

FMH Gutachten schweizerischer Gesellschaft für Orthopädie

Tiefe Beinvenenthrombose nach Kniearthroskopie, korrekte Thromboembolieprophylaxe ?

Sachverhalt

Junge sportliche Patientin mit klaren klinischen Zeichen einer lateralen Meniskusläsion. Die Indikation zur Kniearthroskopie im Jahre 2000 wurde aufgrund der Klinik ohne MRI gestellt. Intraoperativ zeigte sich ein hypertropher Hoffa-Fettkörper, sowie eine pathologische Plica mediopatellaris, welche beide mit dem Shaver reseziert werden. Gemäss Unterlagen wurde eine prä- und postoperative Thromboembolieprophylaxe mit Fraxiparin durchgeführt. Im weiteren Verlauf kommt es zu einer tiefen Beinvenenthrombose, welche klinisch und laborchemisch (erhöhte D-Dimere) diagnostiziert wurde (kein Duplex oder Phlebographie). Es erfolgte eine Therapie mittels initialer Liquiminisierung und nachfolgender oraler Antikoagulation (Sintrom) für 6 Wochen, sowie Kompressionsstrümpfe.

In der Familienanamnese hatte die Patientin einen Bruder, welcher an einem Herzinfarkt im Alter von 22 Jahren verstorben war. Die Patientin nimmt orale Kontrazeptiva ein.

Anlässlich diverser Abklärungen wegen Beschwerden eines postthrombotischen Syndroms kam es ein Jahr später zur Diagnosestellung einer erhöhten Thromboseneigung im Sinne einer APC-Resistenz. Diese war zum Zeitpunkt der Kniearthroskopie nicht bekannt.

Vorwurf der Patientin

Der Arzt habe es unterlassen, sachdienliche Abklärungen zur Verhinderung einer Thrombose vorzunehmen. Insbesondere unter dem Aspekt, ihr Bruder sei im Alter von 22 Jahren an einem Herzinfarkt verstorben und sie nehme ja auch Ovulationshemmer ein. Des weiteren gibt die Patientin an, ihre tiefe Beinvenenthrombose sei nur klinisch und laborchemisch festgestellt worden , nicht aber mit diagnostischen Hilfsmitteln (zB. Duplex-Sonographie oder Phlebographie).

Stellungnahme Arzt

Eine routinemässige standardisierte Aufklärung bezüglich den allgemeinen und speziellen Komplikationen bzw. Risiken eines operativen Eingriffs (Kniearthroskopie) insbesondere dem Thromboembolierisiko wurde durchgeführt. Die Patientin erhielt eine prä- und postoperative Thromboembolieprophylaxe nach Schema des Hauses mit Fraxiparin.

Beurteilung der Begutachter mit Begründung

Es erfolgte eine korrekte Aufklärung. Die Massnahmen zur Vermeidung thromboembolischer Ereignisse mittels Fraxiparin wurden ebenfalls lege artis durchgeführt. Zum Zeitpunkt des Spitaleintritts und der KAS war keine APC - Resistenz mit höherer Thrombogenität bekannt. Die familienanamnestische Tatsache, der Bruder der Pat. sei mit 22 Jahren an einem Herzinfarkt verstorben, belastet den Arzt insofern nicht, da kein erhöhtes Risiko für einen Herzinfarkt bei APC-Resistenz besteht. Zum damaligen postoperativen Zeitpunkt konnte die Diagnose einer tiefen Beinvenenthrombose mit ziemlicher Sicherheit diagnostiziert werden (Laborchemisch erhöhte D-Dimere, klare Unterschenkelschwellung, sowie klassische klinische Zeichen). Die konsekutive Therapie mit initialer Liqueminisierung, nachfolgender oraler Antikoagulation mit Sintrom und Symptombehandlung (Kompressionstrümpfe) für 6 Wochen war korrekt. Das prä- und postoperative Management bezüglich einer Thromboembolieprophylaxe und Therapie einer tiefen Beinvenenthrombose waren lege artis. Es ist zutreffend, dass die Diagnose einer TVT nicht entsprechend heute gültiger Leitlinien diagnostiziert wurde, aber die klinische Wahrscheinlichkeit sehr hoch war.

Fazit

Es lag weder ein Diagnose-, Behandlungs- noch therapeutischer Fehler vor.