

# Peroneuslähmung nach korrigierter Malposition einer Hüftprothese

*FMH-Gutachten zusammengefasst durch die Ombudsstelle der fmCh (24.06.2008 HRM)*

## Sachverhalt

Bei einer 49-jährigen Ärztin wird von einem kurzen dorsalen Zugang aus eine zementfreie Hüftprothese eingesetzt, wobei intraoperativ sowohl Pfanne wie Schaft wegen Malposition gewechselt werden mussten und es dabei zu einer deutlich verlängerten Operationszeit mit stärkerer Blutung kam mit Schädigung des Nervus ischiadicus und konsekutiver Peroneusparese.

## Stellungnahme Patient

Die Patientin sagt aus, sie sei der Meinung gewesen, man habe bei ihr eine minimalinvasive Operation durchgeführt, jedenfalls habe sie bei der Aufklärung durch den Operateur das so verstanden, aber das sei offenbar gar nicht so gewesen, auch wenn der sehr kleine Schnitt daraufhin gewiesen habe. Sie sei zwar in einer guten Atmosphäre aufgeklärt worden, aber von stärkerer Blutung und intraoperativen Komplikationen habe sie nichts erfahren, insbesondere sei nie auf eine eventuelle Nervenschädigung hingewiesen worden.

## Stellungnahme Arzt

Der Arzt sagt aus, es müsse sich um ein Missverständnis gehandelt haben bei der Aufklärung, er habe nie minimalinvasiv vorgehen wollen aber aus kosmetischen Gründen einen sehr kleinen Schnitt gewählt. Die intraoperativen Komplikationen habe er nicht voraussehen können und er sei der Meinung, dass er die schlecht positionierte Pfanne sowie den zu stark in varus geratenen Schaft korrekt korrigiert habe. Auch die Fissur habe er erkannt und folgerichtig cercliert. Er könne sich nicht erklären, wie es zu dieser Nervenschädigung gekommen sei, möglicherweise sei der Zugang doch etwas eng gewesen und es sei ein direkter Druck auf den Nerven entstanden oder eventuell ein Hämatomdruck wegen der lang dauernden Operation.

## Stellungnahme Begutachter und Begründung

Die Aufklärung sei eher mangelhaft erfolgt, insbesondere habe der Operateur die Patientin nicht über intraoperative Komplikationsmöglichkeiten aufgeklärt und vor allem sei ein hinterer Zugang mit einem nur 8.5 cm langen Schnitt doch etwas gewagt. Wie es zu der Nervenläsion gekommen ist, kann nicht eruiert werden, am wahrscheinlichsten ist ein direkter Druck beim Pfannenwechsel und liegendem Schaft oder eventuell durch ein Hämatom. Die Operationsstatistik des behandelnden Arztes lässt etwas zu wünschen übrig. Wahrscheinlich wären bei einem grösseren Zugang mit besserer Sicht und Exposition des Knochens die intraoperativen Schwierigkeiten und damit auch der Nervenschaden nicht aufgetreten. Die postoperative Beinverlängerung von 1.5 cm ist noch im Normbereich.

## Fazit

Das Einsetzen einer Total-Endoprothese von einem dorsalen Zugang aus mit einem kleinen Schnitt stellt für einen weniger erfahrenen Operateur ein erhöhtes Risiko dar. Im vorliegenden Fall waren wohl die engen Platzverhältnisse wegen mangelhafter Übersicht für Pfannen- und Schaftwechsel und somit auch für die Ischiadicusverletzung verantwortlich.

