

FMH Gutachten schweizerische Gesellschaft für Unfallchirurgie

Schwere posttraumatisch / postoperative Radiokarpalarthrose nach dorsaler Doppelplattenosteosynthese einer distalen intraartikulären mehrfragmentären Fraktur des Radius: Fraglich fehlerhaftes Therapiekonzept?

Sachverhalt

Leitersturz mit Zuzug einer intraartikulären Mehrfragmentfraktur des distalen Radius rechtsseitig 2004. Im Zentrumsspital wird eine initiale Reposition in Bruchspaltanästhesie durchgeführt. Danach bilanzierende Computertomographie und eine konsekutive Doppelplattenosteosynthese dorsal und dorsoradial mit Beckenkammpongiosa-Unterfütterung der Defektzone. Kontroll-CT des Handgelenks 3 Tage postoperativ. Ruhigstellung in einer Unterarmgipsschiene für 4 Wochen. Ambulante Physiotherapie. Der Patient wird während der nächsten 4 Monate mehrfach nachkontrolliert. Dieser gibt regelmässig starke Schmerzen im Handgelenk an. 5 Monate postoperativ Konsultation bei einem anderen Arzt, welcher nochmalig eine CT veranlasst. In diesem wird eine fragile intraartikuläre Schraube diagnostiziert und eine Osteosynthesematerialentfernung 7 Monate postoperativ durchgeführt. Details - Röntgen / CT-Verlauf: Im direkt postoperativen Kontroll-CT ist eine ca. 1,5 mm Stufe in der radialen Gelenksfläche korrespondierend zum Scaphoid sichtbar. Eine der Schrauben liegt knapp an der Kortikalisgrenze, aber nicht intraartikulär (unterhalb der Knorpelschicht !). Verlaufs-Röntgenbilder zeigen eine Inaktivitätsosteoporose, sowie eine zentrale Absackung / Einsinterung der zentralen Trümmerzone. Die besagte Schraube hat mittlerweile Kontakt zum intraartikulären Raum, berührt aber die korrespondierende Gelenksfläche zum Karpus nicht. Im weiteren Progredienz einer Radiokarpalarthrose. Der Patient konnte seine Arbeit als Gipser nicht fortführen. Eine IV-Rente ist beantragt.

Vorwürfe des Patienten

Trotz starker Schmerzen und Schwellung im Handgelenk im postoperativen Verlauf sollte eine Nachbehandlung nicht nach 4 Mt im behandelnden Zentrumsspital abgeschlossen und dem Hausarzt übergeben werden. Es wird vermutet, das Gelenk sei möglicherweise nicht optimal wiederhergestellt worden. Eine pathologische Inaktivitätsosteoporose sei provoziert worden. Die vermeidbare intraartikuläre Schraube sei mit grösster Wahrscheinlichkeit die Ursache für das Frühauftreten einer Radiocarpal-Arthrose. Die Operateure hätten die besagte Schraube unsachgemäss zu tief ins Gelenk hineingedreht. Es bestehe ein Übernahmeverschulden. Bei starker Schwellung und Schmerzen sollte keine Physiotherapie durchgeführt werden, sondern eher eine prolongierte Ruhigstellung. Die behandelnden Ärzte seien ausser Stande gewesen, sämtliche Röntgenbilder und CT-Bilder korrekt zu beurteilen.

Stellungnahme des betroffenen Arztes

Zum Zeitpunkt des Eingriffs 2004 wurde bei intraartikulärer Mehrfragmentfraktur des Radius im Sinne der spitalinternen Weisung eine dorsoradiale und eine dorsale Platte implantiert. Intraartikuläre Radiusfrakturen haben trotz guter operativer Versorgung ein hohes Arthroserisiko. Warum eine Computertomographie 3 Tage postoperativ durchgeführt wurde, sei dem betroffenen Arzt nicht bekannt. Der Arzt verliess das besagte Spital geplanterweise 3 Monate postoperativ und konnte dadurch keine regelmässigen Nachkontrollen gewährleisten.

Beurteilung der Begutachter und Begründung

Die offene Reposition von dorsal und Unterfütterung des zentral abgesinterten Gelenksanteils mit Beckenkammpongiosa, sowie Fixation mittels dorsaler und dorsoradialer Platte entsprechen einem hohen operativen Standard und wurden regelrecht durchgeführt. Im postoperativ durchgeführten Kontroll-CT ist die Schraubenlage nicht als intraartikulär anzusehen. Eine 1,5 mm Stufenbildung ist tolerabel. Chancen einer operativen Verbesserung sind gering, die Risiken einer Reoperation wären unverhältnismässig hoch. Postoperative Röntgen- und CT-Bilder wurden korrekt beurteilt. Es bestand kein Kontakt zwischen der Schraube und der korrespondierenden karpalen Gelenksfläche. Die radiologische Befundung beschrieb zu keinem Zeitpunkt eine intraartikuläre Schraubenlage. Der weitere Verlauf zeigte eine schicksalshafte Entwicklung einer mehrfragmentären Impressionsfraktur mit Einsinterung. Intraartikuläre Mehrfragmentfrakturen des Radius haben eher eine ungünstige Prognose. Im postoperativen Verlauf bestand eine Inaktivitätsosteoporose als natürliche Folge der Inaktivität. Es bestand nie ein Morbus Sudeck (weder klinisch, noch radiologisch). Das prä- und postoperative Management war sorgfältig und gewissenhaft. Eine gewissenhafte Operationsplanung wurde durchgeführt. Die postoperative Computertomographie entspricht einer seriösen und gewissenhaften Qualitäts-Beurteilung der Operation. Insgesamt wurde kein Diagnose- und Behandlungsfehler festgestellt.

Fazit

Zusammenfassend sind die Gutachter der Meinung, dass ein schicksalshafter Verlauf nach intraartikulärer, dislozierter, imprimierter Mehrfragmentfraktur des distalen Radius eingetreten ist. Zu keinem Zeitpunkt lag ein Behandlungs- oder Diagnosefehler vor.