

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 12205c

**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:

Verweerder is internist met als aandachtsgebied Maag- Darm- en Leverziekten.

Op 27 januari 2012 kwam klager op het poliklinisch spreekuur van een collega-internist 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 de internist als differentiaaldiagnose: “infectueus, sarcoïdose, RIP/lymfoom”. Er werd een echografie van het abdomen afgesproken en een HR-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 de internist is een CT abdomen aangevraagd. Dit gebeurde door naast de reeds afgesproken CT thorax ook de buik te laten scannen. De uitslag luidde:

“ 1. Geïnfilteerde 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/ge-dekte perforatie de oorzaak van de klachten was.

De internist 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 de internist. 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. De internist 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 (andere) MDL-arts is afgezien van een coloscopie vanwege de kans op perforatie. De internist verwees, opnieuw, naar de polikliniek chirurgie met de vraag naar een indicatie voor een sigmoïdrectomie. Daar heeft de chirurg klager op 7 maart 2012 gezien; hij heeft naar aanleiding van zijn onderzoek besloten nog een CT scan laten maken en heeft klager aangemeld voor een multidisciplinaire bespreking. Hij besloot dat er geen aanleiding was voor chirurgisch ingrijpen. Op 12 maart 2012 vond de multidisciplinaire bespreking plaats met als conclusie: “CT-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 op 14 maart 2012 telefonisch deze uitkomst met klager en verwees klager weer naar de internist, die op 20 maart 2012 klager vervoegd terugzag en een coloscopie plande bij verweerder met als vraagstelling: “verdenking geperforeerd proces sigmoïd, klinisch herstel, chirurgisch expectatief. Op MDO besloten tot coloscopie”, De coloscopie werd uitgevoerd door verweerder op 20 april 2012, die klager toen voor het eerst zag. De darm is tot in het coecum bekeken. Behalve een poliepje, dat werd verwijderd, werden geen bijzonderheden aangetroffen. Uit PA-onderzoek volgde dat het poliepje alleen granulatieweefsel omvatte. Op 2 mei 2012 heeft de internist de uitslag met klager besproken. Gezien de onduidelijkheid omtrent de oorzaak van het infectieuze proces werd besproken of het beoordelen van het terminale ileum noodzakelijk was, maar gelet op de verbeterende klinische toestand, werd 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 de internist een tweede coloscopie heeft aangevraagd, dit maal met verzoek ook het terminale ileum te inspecteren. Verweerder verrichtte deze coloscopie op 30 juli 2012. Daarbij werd in het coecum lokaal hobbelig slijmvlies gezien, suspect voor een klein coecumcarcinoom, dat werd bevestigd door PA-onderzoek.

### **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.

### **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 de juiste diagnose is 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.

Verweerder raakte op 20 april 2012 bij de behandeling betrokken. Naar het oordeel van het college heeft hij gedaan wat in redelijkheid van hem verwacht mocht worden; hij heeft op die dag een coloscopie verricht conform de vraagstelling van de internist, door daarbij het coecum (waarin later de tumor werd ontdekt) te betrekken. Verweerder kan niet euvel worden geduid dat hij zich heeft geconformeerd aan de vraagstelling van de internist en in zijn onderzoek het ileum niet heeft betrokken, ook niet indien, zoals klager stelt, hem dit na het onderzoek door de echtgenote van klager zou zijn verzocht. Overigens mag worden aangenomen dat dit onderzoek niets zou hebben opgeleverd, omdat de tumor later niet in het ileum is gevonden maar in het (wel onderzochte) coecum.

Naar het college heeft begrepen, richt de klacht zich niet op de verrichtingen van verweerder bij de tweede coloscopie op 30 juli 2012, zodat dit geen verdere bespreking behoeft.

Het heeft lang geduurd voordat uiteindelijk de juiste diagnose kon worden gesteld. Deze lange tijdsduur kan worden verklaard door de zeer uitzonderlijke presentatie en localisatie van de onderhavige tumor maar dit kan verweerder, die overigens slechts zijdelings bij de diagnostiek was betrokken, niet tuchtrechtelijk worden verweten. 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. Waltstock-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.