

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: Z2021/3258,3259,3260

### REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG TE GRONINGEN

Beslissing d.d. 1 april 2022 naar aanleiding van de op 20 juli 2021 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

**A**, wonende te B,

bijgestaan door C te B,

**k l a a g s t e r**

-tegen-

**D**, chirurg-oncoloog, destijds) werkzaam te E,

**F**, internist-endocrinoloog, (destijds) werkzaam te E,

**G**, chirurg-oncoloog, (destijds) werkzaam te E,

allen bijgestaan door mr. M. Kremer, advocaat te Groningen,

**b e k l a a g d e n**

#### 1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het verloop van de procedure blijkt uit het volgende:

- het klaagschrift met de bijlage;

- het gecombineerde verweerschrift met de bijlage.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de hun geboden mogelijkheid om te worden gehoord in het kader van het vooronderzoek.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 25 februari 2022, waar partijen en hun gemachtigden zijn verschenen.

#### 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.

Nadat klaagster in 2015 zelf een zwelling in haar rechterborst had gevoeld, is zij door de huisarts verwezen naar H te B alwaar klaagster is onderzocht door I, chirurg. De diagnose mammacarcinoom werd gesteld en op verzoek van klaagster werd zij voor verdere behandeling doorverwezen naar J te E.

Vanaf mei 2015 is gestart met chemotherapie en vervolgens heeft in oktober 2015 een borst besparende operatie met verwijdering van de okselklieren plaatsgevonden. Beklaagde D was hoofdbehandelaar. Ook is in april 2015 een afwijking van de linker bijnier geconstateerd. In het verslag van D van 13 april 2015 is hierover opgenomen: *“Algemene conclusie mammadiagnostiek: cT2N1MO mammacarcinoom rechts van 3.8cm, bijnierlesie links 13mm.”*

In de brief aan de huisarts d.d. 10 juni 2015 vat beklagde F de bevindingen aan de bijnier als volgt samen:

*“CT-abdomen dd 22-4-2015: nodulair vergrote bijnier links, 1,2 cm. Blanco HU-waarde 48,60 seconden na contrast een HU van 81 en na 15 minuten HU van 52. Derhalve absolute wash-out van 88%, passend bij lipide arm bijnierademoon (benigne). Hypovasculaire bolvormige laesie in leversegment 4, [...] **BESPREKING:** 39-jarige patiënte verwezen vanuit poli chirurgische oncologie voor nadere analyse van een bijniertumor links. Deze was ontdekt op een elders verrichte PET-CT-scan. De bijniertumor neemt geen FDG op en heeft contrast wash-out kenmerken passend bij een benigne fenotype. De hormonale analyse inclusief urine steroid profilering toont ook geen bijzonderheden. [...] **Protocollair** zal nog een vervolg CT-scan over 1 jaar volgen. Indien deze verder ook niet afwijkend is kan verdere controle alhier worden beëindigd.”*

Na de operatie in oktober 2015 volgt nog bestraling (radiotherapie) en daarna regelmatig controles.

In de brief aan de huisarts d.d. 24 juni 2016 vat beklagde F de bevindingen aan de bijnier als volgt samen:

*“CT-ABDOMEN dd 26-5-2016: toename in grootte van bijnier laesie links 20x15 mm, blanco CT densiteit van 40 HU. **CONCLUSIE:** bijniertumor links met geringe groei op vervolg CT-scan, echter mede op basis van eerdere analyse inclusief hoog contrast wash-out percentage en afwezige FDG-PET opname thans geen verdenking maligniteit. Klinisch biochemisch geen aanwijzingen voor hormonale hypersecretie. **BELEID:** uitslag CT-scan werd op 24-06-2016 telefonisch met patiënte besproken. Gezien haar voorgeschiedenis begrijpelijke ongerustheid bij patiënte, zij werd op dit punt zoveel mogelijk gerustgesteld. Aan haar uitgelegd dat er geen reden is om af te wijken van het gebruikelijk protocol, waarbij over 1 jaar een vervolg CT-scan bijnieren zal worden vervaardigd.”*

In april 2017 heeft klagster in K, te L, een FDG PET-scan laten maken waaruit bleek dat de bijniertumor was gegroeid.

In de brief aan de huisarts d.d. 29 mei 2017 vat beklagde F de bevindingen aan de bijnier als volgt samen:

*“CT-BIJNIEREN DD 12-05-2017: forse groei bijnierlaesie links 54 x 28 mm met een wash-out van 19%, relatief homogeen aankleurend, verdacht voor metastase. FDG-PET d.d. 23-05-2017: Middels FDG-PET geen overtuigende aanwijzingen voor extra-adrenale haarden. Beeld ter plaatse van de mamma rechts is in eerste instantie geduid als postoperatief effect. Intense FDG stapelende vergrote bijnier links: DD maligne*

*(metastase), feochromocytoom minder waarschijnlijk.*

***BESPREKING:** 41-jarige patiënte vervolgd in verband met eerder vastgestelde bijniertumor links. Bij eerdere vervolgonderzoeken geen aanwijzingen voor eventuele maligniteit: uitgangs CT-scan in 2015 toonde een normale contrast wash-out van een FDG-PET negatieve laesie, vervolg CT-scan in 2016 toonde weliswaar een groei van de*

*bijniertumor, maar deze was < 1 cm. Derhalve ook in retrospectie geen indicatie voor eventuele adrenalectomie op dat moment. Verrassend genoeg thans een duidelijke groei van de bijnier laesie, die FDG-PET avid is zonder extra-adrenale uptake. Er zijn klinisch biochemisch geen aanwijzingen voor hormonale hyperfunctie. Na uitgebreid overleg*

*binnen zowel MDO bijnier als MDO mammacarcinoom wordt besloten tot een adrenalectomie links onder verdenking van metastase mammacarcinoom in de bijnier. Bij patiënte heeft dit alles geleid tot grote onrust. Zij vraagt zich met name af of de bijnier niet al in 2015 of 2016 verwijderd had moeten worden. Haar werd*

*uitgelegd dat ook in retrospectie er destijds geen overtuigende aanwijzingen waren voor een eventuele bijniermetastase, en dat een substantieel percentage van de bijnieradenomen bij vervolgonderzoek een geringe groei vertoont. Bovendien is een solitaire bijniermetastase in geval van mammacarcinoom weinig frequent. op 29-05—2017 wordt de gang van zaken nog reeds uitgebreid met patiënte besproken tijdens telefonisch spreekuur. Haar werd aangeboden dat desgewenst nog een gesprek kan plaatsvinden op de PK endocrinologie. CONCLUSIE: groeiende bijnier tumor links, suspect voor metastase mammacarcinoom. Klinisch biochemisch geen aanwijzingen voor hormonale hyperfunctie. BELEID: adrenalectomie links.”*

Op 4 juli 2017 is de tumor met de linker bijnier van klaagster (zonder voorafgaand biopsie) door middel van een minimaal invasieve operatie (laparoscopie) verwijderd door M met beklagde G als assiserend operateur.

Bij histologisch onderzoek bleek het een leiomyosarcoom graad I te betreffen. Nadien zijn bij klaagster reguliere controles verricht.

In april/mei 2020 had klaagster pijn in haar ribben. Op een CT-scan van juni 2020 waren uitzaaiingen te zien: in de longen, de ribben en de rechter bijnier. Bij histologisch onderzoek bleken metastasen van een leiomyosarcoom graad III. Klaagster heeft zich daarop laten doorverwijzen naar N in O alwaar zij chemotherapie heeft gehad.

### 3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt beklagde D:

Klaagster verwijt beklagde G:

Klaagster verwijt beklagde F:

1. dat hij als endocrinoloog/internist in het bijniersteam geen invloed heeft aangewend om nader onderzoek te doen naar de aard van de bijnier tumor. Bovendien heeft hij na de operatie van 4 juli 2017 niet intensief controles verricht naar (de plaats van) de tumor die toen verwijderd is. Ook heeft hij geen onderzoek gedaan naar de mogelijke, hoewel zeldzame, uitzaaiingen die konden optreden door deze kwaadaardige tumor. Hij heeft eraan bijgedragen dat de ernstige situatie niet op tijd vastgesteld kon worden.

### 4. HET STANDPUNT VAN BEKLAAGDEN

Beklaagden voeren – zakelijk weergegeven – aan dat zij hebben gehandeld conform de geldende richtlijnen. Volgens beklagden is de kernvraag of:

Volgens beklagden moet onderscheid worden gemaakt tussen de in 2015 bij klaagster enerzijds gediagnosticeerde mammacarcinoom (borstkanker) en anderzijds de in 2017 bij haar geconstateerde leiomyosarcoom (wekedelen tumor), waarvan toen pas bleek dat die kwaadaardig was. Voorheen bestonden daarvoor geen objectieve aanwijzingen. Beklaagden stellen dat na de operatie in 2017 is gebleken dat het niet ging om een uitzaaiing van borstkanker maar om een uiterst zeldzame, ‘nieuwe’ bijnier tumor, zijnde een wekedelen tumor die laaggradig was. Beklaagden betwisten dat de in 2020 vastgestelde uitzaaiingen het gevolg zijn van ondeugdelijk onderzoek of operatief ingrijpen. In 2017 was sprake van een uiterst zeldzame, onvoorziene ontwikkeling, te weten een plotseling versnelde tumorgroei (dedifferentiatie) van het leiomyosarcoom, aldus beklagden.

## 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

Het college merkt vooraf op dat het – gelet op het verloop van de ziekte van klaagster - oog heeft voor het gevoel dat klaagster en haar echtgenoot in deze zaak hebben gekregen. Klaagster was van meet af aan bezorgd over de bij de onderzoeken naar aanleiding van het mammacarcinoom als “toevalsbevinding” tevens ontdekte – toen nog als goedaardig aangemerkte - tumor in de bijnier en heeft die bezorgdheid steeds aan de behandelaren uitgesproken. De in K gemaakte PET-scan vormde voor haar begrijpelijkerwijs een bevestiging van haar vrees dat de tumor in de bijnier, die in 2016 al was gegroeid, niet onschuldig was. Klaagster kreeg door het verloop steeds het gevoel dat er pas iets gebeurde als zij daarop hamerde. Klaagster heeft bij beklagden gezocht naar erkenning dat haar zorg van het begin af aan terecht was. Die erkenning heeft zij naar haar gevoel te weinig gekregen, omdat beklagden op medische gronden volhielden dat er op het moment dat zij de bijnier beoordeelden, geen aanleiding was voor een andere diagnose noch voor een ander beleid.

### 5.3

Bij het beoordelen van het handelen van beklagden staat in deze tuchtprocedure echter centraal de vraag of beklagden – op het moment van handelen, en dus niet met wetenschap achteraf van het verloop van de ziekte – hebben gehandeld als redelijk bekwame zorgverleners. Het college is op basis van het medisch dossier en de uitleg die beklagden op zitting hebben gegeven, tot de slotsom gekomen dat hun handelen in alle fasen verdedigbaar is geweest. Zo was er in 2015 en in 2016 nog geen objectieve aanleiding te veronderstellen dat de tumor in de bijnier kwaadaardig was of dat redelijkerwijs te verwachten was dat deze zich zou ontwikkelen tot een kwaadaardige tumor.

Het college citeert uit het “AME Position Statement on adrenal incidentaloma” uit het European Journal of Endocrinology (2011) 164 851–87:

*“Etiology includes either benign or malignant lesions. There is consistent evidence that most adrenal incidentalomas are benign adrenal adenomas that account for 80% of all*

*tumors, even if a precise estimate is impossible because adrenal adenomas are rarely excised. [...] Available data on follow-up of patients with adrenal incidentalomas suggest that the large majority of adrenal lesions classified as benign at diagnosis remain stable over time. In patients with adrenal incidentalomas, followed up for an average of 4*

*years, 5–20% showed mass enlargement >1 cm and/or appearance of another mass in the contralateral gland (9, 17, 115, 119, 136). Mass enlargement was generally limited to a 1–2 cm increase in diameter over a period of 1–3 years (9). The presence of endocrine abnormalities at diagnosis is not a reliable predictor of a possible increase in tumor size during follow-up, as previously thought (9, 119), because mass enlargement*

was also described in patients with non-secreting adrenal incidentalomas (13, 16). The threshold for qualifying an increase in size as significant is unknown, but it should be argued that most adrenal masses that exhibit a pattern of slow growth are not malignant. [...] In a recent review, Cawood et al. (15) found only two reports of a malignancy detected during the follow-up of adrenal incidentalomas thought to be benign at diagnosis, a renal carcinoma metastasis (138) and a non-Hodgkin's lymphoma (119). Overall, the risk of an untreated adrenal incidentaloma, qualified as a benign

lesion, subsequently developing malignancy appears to be very low, !1 out of 1000 (9, 15, 115, 136). This figure indirectly points out that the current imaging strategy is adequate to ascertain the dignity of adrenal incidentalomas.

**5. What is the surgical technique for adrenalectomy?** Laparoscopic adrenalectomy is a safe and effective procedure in skilled hands and it has become the surgical technique of choice for benign masses (81, 160). The advantages of laparoscopic adrenalectomy over traditional open adrenalectomy include a more comfortable postoperative course, a shorter hospital stay, rapid return to daily activities, and superior cosmetic results. Controversy remains regarding the safety and effectiveness of laparoscopic adrenalectomy or large lesions and lesions presumed to be malignant. Several laparoscopic techniques have been developed but no studies demonstrate a consistent benefit of one laparoscopic approach (anterior or lateral transperitoneal, posterior retroperitoneal) over another (5). The rate of major complications from laparoscopic adrenalectomy is very low but not zero. The importance of expertise and the existence of a learning curve should be recognized.”

Het college leidt uit het citaat af dat beklagden zich op het standpunt konden stellen dat de ontwikkeling van de tumor in de bijnier van goed- tot kwaadaardig een zeldzame is. Tevens blijkt de laparoscopie in het vakgebied als veilige en acceptabele techniek te worden aanbevolen. Het college volgt tevens beklagden in hun standpunt dat een verband met de borstkanker zeer onwaarschijnlijk was en dat ook de ontwikkeling die de tumor uiteindelijk liet zien, zodanig zeldzaam was dat een redelijk handelend zorgverlener op een dergelijk uitzonderlijk verloop niet bedacht had hoeven zijn en dus daarop het beleid niet op voorhand behoefde af te stemmen, door bijvoorbeeld vaker controles in te bouwen. Het college is tevens van oordeel dat beklagden steeds een in het licht van de stand van de wetenschap juist, althans verdedigbaar vervolg hebben gegeven aan de telkens blijkende ontwikkelingen, zoals de informatie die uit de in K gemaakte scan naar voren kwam en de nazorg na de ingrepen. Ook de keuze voor laparoscopische verwijdering van de tumor is in het licht van de aangehaalde literatuur zonder meer verdedigbaar, nu de voordelen van een “open” ingreep in het licht van diezelfde literatuur niet evident is. Dat het vóór de ingreep doen van een biopt toegevoegde waarde zou hebben gehad, is het college niet gebleken.

#### 5.4

Het voorgaande leidt ertoe dat de klachten in al hun onderdelen ongegrond dienen te worden verklaard.

## 6. DE BESLISSING

Het college verklaart de klachten ongegrond.

Aldus gegeven door P.A.H. Lemaire, voorzitter, M. Mostert, lid-jurist, G.J.M. Akkersdijk en J.F. Hamming en C.M.F. Kruijtzter, leden-beroepsgegoten, in tegenwoordigheid van P. van der Stroom, secretaris

voorzitter  
secretaris

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

1. 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.

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

3. 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.