

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2010/165T

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG TE AMSTERDAM

Het college heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 8 juni 2010 binnengekomen klacht van:

A,
wonende te B,
k l a a g s t e r,
gemachtigde mr. T. Spronk, advocaat te Aalsmeer,

tegen

C,
tandarts,
wonende te D,
thans werkzaam te D,
v e r w e e r d e r,
gemachtigde mr. A.H.M. de Jonge, als advocaat verbonden aan SRK Rechtsbijstand te Zoetermeer.

1. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- het faxbericht brief van mr. T. Spronk, d.d. 1 september 2010;
- de brief van mr. A.H.M. de Jonge met bijlagen, d.d. 27 september 2010;
- de repliek met de bijlagen;
- de dupliek met de bijlagen;
- de brief van mr. A.H.M. de Jonge met bijlage, d.d. 22 maart 2011;
- de brief met bijlagen van E, kaakchirurg, d.d. 17 mei 2011;
- de brief met bijlagen van mr. A.H.M. de Jonge met bijlagen, d.d. 29 augustus 2011.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de hun geboden mogelijkheid in het kader van het vooronderzoek mondeling te worden gehoord.

De klacht is ter openbare terechtzitting van 13 september 2011 behandeld.

Partijen en hun gemachtigden waren aanwezig. Klaagster was tevens vergezeld van haar echtgenoot F. Gemachtigden hebben aan de hand van aantekeningen respectie-

velijk pleitnotities, die aan het college en de wederpartij zijn overgelegd, een toelichting gegeven.

Voorts werd G, tandartsassistente en partner van verweerder, als getuige gehoord.

2. De feiten

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

2.1 Verweerder is werkzaam als tandarts-implantoloog. Klager was patiënte in de praktijk van verweerder. Op 27 januari 2010 is besloten tot het plaatsen van een implantaat, ter vervanging van de 36 die verloren was gegaan, welke ingreep op 15 februari 2010 zou plaatsvinden. Hiertoe heeft verweerder aan klager op 27 januari 2010 een behandelingsovereenkomst, een drietal recepten en een deelnota gestuurd.

2.2 Voorts is voorafgaand aan de ingreep, op 26 januari 2010, een panoramische röntgenfoto (OPG) van de kaak van klager vervaardigd. Voor de planning heeft verweerder hierop de lengte van het te plaatsen implantaat regio 36 bepaald. Daarbij heeft hij gebruik gemaakt van een boorsjabloon en rekening gehouden met de correctiefactor van zijn OPG-apparaat. De diepte tot de canalis mandibularis heeft hij geschat tussen de 11 en 13 millimeter.

2.3 Op 15 februari 2010 is klager voorafgaand aan de ingreep door de assistente van verweerder, G, verdoofd door middel van infiltratieanesthesie. Buccaal en linguaal regio 36 werd een depot anesthesievloeistof toegediend. Vervolgens heeft verweerder de ingreep uitgevoerd waarbij geen gebruik is gemaakt van een boormal; op de implantaatboor was een zogeheten boorstop geplaatst.

2.4 Na de ingreep kreeg klager het gevoel niet terug in een deel van de onderkaak, kin en lip. In verband hiermee heeft klager zich de volgende dag, 16 februari 2010, opnieuw tot verweerder gewend. Hij heeft klager uitleg gegeven over de sensibiliteitsstoornis die mogelijk een paar maanden kon duren.

2.5 Klager heeft eveneens op 16 februari 2010 een bezoek gebracht aan E, kaakchirurg te H. Deze heeft diezelfde dag een OPG gemaakt. Uit zijn brief van 17 mei 2011 blijkt dat hij op het bij dit consult vervaardigde OPG een circa 11 millimeter lang implantaat in regio 36 zag, die het plafond van het zenuwkanaal (canalis nervus alveolaris inferior) doorboord had. Hij heeft klager toen geadviseerd om het implantaat onmiddellijk te laten verwijderen, hetgeen zij de volgende dag ook heeft laten doen. Voorts heeft hij geadviseerd om een CT-scan te laten uitvoeren om een weergave van het verloop van de zenuw en het boorgat te verkrijgen ten behoeve van het bepalen van de verdere procedure cq. behandeling. Hij heeft klager een verwijsbrief gegeven, gericht aan I, Afd. Röntgen / CT scan. Zijn vraagstelling luidde: *“weergave van het verloop van het zenuwkanaal in de onderkaak links en boorgat voor de implantaat in regio 36”* (brief van 19 februari 2010). Deze CT scan is, om redenen die voor de beoordeling van de onderhavige zaak niet van belang zijn, niet vervaardigd.

2.6 De volgende dag heeft klager, mede op advies van E, het implantaat door verweerder laten verwijderen. Uit het medisch dossier blijkt dat verweerder klager toen heeft voorgelicht en gewezen op de mogelijkheid van een second opinion in I en voor het maken van een CBCT-scan. Klager heeft aan verweerder geen melding gemaakt van haar bezoek aan E.

Nadien is klaagster nog eenmaal in de praktijk van verweerder terug geweest voor het laten verwijderen van de hechtingen.

2.7 Op 22 februari 2010 heeft klaagster I bezocht. Aldaar is zij onderzocht door J, kaakchirurg i.o.. In overleg met kaakchirurg K is aldaar een nieuwe afspraak gemaakt voor 25 februari 2010.

2.8 Op 26 februari 2010 heeft klaagster L, MKA-chirurg te M, België, geconsulteerd. In overleg met plastisch- en reconstructief chirurg dokter N, stelde hij voor om een BSO osteotomie links uit te voeren met vrijmaken van de nervus alveolaris inferior (MKA), gevolgd door reanastomose van de nervus door dokter N. Deze ingreep heeft op 16 maart 2010 plaatsgevonden en duurde vier uur.

2.9 Uit de brief van 26 februari 2010 van dokter L aan dokter N blijkt dat aldaar een CBCT-scan is vervaardigd. Dokter L schrijft in zijn brief: "De conebeamct alhier toont een boorgaat doorheen het canalis mandibularis links. De kliniek toont volledige anesthesie links op koudetest (-89°C) en elektrische pulpatest. Besluit: iatrogene laesie nervus alveolaris rechts tijdens plaatsing van een tandimplantaat."

2.10 Blijkens het operatieverslag van 16 maart 2010 van dokter L werd een BSO links uitgevoerd, met beitels is de osteotomielijn afgegaan die met de Halboor was voorbereid. Voorts luidt het verslag: "Perfecte split met de stompe beitels. Hunsucksplit. De nervus is goed te zien en is volledig intact tot aan de spyx. ... Ter hoogte van de 36 zien we een crushing laesie en een aantasting van het bovenste gedeelte van de nervus."

Vervolgens citeert dokter L in zijn brief van 28 maart 2010 uit het door hem ontvangen operatieverslag van dokter N onder meer: "De mandibula wordt thv het letsel van de alveolaris inf (plaats van het implantaat) vrijgelegd door L. De zenuw wordt onder de microscoop verder zuivergemaakt. Botfragmenten zitten tot diep in de zenuw en worden verwijderd. De zenuw is ernstig beschadigd over vrijwel de ganse breedte en over +/- 1 cm lengte."

2.11 Op verzoek van verweerder heeft O, tandarts-implantoloog, zijn professionele mening gegeven in een schriftelijk stuk d.d. 7 november 2010. Eveneens op verzoek van verweerder heeft P, verbonden aan de afdeling Orale en Maxillofaciale Radiologie van Q, enige vragen beantwoord in een brief van 30 november 2010.

3. De klacht en het standpunt van klaagster

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder:

1. het zenuwkanaal in de onderkaak links heeft doorboord tijdens het plaatsen van het implantaat;
2. een onjuiste vorm van anesthesie heeft toegepast, althans heeft laten toepassen, voorafgaand aan het plaatsen van het implantaat.

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 zal eerst klachtonderdeel 2 bespreken. Ter zitting heeft de tandarts-assistente G, verklaard dat zij de MBO-opleiding tandartsassistente in 1990 met een diploma heeft afgerond en dat zij in 2003 deelgenomen heeft aan een (doorlopende) dentale scholing, waarbij de cursus "A 10" (anesthesie) is gevolgd, waarvoor een certificaat is afgegeven. Zij heeft voorts verklaard dat zij in de praktijk meerdere malen per dag, en ook al jarenlang, tandheelkundige lokale anesthesie toedient; in die zin is zij ook bekwaam om deze verdovingen te geven. Zij kende klaagster wel als patiënt, maar had niet eerder bij haar een verdoving toegediend. Verweerder heeft haar op 15 februari 2010 de opdracht gegeven om bij klaagster infiltratieanesthesie toe te dienen, hetgeen zij gedaan heeft in een aparte kamer tegenover die van verweerder waar hij op dat moment aanwezig was.

Het college is op grond van deze feiten en omstandigheden van oordeel dat de tandartsassistente G, bevoegd en bekwaam was om de infiltratieanesthesie bij klaagster toe te dienen. Voorts is het college van oordeel dat deze vorm van anesthesie juist is voor het plaatsen van een (enkelvoudig) implantaat zoals in deze situatie. Het college heeft geen enkele aanwijzing gevonden dat de anesthesie door de tandartsassistente onjuist zou zijn uitgevoerd. Klachtonderdeel 2 faalt daarom.

5.2 In het kader van klachtonderdeel 1 overweegt het college het volgende. De implantologische ingreep die bij klaagster op 15 februari 2010 door verweerder is uitgevoerd, bergt risico's in zich zoals gevoelsstoornissen (van de lip, kin of het tandvlees), die zich bij klaagster kennelijk ook hebben geopenbaard, als gevolg van letsel van de nervus alveolaris inferior. Het college constateert dat de meningen verschillen over de aard, type en ernst van het zenuwletsel dat zou zijn opgetreden bij de behandeling door verweerder. Zo staat onder meer in het operatieverslag van de Belgische dokter L na het splijten van de onderkaak met beitels: "De nervus is goed te zien en is volledig intact tot aan de spyx. ... Ter hoogte van de 36 zien we een crushing laesie en een aantasting van het bovenste gedeelte van de nervus." Vervolgens citeert dokter L in zijn brief van 28 maart 2010 uit het door hem ontvangen operatieverslag van dokter N onder meer: "Botfragmenten zitten tot diep in de zenuw en worden verwijderd. De zenuw is ernstig beschadigd over vrijwel de ganze breedte en over +/- 1 cm lengte". Deze bevindingen lijken niet consistent en ook niet goed passend bij hetgeen P, voornoemd, op de CBCT-scan heeft waargenomen. Hij schrijft immers in zijn brief van 30 november 2010 dat ter hoogte van de implantaatholte, apicaal hiervan, het dak van de canalis over ruim een millimeter in mesio-distale richting ontbreekt of in elk geval niet zichtbaar is. De zijwanden van de canalis zijn wel goed zichtbaar. Het is zijns inziens daarom niet aannemelijk dat de canalis doorboord is, maar het is niet uit te sluiten dat het kanaal geraakt is van de bovenzijde. Voorts merkt hij nog op dat het implantaat op de panoramaopnamen van 15 en 16 februari 2010 dicht in de buurt komt van corticale begrenzing, maar deze niet per se doorboort. Overigens schrijft dokter L in zijn brief van 26 februari 2010 aan dokter N over dezelfde CBCT-scan: "De conebeamct alhier toont een boorgaat doorheen het canalis mandibularis links."

5.3 De klinische bevindingen van verweerder tijdens het de implantologische procedure ondersteunen de bevindingen van P en O: er was geen pijnsensatie en er was geen bloeding. De canalis mandibularis bevat een bundel, bestaande uit bloedvaten en zenuwstrengen, waarbij in het algemeen de bloedvaten zich boven de zenuwstrengen bevinden. Het college merkt op dat als er tijdens de behandeling sprake was geweest van een doorboring, had klaagster die pijnsensatie, ondanks de anesthesie, zeer

waarschijnlijk waargenomen. De daarbij optredende forse bloeding was zeker opgemerkt door verweerder. De daarbij horende bloeding had niet (op de gebruikelijke wijze) weggezogen kunnen worden, zoals klaagster ter zitting als mogelijkheid opperde. Het college kan op grond van de geschetste feiten en omstandigheden afleiden dat verweerder zeer waarschijnlijk het dak van de canalis heeft beschadigd en wel zo dat daardoor letsel van de nervus alveolaris inferior is opgetreden. Het beschreven zenuwletsel en de botsplinters, zoals beschreven in de operatieverslagen van de Belgische behandelaars, kan het college niet verklaren vanuit de behandeling die verweerder heeft uitgevoerd. De bij klaagster uitgevoerde operatie van 16 maart 2010 is ingrijpend (geweest) en bergt ook risico's in zich. Niet valt uit te sluiten dat de botsplinters het gevolg zijn van de in België uitgevoerde sagittale splijtingsosteotomie, welke immers met beitels is uitgevoerd. Helaas zijn er tijdens deze operatie geen foto's gemaakt waardoor een en ander niet objectief meer kan worden vastgesteld. Overigens zou die ingreep in Nederland naar alle waarschijnlijkheid niet zijn uitgevoerd omdat eerst gekozen zou worden voor een expectatief beleid vanwege de mogelijkheid van spontaan herstel.

5.4 Over de aard, type en ernst van het zenuwletsel kan het college zich, mede gezien de verschillende uiteenzettingen, geen oordeel vormen. Het college vindt dit echter minder relevant, maar stelt wel vast dat er bij de implantologische ingreep in ieder geval letsel is opgetreden van de linker nervus alveolaris inferior. Of verweerder hierbij tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld zal het college hierna beoordelen.

5.5 Nadat de infiltratieanesthesie was toegediend, heeft verweerder bij klaagster het implantaatbed geprepareerd, zonder gebruik te maken van een boormal. Het is geen standaard en ook geen protocollair voorschrift, dat bij het plaatsen van een enkel implantaat zoals in deze situatie ter plaatse van een extractiediasteem een boormal moet worden gebruikt. Het college verwijst hiervoor ook naar de opinie van O, vernoemd, op pagina 2 van zijn brief van 7 november 2010. Gesteld noch gebleken is dat de bij klaagster uitgevoerde behandeling dermate uitgebreid of gecompliceerd was, waarbij het gebruik van een boormal aan te bevelen is. Verweerder had, op basis van de voor de behandeling gemaakte röntgenfoto (OPG), de afstand tot het zenuwkanaal geschat en op basis van die inschatting een boorstop op de boor geplaatst. Daarbij heeft hij gebruik gemaakt van een boorsjabloon en rekening gehouden met de correctiefactor van zijn OPG-apparaat. Voorts heeft hij een marge aangehouden van 2 millimeter en nagemeten. Deze handelwijze is in een dergelijke situatie niet ongebruikelijk en dus niet laakbaar. Verweerder heeft gesteld dat hij daarna voorzichtig heeft geboord en tijdens het boren steeds met een sonde heeft gevoeld of er nog sprake weerstand was van een benige bodem – en (dus) nog in het kaakbot boorde. Bij het sonderen met een fijne sonde voelde hij op enig moment dat er één punt op de bodem van het boorgat was, waar hij geen weerstand meer voelde. Hij is toen direct gestopt met boren. Het college heeft geen aanknopingspunten gevonden dat de verklaring van verweerder op deze punten niet juist zou zijn.

Het college stelt vast dat deze werkwijze een gebruikelijke en juiste is en verweerder dus heeft gehandeld als van een redelijk bekwaam beroepsgenoot mag worden verwacht en derhalve niet tuchtrechtelijk verwijtbaar.

5.8 Gezien de hiervoor genoemde feiten en omstandigheden oordeelt het college dat er sprake is geweest van letsel van de linker nervus alveolaris inferior, als gevolg van de uitgevoerde implantologische behandeling door verweerder op 15 februari 2010. Dit kan worden aangemerkt als een complicatie. Aangezien het college heeft vastgesteld

dat verweerder de behandeling bij klaagster zorgvuldig heeft uitgevoerd, is deze complicatie niet tuchtrechtelijk verwijtbaar. Dit betekent dat klachtonderdeel 1 niet slaagt.

5.9 De conclusie van het voorgaande is dat de klacht in beide 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 13 september 2011 door:

mr. R.A. Dozy, voorzitter,

H.C. van Renswoude, F.S. Kroon en H.C. Teune, leden-beroepsgenoten,

mr. R.P. Wijne, lid-jurist,

mr. B.P.W. Busch, secretaris,

en in het openbaar uitgesproken ter terechtzitting van 8 november 2011 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

w.g. R.A. Dozy, voorzitter

w.g. B.P.W. Busch, secretaris