



Prof. Dr. med. Karl-Bertram Brantzen

Facharzt für Allgemeinmedizin
Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin
der Universitätsmedizin Mainz

Koautorin: Dr. med. Eva Brantzen,
Mainz

Wäre Ihnen das auch passiert?

Schwerste Komplikationen bei einem „harmlosen“ Durchfall

Eine fieberhafte Durchfallerkrankung wird von der Hausärztin zunächst symptomatisch behandelt. Eine Woche später muss die Patientin notfallmäßig laparotomiert werden. Befund: Vier-Quadranten-Peritonitis infolge zweier Darmperforationen. Liegt ein Behandlungsfehler vor? Dazu sollte der Autor als Sachverständiger Stellung beziehen.

— Eine 32-jährige Patientin wird wegen einer fieberhaften Durchfallerkrankung von ihrer Hausärztin zunächst symptomatisch behandelt. Laborchemisch bietet sie deutliche Entzündungszeichen. Mikrobiologisch wird eine *Campylobacter-jejuni*-Infektion nachgewiesen. Eine Woche später wird die Patientin notfallmäßig laparotomiert mit dem Befund einer Vier-Quadranten-Peritonitis infolge zweier Darmperforationen.

Das Bakterium *Campylobacter jejuni* ist einer der häufigsten Verursacher einer bakteriellen Darminfektion. Die Symptomatik variiert stark von nur wenigen weichen Stuhlgängen bis hin zu profusen Durchfällen, die dann zu einer Dehydrierung führen und mit Bauchkrämpfen und Erbrechen einhergehen können. Auch Fieber, Kopf- und Gliederschmerzen können auftreten.

Die Symptomatik klingt normalerweise innerhalb von sieben bis zehn Tagen ab, wobei in der Regel allenfalls Flüssigkeit und Elektrolyte ersetzt aber nur selten Antibiotika appliziert werden müssen. An komplizierenden Begleiter-

scheinungen werden Gallenblasen- und Bauchspeicheldrüsenentzündungen sowie Begleithepatitis beschrieben. Schwerwiegende Komplikationen wie toxisches Megacolon mit Perforation sind äußerst selten und wurden fast ausnahmslos bei Patienten beobachtet, die unter einer schweren, chronischen Grunderkrankung litten [1].

Eine Internet-Recherche der Autoren via PubMed und Google im April 2011 [2] ergab in den Jahren 1993–2000 vier Fälle von Darmperforationen im Zusammenhang mit einer *Campylobacter*-Infektion. Positive Suchergebnisse aus jüngerer Zeit fanden sich nicht.

Der Fall

Unsere 32-jährige Patientin war am Sonntag, dem 18.4.2010 von einem Türkeiurlaub zurückgekehrt und stellte sich am nächsten Tag bei ihrer Hausärztin vor. Sie berichtete von seit zwei Tagen bestehendem wässrigen Durchfall und Fieber über 38 °C, hatte selbst bereits Diclofenac, ein Elektrolytkonzentrat sowie ein Antidiarrhoikum (Loperamid) eingenommen.

Von Montag bis Freitag fanden tägliche Konsultationen statt, es erfolgte eine symptomatische Therapie einschließlich Infusionsgaben und es wurde die Diagnose einer *Campylobacter*-Infektion gestellt (zum detaillierten Behandlungsverlauf siehe Tab. 1). Zum Wochenende hin schien sich das subjektive Befinden der jungen Frau leicht zu bessern.

Am Sonntag, den 25.4.2010 um ca. 21.00 Uhr weist sich die Patientin selbst notfallmäßig in ein Notaufnahme-Krankenhaus ein. Sie bietet dort das Bild eines unklaren Abdomens mit Verdacht auf Subileus. Bei der Notfalllaparotomie



Abb. 1 Massiv freie Luft und freie Flüssigkeit im Bauchraum.

ca. 20 Stunden später findet sich eine diffuse kotige Peritonitis infolge zweier Darmperforationen im Bereich des Zökums und des Colon transversum. Es erfolgt die Hemikolektomie rechts sowie die passagere Anlage einer Ileostomie und Kolostomie. Acht Wochen später kann erfreulicherweise die Kontinuitäts-OP durchgeführt werden. Zurück bleiben erhebliche funktionelle Darmbeschwerden sowie ausgeprägt Narben im Bereich der Bauchdecke. Bis heute leidet die Patientin unter einer massiven therapiebedürftigen posttraumatischen Belastungsstörung. Die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben gelingt erst etwa 16 Monate nach dem lebensbedrohlichen Ereignis.

Der Fall aus Sicht des Sachverständigengutachters

Die Dokumentation des ambulanten Krankheitsverlaufes laut hausärztlicher Krankenakte lässt sich der Tabelle 1 entnehmen und war maßgeblich für die Beurteilung der Vorgehensweise der behandelnden Ärztin durch den medizinischen Sachverständigen.

Im Rahmen einer Erstkonsultation bei neuem Beratungsanlass ist es hausärzt-

licher Standard, neben der symptomfokussierten Befragung (gezielte Anamneseerhebung) auch eine symptomorientierte körperliche Untersuchung (in diesem Fall ein Abdominalstatus mit Abtasten, Beklopfen und Abhören des Bauchraumes) durchzuführen. Letztere kann ausnahmsweise aus praxisorganisatorischen Gründen auf eine zeitnahe Folgekonsultation verschoben werden, sofern die Anamnese mit höchster Wahrscheinlichkeit auf ein Krankheitsbild im Niedrig-Risiko-Bereich schließen lässt. Bei einem fiebrigen Bauchprozess, wie im hier zu begutachtenden Fall, muss sie allerdings Bestandteil des Erstkontaktes sein.

Die Veranlassung von Laboruntersuchungen am zweiten Behandlungstag lässt darauf schließen, dass die Hausärztin zu diesem Zeitpunkt nicht mehr von einer Bagatellerkrankung ausgegangen ist. Dennoch findet eine körperliche Untersuchung erst am dritten Tag statt.

Bei vielen Konsultationsanlässen im primärärztlichen Versorgungsbereich muss die eigentliche Diagnose zunächst einmal offen bleiben. Es kommt aber dann der Verlaufsbeurteilung anhand dokumentierter Erst- und Folgeunters-

chungen eine erhebliche Bedeutung zu, die neben der Effizienzbewertung der symptomatischen Therapie der letztendlichen Diagnosefindung und insbesondere dem rechtzeitigen Erkennen eines bedrohlichen Verlaufes dienen. Eine nur einmalig dokumentierte körperliche Untersuchung während des fünftägigen ambulanten Behandlungsverlaufes war hierfür zweifellos unzureichend.

Das Laborresultat vom 2. Behandlungstag mit Leukozytose und Linksverschiebung und einem CRP von 88,2 mg/l (normal ≤ 5 mg/l) passte zur Diagnose einer zwei Tage später verifizierten Campylobacter-Infektion. Der exzessive Anstieg des letzteren Parameters auf 404 mg/l bei gleichzeitigem Leukozytenrückgang und persistierender Linksverschiebung hätte – unabhängig von der mikrobiologischen Diagnose – unbedingt als Zeichen eines bedrohlichen Verlaufes erkannt werden müssen. Trotz Kenntnis dieser alarmierenden laborchemischen Entwicklung, die der Hausärztin am Freitagnachmittag um etwa 16 Uhr bekannt war, gab es nur noch einen telefonischen Arzt-Patienten-Kontakt, der zwar als geringfügige Befindensbesse-

Tabelle 1

Relevante Eintragungen im Krankenblatt der Hausärztin

Datum	Beschwerden	Diagnostik	Therapie
19.4.10 (Montag)	Durchfall und Fieber	Fokussierte Anamnese	Rp: Diclofenac, Elektrolyt- und Magnesiumpräparat
20.4.10 (Dienstag)	dito	Labor: BSG 10/20 n.W. Leukos: 11.300, Linksverschiebung, CRP 88,2 (< 5,0), GPT u. GOT obere Normgrenze, Kreat 0,8 mg%, E'lyte o. B., Überw.: Stuhl auf path. Keime	Infusion: 500 ml Ringerlaktat mit Traumeel
21.4.10 (Mittwoch)	am Di-Abend Fieber 41 °C, Schwindel	Körperl. Untersuchung: Bauch leicht druckschmerzhaft, lebhaft Peristaltik, RR: 115/80 mmHg	Infusion: 1000 ml Ringerlaktat mit Traumeel
22.4.10 (Donnerstag)	–	–	Infusion: 1000 ml Ringerlaktat mit Traumeel
23.4.10 (Freitag) 10 Uhr	Weiterhin ca. 6 Durchfälle pro Tag, kein Fieber, Inappetenz	BSG: 50/60 n.W. Mikrobiolog. Resultat: Campylobacter jejuni	Infusion: 1000 ml Ringerlaktat mit Traumeel, Rp: Clarithromycin 500 mg 2 x 1, Pantoprazol 20 mg 1 x 1 AU bis 30.4.10
23.4.10 (Freitag) 16 Uhr (telefon.)	Konnte eine Suppe essen, kein Erbrechen	Leukos: 5600, Linksverschiebung, CRP: 404 (< 5,0), Kreat.: 0,9 mg%, Elektrolyte o. B.	Kontrolle Labor und in der Sprechstunde für Dienstag 27.4.10 vereinbart

rung interpretiert, den Widerspruch zu dem massiv erhöhten CRP-Wert jedoch nicht auflösen konnte.

Im Zusammenhang mit dem CRP-Wert ist auch der Leukozytenabfall nicht als Indiz für eine Besserung zu deuten, sondern im Rahmen eines akuten Bauchprozesses durchaus auch als Hinweis für eine drohende Darmperforation zu werten, insbesondere bei persistierender Linksverschiebung [4].

Vor diesem Hintergrund ist es unverstänlich, dass die Hausärztin am Spätnachmittag/Abend des 23.4.2010 keinen körperlichen Untersuchungsbefund mehr erhoben und die Patientin in das Wochenende entlassen hat. In einer solchen Situation war ein unverzüglicher, unmittelbarer Arzt-Patienten-Kontakt zur weiteren Abklärung obligat. Entweder wäre dann der klassische Befund eines akuten Abdomens als Erklärung für die Laborentwicklung erhoben worden mit der Konsequenz einer sofortigen, notfallmäßigen stationären Einweisung, oder es hätte durch bildgebende Diagnostik (Ultraschall, Abdomen-CT) eine Klärung herbeigeführt werden müssen.

Es darf angenommen werden, dass zu diesem Zeitpunkt bereits eine gedeckte Perforation vorgelegen hat. Die erfolgte orale Antibiotikaverordnung muss als völlig inadäquate Maßnahme gewertet

werden. Eine sofortige Darmentlastung durch parenterale Ernährung, hochdosierte i.v.-Antibiose, hätte der Patientin zwar möglicherweise einen operativen Eingriff nicht ersparen, den Umfang und die schwerwiegenden Folgen (zwei passagere künstliche Darmausgänge) aber sicherlich begrenzen können.

Seitens der Beklagten wurde eingewandt, dass auch beim Aufnahmebefund im Krankenhaus am Sonntagabend ca. 48 Stunden später der klassische Befund eines akuten Abdomens nicht erhoben worden war. Da heißt es: „Abdomen gebläht, ubiquitär diskret druckschmerzhaft (eher Gummibauch), Darmgeräusche sehr spärlich, keine Resistenzen, Leber und Milz nicht palpabel.“ Im Vergleich zum ersten und einzigen körperlichen Untersuchungsbefund vom 21.4.2010 ergibt sich aber auch ohne die klassischen Peritonitiszeichen daraus eine deutliche klinische Veränderung, auf die in Kenntnis der alarmierenden Laborentwicklung dringlich hätte reagiert werden müssen. Der CRP-Wert im Krankenhaus lag bei 374 mg/l, war also nicht weiter gestiegen.

Im Röntgenbild (Abb. 1) zeigte sich massiv freie Luft und freie Flüssigkeit im Bauchraum sowie vereinzelt Dünndarmspiegel und intraoperativ dann die schwere Peritonitis.

Fazit:

„Es wurde somit eindeutig gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln (Basisstandard) und gesicherte medizinische Erkenntnisse verstoßen und ein Fehler begangen, der aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint und einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf“ (BGH Arztrecht 10/1997 274). Damit war ein grober Behandlungsfehler zu unterstellen, der zur Diagnoseverschleppung geführt hat, einem der häufigsten Behandlungsfehlervorwürfe auf der primärärztlichen Versorgungsebene. Auch das Gericht teilte diese Einschätzung.

Literatur unter mmw.de

Für die Verfasser:

Prof. Dr. med. Karl-Bertram Brantzen
Facharzt für Allgemeinmedizin
Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin
der Universitätsmedizin Mainz
Augustinerstraße 46-48, D-55116 Mainz
E-Mail: kmbrantzen@aol.com

Keywords

Intestinal perforation as an extremely rare complication of campylobacter infection

Violation of medical standards – diagnostic delay – extracts from an expert's report

ACHTUNG:

Hier muss der
Dummy durch
eine Anzeige
ersetzt werden !!