

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2009/135

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG TE AMSTERDAM

Het College heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 20 april 2009 binnengekomen klacht van:

A
wonende te B,
k l a a g s t e r,

tegen

C,
chirurg,
wonende te D,
werkzaam te B,
v e r w e e r d e r.

1. Het verloop van de procedure.

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het antwoord met de bijlagen;
- de repliek;
- de dupliek;
- de correspondentie betreffende het vooronderzoek.

De klacht is ter openbare terechtzitting van 27 april 2010 behandeld.

Partijen waren aanwezig. Klaagster werd bijgestaan door mr. B.M.E. Drykoningen, advocaat te Utrecht, en verweerder door prof. mr. W.R. Kastelein, eveneens advocaat te Utrecht. Voorts was de broer van klaagster aanwezig.

2. De feiten.

Op grond van de stukken en hetgeen ter terechtzitting heeft plaatsgevonden kan van het volgende worden uitgegaan:

2.1 Verweerder is als chirurg verbonden aan E, locatie B: verder te noemen: het ziekenhuis.

2.2 Op zaterdagavond 28 mei 2005 is klaagster, op verwijzing van de waarnemend huisarts, gezien op de afdeling Spoedeisende Hulp (SEH) van het ziekenhuis wegens sedert een week bestaande pijnklachten in de rechter bovenbuik. Verweerder had dienst. Hij liet een bloedonderzoek verrichten, waarbij een BSE van 34, een licht verhoogde bilirubinewaarde, een verhoogd GGT gehalte en verhoogde ASAT/ALAT waarden werden gezien. De voorts gemaakte echo van de bovenbuik liet enkele kleine galsteentjes zien zonder verwijde galwegen. Klaagster is vervolgens ter observatie opgenomen in het ziekenhuis. Tijdens de opname achtte verweerder de diagnose symptomatisch galsteenlijden het meest waarschijnlijk. De internist werd tevens in consult gevraagd.

2.3 Tijdens de opname was op 1 juni 2005 bij herhaling van het bloedonderzoek opnieuw sprake van een verhoogd GGT gehalte en de ASAT/ALAT waarden. Naar aanleiding daarvan werd de volgende dag opnieuw een echo van de bovenbuik gemaakt, waarvan de conclusie luidde "progressieve galwegstuwung bij cholelithiasis met aberrant verloop van de ductus cysticus tot ver in de leverhilus. Hydropische galblaas en ook dilatatie van de ductus cysticus en ductus choledochus (...)".

2.4 Op 3 juni 2005 heeft verweederders collega F, gastro-enteroloog, een ERCP bij klaagster verricht. In het endoscopieverslag staat als conclusie genoteerd: "moeizame procedure, meerdere malen de ductus pancreaticus gecanulleerd. Geen choledochus stenen, slanke galwegen ook interhepatisch".

2.5 Omdat de klachten aanhielden, heeft verweerder op 7 juni 2005 een laparoscopische cholecystectomie bij klaagster verricht. In het operatieverslag staat het volgende vermeld: "(...) De galblaas is slank en niet hydropisch. Galblaas wordt gevat. De hilus wordt vrijgeprepareerd. De ductus cysticus kan worden vrijgeprepareerd en geclippt. De ductus cysticus wordt doorgenomen. De arteria cystica welke aan het bloeden was wordt ge-coaguleerd. Vervolgens wordt met een diathermische haakje de galblaas uit het leverbed verwijderd. Hierdoor ontstaat een perforatie van de galblaas waarbij gal en enige galsteentjes in de buik terecht komen. De buik wordt gespoeld. De hilus wordt gecontroleerd. De galblaas wordt in toto verwijderd via incisie bij de navel. SLuiten van de fascie bij de navel met Vlcryl en de huid met Monocryl."

2.6 Op 9 juni 2005 is klaagster uit het ziekenhuis ontslagen.

2.7 Daags daarna, op 10 juni 2005, is klaagster wegens toenemende klachten van buikpijn en dehydratie opnieuw opgenomen in het ziekenhuis. Verweerder was die dag op de locatie G werkzaam. Wegens een verdenking op een gallekkage en/of een darmperforatie heeft verweederders collega H, chirurg, diezelfde dag bij klaagster een laparoscopie verricht. Uit het daarvan opgemaakte operatieverslag wordt het volgende overgenomen:

"Eerst wordt er een scopie gedaan waarbij zeer veel gallige vloeistof te voorschijn komt. Gezien het feit dat alle kwadranten van de buik hierbij betrokken zijn en scopisch dit niet geheel is op te lossen wordt besloten tot laparotomie. Mediane bovenbuikslaparotomie tot net onder de navel. Hierbij wordt tenminste 1liter gallig troebel vloeistof uit de buikholte verwijderd.(...) Vervolgens lukt het om de ductus cysticus stomp a vue te

krijgen. Hier blijkt dat twee hemoclips niet de gehele ductus choledochus omsluiten. De ductus cysticus kan goed worden opgepakt zonder hierbij de ductus choledocus te ledere. (...)"

2.8 Op 13 juni 2005 heeft verweerder klaagster bezocht. Verweerder heeft toen met klaagster besproken dat tijdens de ingreep op 10 juni 2005 een gallekkage was opgetreden, en dat dit een complicatie is die kan voorkomen na een laparoscopische cholecystectomie. Ook daarna heeft verweerder klaagster nog een aantal malen bezocht.

2.9 Na een aanvankelijk goed herstel, kreeg klaagster in de loop van de opname opnieuw last van buikpijn. Bij aanvullend echografisch onderzoek op 17 juni 2005 werd, behoudens een spoortje vocht in Douglas, geen tekenen van galwegstuwung gezien. Omdat klaagster koorts hield, werd op 22 juni 2005 een CT-scan van het abdomen verricht, waarbij geen aanwijzingen voor abcesvorming werden gezien.

2.10 Op 23 juni 2005 is klaagster op eigen verzoek uit het ziekenhuis ontslagen. Er werd een poliklinische afspraak voor controle over drie dagen gemaakt. Klaagster heeft daarvan geen gebruik gemaakt.

2.11 Wegens onvrede met het beleid in het ziekenhuis heeft klaagster diezelfde dag met klachten van misselijkheid en braken de afdeling SEH van I bezocht, waar zij vervolgens tot 2 juli 2005 ter observatie opgenomen is geweest.

2.12 Op 5 maart 2008 is klaagster wegens een littekenbreuk geopereerd in J, locatie K. Postoperatief traden geen complicaties op. Op 7 maart 2008 is klaagster ontslagen.

3. De klacht en het standpunt van klaagster.

3.1 De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder tijdens de operatie op 7 juni 2005 onzorgvuldig heeft gehandeld door er niet op toe te zien dat de ductus cysticus (of choledochus) volledig werd omsloten door de aangebrachte hemoclips, met als gevolg dat na de operatie een gallekkage bij klaagster is ontstaan.

3.2 Als gevolg van verweerdere handelen heeft klaagster lange tijd last gehad van een ontsteking en heeft zij op 10 juni 2005 een tweede operatie moeten ondergaan. Daardoor is een extra risico op littekens en/of een littekenbreuk ontstaan. Dit laatste is op 5 maart 2008 tijdens de bij klaagster verrichte operatie ook gebleken.

4. Het standpunt van verweerder.

Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

5. De overwegingen van het college.

5.1 Het college stelt het volgende voorop. Anders dan klaagster meent is in het onderhavige geval sprake is geweest van een lekkage uit de ductus cysticusstomp en niet uit de ductus choledochus.

5.2 Ter beoordeling staat de vraag of de bij klaagster na de operatie opgetreden complicatie (lekkage uit de ductus cysticusstomp) het gevolg is van het onzorgvuldig clippen van de ductus cysticus. Voor de beantwoording van deze vraag wordt het operatieverslag als uitgangspunt genomen. Het college heeft geen aanwijzingen dat de daarin vermelde

gegevens geen juiste weergave vormen van de wijze waarop de operatie is verlopen. Uit het operatieverslag kan niet worden afgeleid dat verweerder tijdens de door hem verrichte laparoscopische cholecystectomie in medisch-technisch opzicht onjuist heeft gehandeld. Gebleken is dat verweerder tijdens respectievelijk aan het einde van de operatie, de ductus cysticus respectievelijk de hilus heeft gecontroleerd. Dat deze operatie niet lege artis zou zijn verricht, is dan ook niet aannemelijk geworden. Daaruit kan dus evenmin de conclusie worden getrokken dat verweerder tijdens het plaatsen van de clips op de ductus cysticus onzorgvuldig heeft gehandeld, waardoor na de operatie bij klaagster een gallekkage is opgetreden. Verweerder heeft als één van mogelijke oorzaken aangevoerd dat bij klaagster postoperatief sprake kan zijn geweest van een secundaire dislocatie van de clips ten gevolge van een (passagere) verhoogde druk in de galwegen door pre- of peroperatief uit de galblaas gedisloceerde steen. Of daarvan bij klaagster sprake is geweest, kan echter niet met zekerheid worden vastgesteld. Ook het college kan achteraf niet beoordelen hoe de gallekkage na de operatie heeft kunnen ontstaan. Het college is van oordeel dat bij klaagster sprake is geweest van een niet verwijtbare complicatie die kan voorkomen bij een operatie als deze. Het college wijst in dat verband ook naar de inhoud van het door verweerder bij de stukken gevoegde artikel uit het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Tot slot is het college van oordeel dat verweerder niet kan worden aangerekend dat bij klaagster – hoe veeleend ook – drie jaar later na de tweede operatie, een littekenbreuk is ontstaan.

Hoewel verweerder hierbij niet betrokken is geweest ziet het college geheel los van het hiervoor overwogene nog aanleiding het volgende op te merken. Het heeft het college verbaasd dat op 10 juni 2005 bij klaagster wegens een verdenking op een gallekkage en/of darmperforatie is besloten eerst een laparoscopie bij klaagster te verrichten. Te meer nu het ingevolge de desbetreffende richtlijnen gebruikelijk is om eerst een drainage en vervolgens een ECRP te verrichten.

5.3 De conclusie van het voorgaande is dat de klacht (in al haar onderdelen) ongegrond is.

Verweerder kan met betrekking tot de klacht geen verwijt als bedoeld in artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg worden gemaakt.

6. De beslissing.

Het Regionaal Tuchtcollege wijst de klacht af.

Aldus gewezen op 27 april 2010 door:

mr. R.A. Dozy, voorzitter,

J. Edwards van Muijen, D.E. de Jong en jhr.dr. W.F. van Tets, leden-arts,

mr. Q.R.M. Falger, lid-jurist,

mr. P. Tanja, als secretaris,

in het openbaar uitgesproken ter terechtzitting van 22 juni 2010 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

w.g. R.A. Dozy, voorzitter

w.g. P. Tanja, secretaris