

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 039/2016

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 14 april 2017 naar aanleiding van de op 26 februari 2016 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te B,
bijgestaan door mr. M.M. Veldhuysen, advocaat te Zwolle,

k l a a g s t e r

-tegen-

D, chirurg, werkzaam te B, bijgestaan door V.C.A.A.V. Daniëls, VvAA Rechtsbijstand te Utrecht,

v e r w e e r s t e r

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Dit blijkt uit het volgende:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het aanvullende klaagschrift;
- de nadere aanvulling op het klaagschrift;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de repliek;
- de dupliek.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de mogelijkheid mondeling te worden gehoord in vooronderzoek.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 3 maart 2017, alwaar partijen zijn verschenen bijgestaan door hun raadslieden.

Ter zitting zijn gelijktijdig maar niet gevoegd de klachten behandeld tegen de chirurg C (038/2016) en de verpleegkundig specialist E (040/2016). In de drie zaken wordt gelijktijdig uitspraak gedaan.

2. DE FEITEN

Op grond van de stukken (waaronder het medisch dossier) en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

Klaagster, geboren in 1962, werd op 3 mei 2012 door de huisarts verwezen naar de afdeling chirurgie in verband met donkerbruine afscheiding uit de rechtertepel sinds een week of drie. De huisarts maakte in zijn verwijsbrief verder melding van een grotere zachte zwelling onder de tepel en op negen uur.

Op de mammapoli werden op 10 mei 2012 een mammografie en echografie verricht. De cytologische punctie werd door klaagster als zodanig pijnlijk ervaren dat deze niet goed mogelijk bleek. Het verslag van de radioloog vermeldt onder meer:

“X-mammografie.

Symmetrisch iets rommelig beeld van het klierweefsel beiderzijds met rechts een iets rommeliger beeld dan links, met name op de oblique opname ook iets polycyclisch.

Geen duidelijke voor maligniteit verdachte densiteiten of suspecte micro calcificaties.

Echo rechtermamma.

Echografisch is er het beeld van zeer uitgebreide ductectasieën aan de rechterzijde.

Daarbij vullen enkele van de ductectasieën zich met débris. Daarnaast is er de suggestie van een solide laesie in een verwijde ductus met een doorsnede van 1 cm waarin ook vascularisatie zichtbaar is. Beeld kan in die zin goed passen bij dat van een papilloom. Tevens is er echografisch verder naar lateraal in het laterale bovenkwadrant een gebied zichtbaar, ook echoarm, wat niet verder te duiden is. iets atypisch van aspect. Het zouden nog ductectasieën kunnen betreffen.

(...)

Conclusie.

Uitgebreide ductectasieën rechtermamma. Solide laesie in een van de verwijde ducti, classificatie BIRADS IV. Rechts axillair geen pathologische klieren. Cytologische en histologische biopsie niet toegestaan. Eventueel kan worden overwogen voorafgaand aan eventuele verdere diagnostiek nog eerst een MRI te verrichten.”

In de status is door C bij Lichamelijk onderzoek opgeschreven:

“mamma lateraal en craniaal voller, voelt vaster aan, klierschijf?/zwelling?”

Bij Conclusie/diagnose schreef zij:

“Afwijking re mamma, waarvoor nadere diagnostische ingreep.”

Bij Beleid werd door een verpleegkundig specialist (niet verweerster) genoteerd:

“Na onderzoek met uitslag retour spreekuur, Ductectasieën besproken, tevens wens afwijking net onder tepel verder te diagnosticeren. Plannen voor draadgeleid roll excisie biopt, zie decurus C.”

Het voorstel om in het gebied met de solide laesie, classificatie BIRADS IV, een draadgeleide excisiebiopsie onder algehele narcose op de OK uit te voeren werd met klaagster besproken door de verpleegkundig specialist. De excisie werd zonder complicaties uitgevoerd op 29 mei 2012. Na PA-onderzoek bleek het een papilloom te betreffen, geen maligniteit. Aanvankelijk ging het goed met klaagster na de ingreep. Zij werd (terug)verwezen naar het bevolkingsonderzoek.

In juli 2012 begon het bloedverlies uit de rechters tepel opnieuw. Op 11 juli 2012 werd klaagster gezien door E. Zij noteerde dat het wondgebied pijnlijk bleef en dat er af en toe wat vocht was; verder rechts een soepele mamma, onverdacht, locoregionale klierstations geen afwijkingen. Klaagster werd voor verdere controle verwezen naar het reguliere bevolkingsonderzoek.

Op 14 september 2012 zag C klaagster wegens aanhoudende klachten van tepelvloed. Zij noteerde dat zij inderdaad een donkerbruin drupje zag uit de rechtermamma bij geringe manipulatie maar dat zij geen palpabele afwijkingen voelde. Een echo leverde geen bijzonderheden op. C sprak daarna telefonisch met klaagster een expectatief beleid af en gaf aan dat een conusexcisie kon worden overwogen als over drie tot vier maanden nog steeds sprake zou zijn van tepelvloed. Op 29 december 2012 is klaagster weer gezien door C, klaagster had geen klachten, lichamelijk onderzoek leverde geen bijzonderheden op en klaagster werd ontslagen uit controle.

Hierna is C is vertrokken naar een ander ziekenhuis en opgevolgd door verweerster.

Op 26 februari 2013 werd klaagster weer gezien door een (niet in deze zaak betrokken) chirurg op de polikliniek in verband met toenemende pijn en roodheid van de rechterborst. Met als diagnose mastitis kreeg klaagster Augmentin voorgeschreven. Bij poliklinische controle op 29 maart 2013 door verweerster was de borst tot rust gekomen en had klaagster geen pijn meer. Verweerster legde uit dat een conusexcisie een mogelijke therapie voor de problemen van klaagster zou zijn. Ter controle werd een echo afgesproken. De radioloog noteerde:

“Men ziet wederom forse ductectasieën met hier melkdébris in. Een duidelijk papilloom zien we niet. De breedte van de ducti zijn wel veel minder.”

Dit werd met klaagster besproken door verweerster bij een poliklinisch consult op 3 mei 2013.

Op 5 juli 2013 kwam klaagster weer ter controle bij E. Klaagster had veel last van een gespannen rechterborst met bruinige tepeluitvloed. Verder bij lichamelijk onderzoek geen bijzonderheden, behalve een pijnlijke borst bij aanraking. Klaagster vroeg of een MRI een goed idee was, waarop E liet weten dat een MRI niet nodig was omdat er bij lichamelijk onderzoek en bij aanvullend beeldvormend onderzoek geen verdenking was.

De controle bij E op 22 juli 2013 leverde geen nieuwe gezichtspunten op, wel sprak zij een mammografie en een echo af. Deze leverden geen wijzigingen op ten opzichte van het laatste radiologisch onderzoek. E besprak dit op 30 augustus 2013 met klaagster en sprak een herhaalde controle met een mammografie af over een jaar, waarna bij geen afwijkingen verdere controle via het reguliere bevolkingsonderzoek kon verlopen.

Op 4 oktober 2013 belde klaagster met de oncologieverpleegkundige dat er heldere druppeltjes uit haar tepel kwamen. Op 10 oktober 2013 sprak E een echo af. Het verslag van de echo van 16 oktober 2013 vermeldde onder meer:

“Op twaalf uur is een wat grillig gebied zichtbaar met een doorsnee van ongeveer 2 x 1 cm, dat blijkens elastografie “hard” weefsel berust. De aard IS niet duidelijk, echter verdere analyse is wel aangewezen, in eerste instantie middels cytologische punctie (...).”

De uitslag van het PA-onderzoek na de punctie leverde verdenking op van maligne cellen met kenmerken van adenocarcinoom. Dit werd besproken in het MDO van 24 oktober 2013, waarna verweerster het ongunstige bericht diezelfde dag besprak met klaagster. Er werd nader onderzoek verricht, waaronder een MRI op 28 oktober 2013 en een biopt onder narcose op 6 november 2013. Het PA-onderzoek leverde op een invasief ductaal carcinoom, graad 1. Oestrogeenreceptorbepaling en progesteronbepaling waren positief. Her2neubepaling was negatief. Op 17 december 2013 zijn een ablatio en sentinelprocedure met okseltoilet uitgevoerd door een andere chirurg.

Nadien hebben verweerster en E de kwestie een aantal malen nabesproken met klaagster.

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster meent dat door de late diagnose een volledige borstamputatie en okseltoilet met daarna chemotherapie en bestraling nodig waren en is voorts bang daardoor (eerder) uitzaaiingen te krijgen. Haars inziens is er onvoldoende onderzoek gedaan. Met name is de door de radioloog aangereikte optie om een MRI-scan te laten maken niet aangegrepen, noch is er een punctie (eventueel onder narcose) uitgevoerd. Bij het tweede aanvullend klaagschrift verwijt klaagster verweerster, zakelijk weergegeven, nog:

- a. dat zij geen nader onderzoek heeft uitgevoerd naar aanleiding van de borstontsteking in februari 2013 in combinatie met de aanhoudende bloederige tepelvloed;
- b. dat zij bleef vasthouden aan dezelfde diagnose;
- c. dat zij niet alleen geen MRI maar ook geen punctie heeft laten uitvoeren.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERSTER

Verweerster voert -zakelijk weergegeven- aan dat zij niet heeft gehandeld in strijd met de op haar rustende zorgplicht. Toen verweerster klaagster op 1 maart 2013 voor het eerst zag, was er het beeld van een mastitis, een veelvuldig gezien ziektebeeld bij ductectasieën, de borst was inmiddels tot rust gekomen en klaagster had geen pijn meer. Er was geen noodzaak tot nader (beeldvormend) onderzoek en/of (operatief) ingrijpen. Uit onderzoek is gebleken dat bij vrouwen jonger dan 60 jaar met blanco anamnese en zonder palpabele of zichtbare afwijkingen een afwachtende houding de voorkeur geniet. Daarna volgden echo- en mammografisch onderzoek, dat een voldoende mate van sensisitiviteit en specificiteit heeft. Aangezien er een excisie biopsie had plaatsgevonden, was het de vraag of het advies uit 2012 van de radioloog om een MRI te verrichten nog relevant was. Het papiloom was verwijderd en de ductectasieën vormden een goede verklaring voor de bruine tepelvloed. Uit onderzoek blijkt dat de meerwaarde van een MRI bij het klinisch beeld van tepelvloed niet hard is aangetoond. Verweerster heeft het histopathologisch onderzoek van het papiloom laten reviseren en de casus achteraf besproken in de mammacarcinoomwerkgroep.

5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

5.1

Het college wijst er allereerst op, dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om gaat of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

5.2

In deze zaak is de diagnostiek op 10 mei 2012 op de mammapoli richtinggevend geweest voor de verdere behandeling. C heeft ter zitting uitgelegd dat destijds de chirurg, de verpleegkundig specialist en de radioloog aan het eind van een dag op de mammapoli bij de radioloog bijeen kwamen voor bespreking van de nieuwe patiënten. Het college noemt dit het 'kleine MDO' ter onderscheiding van het grote MDO dat wekelijks bijeenkwam ter bespreking van de maligne gevallen, waar apart verslag van werd opgemaakt. Bij het kleine MDO is de focus komen te liggen op de solide laesie met classificatie BI-ARDS IV en is het atypische echoarme gebied in het laterale bovenkwadrant zonder (kenbare) onderbouwing uit beeld verdwenen. Het college acht dit verwijtbaar in de beslissing tegen de chirurg C.

5.3

Het feit dat op 10 mei 2012 het beleid uitsluitend werd gefocust op de verwijdering van het papilloom en dat niet met klaagster is gesproken over het tweede gebied op de echo is verweerster echter niet te verwijten, reeds omdat zij in een veel later stadium bij de zorg voor klaagster is betrokken. Toen verweerster klaagster op 29 maart 2013 voor het eerst zag, was de excisie uitgevoerd zonder dat maligniteit was aangetroffen. De (helaas) teruggekeerde tepelvloed – ook al was deze bruin van kleur – liet zich goed verklaren door de ductectasieën en aannemelijk was zelfs dat de tepelvloed zou aanhouden zolang geen conusexcisie was uitgevoerd. Kort daarvoor had klaagster een mastitis doorgemaakt die met goed resultaat met antibiotica was behandeld. Verweerster heeft nogmaals uitgelegd dat een conusexcisie de tepelvloed zou kunnen verhelpen en heeft echografisch onderzoek laten uitvoeren. Lichamelijk onderzoek leverde geen bijzonderheden op en het echografisch onderzoek evenmin. Tegen die achtergrond kon en mocht verweerster klaagster geruststellen. Het beleid van verweerster paste binnen de Richtlijn mammacarcinoom en het achterwege laten van een MRI vindt, in de situatie van bloederige tepelvloed zonder afwijkende bevindingen, steun in de literatuur.

5.4

Op hetgeen hiervoor is overwogen stuit de klacht in alle onderdelen af. Deze dient dus te worden afgewezen.

6. DE BESLISSING

Het college wijst de klacht af.

Aldus gedaan door mr. A.L. Smit, voorzitter, en dr. P.C.M. Verbeek en

dr. G.J.M. Akkersdijk, leden-arts, in tegenwoordigheid van mr. W.J. Sijnstra-Meijer, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 14 april 2017 door mr. A.L. Smit, voorzitter, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris.

voorzitter

secretaris

Tegen deze beslissing kan binnen zes weken na de dag van verzending van het afschrift ervan schriftelijk hoger beroep worden ingesteld bij het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg door:

- a. de klager en/of klaagster, voor zover de klacht is afgewezen, of voor zover hij/zij niet-ontvankelijk is verklaard;
- b. degene over wie is geklaagd;
- c. de hoofdinspecteur of de regionale inspecteur van de volksgezondheid, wie de aanleggenheid uit hoofde van de hun toevertrouwde belangen aangaat.

Het tot het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg gerichte beroepschrift wordt ingezonden bij de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.