

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: A2023/6687

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,
verweerder, hierna ook: de chirurg of de hoofdbehandelaar,
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 was hoofdbehandelaar van klager.

1.2 Klager verwijt de chirurg 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 was klager bij de chirurg. De chirurg 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 operateur, verweerster in de zaak A2023/6686, hierna: de operateur] 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 die hem later zou opereren (de operateur). Dat ging met name over zijn liesbreuk. De operateur 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 [de chirurg] 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: [De chirurg] 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-anale regio is een contra-indicatie voor Redo 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 operateur 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 chirurg 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 operateur 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 operateur 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 Op 6 april 2021 heeft de hoofdbehandelaar in het dossier genoteerd:

"Zegt dat hij perse een fistel heeft ondanks met alle onderzoeken niet aangetoond.

Heeft verlies van champignons etc van onder.

1. Indien fistel al dan niet aanwezig klinisch aantoonbaar dan via laparotomie onderbreken van de fistel op het anamnestic verhaal en verder geen redo pouch. Patient is zeker van een fistel. Geen klinische consequenties om de fistel nu extra aan te tonen nu meerdere MR en scopie de fistel niet heeft aangetoond.

Verteld dat het voedsel toch in de pouch komt

2. Indien geen fistel bij exploratieve laparotomie dan wel in principe accoord zijn met poging tot redo. Ik ben niet accoord met een moeizame diagnostische laparotomie op zoek naar een fistel om dan later nog eens opnieuw dezelfde toegang te moeten vrijmaken voor een redo.

Als Er tenminste de intentie is om van het stoma af te komen.

> 1 uur met patient gesproken."

3.19 Op 18 mei 2021 heeft de hoofdbehandelaar in het dossier genoteerd:

"Heel moeilijk gesprek:

Erg dwingend naar het doen van diagnostiek en voorgestelde behandeling

Uitleg dat extra diagnostiek niet er toe doen met 3 negatieve MR en CT. Klinisch lijkt er een fistel. Dit lijkt voldoende. Wil perse opnieuw diagnostiek. Nog eenmaal MR enteroclyse.

Uitleg dat uitgebreide exploratie naar mogelijke fistel een plan B vraagt als de fistel niet gevonden wordt. Dan metten iets aan de pouch doen.

Patient wil uitputtende diagnostiek om de fistel aan te tonen, en geen plan B in risicovolle exploratie om te zoeken naar de fistel.

Afgesproken nog eenmaal MR.

De discussie is nu zo onaangenaam, dat ik patient gesuggereerd heb door een

andere arts behandeld te worden. Eerst MR afwachten. We zijn nu meer dan 2 jaar aan het discussieren.”

3.20 Op 17 augustus 2021 heeft de hoofdbehandelaar onder meer genoteerd:

“Weer een zelfde gesprek:

In samenvatting:

1. Pouch met defecten tgv waarschijnlijk naadlekkage mogelijk Crohn
2. Ondanks devierend stoma nog ontlasting verlies via pouch. Fistel middels 4 MR en 1 CT niet aangetoond

Klachten relatief beperkt van de fistel. Patient denkt dat alles beter en rustig wordt als mgl fistel onderbroken wordt.

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.

Heb uitgelegd dat ik het prima vind hem in second opinion te sturen naar [namen].

Wil een nieuwe afspraak over enkele maanden”

3.21 Op 2 november 2021 heeft de hoofdbehandelaar aanvullend nog genoteerd:

“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 hem 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.

De klacht – onzorgvuldig handelen, foutieve informatie en foutieve diagnostiek

4.2 Klager heeft de hier 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 meer en andere diagnostiek had 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.

4.3 In de loop van 2019 hebben meerdere onderzoeken plaatsgevonden. Ook heeft de chirurg (evenals de operateur) 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 uitsluitsel 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 het 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.

4.4 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 opgehouden 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.

4.5 In het licht van het voorgaande was de chirurg naar het oordeel van het college terecht niet bereid om uitsluitend op zoek naar de fistel een operatie uit te voeren zonder de mogelijkheid (toestemming van klager) te hebben om daarbij direct een mogelijk onderliggend probleem (de pouch) op te lossen. Geen enkele operatie is zonder risico, maar klager heeft serieuze problemen met zijn darmen en heeft al meerdere darmoperaties ondergaan. Iedere nieuwe operatie brengt weer schade in het operatiegebied toe, wat gerechtvaardigd moet kunnen worden door het doel van de operatie en het beoogde resultaat. Een dergelijke rechtvaardiging ontbreekt bij de door klager gewenste route, die hoogstwaarschijnlijk niet tot één, maar tot twee risicovolle operaties zou leiden, omdat de kans zeer groot was dat de chirurg genoodzaakt zou zijn om de eerste operatie te beëindigen voor overleg met klager over het vervolg. Het college acht het alleszins begrijpelijk dat de chirurg deze route niet verantwoord vindt. Gelet op het ontstane verschil van inzicht over het te voeren beleid had de chirurg na november 2021 geen reden om klager voor een nieuw consult of onderzoek op te roepen. De chirurg heeft klager wel voorgesteld om een second opinion elders te vragen.

4.6 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. Hij 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. De klacht 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.