

Fachgebiet: Gynäkologie und Geburtshilfe
Diagnose: Geburtseinleitung gefolgt von Sectio caesarea mit Wundheilungsstörung und –infektion sowie vermuteter Blasenläsion
Titel: Blasenverletzung und postoperative Wundinfektion nach Sectio caesarea
Autor: Dr. med. Matthias Schmitter, Münster
Verfahren: 403/13 - Stand der Veröffentlichung: 24.04.2015

Der Fall

Eine 28-jährige Patientin (I-Gravida) stellte sich in der 39+4 SSW zur Geburtseinleitung im Krankenhaus vor. Es handelte sich um eine Risikoschwangerschaft, die durch einen insulinpflichtigen Gestationsdiabetes, eine bereits 4 Jahre vor der Schwangerschaft erlittene Lungenembolie (Therapie mit Arixtra®) auf dem Boden einer heterozygoten Faktor-V-Leiden-Mutation, sowie durch die massive Adipositas der Schwangeren (BMI > 50) kompliziert wurde. Ferner entwickelte die Schwangere unmittelbar vor der Geburtseinleitung eine entzündliche Hautveränderung im Bauchdeckenbereich mit Wassereinlagerungen unklarer Genese, die nach Antibiotikagabe rückläufig und zum Zeitpunkt der Entbindung klinisch nicht mehr relevant war.

Nach 3-tägiger Geburtseinleitung wurde nach Einsetzen regelmäßiger Wehentätigkeit und Amniotomie in der Eröffnungsperiode bei suspektem CTG-Verlauf die Indikation zur sekundären Sectio caesarea gestellt. Die vorgeburtliche Überwachung des Kindes sowie dessen Adaptation post partum (3680g) gestalteten sich problemlos und wurden auch seitens der Patientin nicht moniert. Intraoperativ kam es – zunächst unbemerkt – zu einer Harnblasenläsion bei der Mutter, die erst 9 Tage nach der Entbindung durch die nachsorgende Hebamme diagnostiziert wurde. Daraufhin wurde zunächst unter erneut stationären Bedingungen ein Latex-Katheter in die Harnblase eingelegt, der 9 Tage später durch einen Silikon-Katheter ersetzt wurde. Die Blase konnte durch diese Maßnahme erfolgreich entlastet werden, so dass auf eine zwischenzeitlich erwogene Operation verzichtet und der Silikon-Katheter nach bildgebender Bestätigung, dass kein Paravasat bzw. keine Fistelbildung der Harnblase vorlag, 5 Wochen nach der Einlage komplikationslos entfernt werden konnte.

Nach dem Kaiserschnitt entwickelte die Patientin zudem eine massive Wundinfektion und Wundheilungsstörung, so dass im Verlauf die Wunde zunächst wieder eröffnet und wiederholt gespült und angefrischt werden musste. Bei der Spülung wurde mitunter Ocentisept® verwendet und das Präparat erst nach Hinzuziehen eines „Wundversorgungsteams“ auf Prontosan® gewechselt. Anschließend wurde die Wunde mit einem VAC-Verband versorgt, der in regelmäßigen Intervallen gewechselt wurde. Knapp 2 Monate nach dem Kaiserschnitt konnte abschließend die Sekundärnaht der Bauchdecke erfolgen und die Behandlung beendet werden.

Die Einwände der Patientin

Die Patientin monierte in erster Linie, dass es während der Kaiserschnittentbindung bei ihr zu einer Blasenverletzung gekommen war und bewertete dies als fehlerhaftes Vorgehen seitens der Ärzte, die die Operation durchgeführt hatten. Auch beklagte sie, dass die Blasenläsion erst nach der Entlassung aus dem Krankenhaus von ihrer nachsorgenden Hebamme diagnostiziert worden sei.

Ferner bemängelte die Patientin, dass nach diagnostizierter Infektion der Bauchwunde und Wiedereröffnung derselben die Wundspülung mit Octenisept durchgeführt worden war. Dieses Präparat sei ihrer Einschätzung nach für diesen Zweck nicht geeignet gewesen.

Weiterhin warf die Patientin dem betreuenden Krankenhaus vor, sie mit fehlerhaften Informationen über ihre Entzündungswerte im Unklaren über die eigentliche Diagnose gelassen zu haben.

Schließlich wurde moniert, dass die Entfernung des Blasenkatheters 5 Wochen nach Einlage ohne Infektionszeichen nach Einschätzung der Patientin zu spät erfolgt war.

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

Die Begutachtung

Der Fokus der Beurteilung durch den Sachverständigen lag sowohl auf der Beurteilung Handlungsschritte im Rahmen der Sectio sowie auf der Bewertung der postoperativen therapeutischen Maßnahmen nach Feststellung der Wundheilungsstörung bzw. der Harnblasenläsion.

Die Blasenleckage selbst konnte konservativ durch Einlage eines transurethralen Dauerkatheters und Ableitung des Urins über 6 Wochen nach außen behoben werden. Eine zunächst erwogene Operation musste nicht durchgeführt werden. Die Blasenverletzung heilte – soweit beurteilbar – folgenlos aus. Zur Ableitung des Urins wurde für die ersten 9 Tage ein Latexkatheter, gefolgt von einem transurethraler Silikonkatheter verwendet, der nach ca. 5 Wochen (und damit innerhalb des zugelassenen Intervalls) komplikationslos entfernt werden konnte. Eine Infektion der Harnblase wurde nicht festgestellt. Somit ist die Harnableitung mittels Latex- und Silikonkatheter nicht zu beanstanden.

Im Verlauf des Gutachtens konnte dargelegt werden, dass die intraoperativ entstandene Harnblasenverletzung akzidentell aufgetreten war und daher nicht als Fehler im medizinischen Sinn zu betrachten ist. Soweit es aus dem Operationsbericht sowie den zur Verfügung gestellten Unterlagen entnommen werden konnte, wurde die Sectio caesarea gemäß dem Standard der ärztlichen Heilkunst durchgeführt.

Über das Risiko einer intraoperativen Blasenverletzung war die Patientin im Vorfeld der Operation ausreichend aufgeklärt worden, so dass die Vorwürfe diesbezüglich entkräftet wurden.

Postoperative Wundheilungsstörungen insbesondere der Sectionaht im Bauchfaltenbereich sind vielfach sehr komplizierte und langwierige Prozesse. So dauerte die Phase der Wundheilung in vorliegenden Fall bis zum Sekundärverschluss der Wunde nahezu 2 Monate. Diese Zeitspanne ist jedoch nicht unüblich lang, gemessen an der Größe des Befundes und den ungünstigen Heilungsbedingungen infolge der Risikofaktoren (Heparin-gabe, Adipositas, Infektion).

Nach Durchsicht der Krankenunterlagen fand sich kein Anhalt für ein fehlerhaftes Vorgehen im Umgang mit der postoperativen Wundheilungsstörung und Wundinfektion bei der Patientin. Es konnte dargelegt werden, dass die zum Einsatz gekommenen Antiseptika für den verwendeten Zweck zugelassen sind und deren Anwendung korrekt war.

Auch der Vorwurf der Patientin, sie sei im Verlauf nicht korrekt über die Befunde (in diesem Fall Blutwerte) informiert worden, stellte sich im Verlauf der Bearbeitung des Gutachtens als nicht haltbar heraus.

Die zusammenfassende Wertung des Gutachters

Die Prüfung durch den Sachverständigen hat ergeben, dass die sekundäre Sectio caesarea, die bei der Patientin durchgeführt worden ist, medizinisch nicht zu beanstanden ist. Intraoperativ kam es zur Verletzung der Harnblase, die erst 9 Tage später diagnostiziert wurde, und postoperativ zu Komplikationen durch eine ausgeprägte Wundinfektion und Wundheilungsstörung. Dabei handelte es sich jedoch nicht um Fehler, sondern um Risiken der durchgeführten Operation, über welche die Patientin im Vorfeld ausreichend aufgeklärt worden war. Die Folgeoperationen (Wunddebridement, Anlage und Wechsel VAC-Verband, Sekundärnaht) sind als Konsequenz der Wundheilungsstörung sowie Wundinfektion zu betrachten. Für ein fehlerhaftes Vorgehen als Ursache für die entstandene Blasenverletzung bzw. die postoperativ aufgetretene Wundinfektion ergab sich kein Anhalt. Die weiteren, von der Patientin vorgebrachten Vorwürfe bezüglich einer fehlerhaften Spülung der Wunde, sowie fehlendem Wechsel des Dauerkatheters konnten ebenso im Verlauf des Gutachtens entkräftet werden.

Die Entscheidung des Schlichtungsausschusses

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