

Operation einer Schenkelhernie mit Verletzung der großen Beingefäße

Fall

Bei der 40 Jahre alten Patientin war klinisch und sonografisch eine Hernia femoralis (Schenkelhernie) rechts diagnostiziert worden. Entsprechend wurde sie in einer chirurgischen Praxis vom Antragsgegner operiert. Er begann mit einem Hautschnitt oberhalb der rechten Leistenbeugefalte. Nach Durchtrennen des Subcutangewebes und Darstellen der Externus-Aponeurose wurde der Leistenkanal vom äußeren Leistenring beginnend in Faserrichtung eröffnet. Das Leistenband sowie die Externusfaszie wurden frei präpariert, die Leistenregion exploriert. Es fand sich kein Leistenbruch, sodass – wie zuvor diagnostiziert – von einer Schenkelhernie ausgegangen wurde.

Obwohl nach Eröffnung des Operationsgebietes kein Bruchsack feststellbar war, wurde nun vom Antragsgegner überwiegend stumpf, teils auch scharf cranial des Leistenbandes nach dorsal präpariert, um (wie es der Antragsgegner für prinzipiell erforderlich hielt) den Bruchsack freilegen zu können. Hierbei kam es cranial zur venösen Sickerblutung. Versuche, dieses Gefäß anzuklemmen, erwiesen sich als sehr schwierig. Auch nach Zuziehung einer weiteren Assistenzperson und Anbringung von Durchstichligaturen konnte die Blutung nicht vollständig gestillt werden. Daraufhin wurde die Patientin notfallmäßig in ein Universitätsklinikum verlegt und sogleich operiert.

Nach Entfernung der vor dem Transport fixierten Kompressen kam es zu massiven Blutungen aus dem Bereich der Vena femoralis und der Vena iliaca externa, die mittels Gefäßnaht verschlossen wurden. Am achten postoperativen Tag zeigte sich eine Zweietagenthrombose, deren Folgen trotz entsprechender Behandlung nur zum Teil beseitigt werden konnten und eine bleibende erhebliche Beeinträchtigung der Patientin darstellen.

Diskussion

Schenkelhernien sind selten und bilden nur 3 Prozent aller natürlichen Bauchwandbrüche. Es kommt zu einem Austreten des Bruchsackes unterhalb des Leistenbandes in die Nachbarregion, der Bruch tritt durch die Lacuna vasorum hindurch, dem Durchtrittsort der großen Beingefäße aus dem Bauchraum zum Oberschenkel. Aufgrund der Seltenheit dieser Bruchform und der unmittelbaren Nachbarschaft zu den großen Beingefäßen mit dem nicht unbeträchtlichen Risiko einer operativ verursachten Blutung ist die Operation deutlich aufwändiger und komplexer als die eines Leistenbruches. Bei Schenkelhernien besteht ein hohes Risiko der Einklemmung, sodass im vorliegenden Fall die Operation zweifelsfrei indiziert war. Jedoch war nach Eröffnung des Operationsgebietes kein Bruchsack mehr nachweisbar, offensichtlich hatte sich die Vorwölbung des Peritoneums spontan reponiert.

Bei dieser Sachlage hätte ein Verschluss der Bruchlücke ausgereicht, sei es „von außen“, also durch eine Naht des Leistenbandes an die Schenkelfaszie, sei es – alternativ – nach Eröffnen des Leistenbandes „von innen“ durch Fixieren des Leistenbandes an das Cooper'sche Band. Die vom Antragsgegner vorgenommene Präparation war unnötig und stellte aus den oben genannten Gründen ein nicht zu rechtfertigendes Risiko dar. Hierin lag nach Auffassung der Kommission ein Behandlungsfehler.

Die dann eingetretene Blutung war für den Antragsgegner nicht beherrschbar. Die Situation wird in solchem Fall rasch unübersichtlich und erfordert eine hohe Expertise des Chirurgen sowie ein entsprechendes Instrumentarium. Der Antragsgegner war erkennbar in beiderlei Hinsicht überfordert. Ob der Antragsgegner unter den gegebenen Umständen die Operation einer Schenkelhernie übernehmen durfte, kann jedoch dahin stehen; im konkreten Fall war, wie dargelegt, jedenfalls die weitere Präparation unnötig und fehlerhaft.



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

Anzeige