















































Federas

elereremkssn

Ulrike Enkner, Ordensklinikum Linz, Chirurgie

Fallbericht: Patientin, 86 Jahre

-  nukl.Szint.Befund
-  US-Befund
-  EKG
-  Rad-Befund
-  i.m.p. Bericht
-  SD-Befund
-  Anamnese lang
-  Anamnese
-  Status
-  Übergabeprot.
-  SALK Labor
-  **Histo-Befund**
-  StoffwechseIDbl
-  Ern.Amb.karte
-  US-Befund
-  Entlassungsmgmt
-  Mikro
-  Elektrophorese
-  Rad-Befund
-  Arztbrief
-  Konsil 3.Int.
-  Mikro
-  Rad-Befund
-  Rad-Befund
-  Gyn. Konsilium
-  Konsiliarbefund
-  Mikro
-  Mikro
-  Densitometrie
-  nukl.Szint.Befund
-  EKG
-  Echo-Befund
-  Mikro
-  US-Befund
-  dermat. Konsil
-  Ambulanzkarte
-  Rad-Befund
-  SD-Befund
-  i.m.p. Bericht
-  Anamnese kurz
-  Rad-Befund
-  Anamnese
-  Status
-  Übergabeprot.

- **Aufnahmeambulanz:**
- Purpura beide Unterschenkel
- **Anamnese:**
- Vor 2 d Novalgin-Infusion wegen Kreuzschmerzen
- **Befunde:**
- Anämie (B12 Mangel, St.p. BII vor Jahren)
- **Diagnose:**
- Verdacht auf Vaskulitis
- **Procedere:** weitere Abklärung

Patientin subjektiv beschwerdefrei

KH Verdacht auf leukozytoklastische Vaskulitis, medikamenteninduziert

- Z.n. Novalgintherapie bei Lumbago

- suspekter Leberherd Segment V unklarer Ätiologie
 - weitere Abklärung mittels PET CT empfohlen
 - Patientin wünscht heimatnahe Abklärung
-

Hamwegsinfekt

Anämie

- kombinierte Genese > renal, Vitamin B12 Mangel bei Z.n. BII, Eisenmangel

Arterielle Hypertonie

Chronisch renale Insuffizienz 2.- 3. Grades

- regelmäßige ambulante Kontrollen KH Rohrbach

Hyperlipidämie

Z.n. Cervixcarcinom

Akut auf chronisches Nierenversagen - unklarer Genese

Anämie - renal, Eisenmangel, Vit. B 12 Mangel (Z.n. BII)

Suspekter Leberherd Segment V unklarer Ätiologie (Filia hepatis?) -

* Onko-PET-CT WJ vom 18.09.2014: kein sicherer Hinweis für eine Filialisierung, FDG-Anreicherung am Magen

Bekannte polyöse Veränderungen im Restmagen,

* Histo: herdförmige low-grade-intraepitheliale Neoplasie, hoch-aktive erosive Entzündung ohne Nachweis von HP (GS am 23.10.2014 KH Rohrbach) -->

* Re-Gastroskopie (inkl. Färbung und evtl. Abtragungen) unter Plavix-Pause geplant

Leukozytoklastische Vaskulitis, medikamenteninduziert (Novalgintherapie bei Lumbago)

Zustand nach Cervix-Karzinom-OP 2002, Rezidiv 2009 mit anschließender Radiatio

weitere Diagnosen siehe bitte im Detail

Patientin, 86 Jahre



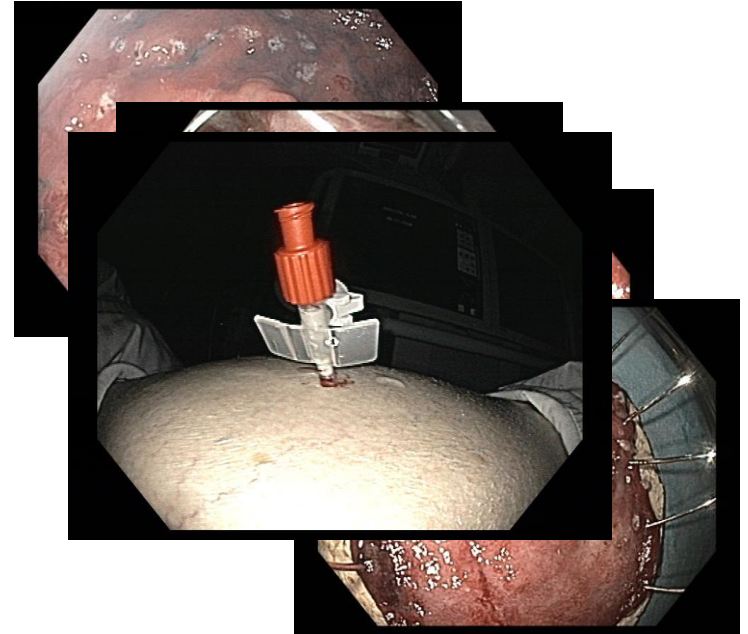
- Gastroskopie:
- polypöse Veränderung im Restmagen bei BII

- Verdacht auf Adenom
- Indikation zur ESD



Patientin, 86 Jahre

- ESD
- Kleine Perforation
- Vervollständigung der ESD
- Clipping der Perforationsstelle
- Dekompression des Pneumoperitoneums
- Verlegung der Patientin auf CCU
- Karenz
- Antibiotikum
- Schmerzmedikation



Patientin nach AWR etwas schläfrig, gut kontaktierbar,

Bei Palpation gering Schmerzen im Unterbauch

Wenig differenziertes Adenocarcinom des Magens pT1a R0 Nx L0 V0 G3

Patientin, 86 Jahre

- 1. postinterventioneller Tag:
- Klinik: zunehmend abdominelle Schmerzen
- CT Abdomen: freie Luft
- Labor: CRP 7, keine Leukozytose, Nierenparameter stabil
- Gastroenterologisches Konsilium
- Chirurgische Konsilium :
peritoneale Reizung linksseitig
- vorerst konservativer Versuch, kurzfristige Kontrolle
- CT Kontrolle abends-freie Luft rückläufig



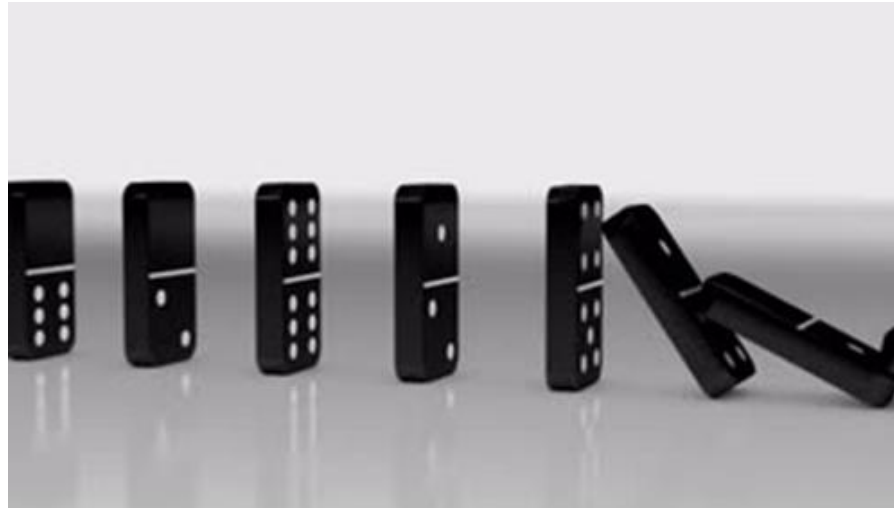
Patientin, 86 Jahre

- 2. postinterventioneller Tag
- Verschlechterung während der Nacht
- Chirurgisches Konsilium:
- schlechtester AZ, Sepsis, Organversagen, nicht operationsfähig
- 3. postinterventioneller Tag: Exitus

KLINISCHE CHEMIE (IMCL) < 0.50 mg/dl CRP

06:30:00	34.50	*
19:05:00	40.75	*
06:26:00	29.36	*
17:48:00	21.73	*
06:41:00	7.27	*
07:50:00	0.24	

Patientin, 86 Jahre

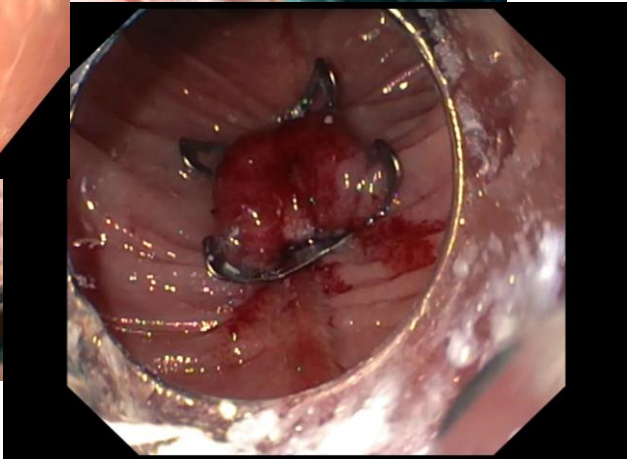
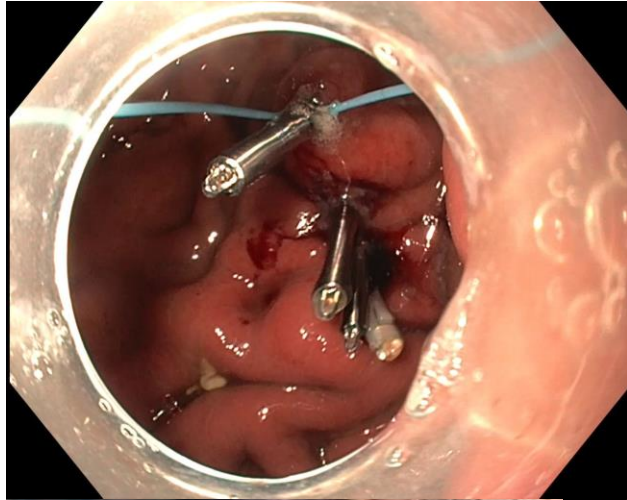
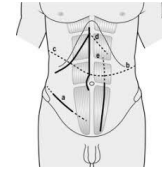


Fehleinschätzung?
Wie konnte das geschehen?
Kommunikation?

- James Reason : **The Contribution of Latent Human Failures to the Breakdown of Complex Systems**. In: Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences. 327, Nr. 1241, 12. April 1990, S. 475–484



Iatrogene Perforation - Paradigmenwechsel



- TTS-, OTS-Clip
TTS mit Endolo
Omentumpat
Stent
Endo-VAC
Nahttechniken



Perforation - Peritonitis

Eine Perforation ist auf Grund drohender Peritonitis
eine potentiell lebensbedrohlicher Erkrankung

Zeitfaktor!



Z Gastroenterol 2010; 48 - P088
DOI: 10.1055/s-0030-1263532



Stellenwert und Ergebnisse der operativen Therapie bei iatrogenen Perforationen im Gastro-Intestinaltrakt

JC Lauscher ¹, J Gröne ¹, U Zurbuchen ¹, A Rentsch ¹, HJ Buhr ¹, JP Ritz ¹

¹Charité – Campus Benjamin Franklin, Chirurgische Klinik I, Berlin, Germany

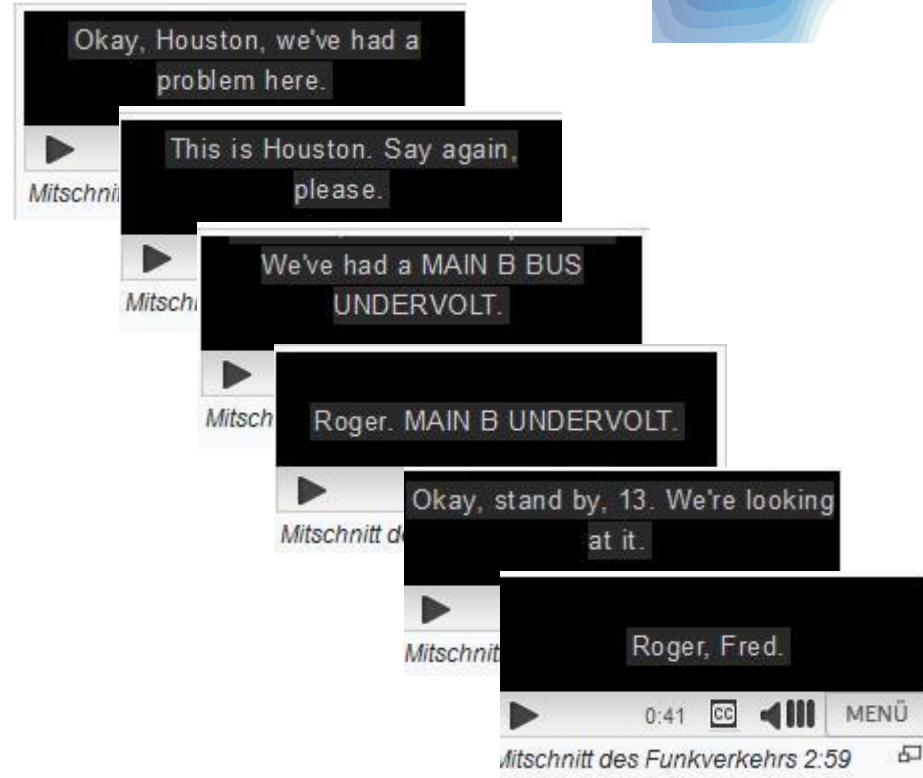
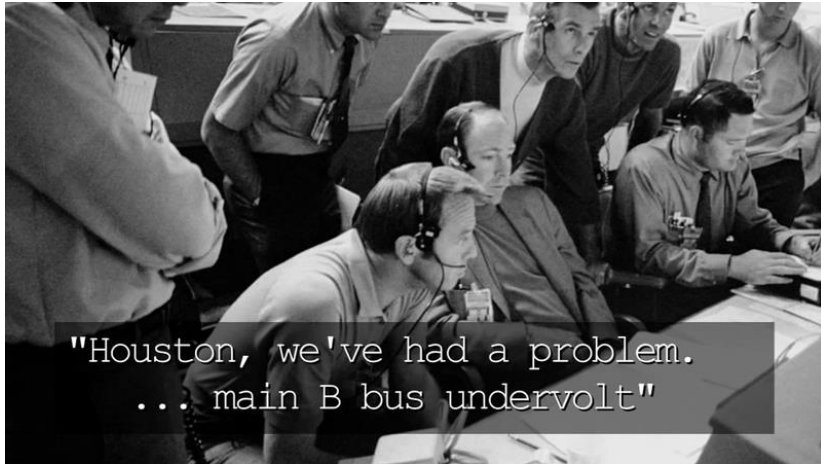
Ruler Chirurg.

Ulrike Enkner , Chirurgie



“Houston, wir haben ein Problem!”

Fehler, aus denen man vielleicht lernen kann



Okay, Houston, we've had a problem here.

This is Houston. Say again, please.

We've had a MAIN B BUS UNDERVOLT.

Roger. MAIN B UNDERVOLT.

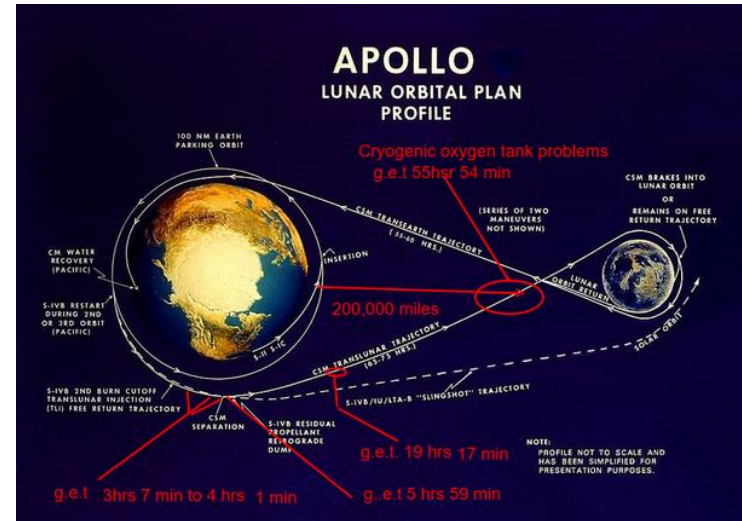
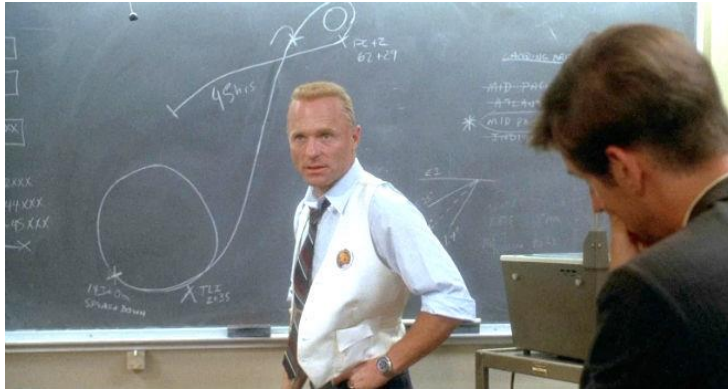
Okay, stand by, 13. We're looking at it.

Roger, Fred.

0:41 CC [Volume Icon] MENÜ

Mitschnitt des Funkverkehrs 2:59

Änderung des Konzeptes



Komplikationskonferenz



Stop the Blame Game: Restructuring Morbidity and Mortality Conference to Teach Patient Safety and Quality Improvement to Internal Medicine Residents

Dr. David A. Rubio, MD^{1,2}; Diana Stewart, MD^{1,2}; Molly Horstman, MD¹; Dr. Aanand Naik, MD^{1,2} and Barbara Trautner, MD, PhD^{1,2}

¹Baylor College of Medicine, Houston, TX

²Michael E. DeBakey VA Medical Center, Houston, TX

Meeting: Hospital Medicine 2015



[Psychol Bull.](#) 2018 Jan;144(1):1-25. doi: 10.1037/bul0000133. Epub 2017 Nov 20.

Communal motivation and well-being in interpersonal relationships: An integrative review and meta-analysis.

[Le BM](#)¹, [Impett EA](#)², [Lemay EP Jr](#)³, [Muisse A](#)⁴, [Tskhay KO](#)⁵.



[Br J Gen Pract.](#) 2016 Jul; 66(648): e525-e527
Published online 2016 Jul 1. doi: 10.3399/bjgp160665041

PMCID: [PM4317656](#)
PMD: [27364673](#)

Compassion and the science of kindness: Harvard Davis Lecture 2015

[Nigel Mathers](#)

Happy to Help? A systematic review and meta-analysis of the effects of performing acts of kindness on the well-being of the actor

AUTHORS
Oliver Curry, Lee Rowland, Caspar van Lissa, Sally Zlotowitz, John McAiney, Harvey Whitehouse

CREATED ON September 21, 2016
LAST EDITED July 02, 2018
SUPPLEMENTAL MATERIALS [onlinelibrary.com](#)

Ulrike Enkner, Chirurgie

A lexicon for endoscopic adverse events: report of an ASGE workshop Peter B. Cotton GIE March 2010 Volume 71, Issue 3, Pages 446–454,

Komplikationskonferenz

Elisabethinen Linz 04/2011-12/2018

04/11-12/18	Anzahl	Perforation	davon OP	Mortalität	Perf.rate	Komplikation
Schnittstelle iatrogene Perforation						
CS /Sigm	27006	22	8	0	0,08%	90
GS	28285	12	6	1	0,04%	82
ERCP					0,86%	143
EUS					0,18%	18
gesamt						333
					0,10%	0,53%



Kommunikation - iatrogene Perforation

SOP Arbeitsvorgabe Management einer iatrogenen Perforation in der gastrointestinalen Endoskopie

- Zuständig
- Welche St
- Konsilium
- Dienststübe

Authors

Institutions



SOP Arbeitsvorgabe
Management einer iatrogenen Perforation in der gastrointestinalen Endoskopie

Andro Repici⁵,
Zacharias P. Tsiamoulos⁶,

DEFINITIONEN
Definition von high risk Prozeduren
Oberer GI Trakt: ES, EMR, ESD, Dilatation, Fremdkörperentfernung ERCP, precut, Dilatation, geänderte Anatomie, zusätzliche Risikofaktoren: verlängerte US-Dauer, intramurale Injektion, Dilatierter Choledeochus, SOD)
Mittlerer GI Trakt: geänderte Anatomie, ESD, Dilatation, Doppelballonenteroskopie, Morbus Crohn
Unterer GI Trakt: CS, ausgedehnte EMR, ESD, Dilatationen Co Faktoren: Alter, Comorbidität weiblich, IBD, hot biopsy, Unerfahrenheit des Untersuchers

ZIEL UND ZWECK

Eine iatrogene Perforation im Rahmen einer gastrointestinalen Endoskopie ist eine seltene, aber ernstzunehmende Komplikation. Sie ist definiert durch die Anwesenheit von extraluminalem gas- oder flüssigkeitsansammlungen in Zusammenhang mit einer Endoskopie. Klinische Einschätzung und zeitgerechte Abwicklung der diagnostischen und therapeutischen Schritte sind von hoher Bedeutung. Die vorliegende SOP dient dazu, den Entscheidungsalgorithmus im Falle einer iatrogenen gastrointestinalen Perforation zu erleichtern (best practice).

Der Individualentscheid in der jeweiligen Situation obliegt dem behandelnden Arzt und kann auch vom nachfolgend angeführten Algorithmus abweichen.

DOKUMENTATION
Der Endoskopie-Befund muss folgende Angaben enthalten:
<ul style="list-style-type: none"> • Genaue Lokalisation, Größe und Art der Perforation • Durchgeführter Perforationsverschluss und Einschätzung der Suffizienz • Verwendung von CO2 oder Luftinsufflation • Durchgeführte Dekompressionsmaßnahme • Dokumentation der Komplikation im Befund • Großzügige Fotodokumentation

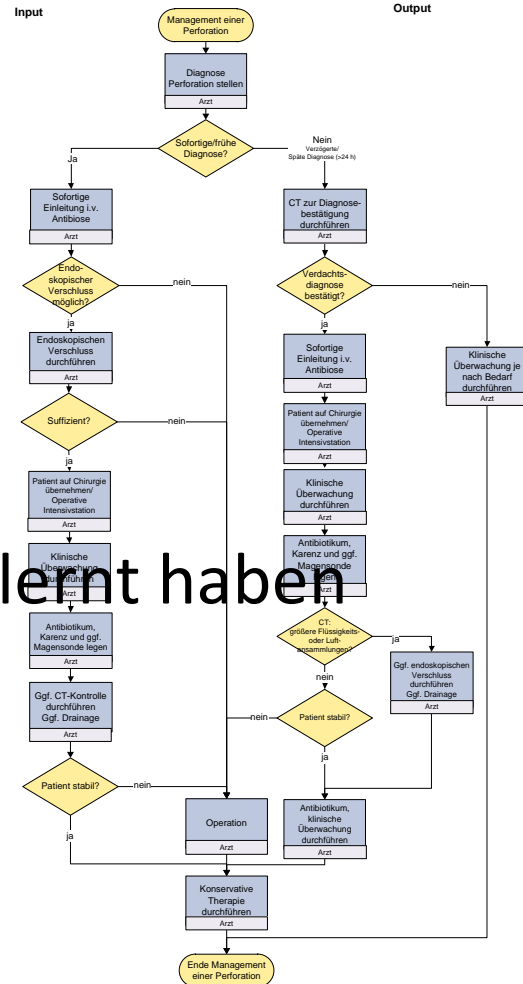
Patientin, 86 Jahre

I.G., Patientin, 86 Jahre



SOP Arbeitsvorgabe
Management einer iatrogenen Perforation in der gastrointestinalen Endoskopie

ZIEL UND ZWECK
 Eine iatrogene Perforation im Rahmen einer gastrointestinalen Endoskopie ist eine seltene, aber ernstzunehmende Komplikation. Sie ist definiert durch die Anwesenheit von extraluminalen gas- oder luftkesselsäurehaltigen in Zusammenhang mit einer Endoskopie. Klinische Erkennung zeitgerechte Abwicklung der diagnostischen und therapeutischen Schritte sind von hoher Bedeutung. Die vorliegende SOP dient dazu, den Entscheidungsalgorithmus im Falle einer iatrogenen gastrointestinalen Perforation zu erleichtern (best practice). Der Individualentscheid in der jeweiligen Situation obliegt dem behandelnden Arzt und kann auch vom nachfolgend angeführten Algorithmus abweichen.



Fehler, aus denen wir gelernt haben

