

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: A2023/6686

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG  
AMSTERDAM

Beslissing in raadkamer van 31 januari 2025 op de klacht van:

A,  
wonende in B,  
klager,

tegen

C,  
chirurg,  
werkzaam in B,  
verweerster, hierna ook: de chirurg,  
gemachtigde: D, werkzaam in B.

### 1. De zaak in het kort

1.1 Klager is sinds 2002 in behandeling vanwege een darmziekte. Oorspronkelijk is de diagnose colitis ulcerosa (ontsteking van de dikke darm) gesteld. Later is men ook gaan denken aan de ziekte van Crohn, die niet alleen de dikke darm, maar het gehele spijsverteringskanaal van mond tot anus kan aantasten. Beide ziekten zijn zogenaamde inflammatoire darmziekten (Inflammatory Bowel Diseases of IBD), die zich vaak kenmerken door een complexe problematiek. Sinds september 2017 werd klager behandeld door een multidisciplinair team (MDO) in het ziekenhuis waar de chirurg werkzaam is. De chirurg maakte ook deel uit van het MDO en heeft klager op 10 december 2018 geopereerd.

1.2 Klager verwijt de chirurg: a) een mogelijke fout tijdens de operatie van 10 december 2018 en b) onzorgvuldig handelen, het verstrekken van foutieve informatie en het voeren van foutieve diagnostiek na maart 2019. De chirurg heeft verweer gevoerd tegen de klacht.

1.3 Het college komt tot het oordeel dat de klacht kennelijk ongegrond is. 'Kennelijk' betekent dat het niet nodig is om nog vragen aan de partijen te stellen en dat duidelijk is dat de klacht niet gegrond kan worden verklaard. Hierna vermeldt het college eerst hoe de procedure is verlopen. Daarna licht het college de beslissing toe.

### 2. De procedure

2.1 Het college heeft de volgende stukken ontvangen:

- het klaagschrift met de bijlagen, ontvangen op 4 december 2023;

- het verweerschrift met de bijlage;
- de aanvullende stukken van klager, ontvangen op 8 mei 2024;
- het proces-verbaal van het mondelinge vooronderzoek, gehouden op 15 mei 2024;
- het vervangend stuk voor deel 2 van de op 8 mei 2024 ontvangen stukken, ontvangen op 21 juni 2024;
- de reactie van klager op het proces-verbaal van het mondelinge vooronderzoek, ontvangen op 12 juli 2024;
- de reactie van de chirurg op de nagekomen stukken, ontvangen op 8 augustus 2024.

2.2 Het college heeft de klacht in raadkamer behandeld. Dit betekent dat het college de zaak beoordeeld heeft op basis van de stukken, zonder dat de partijen daarbij aanwezig waren.

### 3. De feiten

3.1 Nadat in 2002 bij klager de diagnose colitis ulcerosa was gesteld is bij hem de dikke darm verwijderd met aanleg van een ileostoma (kunstmatige uitgang van de dunne darm via de buik). In 2006 onderging klager een operatie, waarbij in plaats van het stoma een ileoanale pouch (een van de dunne darm gemaakt zakje binnen het lichaam, waarmee een stoelgang langs natuurlijke weg mogelijk is) werd aangelegd. Na deze operatie ontstond een naadlekkage (een gaatje bij de aansluiting van de pouch op de darm). Een dergelijke lekkage is een bij deze operaties regelmatig voorkomende complicatie. Om de pouch te ontlasten is toen opnieuw een ileostoma aangelegd. Vanaf dat moment hield men rekening met de mogelijkheid dat klager ook de ziekte van Crohn zou kunnen hebben.

3.2 Nadat de situatie langere tijd stabiel bleef en er geen aanwijzingen waren dat het lek nog bestond, is klager in 2016 geopereerd om het stoma op te heffen. Vanaf de pouchnaad ontstond daarna een fistel (opening) naar de linker bil met abcesvorming, waarvoor behandeling heeft plaatsgevonden. In september 2017 is klager verwezen naar het ziekenhuis waar de chirurg werkzaam is. Klager is hier in februari 2018 geopereerd, waarbij - vooruitlopend op een definitief behandelplan - een dubbelloops stoma is aangelegd en drainage van de bilfistel plaatsvond.

3.3 In de loop van 2018 heeft klager met meerdere leden van het MDO gesproken over de verschillende behandelmogelijkheden. Op 10 juli 2018 sprak klager met zijn hoofdbehandelaar, een andere chirurg (verweerder in de zaak A2023/6687, hierna: de hoofdbehandelaar). Deze hoofdbehandelaar noteerde in het medisch dossier (alle citaten zijn letterlijk weergegeven):

“Uitgebreid gesproken over de opties. Mi geen redo [college: creëren van een nieuwe pouch] wegens de grote kans op Crohn.

Counselen via [de chirurg] voor hernia repair

Tevens mogelijk parastomale hernia. Loopt wat slijm uit afvoerende lis onder de plak”

3.4 Op 24 juli 2018 sprak klager voor het eerst met de chirurg. Dat ging met name over zijn liesbreuk. De chirurg noteerde in het medisch dossier:

“RvK/ postop na saneren fistels vanuit IPAA [college: pouch] en aanleg dubb ileostoma

VG/ (...)

2016 stoma opgeheven (...), maar weer problemen 1,5 jaar volgehouden, nu weer sinds maart stoma.

Vanwege fistels en granulomen toch verdenking Crohn.

A: Heeft liesbreuk links in de lies. Niet veel last van, maar toch wel fors geworden. Kan het gemakkelijk terug duwen. Parastomale hernia nu geen klachten emeer van.  
(...)

B/ Eerder uitgebreid met [hoofdbehandelaar] gesproken over opties: intersphincterische resectie [college: operatie via de bilnaad] met omentumplastiek/niets doen/risico van pouch redo nemen  
(...)"

3.5 Op 24 september 2018 zag klager de MDL-arts, die onder meer in het medisch dossier noteerde:

"RVC:

(...)

2018 (2): laparoscopisch aanleggen dubbelloops ileostoma en nettoyage peri-anale fistels

2018 (6) pouchscopie: langgerekt ulcus [college: wond, zweer] in top pouch, matige ontsteking in pouch (pouchitis/Crohn?)

Anamnese:

(...)

Heeft nog steeds klachten die lijken op wat hij had vóór de operatie. Heeft nog steeds uitvloed via de seton [college: draadje om fistel tot rust te krijgen] en pijn en er is nog een uitgang enekele cm verderop.

Vanwege dubbelloops ileostoma is er overloop en dit verliest hij ook per anum en via het fistel.

Wil toch nog heel graag van zijn stoma af en of er toch nog geen mogelijkheden zijn: [Hoofdbehandelaar] bracht 3 argumkenten aan waarom er aan Crohn gedacht wordt:

1. resucelgranulomen in fisteltraject , maar zou ook een vreemd lichaam reactie op seton kunnen zijn

Positieve ASCA, maar titer nauwelijks verhoogd

Fistels, maar zou relapse van oude naadlekkage en dehiscentie zijn.

Een andere reden om geen redo te doen is de ontsateking van de presacrale ruimte.

(...)

Conclusie:

Ontsteking in pouch agv

Overloop

Crohn

Combinatie van beide

Te symptomatische fistel met ook mogelijk andere gangetjes

Beleid:

Bespreken volgende week op MDO IBD

Dan eventuele nieuwe MRI onderbuik

Opties:

1: eindstandig stoma van maken

2: 1+ topicale therapie als onvoldoende regressie van klachten

3: 2+ indien remissie redo pouch proberen

(...)"

3.6 In het MDO van 3 oktober 2018 is besproken dat klager alles wilde doen om het stoma opgeheven te krijgen. Als beleid is genoteerd:

“Crohn in peri-ale regio is een contra-indicatie voor Re do chirurgie”

3.7 Op 9 oktober 2018 heeft de MDL-arts klager telefonisch gesproken en onder meer in het dossier genoteerd:

“(…)

Is accoord met omzetten van dubbelloops ileostoma naar eindstandig ileostoma. Hoopt dat er dan wellicht in de toekomst toch nog iets nieuws verzonnen wordt waardoor hij wellicht alsnog een redo pouch kan krijgen.

(…)

B/

Aanleggen eindstandig stoma (...) tegelijk met liesbreukcorrectie  
Over 4-6 maanden herbeoordelen fistel voor eventueel seton verwijderen  
t.z.t. Poli [nieuwe MDL-arts].”

3.8 Op 10 december 2018 heeft de chirurg klager geopereerd waarbij een eindstandig stoma is aangelegd. Op 15 januari 2019 zag zij klager voor controle na de operatie en noteerde in het dossier onder meer:

“(…)

A: gaat goed, geen last van lie smeer, geen zwelling meer.  
Stoma problemen met stoma, geen lekkages, mooi plat weer.  
Fistels rustiger, maar wil er toch nog graga een keer vanaf.  
Is zelf niet overtuigd van crohn.

(…)

B:

Voorlopig chirurgische behandeling  
Drukverhogende momenten vrlagen/ voorkomen  
Wil tzt nog wel een keer van fistels af: gezien pouh en verdneking crohn uitleg niet  
opportuun.”

3.9 Op 13 februari 2019 is klager bij de (nieuwe) MDL-arts geweest. Die noteerde onder meer in het dossier:

“(…)

Fistel zorgt voor discomfort, komt veel vocht uit. Probeert dit met verband op te vangen middels inlegger.  
Zou graag hiervan af willen zijn, is het mogelijk bijv het defect in pouch te sluiten?  
Hoopt op termijn wellicht nog een nieuwe pouch te kunnen krijgen, maar niet ten koste van alles.

(…)

Beleid

Bespreken met [andere chirurg uit het MDO] , MRI fistel nodig alvorens consult? Is destijds omentum opgeslagen? Op termijn mogelijk om fistels te sluiten?”

3.10 Op 4 maart 2019 heeft de MDL-arts een MRI van de pouch aangevraagd. Ook heeft zij de patholoog revisie gevraagd van het oorspronkelijke dikke darm preparaat. Van dat preparaat had in een ander ziekenhuis al revisie plaatsgevonden met conclusie:

“In de colonresectie is er gezien de diepe ontsteking met fissuurvorming en uitgebreide reactieve verandering van de submucosa een beeld wat het best past bij m. Crohn en niet goed bij CU”

3.11 Klager is op 24 maart 2019 op de SEH geweest vanwege bruin vochtverlies via de bilfistel. Hij werd doorverwezen naar zijn behandelaren op de poli, waar op 29 maart 2019 de MRI stond ingepland. De conclusie van die MRI was:

“Grotendeels onveranderd aspect van het met granulatieweefsel gevulde brede extrafincterische fistelgang links.

Meer fibrose ter plaatse van de mediale uitwendige opening.

Geen nieuwe fistels.

Geen vochtcollecties.”

3.12 Klager heeft op 18 april 2019 telefonisch contact gehad met een arts-assistent chirurgie. Deze noteerde onder meer in het dossier:

“(…)

Recente MRI toont nog duidelijk actieve fistel vanuit de inactieve pouch.

MRI werd op verzoek nogmaals bekeken door radioloog: er ligt wel een dunnedarmlis tegen de pouch aan (…)

Niet zeker of dit een fistel is.

Na overleg met [andere chirurg uit het MDO]:

Mogelijk dat er een fistel is ontstaan tussen dunnedarm en pouch.

Hiervoor zou dan echter nieuwe ziekteactiviteit nodig zijn terwijl de patient hier verder niet symptomatisch bij is, dus onwaarschijnlijk.

Indien fistel naar de pouch dan zou je ook verwachten dat de productie toeneemt, terwijl dit niet het geval is.

Dd is (deviation) pouchitis.”

3.13 Op 28 mei 2019 zag de MDL-arts klager en besprak met hem onder meer de uitslag van de op 4 maart 2019 gevraagde herbeoordeling van de colonresectie:

“colon met daarin een diffuse, chronisch actieve bij patient bekende IBD, waarbij gezien de microscopische bevindingen (dieper reikende infiltraten en enkele fissuraties) toch enige voorkeur voor M. Crohn. Geen granulomen.”

3.14 De hoofbehandelaar zag klager op 11 juni 2019 en besprak met hem onder meer de uitslag van een op 28 mei 2019 gemaakte CT-scan:

“CT scan: geen aanwijzing voor fistel

De fistel gaat nog open en dicht, alleen veel beter nu er geen ontlasting

(…)

Opties toekomst:

1. Pouch excisie

2. redo pouch

3. Sluiten fistel na overgroei van het defect evt met EVAC

Pouchoscopie

C 1 maand”

3.15 De chirurg heeft klager na de scopie gezien op 30 juli 2019 en noteerde onder meer:

“AO:

CT scan: geen aanwezigheid voor fistel

Scopie: ileo-anale anastomose met een matig ernstige pouchitis.

Fistel in het verlengde van de setonse drains, met granulatieweefsel hiertussen.

PA; eenmalig wel granulomen gezien in PA, maar ook reuscel reactie evt passend bij seton

(…)

Belangrijkste vragen:

1. M crohn of niet: Alle problemen duiden op chronisch naaddefect, echter, Resucelgranulomen in fisteltraject , maar zou ook een vreemd lichaam reactie op seton kunnen zijn. NB herbeoordeling colonresectie [naam]: [college: zie tekst 3.13]
2. Vraag of er nog een fistel is tussen aanvoerende darm en pouch/ afvoerende darmlis gezien anamnestic etensresten uit pouch, niet aan te tonen.”

3.16 Daarna is in het MDO besloten een MR enterografie te laten maken, waarbij de dunne darm zichtbaar wordt gemaakt met contrastvloeistof. De chirurg heeft met klager op 12 november 2019 besproken dat deze MRE geen fistel had aangetoond tussen het dunnedarmtraject en de pouch.

3.17 De hoofdbehandelaar heeft op 17 december 2019 in het dossier genoteerd:  
“Ouders aanwezig.

Uitgebreid de drie opties besproken:

1. Niets doen
2. Pouch excisie en omentoplastiek
3. Pouch excisie en naadreconstructie

Plan:

Indien een goede pouch is aan te leggen dan pouch, anders pouchexcisie of omentoplastiek”

3.18 In de periode van april 2021 tot en met november 2021 had klager meerdere malen contact met de hoofdbehandelaar over de drie opties en het al dan niet uitvoeren van de in december 2019 besproken operatie. Klager wilde dat alvorens hij een beslissing zou nemen nog meer diagnostiek zou plaatsvinden, en eventueel een aparte operatie om de fistel aan te tonen. De hoofdbehandelaar was niet bereid om alleen een verkennende operatie uit te voeren om dan later mogelijk nog een tweede keer aan de pouch te moeten opereren. Wel heeft hij nog een extra MRE laten maken. De fistel werd ook daarop niet aangetoond.

Op 17 augustus 2021 heeft de hoofdbehandelaar onder meer genoteerd:

“Ik ben accoord met een ingewikkelde exploratie welke risicovol zou zijn. Evenwel niet accoord als dat we risicovol de top van de pouch vrijleggen en geen fistel vinden niet meteen het probleem kunnen oplossen omdat hij er dan over wil nadenken. In tweede instantie zal het nog lastiger zijn met opnieuw veel risico op darm letsel.”

Op 2 november 2021 noteerde de hoofdbehandelaar aanvullend nog:

“Plan:

Exploratie met onderbreken fistel

Indien niet aanwezig dan pouchredo of pouch excisie.

Expectatief”

4. De overwegingen van het college

De criteria voor de beoordeling

4.1 De vraag is of de chirurg de zorg heeft verleend die van haar verwacht mocht worden. De norm daarvoor is een redelijk bekwame en redelijk handelende chirurg. Bij de beoordeling wordt rekening gehouden met de voor de chirurg geldende beroepsnormen en andere professionele standaarden. Verder geldt het uitgangspunt dat zorgverleners alleen tuchtrechtelijk verantwoordelijk zijn voor hun eigen handelen.

Klachtonderdeel a) – een mogelijke fout tijdens de operatie van 10 december 2018

4.2 Het college overweegt dat het – uitvoerige – dossier geen aanknopingspunten biedt voor de stelling dat de chirurg tijdens de operatie van 10 december 2018 een fout heeft gemaakt. De operatie vond extra-peritoneaal (buiten de buikholte) plaats en is ongecompliceerd verlopen, evenals het herstel na de operatie. De fecale incontinentie ontstond meer dan drie maanden later. Klager omschrijft dit als een ‘nieuw defect’ dat zou zijn ontstaan door deze operatie. De daarna uitgevoerde onderzoeken hebben echter geen ‘nieuw defect’ aangetoond. Vanwege het verlies van ontlasting is duidelijk dat er een verbinding (fistel) moet zijn tussen de darm en de pouch, maar of dit een nieuwe fistel is of een reeds bestaande verbinding die (opnieuw) actief is geworden, is niet duidelijk. Dergelijke fistels kunnen spontaan ontstaan, maar ook als complicatie na een operatie. De kans op het ontstaan van zo’n fistel is groter naarmate de ziektegeschiedenis uitgebreider en complexer is. Dat is het geval bij klager, die al meerdere malen geopereerd was en bij wie bovendien de mogelijke aanwezigheid van de ziekte van Crohn als extra complicerende factor niet kon worden uitgesloten. Al met al is het bijzonder ongelukkig voor klager dat hij enkele maanden na de operatie weer last heeft gekregen van fecale incontinentie, maar naar het oordeel van het college valt de chirurg daarvan geen verwijt te maken. Dit klachtonderdeel is kennelijk ongegrond.

Klachtonderdeel b) – onzorgvuldig handelen, foutieve informatie en foutieve diagnostiek

4.3 Klager heeft de in dit klachtonderdeel genoemde elementen als aparte klachtonderdelen geformuleerd, maar deze onderdelen laten zich gezamenlijk bespreken. Het gaat er in de kern om dat klager meent dat de chirurg en haar collega’s meer en andere diagnostiek hadden moeten inzetten om de aard, omvang en exacte locatie van de overlast gevende fistel aan te tonen. Klager wenst hierover duidelijkheid te verkrijgen voordat hij met een nieuwe (anders dan uitsluitend verkennende) operatie wil instemmen. Daarbij speelt een rol dat klager het niet eens is met de waarschijnlijkheidsdiagnose Crohn.

4.4 Het college stelt hier voorop dat de chirurg voor het laatst bij het dossier van klager betrokken is geweest op 12 november 2019. Kort nadien heeft klager met de hoofdbehandelaar in beginsel afgesproken dat hij zou worden geopereerd, waarbij hij indien mogelijk een nieuwe pouch zou krijgen, maar ook verwijdering van de pouch een mogelijkheid was, afhankelijk van wat tijdens de operatie zou worden aangetroffen. Bij wat er nadien nog gebeurd is, is de chirurg niet meer betrokken geweest. Haar kan alleen al om die reden niet worden verweten dat zij niet zou hebben ingestemd met de door klager voorgestelde uitsluitend verkennende operatie.

4.5 De chirurg is wel betrokken geweest bij de onderzoeken die in de loop van 2019 hebben plaatsgevonden. Zij heeft (naast de hoofdbehandelaar) meerdere gesprekken met klager gevoerd over de situatie, de onderzoeken, de bevindingen en de (on)mogelijkheden van verdere behandeling. In deze periode zijn een MRI, een CT-scan, een scopie en een MRE gemaakt, die alle geen uitsluitel hebben gegeven: de fistel werd niet aangetoond. Naar het oordeel van het college hebben de behandelaren met deze onderzoeken redelijkerwijs alles gedaan om de fistel te lokaliseren. Dat de fistel niet is aangetoond, wil inderdaad niet zeggen dat die er niet is. Het college leest in het dossier echter ook geen ontkenning door de chirurg van het bestaan van de fistel, slechts de constatering dat die niet kon worden gevonden. Dat de chirurg onterecht zou hebben afgezien van het doen van meer of ander (relevant) onderzoek naar de fistel is niet gebleken, klager heeft ook niet concreet gemaakt welk

onderzoek dat dan had moeten zijn. De eind 2019 voorgestelde optie om operatief te proberen de fistel te vinden en tevens de pouch te verwijderen, tenzij tijdens de operatie een goede mogelijkheid zou blijken te bestaan om deze te handhaven, was naar het oordeel van het college onder de voorliggende omstandigheden reëel.

4.6 Een van die omstandigheden is de mogelijke aanwezigheid van de ziekte van Crohn. Uit het dossier blijkt dat die verdenking reeds in 2006 is gerezen en op de achtergrond aanwezig is gebleven. In de loop der tijd hebben twee onafhankelijke pathologen bij een herbeoordeling van de colonresectie serieuze aanwijzingen voor de ziekte van Crohn gevonden, de laatste keer in 2019 op verzoek van de MDL-arts. Het is logisch en niet tuchtrechtelijk verwijtbaar dat de mogelijkheid van Crohn opengehouden wordt als daar aanwijzingen voor zijn en dat dit vervolgens in het beleid wordt meegewogen, ook al is deze ziekte niet onomstotelijk aangetoond. Overigens blijkt uit het dossier dat de aan- of afwezigheid van M. Crohn geen zwaarwegende rol heeft gespeeld bij het uitzetten van het beleid: de mogelijkheid van behoud of redo van de pouch is steeds open gebleven, terwijl dat bij Crohn in feite geen reële optie is.

4.7 Het college begrijpt dat de gevolgen van zijn ziekte voor klager zeer ernstig zijn en dat klager vooral wil dat op zijn minst een einde komt aan het ongewenste en overlast gevende verlies van ontlasting, en dat hij liefst helemaal van zijn stoma af wil. Het college ziet echter ook dat de chirurg daar oog voor heeft gehad en zorgvuldig gehandeld heeft, zowel persoonlijk als binnen het MDO. Ze heeft zich betrokken opgesteld en alle tijd genomen voor de verrichte onderzoeken en de met klager gevoerde gesprekken. Dat het niet gelukt is om tot een behandelbeleid te komen waar klager achter kan staan, is verdrietig. Van tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen is echter niet gebleken. Ook klachtonderdeel b) is kennelijk ongegrond.

## 5. De beslissing

De klacht is kennelijk ongegrond.

Deze beslissing is gegeven op 31 januari 2025 door G.F.H. Lycklama à Nijeholt, voorzitter, J.F. Hamming en J.W. Poley, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door N.A.M. Sinjorgo, secretaris.