

## FMH Gutachten schweizerische Gesellschaft für Orthopädie/Wirbelsäulenchirurgie

**Chronisch radikuläre Beinschmerzen links bei minimaler kongenitaler Spinalkanaleinengung (L2-L4), kongenitaler Fusion L4/L5 und Nervenwurzelkompression S1 links. Dekompressionsoperation (langstreckige Laminektomie) L3-S1, sowie Fusion L3-S1. Postoperative Miktions- und Stuhlinkontinenz.**

### **Sachverhalt**

43-jähriger Patient, welcher seit gut 10 Jahren linksseitige Beinschmerzen im Sinne einer chronischen Lumboischialgie mit radikulären Ausfällen S1 hat. Die Abklärungen ergaben eine kongenitale leichtgradige Spinalkanaleinengung L3-S1, eine kongenitale Fusion L4/L5, eine Arthropathie L5/S1 mit Einengung der Nervenwurzel S1 links im Recessus lateralis. Eine präoperative Aufklärung bzgl. Dekompression und Fusion, sowie möglicher Komplikationen (insbesondere Blasen- und Spinkterstörungen) erfolgte gemäss Aussagen des Arztes, der Patient selber sprach ihn sogar bzgl. möglicher Blasenlähmung an. Mitte 2001 wurde die Dekompression (langstreckige Laminektomie) L3-S1, sowie eine Fusion L3-S1 durchgeführt. Leider kam es bei der Nutzung des Fräs-Instruments zu einer rechtsseitigen Duralsackverletzung mit einem zirka 8 mm grossen Leck, wobei zwei Nervenwurzeln herausragten. Diese wurden reponiert und der Duralsack verschlossen. Eine Fusion mit Pedikelschrauben und Stäben L3-S1 erfolgte. Direkt postoperativ zeigten sich perianale Hyposensibilität, Flatus- und partielle Stuhlinkontinenz, neurogene Blasenprobleme, sowie sensible Ausfälle L2, S2, S3 und S4. *Zustand des Patienten (ca. 2 Jahre postoperativ):* Bei häufigen Windabgängen müsse der Patient Einlagen tragen. Die Erektion und Ejakulation sei deutlich verändert. Gesamthaft ist der Patient stark eingeschränkt und sein Sozialleben hat stark gelitten. Sein Privatleben habe sich verändert und er traue sich nicht mehr in öffentliche Einrichtungen wie Kino, Theater und so weiter wegen der Miktionsstörungen und der Stuhlinkontinenz. Die linksseitigen Beinschmerzen seien praktisch vollständig verschwunden.

### **Vorwürfe des Patienten**

Fehlerhafte Operation, wobei es zu einer Duralsackkläsion kam. Diese sei verantwortlich für die neurologischen Probleme. Die präoperative Aufklärung über mögliche Risiken und Komplikationen sei mangelhaft gewesen, der Patient wurde nicht über eventuell auftretende neurologische Störungen informiert. Der behandelnde Arzt habe sich im postoperativen Verlauf nicht wirklich um ihn gekümmert.

### **Stellungnahme des betroffenen Arztes**

Am Ende der Dekompression rutschte die Fräse, trotz Schutz mittels Spatel unterhalb der Lamina, aus und verletzte den Duralsack. Postoperativ seien diverse Nachkontrollen fach- und zeitgerecht vorgenommen worden. Er habe den Patienten in der Praxis aufgeklärt und am Vorabend nochmalig gesehen und wiederholt über die möglichen Risiken und Komplikationen aufgeklärt. Eine schriftliche Bestätigung der Aufklärung fehle allerdings.

### **Beurteilung der Begutachter und Begründung**

Diagnosestellung und die Indikation zur Operation sind korrekt. Postoperativ verschwand der Beinschmerz links praktisch vollständig. *Zur präoperativen Aufklärung:* Gemäss Angaben des Arztes wurde eine korrekte präoperative Aufklärung durchgeführt. Leider existiert keine schriftliche Dokumentation, dies muss aus heutiger Sicht bemängelt werden. *Zur operativen Behandlung:* Möglicherweise wäre eine L5/S1 Dekomprimierung ausreichend gewesen bei Symptomen der Nervenwurzelkompression S1. Der Wirbelsäulenchirurg entschied sich aber zu einer langstreckigen Dekompression/Laminektomie der leichten myelographisch nachgewiesenen Einengung L3-S1 mit konsekutiver Fusion L3-S1, was nicht als Fehler interpretiert werden kann. *Duralsackkläsion:* Diese kann effektiv auch bei sachgerechter Anwendung des Fräsinstrumentes auftreten und ist per se nicht als Fehler des Operateurs zu werten.

Das postoperative Management der neurologischen Komplikationen (v.a Miktionsstörung, Stuhlinkontinenz ) war korrekt. Ein erfahrener Urologe wurde beigezogen. Die Nachbehandlung der Dekompression und Stabilisation war adäquat. Der Patient wurde regelmässig klinisch und radiologisch bis zur Konsolidation der Spondylodese zwei Jahre postoperativ nachkontrolliert.

### **Fazit**

Es besteht ein eindeutiger Schaden, der auf die Operation zurückzuführen ist. Das intraoperative Ausrutschen der Fräse ist für die seit der Operation bestehenden und persistierenden neurologischen Ausfälle (neurogenen Blasen- und Sphinkterstörungen) verantwortlich. Der Schaden, der durch den Eingriff gesetzt wurde ist klar und wird von keiner Partei bezweifelt, jedoch ist dies im Rahmen der Komplikationen nicht immer zu vermeiden. Gemäss behandelndem Wirbelsäulenchirurg wurde eine korrekte Aufklärung durchgeführt, gemäss dem Patienten nicht. Hier steht Aussage gegen Aussage. Bedauerlich ist aber, dass keine schriftlicher Nachweis der Aufklärung vorhanden ist.