

CENTRAAL TUCHT COLLEGE**voor de Gezondheidszorg**

Beslissing in de zaak onder nummer 2006/061 van:

A., wonende te B., appellante, klagster in eerste aanleg,
raadsman mr.drs. A.L.M. Simons, advocaat te Gulpen,

tegen

C., internist, werkzaam te D., verweerder in hoger beroep en in
eerste aanleg, raadvrouw prof.mr. W.R. Kastelein, advocaat te
Utrecht.

1. Verloop van de procedure

A. - hierna te noemen klagster - heeft op 9 juni 2004 bij het Regionaal Tuchtcollege te Eindhoven tegen C. - hierna te noemen de arts - een klacht ingediend. Bij beslissing van 10 februari 2006, onder nummer 04118, heeft dat College de klacht afgewezen.

Klagster is van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen. De arts heeft een verweerschrift in hoger beroep ingediend. Het Centraal Tuchtcollege heeft van beide partijen nog correspondentie ontvangen, waaronder

- een brief d.d. 9 maart 2007 van mr.drs. A.L.M. Simons, met als bijlagen kopieën van de navolgende medische stukken:

van het E.:

1. verslaglegging patholoog,
2. operatieverslag d.d. 25-11-2003,
3. MRI kleine bekken d.d. 20-11- 2003,
4. uitslagen klinische chemie d.d. 18-11, 3-12, 10-12 en 17-12-2003,

van het F.:

5. verslagen revisie patholoog
6. decursus 18-12-2003/ 02-02-2004
7. CT Thorax d.d. 22-12-2003
8. verslaglegging terzake derde chemokuur (02-02-2004/ 07-02-2004) zoals voortgangsrapportage,
schema chemotherapie
verpleegplan, afsprakenlijst

dagschema + vochtbalans.

- een brief d.d. 9 maart 2007 van prof.mr. W.R. Kastelein met als bijlage een kopie van een brief d.d. 2 december 2004 van prof.mr. W.R. Kastelein aan G., internist-oncoloog en H., oncoloog, beiden verbonden aan het I. te J., met verzoek een deskundigenrapport uit te brengen,
- een brief d.d. 1 februari 2008 van mr.drs. A.L.M. Simons,
- een brief van diezelfde datum van prof.mr. W.R. Kastelein,
- een brief d.d. 22 februari 2008 van prof.mr. W.R. Kastelein met bijlagen, waaronder
 - een kopie van door de Inspectie voor de Gezondheidszorg aan de door de Inspectie ingeschakelde deskundigen, K. en L., gezonden brief d.d. 9 maart 2006 houdende aan die deskundigen gestelde vragen,
 - een kopie van een brief d.d. 7 september 2006 van K.,
 - een kopie van een brief d.d. 8 augustus 2006 van M., kinderarts-oncoloog, namens de ziektecommissie Zeldzame Tumoren,
 - een kopie van een brief d.d. 17 juli 2006 van N., als kinderarts-oncoloog verbonden aan het O. te P. en
 - een kopie van een brief d.d. 11 juli 2006 van L., internist, coördinator Vitaal Medische Expertises,
- als bijlage bij een brief d.d. 14 juli 2008 van prof.mr. W.R. Kastelein een kopie van de poliklinische en klinische status van Q.,
- als bijlagen bij een brief d.d. 31 oktober 2008 van mr.drs. A.L.M. Simons, een kopie van een brief d.d. 30 oktober 2008 en een beoordelingsrapport van R., als hoogleraar kinderoncologie verbonden aan het S.-Kinderziekenhuis te T., en e-mail correspondentie tussen mr.drs. Simons en U., d.d. 12 en 18 augustus 2008,
- als bijlage bij een brief d.d. 5 november 2008 van prof.mr. W.R. Kastelein een reactie van G. op genoemd beoordelingsrapport van R.
V., internist, voorheen verbonden aan het W.-ziekenhuis, heeft naar aanleiding van hem door het Centraal Tuchtcollege en partijen voorgelegde vragen op 11 april 2008 schriftelijk rapport uitgebracht.

De zaak is in hoger beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 18 november 2008, waar zijn verschenen

- klaagster, vergezeld van haar echtgenoot X. en bijgestaan door mr.drs. A.L.M. Simons,
- de arts, bijgestaan door prof.mr. W.R. Kastelein,
- V., deskundige van het Centraal Tuchtcollege,
- R., deskundige aan de zijde van klaagster en
- G., deskundige aan de zijde van de arts.

Mr.drs. A.L.M. Simons en prof.mr. W.R. Kastelein hebben de wederzijdse standpunten van partijen naar voren gebracht aan de hand van pleitaantekeningen, die aan het Centraal Tuchtcollege zijn overgelegd.

2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd.

“ 2. De feiten

Het gaat in deze zaak - voorzover in het kader van de klacht van belang - om het volgende:

De klacht betreft Q., geboren 6 september 1988, dochter van de heer en mevrouw AX.

Bij Q. is op 25 november 2003 in een ander ziekenhuis een buikoperatie verricht, waarbij een tumor van de rechter eierstok is verwijderd en peroperatief stadiëringsonderzoek is gedaan. Preoperatief was een Alfa Foeto Proteïne (AFP) waarde vastgesteld van 1145 ng/ml. Microscopisch onderzoek heeft een kiemceltumor (immatuur teratoom) graad III aangetoond. In het buikvlies in het kleine bekken is een immature peritoneale implant, stadium IIb, aangetroffen.

Op 18 december 2003 werd Q. tijdens een multidisciplinaire gynaecologisch bespreking in het F. door de gynaecoloog Y. besproken. In dat overleg werd besloten tot een chemotherapeutische behandeling in de vorm van combinatie chemotherapie met Bleomycine, cisplatinum en etoposide in een driewekelijkse cyclus, een zogenaamde BEP-kuur; voorts tot een CT-thorax en werd orale anticonceptie gesuggereerd.

Gezien de leeftijd van Q. – 15 jaar – heeft C. telefonisch overleg gehad met Z., kinder-oncoloog van het F. (vide brief Z. d.d. 7 juli 2005). Voorts heeft overleg plaatsgevonden met het verpleegkundig hoofd van de kinderafdeling en met die van

de afdeling gynaecologie. Het overleg handelde over de chemotherapeutische behandeling, de plaats van behandeling en de psychosociale begeleiding van Q. en haar familie.

Dit alles heeft geleid tot behandeling op de afdeling gynaecologie onder supervisie van C., waarbij de verpleegkundige staf werd ondersteund door het pedagogisch team, een oncologie verpleegkundige en een psycholoog van de kinderafdeling.

Op 19 december 2003 vond het eerste consult bij C. plaats. Q. en haar moeder werden ingelicht over de diagnose, de behandelingsmogelijkheden, het doel en de opzet van de chemotherapie en de te verwachten bijwerkingen.

Op 22 december 2003 is met de chemotherapie gestart op verpleegafdeling C2 van het F. Op die dag is er een CT-scan gemaakt Daarop was een dubieuze afwijking - één subpleuraal haardje van 4 mm - te zien. Door AA., die toen waarnam voor C., is aan Q. (en haar moeder) medegedeeld dat er (eigenlijk) 'geen bijzonderheden' waren.

Op 30 december 2003 werd Q. door C. gezien op het dagcentrum i.v.m. onderbuikklachten, door de huisarts geïdentificeerd als urineweginfectie. Door C. is geconcludeerd dat het menarche zou kunnen zijn.

Bij de start van de 2^e kuur op 6 januari 2004 was het hemoglobine (Hb) gehalte van 8,0 mmol/L gedaald naar 6,9 mmol/L. Gestart is met erythropoetine (Aranesp).

Op 16 januari 2004 klaagt Q. over een pijnlijke infuus-insteek in haar linker hand.

Op 20 januari 2004 wordt tromboflebitis in de linkerbovenarm vastgesteld. Door de verpleegkundige wordt hirudoïd zalf verstrekt om lokaal aan te brengen.

Op 30 januari 2004 wordt door C. aan Q. medegedeeld dat zij nog een vierde kuur dient te ondergaan vanwege de preoperatieve hoogte AFP.

Op 2 februari 2004 vindt de derde opname voor de kuur plaats.

Op 7 februari 2004 heeft Q. een lichte temperatuurverhoging en is zij kort ademig.

Door de verpleegkundige wordt gedacht aan vasthouden van vocht.

Q. mag naar huis.

Een paar uren na thuiskomst is zij overleden aan wat bij obductie een ruiters-embolus bleek te zijn.

Er bestaat een op 4 juni 2004 goedgekeurde landelijke Richtlijn versie 1.0, genaamd:

'Niet epitheliale maligniteiten van ovarium en tuba', opgesteld door de werkgroep Oncologische Gynaecologie ten behoeve van de Vereniging Integrale Kankercentra.

3. Het standpunt van klaagster en de klacht

Gelet op het in het kader van de interne klachtprocedure F. verhandelde ter zitting van 7 januari 2005 en de door de klachtencommissie gedane uitspraak van 1 april 2005, heeft klaagster een aantal klachten, te weten die sub 4a, c en g van de pleitnotities geformuleerd, ingetrokken. Tijdens de behandeling van deze zaak is tevens de sub 4h van de pleitnotities geformuleerde klacht ingetrokken.

Resteren thans de navolgende – zakelijk weergegeven – klachten:

- 1. de chemotherapeutische behandeling was niet geïndiceerd; bovendien had de behandeling van Q. overgelaten moeten worden aan een kinder-oncologisch centrum dan wel in samenspraak daarmee moeten worden ingesteld;*
- 2. het kort na de operatie toedienen van anticonceptie medicatie was onverantwoord;*
- 3. toediening van Aranesp was niet nodig;*
- 4. geen c.q. onvoldoende aandacht voor de tromboflebitis in de linker arm;*
- 5. het ten onrechte verzwijgen van een dubieuze afwijking op de longen bij de CT-scan.*

Ter onderbouwing van de geformuleerde klachten wordt zijdens klaagster met name verwezen naar het rapport met bijlagen van U. d.d. 21 september 2004 en diens reacties d.d. 4 januari 2005 en 8 januari 2005.

Met betrekking tot de sub 1 geformuleerde klacht stelt U. zich op het standpunt dat er in het Cavum Douglasi hardjes immatuur hersenweefsel, gliomatosis peritonei, zijn gevonden en dat dit geen reden vormde te gaan behandelen. Er had volgens hem moeten worden afgewacht, onder het volgen van het AFP.

U. betreurt het dat bij het tot stand komen van de landelijke Richtlijn geen kinderoncoloog betrokken is geweest. Naar zijn mening had Q. vanwege de zeldzaamheid van het gezwel in een kinderoncologisch centrum behandeld moeten worden. Bovendien zou een behandelingsafdeling van kinderoncologie beter zijn ingesteld op de noden en psyche van een kind. Hij heeft gezien het gevoerde beleid niet de indruk gekregen dat in het F. een grote ervaring met teratomen als de onderhavige bestaat. Naar U. ter zitting mededeelde zou er een protocol speciaal met

betrekking tot de behandeling van kinderen bestaan.

Met betrekking tot de sub 2 geformuleerde klacht heeft U. opgemerkt dat indicatie voor de pil ter bescherming van het ovarium niet algemeen aanvaard en volgens 'Evidence Based Medicin' niet bewezen is. Bovendien moet deze pil indien voorgeschreven zonder onderbreking worden gebruikt.

Met betrekking tot de sub 3 geformuleerde klacht merkt U. op dat de indicatie voor epoproteïne niet goed is onderbouwd. Het plan was drie kuren BEP te geven. De kans dat een ernstige Hb-daling zou optreden was niet groot. Nu ontstond een Hb-stijging. Het trombocytengetal was normaal.

De dosis dexamethason als anti-emeticum was betrekkelijk hoog. In de klinische en poliklinische status van O. zijn echter geen duidelijk braakklachten gemeld.

De combinatie van tromboflebitis en dexamethason bij een normaal trombocytengetal, kan trombus en embolie bevorderend zijn.

Met betrekking tot de sub 4 geformuleerde klacht wordt aangevoerd dat geen arts de tromboflebitis heeft gezien.

Met betrekking tot de sub 5 geformuleerde klacht is klaagster van mening dat zij omtrent de dubieuze afwijking geïnformeerd hadden moeten worden.

4. Het standpunt van verweerder

C. heeft zich onder verwijzing naar de overgelegde literatuur als na te melden verweerd en zich daarbij laten bijstaan door G. middels diens rapport van 8 december 2004 en H. middels diens rapport van 15 december 2004. G. heeft op de inhoud van de brieven van U. gereageerd bij brief van 28 juni 2005.

Ter zitting heeft G. bovendien te kennen gegeven dat hij het volstrekt oneens is met de conclusies van U. en dat hij van mening is dat C. zorgvuldig en juist heeft gehandeld conform het vigerende protocol.

*Kort en zakelijk weergegeven wordt als verweer het navolgende naar voren gebracht:
Met betrekking tot klacht sub 1:*

Gewezen wordt op de Richtlijn 'Niet epitheliale maligniteiten van ovarium en tuba'.

De door U. gehanteerde definitie van gliomatis peritonei kan alleen gesteld worden als er sprake is van matuur gliaweefsel. Uit de revisie van de histologie van de onderhavige peritoneale metastase blijkt echter dat er sprake is van immatuur hersenweefsel. Er is sprake van een stadium II immatuur teratoom graad III,

waarvoor volgens de Richtlijn polychemotherapie is geïndiceerd.

Dat de AFP-spiegel na de operatie van 25 november 2003 is gedaald is conform de verwachting omdat een groot deel van de tumor is weggenomen. Het AFP dat vóór de operatie is bepaald is echter bijdragend voor de behandelingsstrategie. Verwezen wordt naar meergenoemde Richtlijn, waaruit blijkt dat patiënten met een AFP hoger dan 1000 ug/L vallen in de categorie 'patiënten met ongunstiger factoren' en in aanmerking komen voor vier kuren BEP. De daling van het AFP had geen direct therapeutische consequenties, zodat dit niet expliciet aan de orde is geweest. Tijdens de behandeling is wel medegedeeld dat de AFP-spiegel was genormaliseerd.

De medisch-technische kennis m.b.t. kiemceltumoren is bij de 'volwassen' medisch oncoloog waarschijnlijk groter dan bij de kinderoncoloog omdat kiemceltumoren bij 'volwassenen' vaker voorkomen dan bij kinderen.

Het F. heeft een centrum functie voor gynaecologische tumoren en testistumoren en als zodanig ook een uitgebreide ervaring in de behandeling van kiemceltumoren.

Ten aanzien van de ondersteunende zorg is in het F. ook voldaan aan wat mocht worden verwacht, zoals het inschakelen van een pedagogisch team. Juist in overleg met de kinder-oncoloog in het F. is tot de keuze voor de afdeling gynaecologie gekomen. De keuze is bovendien met Q. en haar ouders overlegd en zij hebben daarmee ingestemd.

Met betrekking tot klacht 2:

In het kader van de behandeling is het behoud van de fertiliteit belangrijk. Daartoe dient de medicamenteuze onderdrukking van de ovariële functie. In de Richtlijn wordt het advies gegeven een vorm van ovariële onderdrukking toe te passen.

Met betrekking tot klacht 3:

De toediening van erytropoïetine (Aranesp) is conform de Richtlijn ter preventie van de anders zeker optredende bloedarmoede. Reeds bij de start van de tweede kuur was het Hb gedaald naar 6,9 mmol/L. De toediening leidt zelden tot trombotische complicaties. De verhoogde kans op dergelijke complicaties lijkt samen te hangen met situaties waarin het Hb gehalte juist verhoogd is. Daarvan was bij Q. geen sprake.

De toepassing van dexamethason is ingegeven als maximale preventie medicatie ter voorkoming van de bijwerkingen van cisplatinum. Het advies volgens de Richtlijn is dan ook bij een hoog emetogeen combinatie chemotherapie als BEP ter preventie van

acute of verlate misselijkheid en braken een 5-HT3 antagonist gedurende meerdere dagen toe te dienen.

Met betrekking tot klacht 4:

*De arm is door **BB.** geïnspecteerd. De tromboflebitis is een lokale irritatie tengevolge van de cytostatica. Dergelijke aderontstekingen kennen geen gecompliceerd verloop en herstellen meestal spontaan. Er is **C.**, die wel verband om de linker arm heeft gezien, ook niet gevraagd naar de arm te kijken en medisch gezien was er ook geen noodzaak toe.*

Met betrekking tot klacht 5:

*De CT-scan vertoont één subpleuraal haardje van 4 mm. Deze afwijking is te klein voor een punctie. Nergens uit blijkt dat de behandelaar de overtuiging had dat er sprake was van een metastase. De afwijking had geen therapeutische consequenties, zodat het niet melden ervan verdedigbaar is. **C.** zou het zelf waarschijnlijk wel gemeld hebben, maar heeft zich achter de handelwijze van **AA.** gesteld.*

5. De overwegingen van het college

Vooropgesteld wordt dat de Nederlandse ‘Landelijke Richtlijn’ versie 1.0 ‘Niet epitheliale maligniteiten van ovarium en tuba’ gemaakt is binnen de commissie gynaecologische oncologische richtlijnen van de WOG. Het is een multidisciplinair samengestelde commissie, waarvan de leden uit alle IK-regio’s afkomstig zijn en waarbinnen op basis van consensus is gewerkt. De meest recente literatuur is gehanteerd. Op 4 juni 2004 is de Richtlijn goedgekeurd.

Het mag er derhalve voor gehouden worden dat de gangbare opvattingen binnen de beroepsgroepen in deze Richtlijn zijn vastgelegd.

Met betrekking tot klacht 1:

*Vaststaat dat bij **Q.** sprake was van een immatuur teratoom graad III stadium IIb. Voorts dat vóór de operatie van 25 november 2003 sprake was van een AFP van 1145 ug/L.*

***Q.** is besproken op 18 december 2003 in een multidisciplinair gynaecologisch-oncologische bespreking, waaraan deelnamen gynaecoloog-oncologen, radiotherapeut-oncoloog, patholoog, radioloog en internist-oncoloog, in casu **C.** Besloten werd tot een chemotherapeutische behandeling. Dit is conform het in*

genoemde Richtlijn gegeven advies.

In verband met de leeftijd van Q. heeft C. telefonisch overleg gehad met Z., de kinder-oncoloog.

U. en G. verschillen van mening over de te dezen toe te passen behandeling en over de plaats waar deze diende te geschieden.

Gelet op de vaststaande gegevens is het College allereerst van oordeel dat C. terecht de Richtlijn heeft gevolgd. U. heeft weliswaar betoogd dat er ook een protocol met betrekking tot kinderoncologie bestaat, maar toepassing van dat protocol, dat in geen van de stadia van de procedure aan de orde is gesteld en/of in het geding gebracht, lag – naar het oordeel van het College – gelet op de leeftijd van Q. en haar lichamelijke situatie niet voor de hand.

Bovendien blijkt uit de brief van Z. van 7 juli 2005 niet dat hij, toen C. met hem overlegde over de toe te passen behandeling, heeft gewezen op een zodanig protocol en toepassing daarvan voorstond.

Met Q. en haar ouders is besproken dat zij op de afdeling gynaecologie onder supervisie van een internist-oncoloog zou worden behandeld. Onweersproken is dat zij daarmee hebben ingestemd.

Het getuigt, naar het oordeel van het College, van zorgvuldig handelen dat de verpleegkundige staf werd ondersteund door het pedagogisch team, een oncologie verpleegkundige en een psycholoog van de kinderafdeling.

Het College is van oordeel dat in het F. met zijn centrumfunctie voor gynaecologische tumoren en testistumoren ruim voldoende expertise aanwezig verondersteld mag worden.

Met betrekking tot klacht 2:

Het toedienen van anticonceptie medicatie is conform het in de Richtlijn geformuleerde advies om de fertiliteit bij chemotherapeutische behandeling te behouden.

Het College acht deze handelwijze verantwoord, temeer nu het risico van trombose uiterst gering is. Weliswaar was gemeld dat in moeders familie arteriële problemen voorkwamen, maar van trombo-embolische kwesties is geen sprake geweest en zelfs in dat laatste geval bestaat enige contra-indicatie eerst dan indien de patiënt daar zelf mee geconfronteerd is.

Met betrekking tot klacht 3:

Ook de toediening van het middel Aranesp is – naar het oordeel van het Collegerecht, immers conform de Richtlijn, geschied. Een liberale toepassing daarvan wordt ingegeven in verband met de kwaliteit van leven. Het Hb gehalte mag immers niet te laag worden.

Stollingproblemen zouden zich juist voor kunnen doen als het Hb gehalte te hoog zou worden. Vaststaat dat bij Q. nimmer sprake is geweest van een (te) hoog Hb. Het College is voorts met C. van oordeel dat het volgen van de Richtlijn met betrekking tot het voorschrijven/toedienen van dexamethason als maximale preventie ter voorkoming van de bijwerkingen van cisplatinum aangewezen is.

Met betrekking tot klacht 4:

Anders dan klaagster stelt blijkt uit de status dat wel degelijk naar de arm is gekeken en wel door BB.

Naar aanleiding van het verweer van C. dat hij wel verband om de arm heeft gezien maar hem niet is gevraagd er naar te kijken en dat een dergelijke irritatie veelal vanzelf herstelt, heeft klaagster geen nadere feiten en of omstandigheden gesteld, welke tuchtrechtelijk van belang zijn.

Met betrekking tot klacht 5:

Het College stelt voorop dat de dubieuze afwijking van 4 mm op de Ct-scan een verdenking betreft en geen bevinding, nu de omvang van de afwijking zo gering was dat een punctie niet tot de mogelijkheden behoorde. Het is de keuze van AA. geweest van de afwijking geen melding te maken. Duidelijk is dat de afwijking geen consequenties had voor het voorgenomen behandelplan. Het College acht deze beslissing van AA. verdedigbaar. Dat C. in dezen AA. in dit beleid heeft gevolgd valt hem tuchtrechtelijk niet te verwijten.

Gelet op het vorenoverwogene is het College van oordeel dat C. zorgvuldig heeft gehandeld en de klachten ongegrond zijn.

Dit laat onverlet dat het College zich ervan bewust is dat het overlijden van Q. een enorme schok is geweest voor en een grote impact heeft gehad op haar ouders en familie.”

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Nu partijen tegen de door het Regionaal Tuchtcollege vastgestelde feiten geen

bezwaren hebben geuit gaat het Centraal Tuchtcollege voor het beoordelen van de zaak in beroep eveneens uit van die feiten, hiervoor weergegeven onder 2. *De feiten.*

4. Procedure in hoger beroep

4.1. Klaagster verzoekt het Centraal Tuchtcollege de hierna vermelde klachtonderdelen in volle omvang te beoordelen. Het Centraal Tuchtcollege heeft de klachtonderdelen deels verkort weergegeven en daarbij de nummering aangehouden die klaagster in haar beroepschrift heeft gebruikt.

4.a.1. De chemotherapeutische behandeling was niet geïndiceerd.

4.a.2. De behandeling van **Q.** had overgelaten moeten worden aan een kinderoncologisch centrum dan wel in samenspraak daarmee moeten worden ingesteld.

4.a.3. De ouders zijn ten onrechte niet deelachtig gemaakt van de afwegingen die tot de beslissing tot de **Q.** gegeven behandeling hebben geleid; de daling van de alfa foetoproteïne spiegel is hen niet meegedeeld, evenmin als de mogelijkheid de behandeling over te dragen aan een kinderoncologisch centrum.

Mede gelet hier op:

4.b. is er onvoldoende aandacht geweest voor samenlopende stollingsbevorderende factoren,

4.c. is er onvoldoende aandacht geweest voor de opgetreden tromboflebitis,

4.d. is de indicatie tot toediening van erythropoietine niet goed onderbouwd,

4.e. is dexamethason ten onrechte standaard en in te hoge dosis als anti-emeticum toegediend,

4.f. was het kort na de operatie toedienen van anticonceptie medicatie onverantwoord en had toediening ononderbroken moeten plaatsvinden,

4.g. is een dubieuze afwijking op de longen ten onrechte verzwegen,

4.h. had **Q.** in de ochtend van 7 februari 2004 niet uit het ziekenhuis ontslagen mogen worden,

4.j. mocht erythropoietine niet worden toegediend vanaf 24 uur voor tot 24 na toediening van een cytostaticum.

4.2. De arts heeft gemotiveerd verweer gevoerd met conclusie het beroep te verwerpen.

Beoordeling

4.3. Op grond van de stukken en hetgeen door partijen en deskundigen ter zitting naar voren is gebracht overweegt het Centraal Tuchtcollege als volgt.

Zoals onder de feiten staat vermeld onderging Q. op 25 november 2003 een laparotomie in verband met een zwelling in het rechter ovarium. Microscopisch onderzoek toonde aan dat er bij Q. sprake was van een kiemceltumor, graad III met in het buikvlies in het kleine bekken een immature peritoneale implant stadium IIb.

Q. is aansluitend met chemotherapie behandeld. Op 7 februari 2004 is Q. uit het F. waar zij de derde chemokuur had ondergaan ontslagen. Diezelfde dag is zij onverwacht thuis aan een ruitereembolie overleden. Aangenomen moet worden dat deze ruitereembolie een relatie heeft gehad met de behandeling van Q.

4.4. Het Centraal Tuchtcollege zal aan de hand van de onder 4.1. genoemde klachtonderdelen beoordelen of de arts terzake van de behandeling van Q. een tuchtrechtelijk verwijt moet worden gemaakt. Daarbij wordt vooropgesteld dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen gaat om het geven van een antwoord op de vraag of de arts 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 door klaagster klachtwaardig geachte handelen en met wat toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

4.5. *ad klachtonderdeel 4.a.1.*

In dit onderdeel van de klacht verwijt klaagster de arts dat hij Q. chemotherapie heeft toegediend zonder dat die behandeling was geïndiceerd. Volgens klaagster had na de operatieve ingreep een zogenaamd wait-and-see beleid moeten worden ingezet.

Ter onderbouwing van dit standpunt verwijst klaagster naar een door U. op 21 september 2004 op haar verzoek opgesteld rapport. Bij Q. was, volgens U., sprake van een matuur/immatuur teratoom met een peritoneale uitzaaiing van immatuur hersenweefsel. Voor de operatie was er een sterk verhoogde AFP spiegel in het bloed. Na de operatie en voor het begin van de chemotherapie was de AFP spiegel gedaald. De curve van de AFP spiegel had moeten worden gevolgd. Bij een eventuele stijging of niet verdere daling had kunnen worden overwogen chemotherapie te geven. Ook is een uitzaaiing van hersenweefsel op het peritoneum geen reden voor het instellen van chemotherapie, aldus U.

In de procedure in eerste aanleg heeft de arts de door hem gestelde indicatie voor de

chemotherapeutische behandeling onderbouwd met verwijzing naar onder andere de landelijke richtlijn “niet Epitheliale Maligniteiten van Ovarium en Tuba” van de Werkgroep Oncologische Gynaecologie (WOG), die, naar de arts uiteen heeft gezet, inhoudt dat voor patiënten met een kiemceltumor stadium II-IV het BEP schema (Bleomycine, Etoposide, Cisplatin) als standaard wordt beschouwd. Patiënten met gunstige prognostische factoren krijgen 3 kuren BEP, patiënten met ongunstiger factoren krijgen 4 kuren. Het gegeven dat de voor de operatie bij Q. gemeten AFP waarde hoger was dan 1.000ng/L, te weten 1.145 ng/L, leverde een ongunstiger prognose op en was voor hem, zo stelt de arts verder, aanleiding nog een vierde kuur voor te schrijven, waarbij de Bleomycine zou worden weggelaten. Dat de AFP waarde na de operatie aanmerkelijk was gedaald verandert aan het voorgaande niets, aldus de arts, omdat de voor de operatie gemeten AFP waarde bepalend is voor de uiteindelijke behandeling.

Het Centraal Tuchtcollege heeft V. de vraag voorgelegd (vraag A) wat naar zijn mening in december 2003 de diagnose bij Q. was en wat toen het stadium was van de tumor. Het antwoord van V. op die vraag luidt dat er bij Q. sprake was van een gemengd cellige maligne kiemceltumor, graad III van het rechter ovarium met een peritoneale implant van immatuur tumorweefsel in het kleine bekken, stadium IIB.

Op het eerste deel van vraag B of er voor de behandeling van patiënten met deze aandoening anno 2003 richtlijnen waren heeft V. gewezen op de ook al door de arts genoemde landelijke richtlijn “niet Epitheliale Maligniteiten van Ovarium en Tuba” van de WOG die van begin 2004 dateert.

Aan V. is vervolgens in het tweede deel van vraag B gevraagd of voor Q. een aanvullende behandeling met chemotherapie was geïndiceerd. Zijn antwoord op die vraag houdt in dat aanvullende chemotherapie voor Q. zeker geïndiceerd was gezien het feit dat het een graad III tumor betrof en er een peritoneale implant met maligne teratoom was in het kleine bekken. Bovendien, vervolgt V., was er eens sterk verhoogde AFP waarde gemeten voorafgaand aan de operatie.

Het Centraal Tuchtcollege volgt V. in dit oordeel. Het heeft daarbij mede in aanmerking genomen dat G. voornoemd en H., beiden voornoemd en deskundigen aan de zijde van de arts, in dezelfde zin hebben geconcludeerd in hun schriftelijke rapportage in reactie op het door U. voorgestane wait-and-see beleid. G. heeft zijn conclusie ter terechtzitting

herhaald.

In zijn op verzoek van klaagster gemaakte beoordeling van de zaak heeft

R. vooroemd in dit verband naar voren gebracht dat het voeren van een wait-and-see beleid, zoals **U.** voorstond, bij een individuele patiënt een overweging is indien de AFP-waarde postoperatief daalt zoals bij **Q.** het geval was, omdat er casuïstiek bestaat waarbij dit beleid succesvol was. Dergelijk behandelbeleid is echter niet conform de protocollaire richtlijn, die een behandeling met chemotherapie voorschrijft, aldus **R.**, zij het dat in het geval van **Q.** volstaan had moeten en kunnen worden met toedienen van twee kuren.

Over de vraag of de arts de chemotherapeutische behandeling had moeten beperken tot twee kuren wordt nog het volgende overwogen.

V. heeft ter terechtzitting desgevraagd nader toegelicht dat het geven van vier kuren zoals de arts heeft gedaan overeenkomt met hetgeen inmiddels is vastgelegd in genoemde richtlijn “niet Epitheliale Maligniteiten van Ovarium en Tuba” en in het geval van **Q.** verdedigbaar is. Het Centraal Tuchtcollege sluit zich hierbij aan.

Het Centraal Tuchtcollege merkt in dit verband nog op dat bedoelde richtlijn weliswaar dateert van na de behandeling van **Q.** maar dat aangenomen mag worden dat deze is gebaseerd op geruime tijd voordien geldende afspraken over de behandeling van de tumoren, waarvoor de richtlijn is opgesteld. Zoals het Regionaal Tuchtcollege ook heeft overwogen mag het ervoor worden gehouden dat de gangbare opvattingen binnen de betrokken beroepsgroepen in deze Richtlijn zijn vastgelegd.

ad klachtonderdeel 4.a.2.

V. heeft in zijn rapport (beantwoording van vraag C) aangegeven dat er anno 2003 (evenals anno 2008) geen richtlijnen maar wel afspraken bestonden over de oncologische behandeling van jonge adolescenten. Als het patiënten betreft met aandoeningen zoals bij **Q.** het geval was kan een behandeling goed worden uitgevoerd in een centrum voor volwassenen oncologie. De internist-oncoloog in elk academisch oncologisch centrum in Nederland heeft ruime ervaring met de behandeling van kiemceltumoren bij jongens die lang niet zo zeldzaam zijn als tumoren van het ovarium, aldus **V.** Het is volgens **V.** dus zeer goed verdedigbaar dat een dergelijke behandeling plaatsvindt in een centrum voor volwassenen oncologie, met dien verstande dat een en ander in overleg met een kinderarts-oncoloog geschiedt. Het Centraal

Tuchtcollege overweegt als volgt.

De arts heeft over de behandeling van **Q.** vooraf contact gehad met **Z.**, kinderarts-oncoloog in het **F.** Voor laatstgenoemde was er kennelijk geen aanleiding om de arts voor verder overleg te verwijzen naar een kinderoncologisch centrum dan wel zelf met een dergelijk centrum contact op te nemen. Onder deze omstandigheden kan de arts naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege niet verweten worden dat hij zelf, na het overleg met **Z.**, geen contact heeft opgenomen met een kinderoncologisch centrum, hetgeen, naar het Centraal Tuchtcollege ter terechtzitting is gebleken, binnen de oncologie in den lande ook niet standaard is bij de behandeling van adolescenten in een centrum voor volwassenen.

ad klachtonderdeel 4.a.3.

Met betrekking tot dit onderdeel van de klacht overweegt het Centraal Tuchtcollege dat het college niet is gebleken dat de arts **Q.** en haar ouders onvoldoende heeft ingelicht over het door hem in te zetten behandelbeleid.

Het Centraal Tuchtcollege verwijst naar hetgeen onder de vaststaande feiten van de bestreden uitspraak is vermeld over het eerste consult op 19 december 2003. Gelet op hetgeen bij het vorige klachtonderdeel is overwogen bestond niet de noodzaak de behandeling over te dragen. Voorts is **Q.** geïnformeerd over de aanvullende vierde chemokuur.

ad klachtonderdeel 4.b.

Het moet naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege hoogst onwaarschijnlijk worden geacht dat het toedienen van dexamethason en erythropoetine noch afzonderlijk noch in combinatie met elkaar of met andere voorgeschreven en toegepaste medicatie bij **Q.** heeft geleid tot een verhoogde stolling.

ad klachtonderdeel 4.c.

Nadat **Q.** op 16 januari 2004 had geklaagd over een pijnlijke infuusinsteek in haar linkerarm is de arm onderzocht door **BB.** De arts heeft er in zijn verweer op gewezen dat de klachten waarschijnlijk de voorbode waren van een tromboflebitis die vaak bij patiënten optreedt in de arm waar chemotherapie wordt toegediend, en die in het algemeen een ongecompliceerd beloop kent en veelal spontaan herstelt. Voldoende aannemelijk is dat de arts, zoals hij als verweer heeft aangevoerd, wel de arm in verband heeft gezien maar dat hem niet gevraagd is naar die arm te kijken. Gelet op de aard van deze aandoening hoefde er, naar

het oordeel van het Centraal Tuchtcollege, voor de arts ook geen aanleiding te zijn om verdere navraag en onderzoek te doen naar de arm in verband.

ad klachtonderdeel 4.d.

Op de door het Centraal Tuchtcollege aan V. gestelde vraag wat anno 2003/2004 de plaats was van erythropoietine bij patiënten als Q. heeft V. geantwoord dat er in de bedoelde periode een richtlijn bestond voor erythropoietine (epo) en aanverwante producten bij oncologische patiënten. Deze richtlijn is opgesteld door de American Society of Clinical Oncology (ASCO) samen met de American Society of Hematology (ASH) en werd toen (en nog steeds) ook in Nederland gehanteerd. In die richtlijn wordt geadviseerd om bij een door chemotherapie veroorzaakte bloedarmoede waarbij het Hb lager is dan 6,21 mol/L een behandeling met epo in te stellen. In gevallen waarbij het Hb is gedaald tot beneden 7,45 mmol/L maar niet beneden de 6,21 mmol/L geeft de richtlijn aan dat de indicatie voor behandeling met epo wordt bepaald door de klinische omstandigheden. Bij Q. was bij de aanvang van de tweede BEP kuur een daling van het Hb waargenomen van 8,0 mmol/L tot 6,9mmol/L. Dat op grond van die daling is besloten een behandeling met epo in te stellen acht V. verdedigbaar omdat de verwachting gerechtvaardigd was dat met een volgende chemokuur een verdere daling van het Hb zou optreden. Het Centraal Tuchtcollege volgt V. in dit oordeel.

ad klachtonderdeel 4.e.

De arts heeft Q. voorafgaande aan de eerste BEP kuur preventief o.a. dexamethason één maal daags 8 mg voorgeschreven. Naar aanleiding van klachten van misselijkheid gedurende de eerste kuur is de dexamethason medicatie vanaf de tweede kuur verhoogd naar twee maal daags 8 mg. Het Centraal Tuchtcollege sluit zich aan bij het oordeel van V. dat het voorschrijven van dexamethason, zoals de arts heeft gedaan, als profylactische/preventieve medicatie om misselijkheid en braken te voorkomen noodzakelijk is en dat het middel overeenkomstig de geldende standaard is voorgeschreven.

ad klachtonderdeel 4.f.

Aan V. is de vraag voorgelegd wat anno 2003 de opvatting was over het voorschrijven van orale anticonceptiva ter preservatie van de fertiliteit gedurende chemotherapie aan een patiënte als Q. V. heeft daarop geantwoord dat het in die tijd algemeen gebruikelijk was om aan jonge vrouwen anticonceptiva te geven om de

ovariële cyclus te onderdrukken met het doel de vruchtbaarheid gedurende de chemotherapie zoveel mogelijk te beschermen. Het effect is nooit bewezen maar er waren toen geen alternatieven. Kinderoncologen doseren de anticonceptiva daarbij continu, terwijl internist-oncologen de bij het voorschrijven van anticonceptiva gebruikelijke onderbreking van telkens één week in acht nemen. Het verschil zit alleen hierin dat bij de wijze van voorschrijven door kinderoncologen de maandelijkse vaginale bloeding wordt voorkomen, aldus V. Het Centraal Tuchtcollege sluit zich hierbij aan. Naar het oordeel van het college heeft de arts Q. orale anticonceptiva mogen voorschrijven op de wijze waarop hij dit heeft gedaan.

ad klachtonderdeel 4.g.

Zoals de arts als verweer heeft aangevoerd vermeldt het verslag van de CT scan van 22 december 2003 een kleine afwijking in de rechter long met een doorsnede van 4 millimeter. De toen dienstdoende collega van de arts, AA., heeft Q. en de familie van deze kleine afwijking niet op de hoogte gesteld. Het Centraal Tuchtcollege acht alleszins verdedigbaar dat de arts, zoals hij als verweer heeft aangevoerd en ter terechtzitting nog nader heeft toegelicht, er voor heeft gekozen op de door zijn collega ingeslagen weg voort te gaan en Q. en haar ouders niet alsnog te belasten met deze bevinding die op dat moment geen enkele consequentie had voor het behandelbeleid.

ad klachtonderdeel 4.h.

De vraag of Q. op de bewuste zaterdagochtend uit het ziekenhuis ontslagen had mogen worden moet in deze procedure in het midden worden gelaten omdat de arts die dag niet bij het besluit tot dat ontslag betrokken is geweest.

ad klachtonderdeel 4.j.

Tenslotte overweegt het Centraal Tuchtcollege dat de stelling van klaagster dat volgens het Farmacotherapeutische Kompas, CVZ 2004 p.278 epo niet mag worden gegeven in combinatie met een cytostaticum duidt op een onjuist lezen van bedoeld artikel.

4.6. Al het voorgaande leidt tot de slotsom dat de arts met betrekking tot de behandeling van Q. geen tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt en dat het beroep tegen de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege dat de klacht ongegrond is moet worden verworpen.

Om redenen aan het algemeen belang ontleend zal publicatie van deze beslissing worden bepaald.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

verwerpt het beroep;

bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Nederlandse Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg Jurisprudentie en Medisch Contact met het verzoek tot plaatsing.

Deze beslissing is gegeven in raadkamer door: mr. R.A. Torrenga, voorzitter, mrs. L.F. Gerretsen-Visser en G.P.M. van den Dungen, leden-juristen en dr. T.J.M. Tobé en prof.dr. J.B.L. Hoekstra, leden-beroepsgenoten en mr. C.M.J. Wuisman-Jansen, secretaris en uitgesproken ter openbare zitting van 27 januari 2009, door mr. W.D.H. Asser, in tegenwoordigheid van de secretaris.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.