

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2017/266

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG AMSTERDAM

Beslissing naar aanleiding van de op 12 juli 2017 binnengekomen klacht van:

A,
wonende te B,
klager,
gemachtigde: mr. J. Holthuis, advocaat te Deventer,

tegen

C,
maag- darm- leverarts,
werkzaam te D,
verweerder,
gemachtigde: mr. S.J. Berkhoff-Muntinga, verbonden aan VvAA Rechtsbijstand te Utrecht.

1. De procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de correspondentie met betrekking tot het vooronderzoek;
- de op 13 november 2017 binnengekomen brief van de gemachtigde van klager met bijlagen.

De klacht is op 24 november 2017 op een openbare zitting behandeld.

Partijen waren aanwezig. Klager werd bijgestaan door mr. Holthuis voornoemd en verweerder door mr. Berkhoff-Muntinga voornoemd. De gemachtigden hebben een toelichting gegeven aan de hand van pleitnota's die aan het college en de wederpartij zijn overgelegd.

2. De feiten

2.1 Verweerder is als MDL-arts werkzaam in het E (hierna: het ziekenhuis).

2.2 Klager is de vader van de heer F (hierna: patiënt), die op 23 oktober 2014 op 41-jarige leeftijd is overleden aan de gevolgen van lymfklierkanker (non-Hodgkin).

2.3 Patiënt heeft zich op 28 januari 2013 op de Spoedeisende Hulp (SEH) van het ziekenhuis gemeld met een verdenking van een blindedarmontsteking. In opdracht van

de dienstdoende chirurg is bloedonderzoek verricht, zijn een echo en een CT-scan gemaakt. In het verslag van de CT-scan staat genoteerd:

'Sterk verdikte damwand, tot 13 mm enkelvoudige wand gemeten, van laatste ileum over afstand van 10 cm. Lichte infiltratie omheen. Enkele vergrote mesenteriale klieren. Dunne darm en dikke darm geen bijzonderheden. Dit laatste ileum gedeelte zal met coloscopie te benaderen zijn. D.d. wordt als eerste aan infectie gedacht (..), als tweede aan lymfoom eventueel Burkitt lymfoom. Sfenoid minder waarschijnlijk gezien het ontbreken van verkalkingen ter plekke. (..).'

2.4. Patiënt is vervolgens opgenomen en met het oog op verdenking van een infectie in de darmen heeft de chirurg aan verweerder de zorg voor patiënt overgedragen. Tijdens de opname is het klinisch beloop van patiënt geobserveerd. De ontstekingswaarden stegen (CRP 131 -> 178 mg/L) terwijl de witte bloedcellen daalden (leukocyten 12,6 -> 10.1 10⁹/L). Patiënt had minder pijn en kon normaal eten. Verweerder heeft klager op 30 januari 2013 niet zelf onderzocht en heeft hem laten ontslaan uit het ziekenhuis met de – telefonisch aan de arts-assistent gegeven - instructie aan de patiënt te bellen zodra de pijn en/of koorts op zou spelen en met een afspraak voor controle. Tijdens de opname is de longarts in consult gevraagd om na te gaan of sprake zou kunnen zijn van TBC. De longarts schrijft in antwoord, dat er geen aanwijzingen zijn voor TBC, mede op basis van een negatieve Mantoux test van 1 februari 2013.

2.5. Op 15 februari 2013 is een controle-echo gemaakt, waarvan de conclusie luidde: '(..)Rechts in de onderbuik noch focaal wat gedilateerde laatste ileum zichtbaar rondom vetinfiltratie en wandverdikking. (..) beeld van beeld van ileitis terminalis, ontstekingsverschijnselen ligt afgenomen ten opzichte van 28 januari.(..)'. Op 20 februari 2013 is patiënt bij verweerder op consult geweest. In het medisch dossier staat:

'(..)

lab 15/2: CRP afgenomen 180 -> 47

C/ wrsch infectieus ileitis

dd/ (differentiaal diagnose) IBD? Amyloidose? Lymfoom?

B/ coloscopie + inspectie/biopsie term ileum (..).'

2.6. Op 1 maart 2013 is bij klager een coloscopie verricht. Het coecum werd bereikt maar het terminale ileum kon 'ondanks herhaalde pogingen' niet geïntroduceerd worden. De bij toeval ontdekte poliepen in het colon zijn verwijderd. Deze bleken na onderzoek niet kwaadaardig.

2.7. Verweerder heeft klager op 25 maart 2013 tijdens een consult onderzocht en de uitslag van de coloscopie besproken. Klager had wisselend koorts, pijn in het rechterbeen en rechts in de onderbuik, was 10 kilo afgevallen en misselijk en had een diffuus en opgezette buik met veel vochtophoping. Gezien de wandverdikking en de ontstekingsreactie heeft verweerder de diagnose veranderd naar een verdenking van de ziekte van Crohn. Verweerder heeft daarop een MRI- en bloedonderzoek aangevraagd. In het medisch dossier staat verder:

'(..)

DD/ IBD? Psoasabces?

B/ MR enteroclyse

Lab (..).'

2.8. Op 11 april 2013 is een MRI-scan gemaakt van de buikholte van klager. In het verslag van 18 april 2013 staat het volgende:

'(..)

Conclusie: Geen aanwijzingen voor abcessen, nog wel duidelijke ontsteking is activiteit in terminale ileum met focale dilatatie wandverdikking waarschijnlijk op basis van stenose niveau valvula. Nauwe relatie tussen musculus ileo psoas en de ontstoken

darmlis, psoasprikkeling waarschijnlijk. Miltvergroting. (..). Ook is een echo van het scrotum van patiënt gemaakt.

In een consult op 19 april 2013 heeft verweerder met patiënt besproken dat hij op basis van de MRI, het echobeeld van 15 februari, de labuitslagen, het beloop en de leeftijd de ziekte van Crohn het meest waarschijnlijk achtte als oorzaak van de klachten en gevonden afwijkingen. Verweerder heeft vervolgens het medicijn Budesonide 9 mg voorgeschreven, patiënt naar een diëtist verwezen en een controle voor twee weken later met daarbij labonderzoek afgesproken.

2.9. Op de consulten van 3 mei en 27 mei 2013 had patiënt minder pijn en waren de ontstekingswaarden gedaald. Verweerder handhaafde de werkdiagnose ziekte van Crohn en zette het beleid met de medicatie Budesonide voort. Opnieuw werd een vervolgspraak met labonderzoek na 3 weken afgesproken.

2.10. Op 17 juni 2013 heeft klager zich vervroegd bij een collega van verweerder gemeld met een toename van klachten. Na onderzoek is een CT-scan op 21 juni 2013 verricht. De conclusie luidde: 'Persisterend forse wandverdickning terminale ileum e.c.i.. D.d.: (restafwijkingen na exacerbatie) IBD, neoplasie (lymfoom), infectieus (salmonella, Yersinia, atypisch bijvoorbeeld Mycobacterieel'.

2.11. Verweerder heeft patiënt op 26 juni 2013 gesproken. Uit labonderzoek bleek een licht verhoogd CRP van 38 mg/L. Gezien de uitslag van de CT-scan met de aanhoudende wandverdickning, de toename van klachten, en het niet normaliseren van het CRP heeft verweerder besloten tot een ileo-coloscopie, die op 2 juli 2013 is uitgevoerd. De uitslag met daarbij weefselonderzoek kwam op 5 juli 2013. Er was een tumor gevonden in het ileum en dat bleek een diffuus grootcellig non-Hodgkinlymfoom fase IV te zijn. Verweerder heeft de uitslag op 10 juli 2013 met patiënt besproken, waarna verweerder patiënt heeft overgedragen aan een internist van het ziekenhuis.

2.12. Patiënt is intensief behandeld met onder andere chemotherapie en een operatie. De behandeling is overgedragen aan het G, later H, maar uiteindelijk is patiënt op 23 oktober 2014 overleden.

3. De klacht en het standpunt van klager

De klacht houdt - zakelijk weergegeven - in dat verweerder is tekortgeschoten in de zorg jegens patiënt. Volgens klager heeft verweerder

1) de diagnose 'lymfklierkanker' gemist en heeft ondanks dat die diagnose al op 28 januari 2013 in beeld was:

a) na de coloscopie van 1 maart 2013 nagelaten nader te onderzoeken of sprake was van een lymfoom en/of TBC in de ileumlis;

b) ten onrechte de diagnose 'de ziekte van Crohn' gesteld en/of veel te lang aan deze diagnose vastgehouden terwijl de kenmerkende symptomen (diarree en bloed in de ontlasting) ontbraken en er op basis van de consulten van 19 april, 3 en 27 mei en de MRI-scan van 11 april 2013 aanwijzingen waren voor het bestaan van een kwaadaardige vorm van lymfklierkanker, waaronder een verhoogde ontstekingsreactie, een gezwollen buik en enkele vergrote mesenteriale klieren;

c) nagelaten adequaat te reageren op de uitslag van de CT-scan op 21 juni 2013 waarbij lymfoma waren te zien. Verweerder had toen direct een coloscopie moeten laten verrichten dan wel een andere actie moeten ondernemen;

2) voor de duur van een jaar het medicijn budesonide 9 mg aan klager voorgeschreven terwijl het middel is contra-geïndiceerd bij TBC, belangrijke symptomen van lymfomen teniet doet en daarom slechts een maand voorgeschreven had mogen worden. Verweerder heeft nagelaten de aanwezigheid van TBC in het terminale ileum te onderzoeken;

3) klager ten onrechte naar een diëtist verwezen, als gevolg waarvan klager is afgevallen. Dat heeft een nadelige invloed op zijn gezondheid gehad.

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 beoordeling

5.1. Het college heeft oog voor de belangen en gevoelens van betrokkenen, voor wie het ziekteverloop en het overlijden van patiënt heel aangrijpend is geweest. Het college zal in deze tuchtprocedure medisch-inhoudelijk beoordelen *of verweerder vanaf de start van de behandeling patiënt zorgvuldig heeft onderzocht en of zijn gedachtevorming en het door hem gevoerde beleid de juiste zijn geweest. Uitgangspunt is de stand van de wetenschap en de norm van de beroepsgroep van verweerder in 2013. De kennis achteraf dat patiënt niet leed aan de ziekte van Crohn maar aan lymfklierkanker wordt niet meegewogen.*

Klachtonderdeel 1

5.2. Kern van de klacht is dat verweerder de diagnose 'lymfklierkanker' heeft gemist. Partijen zijn daarnaast het op een aantal punten niet eens over wat er tijdens de consulten is besproken. Niet meer valt te achterhalen wat wel of niet is besproken. Het college gaat uit van wat in het medisch dossier staat vermeld.

5.3. Patiënt kwam op 28 januari 2013 met buikpijn naar het ziekenhuis, waarna het beeldvormend materiaal en de bloeduitslag met hoge ontstekingswaarden pasten bij een infectie in de darm. Verweerder heeft vervolgens in samenspraak met de chirurg de zorg overgenomen en heeft ingezet op een gebruikelijke ondersteunende, expectatieve behandeling van de vermeende darminfectie. Naar het oordeel van het college is het juist dat in de uitslag van de eerste echo en CT 'lymfoom' als tweede mogelijke diagnose wordt genoemd, maar gezien de leeftijd van klager, de zeldzaamheid van deze kankersoort in de dunne darm, de gepresenteerde klachten en de verhoogde ontstekingswaarden in het bloed was de diagnose 'infectie' veel waarschijnlijker. Na enkele weken heeft verweerder patiënt poliklinisch gezien en met het minderen van klachten, dalen van ontstekingswaarden in het bloed kon hij de werkdiagnose infectie handhaven. Toch heeft hij een colonoscopie laten verrichten om een andere oorzaak van ontsteking van het terminale ileum uit te sluiten. Dat het terminale ileum tijdens deze colonoscopie niet kon worden geïntroduceerd is niet ongebruikelijk bij ontsteking door bijvoorbeeld infectie of de ziekte van Crohn. Het direct herhalen van een colonoscopie lag daarmee niet voor de hand; ook al omdat een colonoscopie belastend is en niet zonder risico's. Verweerder wordt dan ook gevolgd in zijn keuze om wegens voortduren van klachten en verschijnselen een MRI van de dunne darm te laten uitvoeren.

5.4. In het vervolgetraject houdt patiënt klachten, waaronder buikpijn en fors gewichtsverlies, maar is hij niet acuut ziek. Met name de lange duur van het ziektebeloop, in combinatie met het klachtenbeeld en de bevindingen op de MRI van de darm geven verweerder voldoende argumenten om de diagnose te wijzigen van infectie naar de ziekte van Crohn. De lokale klieren die tot 0,8 cm vergroot waren kunnen hier ook bij passen en wijzen niet specifiek op lymfoom. Het college volgt verweerder dan ook in zijn keuze voor behandeling met Budesonide. Bij de eerste controles na de start van Budesonide verminderen de klachten van patiënt enigszins en dalen de ontstekingswaarden, wat een bevestiging lijkt van de diagnose ziekte van Crohn en de gekozen

behandeling. Steeds zijn frequente afspraken op de polikliniek gemaakt om toe te zien op het klinische beloop. Toen patiënt zich vervolgens eerder meldde met toename van klachten en een aanvullende CT werd gemaakt is vervolgens binnen een redelijke termijn van 10 dagen een colonoscopie uitgevoerd.

5.5 Alles overziend, is het college van oordeel dat verweerder steeds logische vervolgstappen heeft gezet. Hij heeft zijn overwegingen en beleid steeds gevoerd op basis van actief onderzoek, middels poliklinische consulten om de 2-3 weken, een colonoscopie en een MRI scan. De omslag van de werkdiagnose infectieuze enteritis naar de ziekte van Crohn is hierbij voldoende overdacht en onderbouwd. Het feit dat zowel infectie als de ziekte van Crohn veel vaker voorkomen en vergelijkbare klachten en verschijnselen kunnen geven als het zeldzaam voorkomende lymfoom heeft vaker tot gevolg dat deze laatste diagnose enige vertraging kent, wat niet direct wijst op onachtzaamheid. Verweerder heeft naar het oordeel van het college zorgvuldig gehandeld, hoe ernstig en verdrietig de diagnose na enkele maanden ook bleek. Het klachtonderdeel is ongegrond.

Klachtonderdeel 2

5.6. Uit het dossier blijkt dat verweerder direct bij de zorgovername de longarts in consult heeft gevraagd om te testen of bij patiënt sprake was van TBC. De testuitslag was negatief en TBC volgens de longarts onwaarschijnlijk, zodat verweerder Budesonide kon voorschrijven. Uit de stukken blijkt dat verweerder een recept Entrocort (Budesonide) van 90 stuks heeft voorgeschreven en deze dosis behelst een periode van 30 dagen. Dat recept zou drie keer kunnen worden herhaald. Van het voorschrijven voor de periode van één jaar is dan ook geen sprake. Dit klachtonderdeel is ongegrond.

Klachtonderdeel 3

5.7. Het college volgt verweerder in zijn overweging om patiënt naar de diëtist te verwijzen ter verbetering van zijn voedingstoestand en daarmee zijn klinische conditie. Dit klachtonderdeel is ongegrond.

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 college:

- wijst de klacht af.

Aldus beslist door:

mr. E.A. Messer, voorzitter,

drs. J.I. van der Spoel, dr. J.W. van 't Wout, dr. P.J. Wahab, leden-arts,

mr. dr. E. Pans, lid-jurist,

bijgestaan door mr. C.G.J. Pluijgers, secretaris,

en in het openbaar uitgesproken op 14 december 2017 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

w.g. secretaris

w.g. voorzitter