

Funktionslosigkeit eines Armes nach zweifacher Humerusfraktur und mehrfachen Operationen

Sachverhalt

Bei einem Verkehrsunfall kommt es zu einer nicht-dislozierten subkapitalen Humerusfraktur rechts mit Abriss des Tuberculum minus, die konservativ behandelt wird. Bei persistierenden bewegungsabhängigen Schmerzen Durchführung eines MRI 3 Monate posttraumatisch; dabei zeigt sich ein eingeengter Subakromialraum und Partialruptur des Musc. supraspinatus. Keine Frakturkonsolidation. In einer Operation erfolgt neben der Naht der Supraspinatussehne das Abmeisseln der kaudalen Anteile des Akromions. Weitere drei Monate später erfolgt bei persistierend reduziertem Bewegungsausmass die erneute Operation mit Erweiterung der Akromioplastik. Dadurch kann intraoperativ ein Abduktionsausmass von 135° erreicht werden; zuvor 90°. Im weiteren Verlauf deutliche klinische Besserung; Erreichen von 75% Arbeitsfähigkeit. 10 Monate nach dem Erstereignis kommt es zu einem Treppen-Sturz, kurz davor Sturz in der Badewanne; Zuzug einer wenig dislozierten proximalen Humerustorsionsfraktur rechts. Versorgung mittels proximal eingebrachtem Humerusnagel. Zwei Monate postoperativ bei klinisch atrophem Musc. deltoideus und Kraftlosigkeit des Armes Durchführung eines CT, das komplette Akromionektomie zeigt. Eine neurologische Untersuchung ergibt den Befund einer mittelschweren bis schweren Axillarisparese mit Parese des M. deltoideus und großflächiger Hypästhesie am Oberarm proximal und lateral. Im CT Fraktur noch nicht durchgebaut, daher 7.5 Monate nach Nagelimplantation Revision mit Entfernung des Marknagels, valgusierender Osteotomie subcapital und Osteosynthese mit Winkelplatte. Bei Ausbleiben der Heilung der ehemaligen Fraktur Indikation zur Re-Osteosynthese und Spongiosaplastik. Vier Monate nach der letzten Operation erfolgt die Entfernung der Winkelplatte, Dekortikation, Spongiosaplastik vom Beckenkamm, Re-Osteosynthese mit Jupiterplatte. Ein Jahr später ist die Fraktur durchgebaut, Funktion des rechten Armes weitgehend aufgehoben. Hand-Mund-Kontakt möglich; Hand-Scheitel-Kontakt nicht möglich. Im MRI 2.5 Jahre nach der letzten Operation kein sicherer Rotatorenriss nachweisbar bei jedoch äusserst dünner, kaum identifizierbarer Rotatorenplatte. Zentrierter Humeruskopf, liegende Winkelplatte im Humerus. Fehlender Musc. deltoideus ventrolateral bei dünnem Reststrang der Pars clavicularis. Komplettes Fehlen des Akromion bis zur Spina scapularis. Es geht um die Frage, ob ein Behandlungsfehler vorliegt.

Vorwurf der Patientin

In der zweiten Operation (Schultermobilisation und Erweiterung der Akromioplastik) seien Nerven verletzt worden und zu viel Akromion abgetragen worden. Die Nagelimplantation sei bei einfachem Bruch nicht indiziert gewesen und zudem hätte die Nagelimplantation bei schon vorhandenem Impingement nicht antegrad erfolgen sollen. Zudem sei kein Orthopäde hinzugezogen worden; es ergibt sich die Frage, ob ein Allgemein-Chirurg die notwendige Erfahrung für wiederholte Schulter-Operationen hat. Bereits bei der ersten Revision des Akromions hätte man die Überweisung an ein Zentrumspital in Erwägung ziehen müssen. Zudem sei die Aufklärung der Operation mit Nagelimplantation ohne Hinweis auf die Risiken erfolgt. Die konservative Therapieoption sei nicht genügend dargelegt worden.

Stellungnahme Arzt

Der Orthopäde im Spital würde nur prothetische Eingriffe durchführen, seine eigene Erfahrung im Bereich der Schulterchirurgie betrage mehrere hundert Eingriffe. Gemäss seinen Unterlagen habe die Patientin zwei Monate nach der Erweiterung der Akromioplastik problemlos bis 90° aktiv abduzieren können. Die Axillarisparese habe er selbst einen Monat nach der Nagelimplantation festgestellt; er gehe von einem Zusammenhang mit der Implantation des Seidl-Nagels und der Nervenschädigung aus. Die Patientin habe innerhalb eines Jahres mindestens 4 massive Schulter-/Oberarmtrauma erlitten, was in dieser Häufigkeit selten sei. Zudem habe sie sich in einer schwierigen persönlichen Situation befunden.

Stellungnahme Gutachter und Begründung

Die konservative Therapie der subkapitalen Humerusfraktur (3-part-Fraktur bei zusätzlicher Fraktur des Tuberculum minus) sowie die physiotherapeutische, zeitgerechte Nachbehandlung wird als korrekt eingeschätzt. Vier Monate nach konservativer Behandlung verbleiben deutliche und schmerzhafte Bewegungseinschränkungen, was als frozen shoulder oder retraktive Kapsulitis bezeichnet wird. Das passive Bewegungsausmass in Narkose vor Operation wurde ebenso wenig wie die Rotationseinschränkung dokumentiert. Die Differenz zwischen aktivem und passivem Bewegungsausmass ist jedoch zur Einschätzung struktureller und zur Abgrenzung rein schmerz- und schwächebedingter Einschränkungen wesentlich. Ein arthroskopisches Lösen der einengenden Gewebestrukturen, auch durch partielles Durchtrennen der Gelenkkapsel wäre notwendig gewesen. Das Problem der frozen shoulder (adhäsive Kapsulitis) wurde nicht erkannt und unzureichend operativ angegangen.

Die dann danach erfolgte „erweiterte Resektion des lateralen Akromions“ entspricht in dem radikalen Ausmaß nicht mehr einer Akromioplastik sondern einer Akromionektomie. Die Akromionektomie ist als fataler Behandlungsfehler zu werten, da eine weitere Resektion des Akromions lateral nicht indiziert war und in derart komplettem Ausmaß nicht gewinnbringend und mit einer sehr hohen Komplikationsrate verbunden ist. Die Berücksichtigung der sicher vorhandenen Weichteilverwachsungen und Kapsel-Band-Verengungen ist wiederum nicht dokumentiert und somit als nicht erfolgt anzunehmen. Die Arthroskopie hätte zudem in dieser Situation den Standard dargestellt, nicht der offene Zugang, der gewählt wurde. Ob überhaupt und mit welcher Methode der Deltamuskel rekonstruiert wurde, wird in dem Operationsbericht nicht erwähnt. Somit muss bezweifelt werden, dass sich der Operateur der Gefahr der Schwächung des Musc. deltoideus bewusst war. Wie bei der ersten Operation scheint das Hauptproblem der frozen shoulder nicht adäquat behandelt.

Die Osteosynthese der erneuten Fraktur mittels Seidl-Nagel ist aufgrund der ausgesprochen hohen Komplikationsrate ungünstig; ist aber nicht als Fehler zu klassifizieren.

Die Läsion des Nervus axillaris ist mit hoher Wahrscheinlichkeit im Rahmen einer Komplikation bei Nagelimplantation zu sehen; darüber war die Patientin aufgeklärt. Ein Behandlungsfehler kann hierbei nicht gesehen werden.

Ein Anspruch auf Spezialistenbehandlung kann entsprechend des landesüblichen Versorgungsstandards nicht begründet werden; der behandelnde Arzt sollte in Anbetracht seiner Ausbildung und Erfahrung als kompetent zur Durchführung solcher Eingriffe erachtet werden.

Fazit

Die Funktionslosigkeit des Armes wird in der Verkettung von mehreren Unfällen und Operationen maßgeblich durch 2 Faktoren bestimmt: Einerseits durch die beanstandete Resektion des Akromions, woraufhin der Deltoideusmuskel seinen lateralen Ansatz verlor, in der Funktionalität stark gestört ist und teilweise atrophiert. Andererseits kam es im Verlauf zu einer neurogenen Schädigung dieses innervierten Muskels. Hinzu kommt bei der Patientin durch die chronifizierte Schmerzsituation die Entwicklung einer Medikamentenabhängigkeit.

Insgesamt muss aber auch unter Berücksichtigung der eingetretenen Komplikationen und der Verkettung unglücklicher Umstände mit mehreren Verletzungen in enger zeitlicher Folge davon ausgegangen werden, dass der Behandlungsfehler einer Akromionektomie als Ursache zu einem wesentlichen Schaden geführt hat und maßgebend den jetzigen Gesundheitszustand verantwortet hat.