

## **FMH-GUTACHTEN SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FUER CHIRURGIE**

### **Partielle Läsion des Nervus peroneus profundus bei St.n. penetrierender Unterschenkelverletzung mit Verletzung der Arteria poplitea**

#### **SACHVERHALT:**

Infolge einer penetrierenden Unterschenkelverletzung mit einem laufenden Bohrer kommt es bei einem 19-jährigen Patienten zu einer Verletzung der Arteria poplitea. Es besteht klinisch eine inkomplette Ischämie ( aufgrund guter Kollateralversorgung von proximal ), welche initial vom behandelnden Arzt als akutes Logensyndrom interpretiert wird, so dass notfallmässig eine operative Revision erfolgt mit partieller Logenspaltung. Intraoperativ wird die Verletzung der Arteria poplitea entdeckt, worauf der narkotisierte Patient unverzüglich in ein Zentrum zur gefässchirurgischen Versorgung verlegt wird. Es erfolgt die präoperative Angiografie mit anschliessender Anlage einer Veneninterponats, Faszien- und offener Wundversorgung. Nach günstigem gefässchirurgischem Verlauf und erfolgter Rehabilitation bleibt residuell eine partielle Läsion des Nervus peroneus profundus zurück, welche dem jungen Patienten Schmerzen und Einschränkungen in Sensibilität und Motorik bereitet. Es tritt die Frage in den Raum, ob die partielle Parese durch die lange Zeitspanne zwischen Unfall und gefässchirurgischer Versorgung im Sinne eines Managementfehlers zustande gekommen sei.

#### **STELLUNGNAHME PATIENT:**

Der Patient wirft dem erstbehandelnden Chirurgen vor, die penetrierende Verletzung primär falsch eingeschätzt oder unterschätzt zu haben und aufgrund dessen wertvolle Zeit verstreichen gelassen zu haben ( u.a. auch unnötige OP ), bevor der Patient der eigentlichen gefässchirurgischen Versorgung im Zentrums- und Spital unterzogen werden konnte. Er geht davon aus, dass aus diesem Grund ein residueller Schaden des Nervus peroneus profundus entstanden sein könnte, verbunden mit konstanten Schmerzen, welche ihn zum Berufswechsel gezwungen haben.

#### **STELLUNGNAHME ARZT:**

Der erstbehandelnde Chirurg berichtet, nach Lösen der am Unfallort angelegten Oberschenkel-Tourniquet-Binde auf der Notfallstation im Bereich des Unterschenkels eine geringe aktive Blutung bemerkt zu haben. Erst im Verlauf sei es zu erneuten starken Schmerzen mit Abschwächung des Pulses gekommen, so dass der Chirurg an ein Logensyndrom dachte. Die fehlenden Dopplersignale wurden als Vasospasmus im Rahmen des Logensyndroms gedeutet. Demzufolge wurde die notfallmässige Logenspaltung im Hause durchgeführt. Im Anbetracht der Verdachtsdiagnose Logensyndrom fühlte sich der Chirurg aufgrund seiner umfassenden allgemein- und gefässchirurgischen Ausbildung durchaus befähigt, den Patienten primär zu versorgen und operativ zu revidieren und ist vom korrekten Ablauf der Versorgung überzeugt. Der geschädigte Nervus peroneus profundus wurde bereits präoperativ festgestellt.

#### **STELLUNGNAHME BEGUTACHTER UND BEGRÜNDUNG:**

Zwischen Unfall und Beginn der Operation verstrichen 6 Stunden, bis zur Freigabe der Perfusion rund 7-7 1/2 Stunden, was nicht ideal, jedoch durchaus vertretbar ist. Angesichts der Verdachtsdiagnose Logensyndrom wurde korrekt die sofortige operative Revision mit partieller Logenspaltung unternommen. Intraoperativ wurde die arterielle Verletzung festgestellt und eine rasche Verlegung in ein gefässchirurgisches Zentrum in die Wege geleitet. Der postoperative Verlauf betreffend der Gefässsituation war unauffällig.

Der behandelnde Arzt war aufgrund seiner Ausbildung durchaus befähigt, diesen Patienten zu versorgen. Die inkomplette Ischämie und der postoperative Verlauf lassen eher auf eine traumatische Läsion des Nervus peroneus, welche schon präoperativ festgestellt wurde (!) schliessen. Die postulierte Verzögerung stellt sich somit als Ursache in den Hintergrund.

#### **FAZIT:**

Dem Chirurgen kann aufgrund der gestellten Diagnose kein Fehlverhalten nachgewiesen werden, er hat nach Diagnosenstellung die nächsten Schritte korrekt und rasch eingeleitet. Bei Verdacht auf arterielle Blutung sollte das Intervall zwischen Ankunft Spital und operativer Erstbehandlung möglichst kurz gehalten werden, so dass sich die Frage nach einer effizienten Triage hier sicherlich stellt. Die Diagnosestellung zwischen Kompartmentsyndrom und arterieller Verletzung kann schwierig sein, im Zweifelsfall sollte der Diagnose der arteriellen Verletzung Priorität eingeräumt werden. Der präoperative genau erhobene Neuro- und Gefässstatus ist bei penetrierenden Unterschenkel-Verletzungen unabdingbar.