

**REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG**

Beslissing in de zaak onder nummer van: G2018/144

**Rep.nr. G2018/144**

17 januari 2019

Def. 008

**REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG  
TE GRONINGEN**

Beslissing op de klacht van:

**a,**  
klaagster,  
wonende te B,

tegen

**C ,**  
werkzaam als cardiothoracaal chirurg te D,  
verweerder,  
BIG-reg.nr.,  
advocaat: mr. drs. M. Kremer.  
1. Verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van de volgende stukken:

- het klaagschrift met bijlagen van 14 augustus 2018, ingekomen op 15 augustus 2018;
- een aanvullend stuk van klaagster, ingekomen op 7 september 2018;
- het verweerschrift met bijlagen van 16 oktober 2018, ingekomen op 16 oktober 2018;
- het medisch dossier;
- de repliek met bijlagen van 6 november 2018, ingekomen op 8 november 2018;

- de dupliek van 22 november 2018, ingekomen op 23 november 2018.

In het kader van het vooronderzoek zijn partijen in de gelegenheid gesteld te worden gehoord. Partijen hebben hiervan geen gebruik gemaakt.

De klacht is behandeld ter openbare zitting van 4 december 2018. Partijen zijn verschenen. Verweerder werd bijgestaan door zijn gemachtigde. De partijen hebben hun standpunten aan de hand van pleitnotities toegelicht.

Deze zaak hangt nauw samen met twee andere klachten van klaagster, die tegelijkertijd met deze zijn ingediend. Die klachten, bekend onder de kenmerken G2018/145 en G2018/146, zijn gezamenlijk met de onderhavige klacht op zitting behandeld.

## 2. Vaststaande feiten

Voor de beoordeling van de klacht gaat het college uit van de volgende feiten.

### 2.1

Klaagster is de weduwe van E. (patiënt), geboren XX XX XXXX. Begin 2017 werd in het ziekenhuis te D. (hierna: ziekenhuis) bij patiënt een paraganglioom in de borstkas geconstateerd. Op 9 februari 2017 vond er een echo van de bijnier en punctie van de schildklier plaats voor een erfelijkheidsonderzoek inzake het paraganglioom. Hieruit volgde dat bij patiënt sprake was van een afwijking in het SDHA-gen. Patiënt was op dat moment de eerste persoon in Nederland met deze genafwijking én een thoracaal paraganglioom.

### 2.3

Op 9 maart 2017 vond er een gesprek met de internist-endocrinoloog plaats over de behandeling van het paraganglioom. Deze vertelde dat er weinig wetenschappelijke literatuur bestaat over paragangliomen in de borstkas en besprak beide behandelopties: opereren of een afwachtend beleid. De internist-endocrinoloog zei dat in het algemeen operatieve verwijdering wordt geadviseerd bij een thoracaal paraganglioom.

### 2.4

Op 13 maart 2017 werd patiënt in het 'longpanel' van het ziekenhuis (een multidisciplinair team bestaande uit meerdere experts op het gebied van longkanker (longkankeroncologen), operaties (thoraxchirurgen) en bestraling (radiotherapeut-oncologen) dat wekelijks bijeen komt om patiënten te bespreken) besproken met de vraag of het paraganglioom operabel was. De aanwezige deskundigen ter zake meenden dat dit het geval zou zijn. Op 29 maart 2017 hadden patiënt en klaagster een gesprek met cardiothoracaal chirurg F. over het vervolg. F. adviseerde patiënt eveneens de operatie te ondergaan, waarbij hij zei dat deze alleen zou plaatsvinden als het paraganglioom 'in toto' (in zijn geheel) zou kunnen worden verwijderd, wat hoogstwaarschijnlijk het geval was. Patiënt besloot voor de operatie te kiezen.

### 2.5

Op 5 april 2017 werd patiënt voor de operatie opgenomen en werd hij voor het eerst gezien door verweerder, werkzaam als cardiothoracaal chirurg in het ziekenhuis. Verweerder vertelde patiënt dat hij de operateur zou zijn de volgende dag. Hij zei ook dat hij nog niet eerder een thoracaal paraganglioom operatief had verwijderd. Die avond tekende patiënt een 'informed consent'-formulier. De volgende dag voerde verweerder

de operatie uit, waarbij het paraganglioom werd verwijderd. Op 11 april 2017 werd patiënt ontslagen uit het ziekenhuis. Verweerder is niet meer betrokken geweest bij de behandeling van patiënt. Uit pathologisch onderzoek na afloop bleek dat de snijvlakken in het operatiegebied nog wat microscopische restanten van het paraganglioom bevatten. Dit werd door de internist-endocrinoloog op 20 april 2017 met patiënt besproken. Zij controleerde patiënt op deze dag op bloedarmoede, omdat hij vermoeidheidsklachten had.

## 2.6

Op 10 mei 2017 werd patiënt opgenomen op de spoedopvang, waarna hij werd opgenomen op de afdeling cardiologie van het ziekenhuis. De afbraakproducten van het stresshormoon noradrenaline waren namelijk verhoogd. Na diverse onderzoeken en behandelingen werd patiënt op 17 mei 2017 weer ontslagen uit het ziekenhuis. Op 19 mei 2017 werd patiënt echter wederom opgenomen, nu op de afdeling interne geneeskunde van het ziekenhuis. Patiënt klaagde over extreme moeheid en de vochtophoping bleef toenemen. Op 31 mei 2017 werd er een hartfilmpje gemaakt. Op 1 juni 2017 vond er een familiegesprek plaats met de internist-endocrinoloog en een arts-assistent. Er bleek sprake van rechtsdecompensatie. De volgende dag werd patiënt verplaatst naar de afdeling cardiologie.

## 2.11

Op 13 juni 2017 werd bij patiënt door een collega van verweerder een hartoperatie uitgevoerd. Ook na de operatie raakte patiënt het vastgehouden vocht niet kwijt. Op 16 juni 2017 kreeg patiënt een hartstilstand waarop hij werd gereanimeerd. De volgende ochtend, op XX XX XXXX, kwam patiënt te overlijden. Klaagster heeft geen toestemming voor obductie gegeven.

## 2.12

Tweemaal is er vanuit het ziekenhuis ten onrechte – en zonder voorafgaand overleg – een oproep naar patiënt verstuurd. De eerste keer ontving patiënt een oproep voor een operatie voordat patiënt had vernomen dat het longpanel had geconcludeerd dat het paraganglioom operabel was, en dus ook voordat er met hem was gesproken over een operatie en hij daarmee instemde. De tweede keer kreeg patiënt ten onrechte vanuit het longpanel een oproep voor bestraling toegestuurd.

## 3. De klacht

De klacht luidt – zakelijk weergegeven – als volgt.

### 3.1

Volgens klaagster is de operatie bij patiënt niet goed verlopen. Achteraf is namelijk gebleken dat het paraganglioom op 6 april 2017 niet geheel kon worden verwijderd. Resten ervan hebben onbeschermd open gelegen en konden vrij hun stresshormonen afgeven aan het lichaam van patiënt, aldus klaagster. Klaagster vermoedt dat patiënt aan de gevolgen hiervan is komen te overlijden.

### 3.2

Klaagster is van mening dat verweerder, als onderdeel van het behandelteam, tucht-rechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld jegens patiënt door bij hem ten onrechte een operatie uit te voeren. Verweerder heeft de operatie ook nog eens verkeerd uitgevoerd,

aangezien hij de operatie heeft doorgezet ondanks dat er resten van het paraganglioom zijn achtergebleven op de snijvlakken. Dit is niet conform de toezegging van zijn collega F. geweest, die juist verzekerde dat de operatieve verwijdering alleen zou worden doorgezet als het paraganglioom in zijn geheel kon worden verwijderd. De nu achtergebleven resten hebben onbeschermd open gelegen en konden vrij hun stresshormonen afgeven aan het lichaam van patiënt, aldus klaagster. Dat het mis is gegaan, is volgens klaagster het gevolg van het feit dat verweerder – net als de andere betrokken artsen – over onvoldoende kennis en ervaring beschikt om adequaat te handelen in deze zeer specialistische casus. Dit is mede het gevolg van het feit dat het ziekenhuis geen expertisecentrum is op dit terrein. Klaagster begrijpt niet waarom patiënt niet is verwezen naar een ziekenhuis dat wel over de benodigde expertise beschikt, zoals het G, H of het F. Ook deze gang van zaken acht zij verwijtbaar.

#### 4. Het verweer

##### 4.1 *Inleiding*

Verweerder is pas vlak voor de operatie betrokken geraakt bij deze casus. Daaraan voorafgaand is – voor zover hier belang – volgens verweerder het volgende gebeurd. Nadat bij patiënt begin 2017 een thoracaal paraganglioom werd vastgesteld, werd hij op

13 maart 2017 besproken in het longpanel met de vraagstelling of het paraganglioom operabel was. De ter zake deskundigen meenden dat het paraganglioom in zijn geheel te verwijderen zou moeten zijn. Aandachtspunt daarbij was de kritische ligging van het paraganglioom tussen twee grote bloedvaten. Daarom werd geconcludeerd dat van verwijdering zou moeten worden afgezien als er sprake zou zijn van ingroei van het paraganglioom in deze bloedvaten.

Op 29 maart 2017 hebben patiënt en klaagster de voortgang besproken met cardiotoracaal chirurg F. Op 31 maart 2017 werd ook de uitslag van het erfelijkheidsonderzoek besproken met patiënt en klaagster door de internist-endocrinoloog en vertelde patiënt dat hij had besloten de operatie te ondergaan.

##### 4.2 *Ten aanzien van de uitgevoerde operatie*

Op 5 april 2017 heeft patiënt ook een ‘informed consent’-formulier getekend, nadat hij met verweerder had gesproken. Het is juist dat F. met patiënt heeft besproken dat het paraganglioom ‘in toto’ verwijderd zou kunnen worden en dat – wanneer dat anders zou blijken te zijn – de operatie niet zou worden uitgevoerd. Verweerder bestrijdt dat hij anders heeft gehandeld. De operatie op 6 april 2017 is als zodanig goed verlopen. Het paraganglioom werd macroscopisch gezien geheel verwijderd. Er was geen sprake van ingroei van het paraganglioom en de bekende complicaties (infecties, klaplong en hartritme stoornissen onmiddellijk na de operatie) hebben zich niet voorgedaan. Op 11 april 2017 kon patiënt dan ook worden ontslagen uit het ziekenhuis. Helaas is de gezondheidssituatie van patiënt enige tijd later dramatisch achteruitgegaan, resulterend in zijn overlijden.

Klaagster vermoedt dat het overlijden van patiënt is veroorzaakt doordat de resten van het paraganglioom tot de productie van stresshormonen zouden hebben geleid. Deze aanname is onjuist. In de snijvlakken zijn inderdaad resten van het paraganglioom achtergebleven, maar dat is niet per se bezwaarlijk en noopte in deze casus niet tot verder ingrijpen. Het doel van de operatie, de verwijdering van het paraganglioom, was bereikt. De later ontstane, iets verhoogde productie van noradrenaline past bij het algehele toen aanwezige ziektebeeld van patiënt. Deze verhoogde productie was overigens ook te gering om tot het overlijden van patiënt te kunnen leiden. Wat wel de oorzaak

van het overlijden van patiënt is geweest, is niet duidelijk. In de laatste dagen van het leven van patiënt is uiteraard nagedacht over en onderzoek gedaan naar de oorsprong van zijn lichamelijke klachten. Verweerder was toen overigens al niet meer betrokken bij de behandeling; zijn betrokkenheid eindigde na afloop van de operatie. Uiteindelijk werd besloten tot het verrichten van een tweede ingreep met de veronderstelling dat er iets aan de hand zou kunnen zijn met het hartzakje van patiënt. De waarschijnlijkheidsdiagnose was 'pericarditis constrictiva' (belemmeren van de pompfunctie van het hart door een hartzakje). Hier bleek tijdens de operatie op 13 juni 2017 geen sprake van te zijn. De klachten van patiënt werden blijkbaar toch door iets anders veroorzaakt. Nu klaagster geen toestemming heeft gegeven voor obductie, kon ook na het overlijden niet worden vastgesteld wat er precies aan de hand is geweest.

#### *4.3 Ten aanzien van het gebrek aan expertise*

Verweerder heeft de indruk dat klaagster meent dat de verwijdering van een paraganglioom een bijzondere chirurgische expertise vergt, dat verweerder daarover niet beschikte en dat patiënt aan de gevolgen van een verkeerd en ten onrechte uitgevoerde operatie is overleden. Deze aannames zijn onjuist. Verweerder is een ervaren thoraxchirurg die veel thorax-oncologische operaties heeft uitgevoerd. Voor het verwijderen van een paraganglioom is geen bijzondere chirurgische kennis vereist.

Het is juist dat verweerder niet eerder een paraganglioom uit de borstkas heeft verwijderd. Dit is geen gebrek aan kennis of kunde maar een gevolg van de zeldzaamheid van een paraganglioom op deze locatie.

Anders dan klaagster meent, is het ziekenhuis wel degelijk een erkend expertisecentrum voor feochromocytomen en paragangliomen, alsook endocriene tumoren, waaronder SDH-mutaties. Het ziekenhuis is op dit terrein een erkend onderdeel van het grotere Europese Endocriene Netwerk (ENDO ERN). Paragangliomen zijn niettemin zeldzame tumoren, zeker als ze in de borstkas voorkomen. Een tweede zeldzaamheid in deze casus betreft de aanwezigheid van de erfelijke aanleg bij patiënt (SDHA-afwijking). Patiënten met paragangliomen en feochromocytomen die stresshormonen produceren, dienen voor een operatie medicatie te krijgen om de effecten van deze hormonen tegen te gaan. Bij patiënt was echter geen sprake van een verhoogde aanmaak van stresshormonen en het paraganglioom was niet-functionerend. Patiënt was op het betreffende moment de eerste bekende patiënt in Nederland met een afwijking in het SDHA-gen én een paraganglioom in de borstkas. Dit betekent dat de situatie van patiënt een zeldzaamheid was voor ieder erkend expertisecentrum in Nederland en dus ook voor dit ziekenhuis.

### 5. Beoordeling van de klacht

#### 5.1

Het college wijst er allereerst op dat het er bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen 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 wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

#### *5.2 Ten aanzien van de uitgevoerde operatie*

Het college is van oordeel dat niet is komen vast te staan dat de op 6 april 2017 uitgevoerde operatie niet had moeten worden uitgevoerd, noch dat deze op een onjuiste wijze zou zijn uitgevoerd.

Bij dit type paraganglioom geldt dat het advies tot operatieve verwijdering ervan in overeenstemming was – en nog steeds is – met de wetenschappelijke literatuur hieromtrent. Patiënt heeft ingestemd met de operatie, nadat hij blijkens het ‘informed consent’-formulier geïnformeerd was over de normale voorzienbare risico’s en complicaties van de ingreep.

Niet gebleken is dat er tijdens de operatie bevindingen zijn gedaan die hadden moeten nopen tot het staken van de operatieve ingreep, in de zin dat het paraganglioom ongemoeid zou worden gelaten. Dat na afloop is gebleken dat er wat microscopisch restmateriaal was achtergebleven op de snijvlakken, maakt dit niet anders en doet ook geen afbreuk aan het feit dat het paraganglioom wel degelijk macroscopisch verwijderd is. Dat patiënt is overleden aan de gevolgen van het achterblijven van het restmateriaal is overigens ook niet gebleken. Een en ander maakt dat het eerste klachtonderdeel ongegrond is.

### *5.3 Ten aanzien van het gebrek aan expertise*

Vast staat dat het ziekenhuis wel degelijk een erkend expertisecentrum is op het terrein van onder andere paragangliomen. Dit neemt niet weg dat thoracale paragangliomen zeer weinig voorkomen en dat patiënt zelfs de eerste patiënt in Nederland was met een dergelijk paraganglioom in combinatie met een SDHA-genmutatie. Niet valt in te zien waarom patiënt naar het G, H of het F had moeten worden verwezen. Ook daar zou hij immers de eerste patiënt zijn geweest met deze combinatie van dit type tumor en erfelijke aanleg.

Voor de volledigheid wordt hier nog opgemerkt dat – zoals onder 5.2 al uiteen is gezet – ook niet is gebleken dat verweerder niet over de vereiste deskundigheid beschikte om de operatie uit te mogen voeren.

Het tweede klachtonderdeel is bij deze stand van zaken ook ongegrond.

### *5.4 Overweging ten overvloede wat betreft enkele miscommunicaties*

Hoewel de ontrecht ontvangen oproepen, zoals verwoord onder 2.12, geen onderdeel van de klacht uitmaken, worden deze wel uitdrukkelijk aangehaald in het klaagschrift. Het college hecht eraan ten aanzien van deze communicatieve fouten nog het volgende opmerken. Het college acht het zeer onzorgvuldig dat patiënt tot tweemaal toe abusievelijk is oproepen voor een ingrijpende ingreep/behandeling waarover nog niet met hem was gesproken, laat staan dat hij daarvoor zijn ‘informed consent’ had gegeven. Verweerder is echter niet betrokken geweest bij deze fouten en treft ter zake dan ook geen blaam.

## 6. Slotsom

Hoezeer het dramatische ziektebeloop van patiënt en zijn overlijden ook valt te betreuren; het voorgaande voert tot de slotsom dat de klacht in zijn geheel als ongegrond behoort te worden afgewezen.

## 7. Beslissing

**Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Groningen:  
verklaart de klacht in zijn geheel ongegrond en wijst deze af.**

Aldus gegeven door:

J.G.W. Lootsma-Oude Nijeweme, voorzitter;  
C.C.B.M. van Kimmenade, lid-jurist;  
W.J.P. van Boven, lid-beroepsgenoot;  
W.P. Haanstra, lid-beroepsgenoot;  
M.J. Nagelsmit, lid-beroepsgenoot,  
bijgestaan door L.C. Commandeur, secretaris,

en in het openbaar uitgesproken op 17 januari 2019 door de voorzitter, in tegenwoordigheid van de secretaris.

De secretaris:  
ter:

De voorzit-

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 aangelegenheid 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 Groningen, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.