

<b>Fachgebiet:</b>	<b>Frauenheilkunde und Geburtshilfe</b>
<b>Diagnose:</b>	<b>Akzidentelle Darmverletzung im Rahmen eines operativen Eingriffs (ICD-10: O90.8)</b>
<b>Titel:</b>	<b>Risiken und Komplikationen der Sectio caesarea</b>
<b>Autor:</b>	<b>Dr. med. Matthias Schmitter</b>
<b>Verfahren:</b>	<b>149/16 – Stand der Veröffentlichung: 01.2018</b>

## Der Fall

Eine 32-jährige gesunde Schwangere G4 P1 (z. n. Spontanpartus) A2 stellte sich in der 37+5 SSW nach unauffälligem Schwangerschaftsverlauf mit ziehenden Unterbauchbeschwerden in der beschuldigten Klinik vor. Im Vorfeld war bereits für 38+0 SSW auf Wunsch der Schwangeren die primäre Sectio mit Tubensterilisation terminiert worden. Aufgrund der aktuellen Beschwerden wurde der Eingriff bereits in der 37+6 SSW durchgeführt. Intraoperativ kam es zu einer akzidentellen Dünndarmläsion, die unbemerkt blieb. Der postoperative Verlauf war zunächst unauffällig, so dass die Patientin am 3. postoperativen Tag auf eigenen Wunsch aus der Klinik entlassen werden konnte. Am Folgetag wurde die Patientin mit Fieber, Unterbauchbeschwerden und Entzündungszeichen im Labor erneut stationär aufgenommen. Im durchgeführten CT ergab sich der V. a. eine Darmläsion, DD: Abszess, woraufhin die Patientin am selben Tag erneut laparotomiert und die Dünndarmverletzung übernäht wurde. In der Folge wurde ferner 13 Tage später eine Narbenrevision erforderlich.

## Die Einwände des Patienten

Von Seiten der Patientin wurde dem entbindenden Krankenhaus vorgeworfen, die Darmläsion intra- und postoperativ fehlerhaft verkannt zu haben. Sie sei, so die Patientin weiter, zwar über das Risiko einer Darmläsion präoperativ aufgeklärt worden, und mache der Klinik auch keinen Vorwurf, dass es zur Darmverletzung gekommen sei, jedoch habe sie im Wochenbett Symptome (Schmerzen, Blähungen) geboten, die mit einem regelrechten postoperativen Verlauf nicht zu vereinbaren gewesen wären. Dennoch sei ärztlicherseits keine weitere Diagnostik veranlasst worden.

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

## Die Begutachtung

Einerseits gilt die Sectio caesarea heute als ein vielfach praktizierter, risikoarmer Standardeingriff. Andererseits verlangen sowohl die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, als auch internationale Fachgesellschaften, dass Schwangere im Rahmen einer geplanten Sectio caesarea (insbesondere im Vorfeld einer Sectio ohne medizinische Indikation) aufgrund des 4-5-fach erhöhten Komplikations- und Mortalitätsrisikos im Vergleich zur vaginalen Entbindung intensiv über die Risiken dieses Eingriffs aufzuklären seien.

In Abhängigkeit von der Anzahl der vorangegangenen Laparotomien (z. B. Sectiones) schwankt das Risiko für eine intraoperative Darmverletzung zwischen 0,1% bis über 1%. Zusammenfassend kommt es bei ca. jedem 1000. Kaiserschnitt zu einer akzidentellen Darmverletzung.

Lediglich 1/3 der intraoperativ entstandenen Darmverletzungen werden während desselben Eingriffs bemerkt. In der großen Mehrheit der Fälle (2/3) bleibt die Verletzung während des operativen Eingriffs unerkannt. Diese Patienten werden z. T. erst mehrere Tage nach dem

Eingriff symptomatisch (5;6). Die Latenzphase zwischen Operation und Beginn der klinischen Symptomatik reichte einer Publikation zur Folge bis 13 Tage nach dem Eingriff, mit einem durchschnittlichen Intervall von 3 Tagen (8).

Somit wurde die Argumentation der Patientin entkräftet, dass die Darmläsion *in jedem Fall* während des stationären Aufenthaltes der Patientin nach der Entbindung hätte mittels der üblichen Wochenbettkontrollen erkannt werden müssen. Die klinische Situation der Patientin im Wochenbett war stets stabil, die Patientin bot weder Fieber oder Kreislaufdysregulation, noch klagte sie über ungewöhnlich starke Schmerzen. Der Schmerzmittelbedarf im Wochenbett lag darüber hinaus im Normbereich. Klinisch bot die Patientin zusammenfassend keine Hinweissymptome für eine Darmverletzung, der seitens der Patientin angegebene Meteorismus lag im Rahmen der postoperativen Norm. Auf eigenen Wunsch und bei "Wohlbefinden" verließ die Patientin bereits am 3. postoperativen Tag die Klinik.

Im Verlauf des Gutachtens konnte zunächst dargelegt werden, dass die Darmverletzung intraoperativ akzidentell eingetreten ist und nicht das Resultat einer fehlerhaften Handlung war. Der postoperative Verlauf gestaltete sich bis zum Zeitpunkt der Entlassung komplikationslos. Die postoperative Betreuung durch die betreuenden Ärzte und Pflegekräfte entsprach dem gebotenen Standard. Die Symptomatik einer sich anbahnenden Darmverletzung ist keinesfalls verkannt oder verschleppt worden.

Die Entlassung am 3. postoperativen Tag erfolgte im Einvernehmen mit der Patientin und auf ihren ausdrücklichen Wunsch bei Wohlbefinden.

### **Die zusammenfassende Wertung des Gutachters**

Die sorgfältige Prüfung hat ergeben, dass die Sectio mit anschließender Tubensterilisation, die bei der 32-jährigen Patientin durchgeführt worden ist, entsprechend den Richtlinien der ärztlichen Heilkunst erfolgte.

Die intraoperative Darmverletzung geschah akzidentell und ist nicht Folge eines fehlerhaften operativen Vorgehens gewesen. Die Tatsache, dass die Darmverletzung weder intraoperativ noch während der postoperativen Überwachung erkannt wurde, ist den behandelnden Ärzten nicht vorzuwerfen. Auch die Tatsache, dass die Patientin am 3. postoperativen Tag beschwerdefrei entlassen worden ist und einen Tag später mit Fieber und Unterbauchbeschwerden wieder stationär aufgenommen werden musste, und erneut operiert werden musste, ist nicht Folge fehlerhaften Handelns, sondern bedingt durch die in diesem Fall zögerlich einsetzende postoperative Symptomatik der Darmverletzung.

### **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.

### **Literaturangaben des Gutachters**

1. Waterstone M et al. Incidence and predictors of severe obstetrics morbidity: a case control study. *BMJ*, 2001, Vol. 322: 1089-1094
2. Lilford RJ, Vaon Coeverden De Groot HA, Moore PJ, et al. The relative Risk of cesarean section (intrapartum and elective) and vaginal delivery: a detailed analysis to exclude the effects of medical disorders and other acute pre-existing physiological disturbances. *British Journal of obstetrics and gynaecology*. 1990, vol. 97: 883-992

3. Silver RM, Landon MB, Rouse D, et al. Maternal Morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 1226-1232
4. Mesdaghinia E, et al. Iatrogenic Gastrointestinal Injuries during Obstetrical and Gynecological Operation. *Archives of Trauma Research*. 2013, August; 2(2): 81-84
5. Bhattee GA, Rahman J, Rahman MS. Bowel injury in gynecologic operations: analysis of 110 cases. *Int Surg*. 2006; 91(6): 336-340
6. Krebs BH. Intestinal injury in gynecologic surgery: a ten-year experience. *Am J Obstet Gynecol*. 1986; 155(3): 509-514
7. Jones OH. Cesarean section in present-day obstetrics. Presidential address. *Am J Obstet Gynecol*. 1976; 126 (5): 521-530
8. Llarena NC, Shah AB, Milad MP. Bowel Injury in Gynecologic Laparoscopy. A systematic review. *Obstetrics and Gynecology* 2015; 125: 1407-1417