

Fachgebiet: Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Diagnose: Stimmstörung infolge Stimmbandlähmung nach Schilddrüsenoperation
Titel: Läsion des N. laryngeus recurrens (NLR) bei Thyreoidektomie
Autor: Prof. Dr. med. K.-Wolfgang Delank, Ludwigshafen
Verfahren: 073/13 - Stand der Veröffentlichung: 03.09.2014

Der Fall

Die 46-jährige Patientin leidet unter Globus-/ Engegefühl am Hals aufgrund einer mittels Ultraschall, Szintigraphie und Laboruntersuchungen diagnostizierten hyperfunktionellen Struma multinodosa Grad II mit einem progredienten, autonomen Adenom. Die Patientin entschließt sich zu einer Thyreoidektomie, die übereinstimmend von der Hausärztin, den Nuklearmedizinern und der behandelnden Klinik für Allgemein-/ Viszeral- und Gefäßchirurgie favorisiert wird. Es folgt eine mündliche und schriftliche Aufklärung über die OP-Risiken sowie über die Alternative einer Jodbehandlung. HNO-ärztlich wird vor der Operation eine normale Stimmbandbeweglichkeit bds. attestiert.

Die Operation wird von einer Fachärztin für Chirurgie und einem assistierenden Oberarzt vorgenommen. Laut OP-Bericht wird zunächst die knotige Schilddrüse li. freipräpariert und der N. vagus zwischen A. carotis communis und V. jugularis interna anhand eines positiven elektrophysiologischen Signals identifiziert (Neuromonitoring NIM-Response). Dann werden die zum unteren Pol ziehenden Gefäße schrittweise ligiert. Wegen eines weiteren Knotens dorsal muss die Schilddrüse noch weiter nach re. verzogen werden. Obwohl der N. laryngeus recurrens (NLR) hier nicht erwartet wird, lässt sich nach der Ligatur der unteren Polgefäße im Neuromonitoring kein Signal über den N. vagus mehr ableiten. Nach der nun folgenden, ebenfalls vorsichtigen und schrittweisen Ligatur der oberen Polgefäße kann die linke Schilddrüse luxiert und der NLR subtile langstreckig freigelegt werden. Jetzt erkennt man, dass der Nerv in eine Ligatur eingebunden und durchtrennt wurde. Die linke Schilddrüse wird komplett reseziert, dann erfolgt die epineurale Nervennaht durch den assistierenden Oberarzt. Abweichend von der ursprünglichen Planung wird rechts nur eine Isthmuskeilektomie durchgeführt. Die Patientin wird unmittelbar postoperativ informiert, dass der linke, atypisch verlaufende Stimmbandnerv durchtrennt, nahtversorgt und die Schilddrüse re. nur partiell entfernt wurde.

Histopathologisch wird eine Struma colloidales nodosa mit regressiven Veränderungen sowie Anteilen einer Nebenschilddrüse li. festgestellt. Am 1. postoperativen Tag wird HNO-ärztlich eine leichte Minderbeweglichkeit des linken Stimmbandes ohne sichere NLR-Parese festgestellt. 6 Tage später diagnostiziert ein anderer HNO-Arzt eindeutig eine komplette NLR-Parese li. und veranlasst die Vorstellung in einer Klinik für Phoniatrie. Hier bestätigt sich laryngoskopisch die Parese und es wird eine Intensivierung der logopädischen Therapie und ggf. Reizstrombehandlung empfohlen.

Die Einwände der Patientin

Die Patientin vermutet, dass die Schädigung des NLR bei der präoperativ als Routineeingriff bezeichneten Strumektomie vermeidbar war. Außerdem sei das Risiko einer solchen Nervenläsion im Zuge der präoperativen Aufklärung unangemessen niedrig dargestellt worden. Ferner wird bemängelt, dass die ursprünglich geplante komplette Entfernung der Schilddrüse unterlassen wurde. Leider hätten sich die Klinikärzte den anfangs gravierenden symptomatischen Folgen der iatrogenen Nervenläsion weder diagnostisch noch therapeutisch adäquat zugewendet. Die dringend erforderliche, logopädische Behandlung der initial hochgradigen Heiserkeit und der Atembeschwerden habe sie selbst ohne Hilfe der behandelnden Klinik

veranlassen müssen. Ihre Krankenkasse habe die Therapiekosten nur teilweise übernommen.

Der Vorsitzende des Schlichtungsausschusses hat den Autor dieses Fallbeispiels mit der medizinischen Überprüfung beauftragt, ob ein vorwerfbares ärztliches Fehlverhalten vorliegt.

Die Begutachtung

Präoperativ führten zahlreiche, geeignete diagnostische Maßnahmen zu der eindeutig nachvollziehbaren Diagnose einer linksbetonten, hyperfunktionellen Struma multinodosa Grad II mit Wachstumstendenz eines autonomen Adenoms li. (E 04.9 + G). Hausärztin, Nuklearmediziner und die operierende Klinik empfahlen die Thyreoidektomie. Dieser Rat war medizinisch sachgerecht und angemessen, zumal laut Gedächtnisprotokoll die Patientin auf die Alternative einer Radio-Jodtherapie hingewiesen wurde.

6 Tage vor der Operation wurde die Patientin mündlich und schriftlich (Diomed-Bogen Doku C 3) von einem erfahrenen Oberarzt über die bds. Strumaoperation aufgeklärt. Es wurde u.a. explizit auf das Risiko einer Verletzung der Stimmbandnerven und deren Folgen (einseitig: Heiserkeit, beidseitig: Intubation) hingewiesen. Insbesondere der Vorwurf, dass unzureichend über mögliche NLR-Paresen gesprochen wurde, lässt sich durch die handschriftlichen Einträge im Dokumentationsbogen und das Gedächtnisprotokoll der Patientin entkräften. Eine medizinisch einwandfreie Aufklärung hat also stattgefunden.

Bei der fachärztlich durchgeführten Operation wurde frühzeitig mit einem modernen Neuro-monitoring-Gerät der N. vagus li. zwischen der A. carotis communis und der V. jugularis interna elektrophysiologisch identifiziert, was den heute gültigen Standards der Thyreoidektomie entspricht. Die normale Signalantwort bei elektrischer Reizung des N. vagus bewies, dass auch der NLR zu diesem Zeitpunkt noch intakt war. Anschließend wurden die unteren Polgefäße mit der gebotenen Vorsicht, nämlich schrittweise ligiert. Diese operative Maßnahme ist erforderlich, um die fixierte Struma aus dem angrenzenden Gewebe sicher mobilisieren zu können. Andernfalls riskiert man arterielle Blutungen, die dann außerplanmäßige, quasi notfallmäßige Ligaturen der relativ kaliberstarken Polgefäße unter erschwerten Bedingungen und schlechter Sicht erfordern. Je umfangreicher die knotigen Veränderungen der Schilddrüse sind, umso wichtiger ist eine blutarmer und anatomisch sichere Präparation.

Der NLR verläuft in Nachbarschaft der unteren Polgefäße, insbesondere der A. thyroidea inf., jedoch gibt es zahlreiche Verlaufsvarianten. Außerdem kann es durch die Erkrankung selbst, Vernarbungen und intraoperativ notwendige Manipulationen (z.B. Hakenzug) zu Verlagerungen eines primär regulär verlaufenden NLR kommen. Im vorliegenden Fall hatte offensichtlich ein Schilddrüsenknoten dorsal der unteren Polgefäße zu einer Verlagerung des NLR und mithin zu einer abnormen Anatomie geführt. Bereits unmittelbar nach der Ligatur der unteren Polgefäße wurde eine Veränderung des elektrophysiologischen Signalverhaltens als früher Hinweis auf eine Läsion des NLR festgestellt. In Anbetracht dieser Situation wurden jetzt die oberen Polgefäße der Schilddrüse ligiert, um - wie beschrieben- die notwendigen operativen Freiheitsgrade für eine möglichst atraumatische, langstreckige Visualisierung des NLR zu schaffen. Jetzt konnte die Durchtrennung des NLR eindeutig optisch erkannt und sofort durch eine End-zu-End-Anastomosierung ordnungsgemäß behoben werden. Dieses Vorgehen entspricht den in der AWMF-Leitlinie „Operative Therapie benigner Schilddrüsenerkrankungen Nr. 003/002“ hinterlegten Empfehlungen zur Operationstechnik (2.6.1). Abweichend von dem ursprünglichen OP-Konzept wurde leitlinienkonform und sachgerecht auf eine komplette Thyreoidektomie der re. Seite verzichtet. Eine zusätzliche Läsion der rechtsseitigen Stimmbandnerven musste unter allen Umständen vermieden werden, da ein bds. Ausfall der Stimmbandnerven regelhaft zu massiver Luftnot führt und invasive Sekundärmaßnahmen (z.B. Tracheotomie) nach sich zieht.

Ca. 9 Monate p.o. zeigten sich neben normalen Stimmbandbewegungen re. auch inzipiente Bewegungsimpulse des li. Stimmbandes. Letztere sind erste Indizien einer funktionellen Nervenregeneration, die ohne die sofortige und sachgerechte Wiederherstellung der Kontinuität des NLR nicht möglich wäre. Voraussichtlich werden sich die gegenwärtig noch vorhandenen, nachvollziehbaren Beschwerden der Klägerin weiter verbessern.

Die zusammenfassende Wertung des Gutachters

Bei der Patientin lag nachweislich eine linksbetonte, hyperfunktionelle Struma multinodosa Grad II mit Wachstumstendenz eines autonomen Adenoms li. vor. Die operative Therapie in Form einer Thyreoidektomie war indiziert. Die präoperative Diagnostik, die Befunderhebung, das intraoperative Vorgehen inklusive Komplikationsmanagement und die postoperative Betreuung waren medizinisch nicht zu beanstanden. Insgesamt führte die gutachterliche Überprüfung des medizinischen Sachverhaltes zu dem Ergebnis, dass keine vermeidbar fehlerhaften, ärztlichen Behandlungen ausgeführt wurden.

Die Entscheidung des Schlichtungsausschusses

Die Beteiligten haben der medizinischen Begutachtung durch den Sachverständigen nicht widersprochen. Ohne weitere Überprüfung durch die Mitglieder des Schlichtungsausschusses wurde das Verfahren mit Einverständnis der Beteiligten und Zustimmung eines Gegenlesers beendet.

Literaturangaben des Gutachters

Münks S: Prävention der Rekurrensparese durch routinemäßige Nervendarstellung bei Schilddrüsenoperationen. Laryngo- Rhino- Otol 2005; 84(4): 261-265

AWMF- Leitlinie 003-002, Operative Therapie benigner Schilddrüsenerkrankungen
www.awmf.org/leitlinien/detail/II/003-002.html

Feldmann, H, Brusis, T: Das Gutachten des Hals-Nasen-Ohren-Arztes, 7. Auflage (2012)
Thieme Verlag, Stuttgart, New York