sind nicht verursacht durch einen medizinischen Fehler, sondern stellen ein eingriffinhärentes Operationsrisiko dar. Die eingeleiteten Untersuchungen wie auch die verschiedenen Eingriffe waren logisch und deren Ablauf regelkonform. Die Zeitintervalle zwischen den verschiedenen Eingriffen waren korrekt, vor allem ist bekannt, dass eine Bauchwandhernie bei stattgehabtem Abszess erst nach einem längeren Intervall operiert werden sollte, um weitere Infektionen zu vermeiden.

FAZIT:

Es liegt kein Behandlungsfehler vor, eine bessere Kommunikation hätte jedoch Missverständnisse und falsche Anschuldigungen in diesem Falle vermeiden können.