

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 12205a

**Uitspraak: 16 mei 2013**

## HET REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDS- ZORG

### TE EINDHOVEN

heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 19 november 2012 binnengekomen klacht van:

A  
wonende te B  
klager  
tegen:

C  
internist  
werkzaam te D  
wonende te E  
verweerder  
gemachtigde mr. A.K. Sjouw te Utrecht

#### **1. Het verloop van de procedure**

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift
- het verweerschrift en een cd-rom
- de brief met bijlage van de gemachtigde van verweerder van 2 april 2013
- de pleitnotities overgelegd door de gemachtigde van klaagster en de gemachtigde van verweerder.

Na ontvangst van het verweerschrift heeft de secretaris de zaak naar een openbare zitting van het college verwezen.

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 zitting van 8 april 2013 behandeld. Klager werd vertegenwoordigd door zijn echtgenote, verweerder werd bijgestaan door zijn gemachtigde.

## 2. De feiten

Het gaat in deze zaak om het volgende:

Op 27 januari 2012 kwam klager op het poliklinisch spreekuur van verweerder met een pijnlijke enkel, buikklachten, koorts, een verhoogde BSE en nierfunctiestoornissen. Er was een voorgeschiedenis met sarcoïdose, steatohepatitis, jicht, heterozygoot dragerschap van de hemochromatose H36D mutatie, diabetes mellitus type 2 en hypertensie. Na anamnese stelde verweerder als differentiaaldiagnose: "infectieus probleem, reactivatie sarcoïdose, RIP/lymfoom". Er werd een echografie van het abdomen afgesproken en een CT thorax. Op 30 januari 2012 vond de echografie plaats. De radioloog berichtte dat het beeld suggestief was voor coecum tumor, met mogelijk een drietal minuscule levermetastasen. Na overleg met verweerder is een CT abdomen aangevraagd. Dit gebeurde door samen met de reeds afgesproken CT thorax ook de buik te laten scannen. De uitslag luidde:

" 1. Geïnfiltreerde zone met mogelijk abcesvorming ter plaatse van het terminale ileum, Crohn? Abces ten gevolge van pathologie anderszins? Cave maligniteit  
2. Geen levermetastasen aantoonbaar".

In overleg met de radioloog - vanwege de discrepantie tussen echo en de CT abdomen - werd, mede gelet op een CRP van 287 mg/l, gekomen tot het oordeel dat een abces/gedekte perforatie de oorzaak van de klachten was.

Verweerder achtte een chirurgische medebeoordeling raadzaam en verwees klager op 3 februari 2012 naar de chirurg. Deze vond een ingreep niet geïndiceerd en verwees klager terug naar verweerder. Deze had opnieuw overleg met de radioloog. Die was van mening dat er forse afwijkingen waren, meest waarschijnlijk buiten het colonkader. Abces dan wel gedekte perforatie kon niet worden uitgesloten. Verweerder maakte een afspraak met klager voor 10 februari 2012. Op die dag werd een CT abdomen met rectaal contrast afgesproken voor 22 februari 2012. Naar aanleiding van deze uitslag werd gedacht dat de wandverdickning van de caecumbodem het gevolg was van een ontstoken sigmoïd, derhalve een abces, zeer waarschijnlijk als gevolg van een gecompliceerde diverticulitis. In overleg met een MDL-arts is afgezien van een coloscopie vanwege de kans op perforatie. Verweerder verwees, opnieuw, naar de chirurg met de vraag naar een indicatie voor een sigmoïdrectomie. Deze heeft klager op 7 maart 2012 gezien, hij heeft nog een CT scan laten maken en heeft klager aangemeld voor een multidisciplinaire bespreking, en besloot dat er geen aanleiding was voor chirurgisch ingrijpen. Op 12 maart 2012 vond de multidisciplinaire bespreking plaats met als conclusie: "locaal geperforeerd proces. Gezien dat dit de eerste episode is en dat op dit moment de ontstekingsparameters laag zijn, chirurgisch expectatief, wel endoscopisch onderzoek".

De chirurg besprak deze uitkomst en verwees klager weer naar verweerder, die op 20 maart 2012 klager terugzag en een coloscopie plande voor 20 april 2012 met als vraagstelling: "verdenking geperforeerd proces sigmoïd, klinisch herstel, chirurgisch expectatief. Op MDO werd besloten tot coloscopie", die werd uitgevoerd door de MDL-arts op 20 april 2012, nadat op 16 april 2012 op verzoek van de chirurg nog een CT-scan was gemaakt. De darm is tot in het coecum bekeken. Behalve een poliepje, dat werd verwijderd, werden geen bijzonderheden aangetroffen. Op 2 mei 2012 heeft verweerder de uitslag met klager besproken. Er werd, gelet op de verbeterende klinische toestand, besloten tot een expectatief beleid. Op 16 mei 2012 werd afgesproken dat bij ontstaan van klachten een tweede coloscopie zou worden verricht. Op 25 juli 2012 had klager nog buikklachten waarop verweerder een tweede coloscopie heeft aangevraagd, dit maal met verzoek ook het terminale ileum te inspecteren. De MDL-arts verrichtte deze coloscopie op 30 juli 2012. De resultaten waren suspect voor een klein

coecumcarcinoom, dat werd bevestigd door PA-onderzoek. Op 8 augustus 2012 heeft verweerder een slecht nieuws gesprek met klager gevoerd en klager verwezen naar de chirurg voor hemicolectomie. De chirurg liet op 17 augustus 2012 een CT-scan maken, die diffuse levermetastasen vertoonde met een verdenking op peritoneale metastasen. Op 21 augustus 2012 is een laparotomie verricht, daarbij bleek er een irresectabele tumor te zijn met metastasen. Daarna hebben diverse gesprekken met klager en zijn familie plaatsgevonden.

### **3. Het standpunt van klager en de klacht**

De klacht houdt, kort weergegeven, in dat verweerder verwijtbaar de juiste diagnose heeft gemist. De gezondheid van klager heeft daardoor ernstig risico gelopen, met als mogelijk gevolg een fatale afloop. Pas in november 2012 heeft verweerder gezegd dat er volgens de echo van februari 2012 al een tumor in de dikke darm zat en drie tumoren in de lever. In het grote overleg is verzuimd de echo mee te nemen en is alleen uitgegaan van de scan. Er is sprake geweest van een tunnelvisie en ook van een machtsstrijd tussen internist en chirurg.

### **4. Het standpunt van verweerder**

Verweerder betreurt de gang van zaken zeer. Hij meent echter dat hem geen tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt. Op het verdere verweer zal het college, voor zover nodig, hierna ingaan.

### **5. De overwegingen van het college**

Vast staat dat verweerder de juiste diagnose heeft gemist, althans dat het geruime tijd heeft geduurd voordat, uiteindelijk, de juiste diagnose werd gesteld. De voorliggende vraag is of verweerder ter zake enig verwijt treft.

De in aanvang van de behandelrelatie op 27 januari 2012 gestelde differentiaaldiagnose komt het college als uitgangspunt voor de verdere behandeling juist voor. Dat geldt ook voor het naar aanleiding daarvan ingezette onderzoeksbeleid. Dit beleid resulteerde in een echo-onderzoek van 30 januari 2012 en vervolgens een CT-scan op 1 februari 2012, die een ander beeld gaf.

Het gaat nu vooral om de vraag of verweerder voldoende aandacht heeft geschonken aan de uitslag van de echografie van 30 januari 2012 door meer waarde te hechten aan de uitslag van de CT scan die twee dagen later werd gemaakt. Het college is van oordeel dat dit het geval is. Voor dit oordeel is van doorslaggevende betekenis dat het beoordelen van beelden vooral en in de eerste plaats tot het deskundigheidsgebied van de radioloog behoort. Mede gelet op de overige onderzoeksresultaten, waaronder het CRP-gehalte van het bloed van klager, mocht verweerder voor het vervolg van de behandeling uitgaan van de waarschijnlijkheidsdiagnose infectie. Daarvan uitgaande zijn de daaropvolgende diagnostische verrichtingen van verweerder niet onjuist te noemen. Toen de bevindingen van de ingeschakelde chirurg uitwezen dat geen duidelijk abces aanwezig was, was het opnieuw benaderen van de radioloog een juiste stap. Hetzelfde geldt voor het verrichten van een coloscopie, te verrichten zodra de klinische situatie was verbeterd.

Alle verdere, onder de vaststaande feiten genoemde, vaak in overleg met anderen verrichte onderzoekshandelingen van verweerder en de daaruit getrokken conclusies kunnen op zich genomen als aanvaardbaar worden beoordeeld. Dat de echografie van 30 januari 2012 niet is ingebracht in het multidisciplinair overleg en ook niet is besproken met klager maakt dit oordeel niet anders, nu de ter zake deskundige radioloog deze echo als niet representatief had geoordeeld.

Het heeft lang geduurd voordat uiteindelijk de juiste diagnose kon worden gesteld. Deze lange tijdsduur kan worden verklaard door de zeer uitzonderlijke presentatie en lokalisatie van de onderhavige tumor en kan daarom verweerder niet tuchtrechtelijk worden verweten.

Dat sprake is geweest van een machtsstrijd tussen verweerder en de chirurg is niet komen vast te staan.

De klacht zal daarom worden afgewezen.

## **6. De beslissing**

Het college:

- wijst de klacht af.

Aldus beslist door mr. H.P.H. van Griensven als voorzitter, mr. E.J.M. Walstock-Krens als lid-jurist, dr. C. van der Heul, A. Pfaff en M. Bonnet als leden-beroepsgenoten, in aanwezigheid van mr. C.W.M. Hillenaar als secretaris en in het openbaar uitgesproken op 16 mei 2013 in aanwezigheid van de secretaris.