

Operative Behandlung zur Gewichtsreduktion bei Adipositas

Fall

Bei der 25 Jahre alten, 180 kg schweren Patientin wurde 1999 eine vertikale Gastroplastik nach Mason (Magenband) mit axialer Pouch-Bildung vorgenommen. In den folgenden vier Jahren sank das Gewicht auf etwa 110 kg. Nach einer kosmetischen Operation mit Fettschürzenresektion (2005) kam es zu einer schleichenden Gewichtszunahme von mehr als 35 kg. Als deren Ursache wurde eine Ausweitung des Magenpouches und eine Dehnung des Magenausgangs (Outlet) auf 12 mm angesehen. Deshalb wurde die Patientin 2007 von den Antragsgegnern erneut operiert mit dem Ziel, „Es soll jetzt, wenn möglich, die Engerstellung des Outlets mit evtl. Separierung des Magenpouches vom Fundus erfolgen, oder falls dies nicht möglich ist, die Umwandlung der vertikalen Gastroplastik in einen Gastric-Bypass“ (laut OP-Bericht). Tatsächlich wurde die Operation wie folgt durchgeführt: „Da das Bändchen völlig unverletzt erscheint, wird das Band gerafft, sodass gerade eben noch ein 8 mm-Magenschlauch das Outlet passieren kann“. Der postoperative Verlauf war unauffällig. Eine Magenbreipassage mit Gastrolux ergab einen dichten Magenpouch und einen etwas engen Magenausgang von etwas weniger als Bleistiftdicke.

Zwei Monate nach der Operation hatte die Patientin 15 kg abgenommen und wog 120 kg. Die Passage mit einem 6 mm-Gerät war einwandfrei. Wiederum sechs Monate später wog die Patientin 93 kg, unauffälliger Befund, Passage mit 7 mm-Gerät einwandfrei. Vier Monate später, nach erheblichen Beschwerden (ständigem Erbrechen) wurde ein Fremdkörper (Speisebolus) entfernt, die Passage mit GIF XP-160 war möglich. Wiederum sieben Monate später erfolgte die Beurteilung „... zu stark abgeschnürt ... dadurch massiver Reflux“. Kurz darauf wog die Patientin 76,5 kg, musste täglich drei Mal erbrechen. Sechs Wochen später holte die Patientin andersorts eine Zweitmeinung ein, die zu der Empfehlung einer Umwandlungsoperation nach Scopinaro führte. Diese Operation wurde Ende 2009 dort durchgeführt. Der Magenausgang war nur noch 1 bis 2 mm groß. Es erfolgte eine biliopankreatische Diversion nach Scopinaro. Die Operation war erfolgreich; allerdings muss die Patientin lebenslang Nahrungszusatzstoffe zu sich nehmen.

Diskussion

Nach Meinung der Patientin war im Jahr 2007 der Einsatz von Magenbändern nicht mehr zeitgemäß. Jedenfalls hätte man nicht das alte Band verwenden dürfen, sondern hätte ein neues einsetzen müssen. Der Magen sei bei dieser Operation zu stark verkleinert, das Magenband zu eng eingestellt worden, weshalb eine operative Revision fehlerhaft unterblieben und eine zwei Jahre dauernde Leidenszeit der Patientin verursacht worden sei.

Die Gutachterkommission hat nicht beanstandet, dass bei der Operation 2007 restriktiv vorgegangen und das Magenband verwendet (verengt) wurde. Da das alte Band in Ordnung war, durfte es weiter benutzt werden. Die Verengung des Outlets auf 8 mm ist die untere Grenze des üblichen, kann aber noch nicht als fehlerhaft bezeichnet werden. Der Pouch wurde bei dieser Operation nicht wesentlich verkleinert. Im Hinblick auf folgende Überlegungen konnte auch nicht festgestellt werden, die Antragsgegner hätten längst vorher operativ revidieren müssen:

- nach Entfernung des Fremdkörpers bestand wieder eine endoskopisch nachweisbare, ausreichende Passage,
- es war nicht festzustellen, wann und wie es zu der Verengung auf 1 bis 2 mm kam,
- schließlich ließ die Patientin auch nach Einholung einer Zweitmeinung mit Operationsempfehlung noch sechs Monate bis zur Operation verstreichen.

Im Übrigen war seitens der Antragsgegner offenbar schon zuvor diese operative Alternative angesprochen worden. Insgesamt stellte die Kommission keinen Behandlungsfehler fest, wenn auch die psychosomatische Führung der Patientin als nicht optimal erachtet wurde.



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