

Unnötige Resektion des Lungenoberlappens

Fall

Die damals 48 Jahre alte Patientin stürzte im Fitness-Center. Die in diesem Zusammenhang erfolgte CT-Untersuchung des Thorax ergab eine spikulierte Lungenraumforderung im rechten apikalen Oberlappensegment II, 1,3 x 0,6 cm messend, mit Ausläufern zur Pleura. Eine daraufhin alsbald durchgeführte PET-CT zeigte eine 1,1 x 0,7 cm messende, unscharf berandete Verdichtung im rechten Oberlappen mit folgender Beurteilung: „Die Verdichtung zeigt keine messbare erhöhte Stoffwechselaktivität, somit dürfte es sich hier am ehesten um benigne Veränderungen handeln. Ein sicherer Malignomausschluss ist jedoch auch bei unauffälligem PET-Befund nicht möglich, sodass wir zumindest eine Verlaufskontrolle (CT Thorax) in sechs Monaten empfehlen“.

Eine Bronchoskopie war unauffällig ohne intraluminale Tumornachweis, doch konnten Ausstrichpräparate gewonnen werden. Die zytologische Untersuchung des Pathologen führte zu folgender Erkenntnis: „Herdsondierung Oberlappen re. (Lungenrundherd) mit Zellen eines epithelialen Tumors, eine weitere immunzytochemische Abklärung gelingt nicht“.

Vom behandelnden Internisten wurden die Ergebnisse im Arztbrief folgendermaßen zusammengefasst: „In der PET-CT Untersuchung zeigten sich zwar keine Mehranreicherungen des Prozesses im rechten Oberlappen, aufgrund des histologischen Befundes und der radiologischen Morphologie ist jedoch eine Resektion des Herdes dringend anzuraten“. Hier wurde fälschlicherweise das Wort „histologisch“ anstelle des Wortes „zytologisch“ verwendet. Bei dem durchgeführten interdisziplinären Tumorboard gelangte der hinzugezogene Chirurg aufgrund der vorliegenden Information zu der Auffassung, die er wie folgt als OP-Indikation im OP-Bericht formulierte: „Histologisch gesichertes, epitheleales, malignes Neoplasma re. Oberlappen ... bei der Bronchoskopie war die Malignität gesichert worden“. Es wurde eine onkologische Oberlap-

penresektion rechts mit radikaler Lymphadenektomie in typischer Weise durchgeführt.

Die intraoperative Schnellschnittuntersuchung zeigte keinen malignen Tumor, die postoperative Bewertung der Befunde ergab eine granulomatöse Entzündung der Lunge bzw. eine granulomatöse Lymphadenitis und favorisierte eine Sarkoidose. Abgesehen von einer Nachblutung fünf Stunden nach dem Eingriff mit Re-Thorakotomie war der postoperative Verlauf regelrecht.

Diskussion

Der Antragsgegner erklärte, interdisziplinär habe Einigkeit bestanden, dass hoher Verdacht auf ein Bronchialkarzinom bestehe und chirurgische Intervention indiziert sei. Im Gespräch mit der Patientin – die eine zügige chirurgische Klärung angestrebt habe – sei dann der Entschluss zur Oberlappenresektion gefasst worden, weil das Auffinden des kleinen Tumors unwahrscheinlich, das Ergebnis der Schnellschnittuntersuchung unsicher und deshalb eine schließliche Oberlappenresektion doch wahrscheinlich sei.

Nach Auffassung der Kommission war der fälschlich benutzte Ausdruck „histologisch“ zwar (mit) ursächlich für den Irrtum des Antragsgegners, es bestehe ein Zustand „gesicherter Malignität“, doch wäre erforderlich gewesen, zum zugrunde liegenden pathologischen Befund zurück zu gehen; dann wäre der Irrtum schnell aufgeklärt gewesen. Dies nicht zu tun, war fehlerhaft.

Doch auch wenn der Befund als malignitätsverdächtig einzustufen gewesen wäre, war die sofortige Oberlappenresektion mit radikaler Lymphadenektomie nach Meinung des Fachgutachters nicht das richtige Vorgehen. Richtig wäre vielmehr die atypische Resektion mit Entnahme einer Probe zur Schnellschnittuntersuchung gewesen. Diese erlaubt in weit über 90 Prozent der Fälle eine zuverlässige Beurteilung von Malignität oder Benignität mit entsprechendem weiteren Vorgehen.



Aus Fehlern lernen: In loser Folge veröffentlicht das Ärzteblatt Baden-Württemberg ausgewählte und interessante Fälle aus der Arbeit der Gutachterkommissionen für Fragen ärztlicher Haftpflicht.

*Autorenteam:
Dr. iur. Eberhard Foth,
Ulrike Hespeler,
Matthias Felsenstein,
Dr. med. Manfred Eissler*