

Operation eines Karpaltunnelsyndroms

Die 53. Fortbildungsveranstaltung des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen in Zusammenarbeit mit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein befasst sich am 19. Oktober 2011 unter dem Titel „Chirurgische Eingriffe im Handbereich – Indikation – OP-Möglichkeiten und Grenzen – Nachsorge“ auch mit dem Karpaltunnelsyndrom.

von Peter Brüser, Beate Weber und Ulrich Smentkowski

Erkrankungen und Verletzungen der Hand betrafen in den letzten Jahren sechs Prozent aller Verfahren der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein. Die Behandlungsfehlerquote (BF) lag für die nun aktuell vorliegende Auswertung der Jahre 2006 bis 2010 mit 39,1 Prozent (2004-2008: 41,7 Prozent) weiter über dem langjährigen Durchschnitt von etwa einem Drittel (Brüser, Peter: Behandlungsfehler in der Handchirurgie, in: Handchir Mikrochir Plast Chir 2011; 43: 9-14). Bei gut zwei Prozent der Patienten lagen degenerative Erkrankungen der Hand vor.

Am häufigsten wurde (in 0,6 Prozent der ausgewerteten Verfahren) eine unzureichende Operation eines Karpaltunnelsyndroms vorgeworfen. Behandlungsfehler wurden in den vergangenen fünf Jahren bei 20 von 41 klageführenden Patienten festgestellt (BF-Quote 48,8 Prozent; 2004-2008 39,5 Prozent). Häufigster Einzelfehler war in zehn Fällen eine (Teil)-Durchtrennung des N. medianus (siehe Tabelle). Bei drei Patienten wurde behandlungsfehlerhaft der N. ulnaris (zweimal auch die A. ulnaris) durchtrennt. Der nachfolgend geschilderte Fall soll exemplarisch den operativen Fehler aufzeigen, der hierzu führte und bei der betroffenen Patientin für die erforderlichen Revisionsoperationen verantwortlich war.

Sachverhalt

Unter der Diagnose eines Karpaltunnelsyndroms links, die neurologisch bestätigt worden war, stellte sich die Patientin

am 18. Dezember bei dem belasteten Chirurgen ambulant vor. Sie klagte über Missempfindungen im Bereich der Finger II bis IV links; die neurographische Untersuchung hatte eine motorische Latenz des N. medianus von 5,0 ms ergeben. Die sensible orthodrom gemessene Nervenleitgeschwindigkeit des N. medianus betrug 43 m/s. Den Ambulanzunterlagen war zu entnehmen, dass am gleichen Tag ein ausführliches Therapiegespräch bezüglich der Operation des Karpaltunnelsyndroms geführt wurde.

Am 17. Januar wurde der operative Eingriff in Blutleere durchgeführt. Hierbei entstand intraoperativ eine starke Blutung mit danach unübersichtlichen Verhältnissen im Operationsgebiet, weshalb der Eingriff nach Blutstillung beendet wurde. Der postoperative Befund wurde bis auf ein Taubheitsgefühl D V links als regelrecht beschrieben. Eine kontrollneurographische Untersuchung der Nn. medianus und ulnaris am 6.2. ergab eine distale N. ulnaris-Läsion links. Die operative Revision wurde empfohlen.

Auf Veranlassung des belasteten Arztes stellte sich die Patientin am 11. Februar in der ambulanten Sprechstunde einer Klinik für Handchirurgie vor. Hier wurden – bei pathologischem Allen-Test als Hinweis auf eine Verletzung der A. ulnaris – Sensibilitätsstörungen am Ring- und Kleinfinger sowie eine Krallenfehlstellung festgestellt und die operative Revision für den

15. Februar geplant. Hierbei fanden sich eine Durchtrennung der A. ulnaris in Höhe des Kleinfingerballens sowie eine Defektverletzung des N. ulnaris, die aufgrund einer notwendig werdenden Nervenreplantation erst sekundär versorgt werden sollte. Die A. ulnaris wurde mikrochirurgisch genäht. Gleichzeitig erfolgte eine Dekompression des N. medianus. Der postoperative Verlauf gestaltete sich komplikationslos. Ein Termin zur sekundären Nervenreplantation wurde festgelegt.

Beurteilung

Bei korrekter Diagnose eines Karpaltunnelsyndroms links war der operative Eingriff sachgerecht indiziert. Den Ambulanzunterlagen der nachbehandelnden handchirurgischen Klinik war ein untypischer stärker ulnarseitiger Verlauf der Operationsnarbe zu entnehmen. Im Operationsbericht wurde beschrieben, dass die Inzision weit ulnarwärts des Karpalkanals erfolgte. Anstelle der geplanten Durchtrennung des Retinaculum flexorum und der Neurolyse des N. medianus wurden irrtümlich die Loge de Guyon eröffnet und die A. ulnaris sowie der N. ulnaris durchtrennt. Anteile des N. ulnaris wurden hierbei offenkundig reseziert, sodass eine Defektverletzung entstand. Diese Verletzung des ulnaren Gefäß-Nervenbündels wurde nicht erkannt und nach der Blutstillung die Wunde lediglich verschlossen.

Sowohl die irrtümliche Durchtrennung des ulnaren Gefäß-Nervenbündels als auch deren Verknöcherung sowie die unterbliebene Dekompression des N. medianus im Karpaltunnel waren als vorwerfbar fehlerhaft zu bewerten. Der hierdurch verursachte Gesundheitsschaden bestand in der Notwendigkeit einer Revisionsoperation mit Gefäßnaht und einer sekundären Nervenreplantation.

Professor Dr. Peter Brüser ist ehemaliger Chefarzt der Abteilung für Hand-, Plastische und Wiederherstellungschirurgie am Malteser-Krankenhaus Bonn, Dr. Beate Weber arbeitet in der Geschäftsstelle der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein, Ulrich Smentkowski ist deren Leiter.

Festgestellte Fehler bei der operativen Behandlung eines Karpaltunnelsyndroms		
1.1.2006 – 31.12.2010	n	Fehler bejaht
Karpaltunneloperation	41	20
Festgestellte Einzelfehler*		
(Teil)-Durchtrennung des N. medianus		10
Inkomplette Spaltung		5
Mangelnde präoperative Befunderhebung		5
Postoperative Fehler		4
Falscher OP-Zugang mit Durchtrennung des N. ulnaris		3
* Mehrfachnennung		