

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2011.349

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2011.349 van:

A., bij leven wonende te B., appellant, klager in eerste aanleg,
tegen

C., chirurg, werkzaam te B., verweerder in beide instanties,
gemachtigde: mr. L. Fedder, advocaat te Utrecht.

1. Verloop van de procedure

A. (hierna klager) heeft op 26 oktober 2010 bij het Regionaal Tuchtcollege te Eindhoven tegen de heer C. (hierna de arts) een klacht ingediend. Bij beslissing van 10 augustus 2011, onder nummer 10157a, heeft dat College de klacht ongegrond verklaard en afgewezen. Klager is van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen. De arts heeft een verweerschrift in hoger beroep ingediend.

De zaak is tijdens de behandeling ter zitting van 17 april 2012 geschorst in afwachting van deskundigenrapportage, op te stellen door twee door het College te benoemen deskundigen. Van die zitting is proces-verbaal opgemaakt. Vervolgens is de zaak in hoger beroep ter terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege op 15 januari 2013 tegelijkertijd maar niet gevoegd behandeld met de zaken C2011.350 en C2012.125. Ter terechtzitting van het College zijn verschenen de arts en zijn gemachtigde, mr. L. Fedder. Blijkens een afschrift uit de Gemeentelijke Basisadministratie Personen van de gemeente B. is klager gedurende de procedure in hoger beroep, te weten op 5 juni 2012, te D. overleden.

De door het Centraal Tuchtcollege benoemde deskundigen, E., chirurg en F., vaatchirurg, hebben de vragen die hun door het Centraal Tuchtcollege en (een van) partijen zijn voorgelegd ieder afzonderlijk schriftelijk beantwoord.

2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd.

“ 2. De feiten

Het gaat in deze zaak om het volgende.

Op 30 juli 2009 werd klager door de dienstdoend algemeen chirurg via de afdeling SEH van het ziekenhuis ter observatie opgenomen wegens een buikprobleem. Er was een klinisch beeld van een acute buik met 39 graden koorts en verhoogde witte bloedlichaampjes na een catheterisatie in een ander ziekenhuis diezelfde dag. Gelet op zijn vasculaire voorgeschiedenis werd in eerste instantie gedacht aan een perforatie of ischemie van de darm. Er werd een CT-angio scan vervaardigd. Daarop werden forse stenoserende verkalkingen ter plaatse van de origo van de truncus coeliacus en arteria mesenterica superior gezien, maar deze vaten waren wel open. Er waren geen tekenen van een perforatie. De toestand van klager verslechterde met ontwikkeling van toenemende peritoneale prikkeling zonder dat er een duidelijke diagnose was. Op 31 juli heeft verweerder met de dienstdoende collega een exploratieve laparotomie uitgevoerd. Daarbij

bleek een deel van het begin van de dikke darm afgestorven, zonder duidelijke oorzaak. Rondom dit afgestorven deel werden uitgebreide ontstekingsverschijnselen aangetroffen ('infiltratie'). Daarop is besloten een hemicolectomie rechts met een nieuwe verbinding tussen de dikke en dunne darm uit te voeren.

Pathologisch onderzoek van het verwijderde stuk darm gaf als uitslag een ischemische necrose van de wand van het begin van de dikke darm en minder ernstige ischemie van het aangrenzende stuk dunne en dikke darm.

Op 11 augustus werd een nieuwe CT-A vervaardigd wegens persisterende ileus. Hierop werden geen abscessen gezien en geen oorzaak voor de darmassageklachten. Omdat klager verder achteruit ging, werd op 12 augustus 2009 een nieuwe operatie uitgevoerd door twee andere collegae. Er werd een naadlekkage gevonden en hersteld door het inhechten van de dunne darm als stoma en de dikke darm als slijmvliesfistel. Op 20 augustus 2009 (klager verbleef toen op de IC) sprong de buikwand open.

Op 4 en 15 september 2009 werden CT's gemaakt ter uitsluiting van een abces.

Op 18 september 2009 werd klager uit het ziekenhuis ontslagen en ging hij naar een revalidatiecentrum. Op 24 september volgde een heropname wegens uitdroging en eetproblemen. Op 25 september 2009 werd een CT-scan gemaakt ter uitsluiting van een abces. Op 29 september 2009 werd met een gastroscopie een ernstige ontsteking van de slokdarm en maag geconstateerd; een controle gastroscopie op 7 oktober liet geen ontstekingen meer zien.

Op 9 oktober werd een CT angio met 100cc contrast abdomen gemaakt; aangetekend werd: "mes sup doorgankelijk; ook de truncus lijkt doorgankelijk; ernstige atherosclerose". In de bespreking met de MDL-artsen en radioloog op 13 oktober 2009 werd de mogelijkheid van een angina abdominalis opnieuw geopperd en werd klager verwezen naar een ander, gespecialiseerd ziekenhuis waar hij, met goed resultaat, is gedotterd.

3. Het standpunt van klager en de klacht

Verweerder heeft de diagnose darmischemie niet (tijdig) gesteld; met een eenvoudige CT-angio had vastgesteld kunnen worden dat de zeer beperkte doorbloeding van de darm van klager veroorzaakt werd door een grote blokkade aan de Mesenterica Superior. Tijdige diagnose en het plaatsen van een stent had twee operaties kunnen voorkomen.

4. Het standpunt van verweerder

Op het standpunt van verweerder zal hierna, voor zoveel nodig, worden ingegaan.

5. De overwegingen van het college

Verweerder is op 30 juli 2009 bij de behandeling van klager betrokken geraakt.

De op 30 juli (mede) onder verantwoordelijkheid van verweerder vervaardigde CT-scan is gemaakt met 100cc contrastvloeistof en is daardoor zodanig dat de kwaliteit van de viscerale slagaderen goed te beoordelen is. De ernstige sclerotische afwijkingen aan de abdominale bloedvaten werden gezien en beschreven. Deze afwijkingen doen niets af aan de indicatie om in dit geval van een klinisch beeld van een acute buik over te gaan tot een laparotomie, zoals verweerder (mede) heeft gedaan. Gelet op de bevindingen bij deze laparotomie, zoals hierboven onder de feiten omschreven, was het besluit om een hemicolectomie rechts uit te voeren op goede gronden genomen. Deze operatie is op juiste wijze uitgevoerd.

Op grond van zijn bevindingen, waaronder de uitslag van de CT-scan, heeft verweerder de juiste beslissingen genomen en deze ook op de juiste wijze uitgevoerd.

In de periode daarna is het onderzoek vooral gericht geweest op de mogelijkheid van abscessen, die niet werden gevonden. Verder is de aandacht gericht geweest op de oplossing van het maag/darmprobleem. Toen dat probleem - naar behoren- was opgelost

en klager op 18 september 2009 werd ontslagen ter revalidatie, kwam klager op 24 september terug met, nog steeds, buikklasten. Er werd -weer- CT-onderzoek gedaan naar een abces; er volgde nog een gastroscopieonderzoek naar een ontsteking en een controlegastroscopie en weer eens een CT-scan ter uitsluiting van een abces op 9 oktober. Eerst daarna, in de bespreking van 13 oktober, kwam iemand op het idee van een angina abdominalis.

Deze gang van zaken laat zien dat vanaf 24 september wel veel (CT) onderzoek is gedaan, maar dat de juiste (waarschijnlijkheids)diagnose traag en moeizaam tot stand is gekomen. Het college acht de gang van zaken echter niet tuchtrechtelijk verwijtbaar. Wellicht had de diagnose angina abdominalis eerder gesteld **kunnen** worden, maar in de gegeven omstandigheden, na de verschillende buikoperaties, kan niet gezegd worden dat een redelijk bekwaam arts de diagnose eerder had **moeten** stellen. Op grond hiervan komt het college tot het oordeel dat verweerder ook in deze fase niet heeft gehandeld in strijd met de zorg die hij ten opzichte van klager behoorde in acht te nemen.

De klacht is daarom ongegrond."

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Klager heeft bestreden dat op 30 juli 2009 een CT-angioscan is vervaardigd (waarover hieronder meer). Voor de beoordeling van het hoger beroep gaat het Centraal Tuchtcollege voor het overige uit van de feiten en omstandigheden zoals weergegeven in de beslissing in eerste aanleg, welke weergave in hoger beroep in zoverre niet, althans onvoldoende, is bestreden.

4. Beoordeling van het hoger beroep

4.1. Klager beoogt met het beroep de klacht in volle omvang aan het Centraal Tuchtcollege voor te leggen. Meer in het bijzonder houdt zijn klacht kort gezegd het volgende in. Bij de scan die op 30 juli 2009 is gemaakt, is geen contrastvloeistof gebruikt. Het was dus geen scan met angio-opname. Te betwijfelen valt of de nadien op 31 juli 2009 uitgevoerde laparotomie op juiste wijze is uitgevoerd. Ten gevolge van een naadlekkage was immers een tweede operatie nodig, en tot aan die operatie heeft klager voortdurend gevomeerd. Voorts getuigt het niet van professioneel medisch gedrag om gedurende de gehele opname van ruim twee maanden een abces als werkhypothese aan te houden, en om een patiënt vervolgens zonder een nadere diagnose te ontslaan.

4.2. De arts heeft gemotiveerd verweer gevoerd en geconcludeerd tot verwerping van het beroep.

4.3. Het Centraal Tuchtcollege heeft aanleiding gezien de volgende vragen aan de deskundigen voor te leggen:

1. *Wat is uw oordeel over de beslissing bij de operatie van 31 juli 2009 om, na resectie van het ischemisch rechtszijdig colon, de continuïteit te herstellen?*

2. *Diende er in het licht van de bevindingen op de CT-scan van 30 juli 2009 en bij de operatie van 31 juli 2009, een (CT-) angiografie van het arteriële mesenteriale stelsel verricht te worden? Zo ja, rond welk moment diende dit onderzoek plaats te vinden?*

3. *Hebt u overigens nog opmerkingen die voor de beoordeling van de casus door het Centraal Tuchtcollege van belang zijn?*

Vraag 1

4.4. Deskundige E. rapporteert dat hij noch in de literatuur noch op basis van zijn ervaring aanwijzingen kan vinden dat de handelwijze bij de operatie van 31 juli 2009 fout is geweest. Volgens hem wordt juist bij een rechtszijdige segmentale ischemie vaker een primaire anastomose uitgevoerd en wordt door ervaren gastrointestinale chirurgen in het algemeen de voorkeur gegeven aan een primaire anastomose boven het aanleggen van een stoma indien er sprake is van een ogenschijnlijk vitale darm bij

een hemodynamisch stabiele patiënt. Deskundige F. is van oordeel dat in het algemeen het herstel van de continuïteit van de darm de voorkeur heeft boven het alternatief van het uitleiden van de darm, hetgeen zeker het geval is indien geen perforatie van de darm is opgetreden ("perforatie wordt niet gezien op de CT van 30-07-2009 en ook niet vermeld in het operatieverslag"). Volgens F. was in deze specifieke situatie sprake van ischemie van een segment van het colon. Gelet op het ontbreken van klachten met betrekking tot chronische intestinale ischemie in samenhang gezien met het acute karakter van het ontstaan van de segmentale ischemie van het rechter colon in aansluiting op de uitgevoerde Percutane Transluminale Coronaire Angioplastiek (hierna PCTA) van de coronair arteriën, is een acuut embolische gebeurtenis vermoedelijk de oorzaak geweest van de darmischemie en niet de chronische darmischemie zoals later verondersteld is door het G.. In aansluiting op een PCTA met manipulatie van catheters in de aorta van een patiënt met vaatlijden kan gemakkelijk artherosclerotisch materiaal van de aortawand gemobiliseerd worden, welk materiaal als microemboliën verslept kan worden naar organen (meestal nieren en soms darm) met als mogelijk gevolg het ontstaan een ischemie van de darm. De oorzaak van deze ischemie berust dan niet op vernauwingen in de slagaderen van de darm maar op een afsluiting door een (acute) embolie. De ischemie is dan vaak segmenteel begrensd en in dat geval is herstel van de continuïteit goed verdedigbaar, aldus F..

Vraag 2

4.5. Naar het oordeel van deskundige E. was er geen enkele reden om na de operatieve ingreep op 31 juli 2009 aanvullend vasculair onderzoek te verrichten. Volgens hem was de CT-scan van 30 juli 2009 van goede kwaliteit en voldoende informatief omtrent de conditie van de mesenteriale vaten, die ernstige verkalkingen weergaven rond de oorsprong van de Truncus Coeliacus, de Arteria Mesenterica Superior en Inferior met zichtbaar contrastvloeistof in het meer mesenteriale vaatstelsel. Deze zichtbare afwijkingen zijn in principe niet van belang voor de beslissing of er wel of niet een anastomose aangelegd kan worden, omdat dit geen goede maat is voor de hemodynamica in het betreffende gebied. Als de genoemde vasculaire afwijkingen werkelijk van invloed zouden zijn geweest op de doorbloeding van het darmstelsel dan is de verwachting dat het postoperatieve beloop veel ernstiger geweest zou zijn dan het in werkelijkheid verlopen is. Dat zich volgend op de ingrepen een beeld van een abdominale angina ontwikkeld heeft, staat hier in principe los van, het betreft een ander ziektebeeld dan de segmentale ischemie van het rechter colon dat aanwezig was ten tijde van de eerste ingreep, aldus E..

Volgens deskundige F. was het niet noodzakelijk een CT-angiografie te verrichten op grond van de bevindingen op 30 juli 2009 en de operatie op 31 juli 2009. De oorzaak van de ischemie van het colon in aansluiting op een PTCA dient allereerst gezocht dient te worden in een embolische versleping van atherosclerotisch debris. Deze oorzaak kan op een CT-angiografie gemakkelijk gemist worden door het feit dat deze embolie vast loopt in zeer kleine vaten. Een CT-angiografie zou wel aangewezen zijn bij een vermoeden van chronische vernauwingen van de darmslagaders die gepaard gaan met klachten, wijzend op Chronisch Splanchnisch Syndroom (CSS). Van dat syndroom was geen sprake vanwege het ontbreken van in het dossier van klager beschreven buikklachten van vóór 30 juli 2009, aldus F..

Vraag 3

4.6. Volgens F. kon vanaf het moment dat de patholoog enkele dagen na de eerste operatie de diagnose 'ischemie deels tot de resectieranden' heeft gesteld van de handelend artsen verwacht worden dat zij de patiënt nauwlettend zouden observeren in verband met het eventueel optreden van naadlekkage. Tussen de laparotomie op

31 juli 2009 en de relaparotomie op 12 augustus 2009 is er, in verband met een persisterende paralytische ileus, nog een CT-scan gemaakt op 11 augustus 2009, die slechts een “spoorje vocht paracolisch rechts” liet zien. Volgens F. blijkt hieruit dat de patiënt zorgvuldig is geobserveerd.

4.7. Voorts heeft de gemachtigde van de arts aan de deskundigen de vraag gesteld of de CT-scan van 30 juli 2009 wel of geen CT-scan met angio-opname is. Zoals reeds weergegeven onder 4.5. is E. van oordeel dat de CT-scan van 30 juli 2009 van goede kwaliteit en voldoende informatief was omtrent de conditie van de mesenteriale vaten, die ernstige verkalkingen weergaven rond de oorsprong van de Truncus Coeliacus, de Arteria Mesenterica Superior en Inferior met zichtbaar contrastvloeistof in het meer mesenteriale vaatstelsel. Het feit dat contrastvloeistof waarneembaar is, duidt er volgens het Centraal Tuchtcollege op dat de op 30 juli 2009 gemaakte CT-scan met angio-opname is.

Deskundige F. heeft geantwoord dat de CT-scan van 30 juli 2009 een scan met angio-opname is. In het verslag is sprake van opnames in de arteriële en portoveneuze fase, hetgeen te verifiëren is op de meegeleverde CTA op CD-rom, met daarop alleen afbeeldingen van het onderste deel van de buik, aldus F..

4.8. Het Centraal Tuchtcollege onderschrijft en neemt over de bevindingen en conclusies van de deskundigen. Op basis hiervan komt het College tot het oordeel dat de beslissing gerechtvaardigd was om op 31 juli 2009, in verband met een segmentale ischemie van de darm, de continuïteit van de darm te herstellen. Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege is die operatie lege artis uitgevoerd. Gelet op de zeer waarschijnlijke oorzaak hiervan, te weten een acute embolie als gevolg van het verplaatsen van embolisch materiaal door de op 30 juli 2009 uitgevoerde PTCA, was het niet noodzakelijk om in het licht van de bevindingen van de op 30 juli 2009 gemaakte CT-scan met angio-opname, en de operatie op 31 juli 2009, een CT-angiografie van het mesenteriale stelsel uit te voeren. Dat zich volgend op de ingrepen ten behoeve van segmentale ischemie een abdominale angina ontwikkeld heeft, mogelijk als gevolg van CSS, is betreurenswaardig, in het bijzonder voor klager, maar dit betreft een ander ziektebeeld, dat in beginsel los staat van de ingreep.

4.9. In aanvulling hierop onderschrijft het Centraal Tuchtcollege het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege dat in de periode na de ingreep van 31 juli 2009 de gang van zaken niet tuchtrechtelijk verwijtbaar is geweest. Dit oordeel en de overwegingen waarop dit is gegrond, neemt het Centraal Tuchtcollege over.

4.10. Evenals het Regionaal Tuchtcollege komt het Centraal Tuchtcollege tot de slotsom dat de klacht niet gegrond is. Dit betekent dat het beroep wordt verworpen.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
verwerpt het beroep.

Deze beslissing is gegeven door: mr. C.H.M. van Altena, voorzitter, prof.mr. J. Lege-
maate en mr. M. Zandbergen, leden-juristen en dr. G.J. Clevers en dr. R.T. Ottow, leden-
beroepsgenoten en mr. drs. E.E. Rippen, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting
van 14 maart 2013. Voorzitter w.g. Secretaris w.g.