

# Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle

Leserbriefe zum „Aktuellen Fall aus der Gutachterstelle“ im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 1/2022, Seite 10

Sehr geehrter Herr Dr. Kluge,  
Sie stellen einen diesmal primär urologischen Fall im „Ärzteblatt Sachsen“ zur Diskussion.

Der Fall schildert eine lap. Tumornephrektomie R mit unerkannter Vollwand-Duodenalverletzung bei zusätzlicher, intraop. erkannter, zweiter und versorgter Serosa-Duodenalverletzung mit letztlich letalem Ausgang (Peritonitis, Revisionsop's, Multiorganversagen). Man kann sicher davon ausgehen, dass die Verletzung von Nachbarorganen im Aufklärungsgespräch erwähnt wurde (Häufigkeit vier Prozent, Greco u. Fornara). Einige weitere Angaben wären zur Fallbeurteilung nützlich:

- Wie war der Ausgangsbefund des Nierentumors? War ein lap. Vorgehen indiziert oder hätte man primär offen vorgehen sollen?
- Wäre eine Konversion nach Duodenalverletzung indiziert gewesen? Wie groß war die intraop. erkannte und primär übernähte Duodenalverletzung?
- Wurde während der Nephrektomie nach der initialen Duodenumverletzung ein Chirurg hinzugezogen?
- War primär ein erfahrenes Team eingesetzt oder wurde der erfahrenste Urologe im Haus initial hinzugeholt beziehungsweise der Befund demonstriert?
- Hätte bei der Vorgeschichte und im Nativ-CT ausgeschlossener Blutung die (orale) KM-Darstellung nicht sofort (also um 2.50 Uhr) erfolgen müssen? Wie erklären sich der Zeitverzug von fast sechs Stunden zwischen den beiden CT, wenn doch bereits im Erst-CT (wahrscheinlich) an eine Duodenalläsion gedacht und danach gefragt wurde?
- Wurde bereits in der ersten Nacht seitens der IMC-Kollegen der urolo-

gische Operateur zum KM-CT befragt und hat sich dieser den Bauch klinisch angesehen?  
Besonders duodenale Verletzungen sind gefürchtete Komplikationen abdominaler Eingriffe.

Aus meiner nun sehr langen urologischen Erfahrung sind mir einige vergleichbare Fälle im Gedächtnis geblieben, nicht alle Fälle waren in der eigenen Klinik; beispielsweise:

- unbemerkte Kolonverletzung bei offener Tumornephrektomie mit nachfolgender Peritonitis, bemerkt erst Tage später,
- unbemerkte 2 cm<sup>2</sup> große Duodenalverletzung i. R. einer Probenentnahme bei ERCP, protrahierter Verlauf über zwei Jahre,
- unbemerkte und erst Wochen später „aufgefallene“ Einlage einer Nierenfistel durch das Kolon beziehungsweise (anderer Patient) einer Zystostomie durch den Dünndarm hindurch, beide Fehllagen ohne (!) Folgen nach Entfernung der Katheter nach Wochen (!).
- auch weitere, primär intraop. unbemerkte Komplikationen könnten genannt werden, so wie sie ja auch in verschiedenen anderen Fachrichtungen (zum Beispiel am Urogenitaltrakt) auftreten können (hier besonders Ureterläsionen).

Wenn die Fragen mit „ja, es wurden alle möglichen Überlegungen umgesetzt“ beantwortet werden können, dann handelt es sich beim vorgestellten Fall mit der im Ersteingriff nicht erkannten Darmverletzung meines Erachtens um einen schicksalhaften Verlauf. Auch dieser Fall weist darauf hin, dass bei intraoperativen Komplikationen die beteiligte Nachbardisziplin gehört werden sollte.

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Wolfram Werner,  
Plauen

Der aktuelle Fall mit tragischem Ausgang berührt mich selbst als Ruheständler. Meinen Kommentar reduziere ich auf radiologische Gesichtspunkte:

1. Die initiale Bildgebung mit methodischen Details halte ich für unverzichtbar, um das TNM-Stadium kritisch hinterfragen zu können. Schließlich basierte darauf die Art und Weise der Operation.

2. Auch die CT-Bilder vom 16. Juni 2018 wären wichtig. Ich habe fleckig-marmoriertes Leberparenchym im Kontrastmittel-CT nur zweimal erlebt: bei Knollenblätterpilzvergiftung und bei extrem fortgeschrittener sklerosierender Cholangitis, beides im Endstadium als sichtbares Zeichen des irreversiblen Lebergewebeunterganges, also eines intrahepatischen Problems. Insofern kann ich die Indikation zur Stentung des Tr. coeliacus höchstens als Verzweiflungstat nachvollziehen, eine echte Indikation sehe ich nicht.

3. Das Coiling der A. lienalis könnte der Vorstellung verbesserten Blutangebotes für die Leber gedient haben, aber diese war m. E. ohnehin nicht mehr zu retten. Hoffentlich erfolgte das Coiling distal der Abgänge der Rr. pancreatici der A. lienalis, weil ansonsten die Entwicklung der Pankreatitis damit in Zusammenhang stehen könnte, auch diese Bilder sollten nachbeurteilt werden. Ich sehe die Indikation zum Coiling ohnehin extrem kritisch, weil man in einem septischen Bauch durch Ausschaltung der Milz voluminösen Nährboden für weitere Keimausbreitung schafft. Ich kann auch das Coiling nur als Verzweiflungstat interpretieren, was aber nicht ursächlich für den Tod der Patientin ist.

Prof. Dr. med. habil. Rainer Klöppel,  
Leipzig