

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 194-2019

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 3 maart 2020 naar aanleiding van de op 30 augustus 2019 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te B,

k l a a g s t e r

-tegen-

G, internist, werkzaam te P,
bijgestaan door mr. C. Prak, advocaat te Hilversum,

b e k l a a g d e

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het verloop van de procedure blijkt uit het volgende:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- het proces-verbaal van het op 4 december 2019 gehouden gehoor in het kader van het vooronderzoek;
- het medisch dossier binnengekomen op 5 december 2019;
- de reactie namens beklagde op het proces-verbaal van mondeling vooronderzoek, binnengekomen op 15 januari 2020;
- de reactie van klagster op het proces-verbaal van mondeling vooronderzoek, binnengekomen op 16 januari 2020.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 31 januari 2020, waar zijn verschenen klagster en beklagde. Beklagde werd vergezeld door zijn gemachtigde.

Klaagster heeft in verband met dezelfde onderliggende feiten ook klachten ingediend tegen haar huisarts (zaaknummer 192/2019) en de internist in het E (zaaknummer 193/2019). In die zaken is bij uitspraak van dezelfde datum beslist.

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 1948, is door beklagde, internist in het D gezien op 2 november 2016.

Op 6 september 2016 werd klaagster gezien door internist C na verwijzing door de huisarts.

In de aan de huisarts verzonden specialistenbrief is onder meer vermeld:

“Conclusie 06.09.2016: 68-jarige vrouw met de novo gestuwd been, heden geen trombose aantoonbaar, maar wel massale lymfadenopathie, beiderzijds, bij blanco (?) voorgeschiedenis.

Grote verdenking op maligne lymfoom, gezien presentatie indicatie voor klinische work-up. Verder DD uitgebreid: gynaecologische tumor, rectumtumor, en veel minder waarschijnlijk: infectieus proces (HIV, TBC), sarcoidose.”

In het beleid werd gesproken over een CT-scan van hals, thorax en abdomen. Naar bevind van zaken zou nader gesproken worden over de noodzaak van een biopt. Klaagster werd voor verder onderzoek naar de internist verwezen nadat echografisch onderzoek was verricht.

Op 7 september 2019 noteerde internist C – voor zover thans relevant voor de klacht: *“Gezien enorme stuwung ter plaatse lever geen klierextirpatie gezien de locale risico’s van bloeding, infectie, lekkage Als materiaal adequaat en diagnose goed te stellen dan (pas) starten met prednisolon om eerste zwelling af te nemen en tumorlysis te voorkomen”*

Er is op 8 september 2016 onderzoek gedaan door de patholoog naar de lymfeklier waarvan een naaldbiopt was gedaan. De conclusie van de patholoog luidde, voor zover thans van belang:

“Naaldbiopten inguinale lymfklier rechts kleincellige tumor, morfologisch en immunohistochemisch vooralsnog het meest compatibel met lokalisatie kleincellig carcinoom. Zekerheidshalve volgen er nog enkele aanvullende kleuringen

Aanvulling d.d. 15-09-16:

De cellen zijn TTF-1 en LCA negatief. CD 56 positief. Geen nieuwe gezichtspunten.

Aanvulling d d 15-09-16:

N a v telefonisch overleg morfologisch en immunihistochemisch betreft het een kleincellig carcinoom.”

Op 13 september 2016 is door internist C een gesprek met klaagster, haar echtgenoot en haar zoon geweest. Internist C heeft onder meer opgetekend dat een gemetastaseerd kleincellig carcinoom was gebleken waarbij geen primaire tumor zichtbaar was op de

CT-body. Het rechterbeen werd bedreigd door veneuze compressie. Palliatieve chemotherapie op korte termijn was geïndiceerd. Op 14 september 2016 werd begonnen met chemotherapie. Klaagster meldde op 14 september 2016 aan F dat zij al jaren last van wondroos op haar benen had. Op 16 september 2016 mocht klaagster naar huis. Op 21 september 2016 werd in het dossier opgenomen dat de zwelling van het been afnam na start van chemotherapie.

Klaagster meldde op 27 september 2016 pijn in het rechterbeen, heftige pijn in de knieholte en pijn bij het lopen. Het rechterbeen was slanker in omvang en soepeler dan voor de start van de chemotherapie. De huid was droog en vaag rood en een echo van het been werd aangevraagd. Na uitsluiting van diepveneuze trombose kon klaagster weer naar huis.

Op 4 oktober 2016 heeft internist C naar aanleiding van onderzoek een brief naar de huisarts van klaagster gestuurd. In deze brief werd onder meer verslag gedaan van Radiologie CT-scan van 7 september 2016. Het rechter onder- en bovenbeen waren nog steeds gestuwd en dikker. Het rechter onderbeen was roze, was eerder rood, en strak-stijf. Er werd een tweede mening afgesproken in overleg met klaagster en haar familie.

Aan het D werd gevraagd of het D akkoord was met de gestelde diagnose en de gegeven chemotherapie. Daarnaast werd gevraagd naar het beleid als de eerstelijns behandeling zou falen.

Beklaagde heeft klaagster op 2 november 2016 gezien en zijn bevindingen weergegeven in een brief van 3 november 2016 onder meer inhoudende – voor zover relevant voor de klacht:

“Lichamelijk onderzoek:

Extremiteten: zeer fors gezwollen benen R>L pitting oedeem, nodus rechter knie

Conclusie

68 jarige vrouw met progressie van lymfogeen gemetastaseerd kleincellig carcinoom van onbekend origine. Bij revisie gaat de voorkeur uit naar een neuro-endocriene carcinoom. Geen pathogene mutaties aangetoond

Besproken beleid:

Helaas was er bij mevrouw [achternaam klaagster, RTC] nauwelijks respons op de behandeling met cisplatin-etoposide, waarvan zij 2 kuren kreeg. Na de tweede kuur persisteren klachten van verminderde eetlust en misselijkheid. Er is dyspnoe d'effort bij een recent gediagnosticeerde longembolie

Ik besprak met haar en haar familie dat een tweedelijnsbehandeling met taxanen een optie is, echter op dit moment wordt haar conditie te matig hiervoor geacht. Een alternatief is behandeling in de N10MOP studie: een behandeling met: ModraPac 005 (oraal paclitaxel, gecombineerd met ritonavir, een orale P-gp remmer. Hiermee wordt beoogd de biologische beschikbaarheid van oraal docetaxel te verhogen. De dosering van ModraPAC005 tabletten is 2 maal daags. Door deze metronomische toediening wordt beoogd tumorgroei te remmen. Met deze combinatie worden minder bijwerkingen verwacht dan met intraveneus toegediend paclitaxel. Meest voorkomende bijwerkingen van ModraPac005 zijn hematologische toxiciteit, diarree, perifere neuropathie en nagel-toxiciteit

Er werd een tumorgenetische analyse ingezet die helaas niet opleverde. De hoofdbehandelaar collega [achternaam internist E, RTC] werd telefonisch geïnformeerd.”

Beklaagde had niet de beschikking over de CT-scanbeelden van 20 oktober 2016, maar had wel het bijbehorende radiologieverslag.

Op 18 november 2016 was er telefonisch contact tussen beklagde en klagster waarover in het dossier is genoteerd dat klagster erg ontevreden was over het afgelopen gesprek: de laatste scan was niet aanwezig (om logistieke redenen) en dit heeft verwarring bij klagster en haar familie opgeleverd. Inmiddels was klagster gestart met chemotherapie die zij goed verdroeg.

Beklaagde heeft op 22 november 2016 een brief naar internist C gestuurd, met voor zover thans van belang, de navolgende inhoud:

“Biopten inguinale lymfklier rechts: het beeld past bij een hooggradig neuro-endocriene carcinoom. Hoewel histomorfologisch compatibel met een kleincellige carcinoom zijn de wild type TP53 en RB1 (immunohistochemisch) niet typisch daarvoor. Derhalve moet ook een grootcellig neuro-endocriene carcinoom worden overwogen. Over de primaire origine kan geen uitspraak worden gedaan.

Aanvulling 10-11-2016: GEEN mutaties aangetoond met behulp van het H. De CDX2 is negatief, gezien de positieve TTF1 wordt in eerste instantie aan een longorigine gedacht echter deze immuno is in hooggradige neuro-endocriene carcinomen niet specifiek. Derhalve is een andere origine zeker niet uitgesloten.

Immunologie: Protocol neuro-endocriene tumor

Conclusie

Bij mevrouw blijkt er sprake van een gemetastaseerd neuro endocrien carcinoom. Geen “drugable” mutaties gevonden.

Besproken beleid:

Ik heb met patiënte het vorige consult besproken en mijn excuses aangeboden voor het ontbreken van de laatste scan waardoor de second opinion wellicht als onvolledig is overgekomen.”

Beklaagde werd op 16 maart 2017 door internist C telefonisch op de hoogte gebracht van het feit dat bij opname in een I ziekenhuis een verdenking op een Merkelcelcarcinoom was uitgesproken. Het materiaal werd naar het K verstuurd voor een second opinion. In verband met behandelmogelijkheden werd klagster verwezen naar het K.

Op 7 april 2017 werd door het K een brief gestuurd in kopie naar beklagde, met daarin onder meer navolgende inhoud:

“Wij zagen bovengenoemde patiënte ivm een naar klieren gemetastaseerd merkelcelcarcinoom Bij revisie van PA alhier na eerdere verdenking op basis van MRI in M, bleek merkel cel polyoma virus positief te zijn. Wij bespraken met patiënte dat er nog altijd sprake is van een palliatieve setting, dus zonder opties voor genezing. Recent zijn er wel goede resultaten gepubliceerd van een fase 2 studie met pembrolizumab (immuuntherapie) bij patiënten met gemetastaseerd merkelcelcarcinoom, met een overall respons kan van >50%. Pembrolizumab is echter nog niet voor deze indicatie geregistreerd. Wij proberen het middel nu voor patiënte beschikbaar te krijgen via een Patient Access Program van de industrie.”

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt beklagde - zakelijk weergegeven -:

1. dat hij niet bevoegd was een second opinion uit te voeren;
2. dat het medisch dossier niet compleet is nu niet in het dossier vermeld is dat klaagster een knobbel op haar rechterknie had en haar rechterdijbeen fors gezwollen was;
3. dat ten onrechte enkel de uitslagen van het E zijn betrokken zonder aanvullend onderzoek naar de tumor op de rechterknie door een MRI-onderzoek of biopt;
4. dat een delay is ontstaan in de juiste behandeling en klaagster een onjuiste behandeling heeft ontvangen na een onjuiste diagnose.

4. HET STANDPUNT VAN BEKLAAGDE

Beklaagde voert - zakelijk weergegeven - aan dat hij als internist-klinisch farmacoloog bevoegd is tot het beoordelen van patiënten.

Beklaagde heeft in de verslaglegging van het consult van 2 november 2016 opgenomen bij 'lichamelijk onderzoek' dat sprake was van een nodus op de rechterknie.

Er zijn in het kader van deze second opinion drie vragen aan het D gesteld. Bij een second opinion is de gestelde diagnose van de aanvragende arts uitgangspunt. Beklaagde heeft, aan de hand van de hem bij zijn beoordeling ter beschikking staande verwijsbrief, de verslagen van de CT-scans en beelden van de CT-scans en het pathologieverslag van het biopt van de lymfeklier uit de lies, een eigen beoordeling gegeven. Er was op basis van de aan beklagde beschikbare gestelde informatie geen aanleiding te denken aan een Merkelcelcarcinoom. Dit betreft een buitengewoon zeldzame aandoening die in Nederland ongeveer 120 keer per jaar voorkomt. De locatie van de tumor op de mediale zijde van de rechterknie was daarbij ook niet voor de hand liggend. Het maken van een MRI van de knie had de conclusie van beklagde niet beïnvloed. In 2016 was het D nog geen expertisecentrum voor Merkelcelcarcinomen en er was evenmin een richtlijn voor Merkelcelcarcinomen.

Ondanks dat van een verkeerde diagnose werd uitgegaan heeft klaagster de standaardbehandeling voor een Merkelcelcarcinoom ontvangen en is in die zin van een delay in behandeling geen sprake. De immuuntherapie die klaagster in het K heeft ontvangen was in 2016 nog niet geregistreerd voor behandeling van een Merkelcelcarcinoom. Pembrolizumab is ook in 2019 nog steeds niet geregistreerd voor behandeling van Merkelcelcarcinoom.

Beklaagde is dan ook van mening dat hij gehandeld heeft binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening.

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

Naar aanleiding van het eerste klachtonderdeel oordeelt het college dat beklagde als internist bevoegd is een second opinion uit te voeren. Klaagster heeft niet onderbouwd waarom dat niet het geval zou zijn. Het eerste klachtonderdeel is dan ook ongegrond.

5.3

Het tweede klachtonderdeel mist feitelijke grondslag. In de brief van 3 november 2016 aan de huisarts heeft beklagde immers vermeld:

“Extremiteiten: zeer fors gezwollen benen R>L pitting oedeem, nodus rechter knie”.

Om die reden is ook het tweede klachtonderdeel ongegrond.

5.4

Klaagster verwijt beklagde dat hij ten onrechte enkel de uitslagen van het E heeft betrokken en dat hij geen aanvullend onderzoek naar de tumor op de rechterknie heeft gedaan door een MRI-onderzoek of biopt.

Het college overweegt dat het – mede gelet op de vraagstelling van C – voor de hand lag dat beklagde de aan hem beschikbaar gestelde verslagen van CT-scans, de beelden van de CT-scan van 7 september 2016 en het pathologieverslag van het biopt uit de lymfeklier van de lies, als vertrekpunt voor zijn beoordeling nam. Hij heeft vervolgens het pathologisch materiaal van de lymfeklier en het tumormateriaal laten reviseren. Gelet op de uitkomsten daarvan – in combinatie met het beeld dat beklagde kreeg bij het lichamelijk onderzoek – hoefde beklagde geen andere vormen van onderzoek in te zetten. Het maken van een MRI zou geen toegevoegde waarde hebben gehad. Merkelcelcarcinoom kan, anders dan klaagster kennelijk veronderstelt, niet worden vastgesteld met behulp van een MRI. De diagnose Merkelcelcarcinoom kan alleen worden vastgesteld door histopathologisch onderzoek. Uit het feit dat in het I ziekenhuis na het maken van een MRI de mogelijkheid van Merkelcelcarcinoom is geopperd, kan niet worden afgeleid dat de diagnose is gesteld door de MRI. Waarschijnlijker is dat I artsen meer ervaring hebben met het Merkelcelcarcinoom (omdat deze vorm van kanker daar vaker voorkomt) en om die reden eerder de link hebben gelegd tussen de bult op klaagsters knie en de mogelijkheid van deze diagnose. Dat beklagde deze link niet heeft gelegd kan hem tuchtrechtelijk niet worden verweten. Daarbij is van belang dat Merkelcelcarcinoom in Nederland een zeer zeldzame vorm van kanker is. Bovendien had beklagde een andere, plausibele verklaring voor de bult, namelijk dat het ging om een metastase.

Zoals gezegd kan de diagnose Merkelcelcarcinoom uitsluitend worden gesteld door histopathologisch onderzoek en een test op het Merkelcelpolyomavirus. Omdat, zoals hiervoor is overwogen, beklagde niet kan worden verweten dat hij geen link heeft gelegd tussen de bult op klaagsters knie en de diagnose Merkelcelcarcinoom, kan hem evenmin worden verweten dat hij klaagster niet heeft getest op het Merkelcelpolyomavirus. In dat verband is relevant dat het testen op het Merkelcelpolyomavirus, zonder dat er een verdenking is op Merkelcelcarcinoom, destijds niet gebruikelijk was en ook nu nog steeds niet gangbaar is.

Gelet op het bovenstaande is dit klachtonderdeel ongegrond.

5.5

Ten aanzien van de klachten over de vertraging in de toepassing van de juiste behandeling en over het ontvangen van een onjuiste behandeling overweegt het college het volgende.

Wanneer wordt vastgesteld, zoals in deze zaak, dat beklagde geen verwijt kan worden gemaakt van het feit dat hij niet de juiste diagnose heeft gesteld, kunnen ook de gevolgen daarvan – zoals een vertraging in de toepassing van de juiste behandeling of het ontvangen van een onjuiste behandeling – niet aan beklagde worden toegerekend. Dit zou slechts anders kunnen zijn als de ingezette behandeling niet passend is voor de gestelde (onjuiste) diagnose. Die situatie doet zich hier niet voor. Overigens merkt het college op dat ten tijde van de behandeling bij beklagde de ingezette chemotherapie ook de geëigende therapie was in geval van Merkelcelcarcinoom. De later bij het K toegepaste therapie was op dat moment nog niet beschikbaar. Ook dit klachtonderdeel is daarom ongegrond.

5.6

De conclusie van het voorgaande is dat alle klachtonderdelen ongegrond zijn en dat als volgt dient te worden beslist.

6. DE BESLISSING

Het college verklaart de klacht ongegrond.

Aldus gegeven door P.E.M. Messer-Dinnissen, voorzitter, W.J.B. Cornelissen, lid-jurist, M.D. Klein Leugemors, R.J. Wolters en J.W.B. de Groot, leden-beroepsgenoten, in tegenwoordigheid van J.W. Sijnstra-Meijer, secretaris.

voorzitter

secretaris

Tegen deze beslissing kan in de volgende gevallen schriftelijk beroep worden ingesteld bij het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

- a. Heeft u de klacht ingediend? Dan kunt u in beroep als
 - het college u of uw klacht geheel of gedeeltelijk niet-ontvankelijk heeft verklaard of
 - als de klacht geheel of gedeeltelijk ongegrond is verklaard.

Bij een gedeeltelijke niet-ontvankelijkverklaring of een gedeeltelijke ongegrondverklaring kan uw beroep alleen betrekking hebben op dat deel van de beslissing.

- b. Is de klacht tegen u gericht? Dan kunt u altijd in beroep.

c. Ook de inspecteur van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd kan beroep instellen.

U moet het beroepschrift richten aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, maar opsturen naar de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle. Daar moet het zijn ontvangen binnen zes weken nadat de beslissing aan u is verstuurd.

Als u beroep instelt, moet u € 50,- griffierecht betalen aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. U ontvangt hierover bericht. Als u geheel of gedeeltelijk in het gelijk wordt gesteld, wordt het griffierecht aan u terugbetaald.