

## Uitspraak Medisch Tuchtcollege Groningen

MT9611P

Het Medisch Tuchtcollege te Groningen heeft de volgende beslissing gegeven inzake de klacht, ingediend door mevrouw A, wonende te C, gericht tegen de arts drs. B, anaesthesioloog, destijds werkzaam te D, thans wonende te E, F.

### I. Procesverloop

Met een brief d.d. 8 februari 1996 heeft mevrouw A, wonende te C en hierna te noemen: klagster, een klacht ingediend tegen de anaesthesioloog drs. B, (o.a.) in februari 1993 werkzaam in het G Ziekenhuis te D en hierna te noemen: de aangeklaagde arts.

Bij het klaagschrift waren gevoegd een medisch advies, een medische expertise t.b.v. een verzekeringsmaatschappij en een korte overdracht van de anaesthesist voor de recoveryroom d.d. 26 februari 1993.

De aangeklaagde arts heeft zich na terugkeer in Nederland verweerd bij schrijven d.d. 10 juli 1996. In de aanbiedingsbrief stelt hij op 19 juli 1996 te zullen vertrekken naar F, vermeldt hij zijn adres aldaar en merkt hij o.a. op voornamelijk geen uitspraak te kunnen doen aangaande zijn terugkomst in Nederland.

Bij telefonisch contact met de secretaris van het College op 20 juli 1996 heeft de aangeklaagde arts meegedeeld over een H diploma te beschikken en niet naar Nederland te zullen terugkeren voor een eventuele zitting. Toegezegd is dat de anaesthesisten in genoemd ziekenhuis ervoor zouden zorgen dat de complete status voorhanden bleef.

Klagster heeft een reactie op het verweer ingezonden op 21 juli 1996, nog gevolgd door enkele nadere stukken waaronder een commentaar van een der eerder genoemde medici.

De klacht is behandeld ter zitting van het College, te Groningen gehouden op 18 november 1996.

Klagster is daar in persoon verschenen. De aangeklaagde arts is niet verschenen of vertegenwoordigd.

Gehoord is de ambtshalve opgeroepen

deskundige prof. dr. I, anaesthesioloog te J.

### II. Lezingen van partijen

#### a. De klacht

Klagster richt een klacht tegen drs. B, anaesthesioloog, verbonden aan het G Ziekenhuis te D, wegens verwijtbaar medisch handelen ten aanzien van haar moeder, mevrouw K, geboren op 30 maart 1919 en overleden op 20 mei 1993.

Zij adstrueert haar verwijt door het meezenden van een summier anaesthesieverslag vervat in de overdracht van de anaesthesist aan de recoveryroom met de postoperatieve instructie en twee schriftelijke stukken van artsen: een advies aan klagster d.d. 12 november 1993 van de hand van prof. dr. L, anaesthesioloog te C, en een medische expertise d.d. 19 september 1994 van de hand van prof. dr. M, neurochirurg te N, uitgebracht op verzoek van een verzekeringsmaatschappij, waarvan de samenvatting luidt:

Op grond van de medische en verpleegkundige status wordt de volgende samenvatting van de ziektegeschiedenis gemaakt:

Patiënte K werd na herhaalde poliklinische onderzoeken wegens pijnklachten in rug en rechter onderbeen, op een neurologische en orthopaedische polikliniek, op 15-02-93 acuut gezien op de heelkundige polikliniek, waar een thrombotische afsluiting van de rechter art.poplitea werd geconstateerd.

Zij werd opgenomen, en conservatief behandeld omdat o.g.v. D.S.A.-onderzoek een vaatreconstructie niet mogelijk werd geacht.

Als pijnbestrijding werd epiduraalanalgesie gegeven met Marcaïne 0,25% en Surfenta forte vanaf 17-02-93.

De pijn kon hiermee niet afdoende worden bestreden.

Na enkele dagen verslechterde de vascularisatie van de rechtersoet zodanig, dat een onderbeensamputatie werd overwogen. In een preoperatief internistisch consult werden een gegeneraliseerde arteriosclerose, een niet geheel stabiele, jaren bestaande hypertensie, behandeld met Zestril, een gestoorde

nierfunctie en een prolapsus uteri vermeld.

Er was geen absolute contraïndicatie tegen operatie, maar wel met een matig verhoogd cardiovasculair risico. De operatie vond op 26-02-93 onder epiduraal anaesthesie plaats. Daartoe werd om 13.03 uur 6cc Ultracaïne 4% in de epiduraal catheter gespoten. De bloeddruk was op dat moment 85/40 mm Hg. De operatie ving aan om 13.23 uur bij een hypotensie: 70/25 mm.

Durante operationem werd ter bestrijding van de hypotensie 2 x 10 mg Ephedrine (resp. om 13.28 en om 13.51 uur) en ½ L. Geloplasma + 1 L. glucosezoutoplossing toegediend. Om 14.30 uur kwam patiënte op de recovery (RR 70/40 mm), pas om 15.15 uur werden bloeddrukken gemeten boven 120/60 mm. De dag na de operatie kreeg patiënte een voorwandinfarct, waarvoor zij op de CCU werd behandeld.

Meerdere malen klaagde zij over gevoelloosheid in de linkervoet, die ook koud aanvoelde. Op 28-02-93 werd de epiduraalcatheter verwijderd. Op 10-03-93 bleek zij een paraplegie te hebben en constateerde de neuroloog een conuscaudasyndroom beneden niveau L1, waarvoor als oorzaak een epidurale bloeding en een ruggemerg en caudale letsel konden worden uitgesloten op grond van MRI-onderzoek. Geconcludeerd werd dat de schade aan de voorzijde van het ruggemerg (de achterzijde bleek bij neurofysiologisch onderzoek intact) al elf dagen aanwezig moest zijn geweest. Patiëntes toestand ging na een vruchteloze poging tot revalidatie en enkele operatieve amputatiestomp necrectomieën geleidelijk achteruit en zij overleed op 20-05-93.

De conclusie is: er is bij deze patiënte met een gegeneraliseerde arteriosclerose en een langbestaande hypertensie epiduraal anaesthesie toegediend met een preparaat, dat ook adrenaline bevatte; de bovendien reeds aan het begin van de operatie bestaande en zich niet herstellende hypotensie heeft in combinatie met de adrenaline bevattende ultracaïne een ischemie van het ruggemerg veroorzaakt.

Het epidurale gebruik van dit preparaat

was absoluut gecontraïndiceerd, dit moet worden gekwalificeerd als een kunstfout; de onvoldoende bestrijding van de preoperatieve hypotensie moet als een verwijtbare onzorgvuldigheid worden aangemerkt.

Het commentaar van de hoogleraar anaesthesie luidde:

'Er is een paraplegie opgetreden, die zonder meer te wijten is aan de combinatie van epidurale anaesthesie met een lokaal anaestheticum onder toevoeging van adrenaline en een niet voldoende behandelde hypotensie.

Er is zenuwwortelatrophie opgetreden door gelijktijdige adrenaline vasospasme en forse verlaging van de bloeddruk met dientengevolge irreversibele paraplegie.'

#### *b. Het verweer*

De aangeklaagde arts heeft zich schriftelijk verweerd naar aanleiding van de beide medische rapportages. Zijn verweer luidt letterlijk als volgt:

A. 'De epidurale toediening van een adrenaline bevattend Lokaal Anestheticum is lege artis en bedoeld om een intravasale positionering of in onderhavige casus intravasale migratie van een (in situ zijnde) epiduraalcatheter uit te sluiten.' [Dit wordt ondersteund door een citaat van Bromage uit 'Epidural Analgesie', 1978, p.229.]

'Daarnaast zorgt adrenaline – ook epiduraal toegediend – voor een toename van de Cardiac Output – waardoor een verbetering van de weefselperfusie – en beperkt het de systemische toxiciteit van epiduraal toegediende lokaal anesthetica, hetgeen zeker van belang is bij de oudere, cardiaal gecompromitteerde patiënt.' [Citaat uit Editorial uit Acta Anaesthesiologica Scandinavica 1995: 39.p.869-871, en uit H.E.M. Kerckamp: Ropivacaine versus Bupivacaine, proefschrift Nijmegen 1990, p.74.]

B. (samengevat):

'Het bestaan van systemische arteriële hypotensie peri-operatief kan een bijdragende factor zijn bij het ontstaan van myelumischemie.'

Daarnaast stelde aangeklaagde dat er bij deze patiënte inderdaad sprake was van perioperatieve hypotensieve perioden, die zijn bestreden door volumeinfusie met Geloplasma en intraveneuze toediening van Ephedrine. Helaas heeft deze actie niet geleid tot herstel van een aanvaardbare bloeddruk, maar het is bij patiënten als deze, met risicofactoren zoals: gegeneraliseerde atherosclero-

se, gevorderde leeftijd en verminderde cardiale reserve een in het behandelingsplan geaccepteerd risico.

De neurologische uitvalsverschijnselen dienen dus niet alleen in relatie worden gebracht met de hypotensie, maar ook met de drie zojuist genoemde risicofactoren.

De aangeklaagde arts acht zijn medisch handelen niet onzorgvuldig en concludeert dat hem niets kan worden verweten.

c. In een reactie op het verweerschrift reageert klaagster met te stellen, dat

a. de keuze van epiduraal anaesthesie met een adrenalinebevattend lokaal anaestheticum in het geval van een patiënt als haar moeder, met een gegeneraliseerde atherosclerose, niet voor de hand ligt;

b. dit preparaat in Nederland niet is geregistreerd voor epiduraal anaesthesie;

c. patiënte preoperatief cardiovasculair in een zodanige conditie was, dat de semi-electieve ingreep had moeten worden uitgesteld.

Klaagster handhaaft haar verwijt dat de aangeklaagde arts verwijtbaar onzorgvuldig heeft gehandeld.

In een commentaar op het verweerschrift stelt de hoogleraar anaesthesie prof. dr. L als volgt: ultracaïne met adrenaline is nooit toegelaten voor epiduraal gebruik. Het gebruik ervan bij een reeds bestaande hypotensie getuigt van een enorme tekortkoming aan kennis.

### **III. Beoordeling van de klacht**

#### *a. opmerkingen vooraf*

– De klacht is behandeld buiten aanwezigheid van de aangeklaagde arts. Het College betreurt dit, maar heeft enerzijds goede nota genomen van de mededeling van de aangeklaagde arts dat hij voor een eventuele zitting niet zou terugkeren naar Nederland (hetgeen het College tevens heeft opgevat als een instemming met behandeling en afdoening van de klacht buiten tegenwoordigheid van de aangeklaagde arts, door deze) en anderzijds vooral belang gehecht aan de dringende wens van klaagster dat de klacht zou worden afgedaan.

– Hoewel de klacht gaandeweg meer is gericht op de gegeven anaesthesie – waaraan de inhoud van de aan klaagster gegeven medische adviezen niet vreemd zal zijn – is steeds tevens vol-

doende aandacht gevraagd voor de hypotensie die zich voor en tijdens de ingreep voordeed en voor de omstandigheden waaronder is geopereerd, zodat het College zich vrij acht om een oordeel te geven met betrekking tot alle aspecten van de handelwijze van de aangeklaagde arts op 26 februari 1993 bij de aan de orde zijnde operatie.

– Hoewel klaagster in haar inleidend klaagschrift verzoekt om de aangeklaagde te veroordelen in haar kosten en die van de procedure, is ter zitting gebleken dat zij aan dit verzoek geen inhoud wil geven.

#### *b. beoordeling*

Voor de beoordeling van het ziektebe- loop van klaagsters moeder tijdens en na de operatie en van het medisch handelen van de aangeklaagde arts beschikt het College over het medisch dossier, inclusief de verpleegkundige rapportage. Daarop baseerden de twee medisch deskundigen, die voor klaagster rapporteerden zich ook. Voorzover is op te maken uit de medische status en de diverse specialisten(ontslag)briefven, had patiënte een lange voorgeschiedenis van claudicatioklachten, dyspnoe en een jarenlange (vanaf '68) door de huisarts behandelde hypertensie. Deze behandeling bestond uit Zestril en Fludex. Bij opname was de bloeddruk 125/50 mm.

Op enkele punten is het medisch dossier onvolledig of onvoldoende duidelijk. Zo ontbreekt enig preoperatief onderzoek van de patiënt van de hand van de aangeklaagde arts. Er zijn geen bloeddrukmetingen genoteerd op de ochtend vóór de operatie. Er is geen centraal veneuze drukmeting genoteerd op het anaesthesieverslag en waarschijnlijk dus niet verricht. Er is niets in de verpleegkundige rapportage genoteerd over de sensibiliteit en motoriek van de benen op de 1e postoperatieve dag. Daarna kreeg patiënte een voorwandinfarct, door ECG veranderingen geboekstaafd.

De vraagstelling valt uiteen in 4 hoofdpunten:

1. Was de keuze voor epiduraal anaesthesie bij deze patiënte verantwoord?
2. Was de keuze voor toediening van Ultracaïne 4% per epiduraal catheter een aanvaardbare keus bij de huidige stand van de wetenschap?
3. Zijn voldoende voorzorgen genomen om de risico's ten gevolge van tensiedaling bij deze patiënte met een labiele (hyper)-tensie en gegeneraliseerde athe-

rosclerose durante operationem te vermijden?

4. Kan de paraplegie vanaf LII (op de 11e dag postoperatief geconstateerd) direct worden gerelateerd aan de gegeven anaesthetica?

Voor de beantwoording van deze vragen beroept het College zich in belangrijke mate op hetgeen de deskundige ter zitting heeft verklaard. Desgevraagd stelde hij:

ad 1.

De keuze voor epiduraal anaesthesie is op zichzelf aanvaardbaar voor dit soort operaties, maar omdat dit type anaesthesie altijd al bloeddruk dalen veroorzaakt, zou de bloeddruk eerst op peil moeten zijn gebracht, alvorens men het anaestheticum toediende. De keuze is wel begrijpelijk, omdat de epiduraal catheter reeds negen dagen in situ was en goed gepositioneerd leek te zijn. Maar in dit specifieke geval was algehele narcose waarschijnlijk te verkiezen geweest.

ad 2.

De keuze van Ultracaïne, dat in Nederland slechts geregistreerd is voor de kaakchirurgie, ligt niet voor de hand, maar is toch in Nederland geruime tijd veelvuldig in gebruik geweest en nog steeds in gebruik, voornamelijk in de niet-academische ziekenhuizen. Het feit dat het niet is geregistreerd voor epidurale en (verbaasd genoeg) wel voor spinale anaesthesie, impliceert niet dat het dan ook niet door artsen epiduraal mag worden toegediend. Hetzelfde geldt voor het bestanddeel Adrenaline. De gebruikte dosis van dit middel is zo laag dat, naar zijn ervaring, hierdoor geen ischemie van het ruggemerg kan optreden.

ad 3.

De voorzorgen die moeten worden genomen bij een oudere patiënte met een gegeneraliseerd vaatlijden en een labiele hypertensie, behelzen in het algemeen minstens een preoperatieve maatregel als preloading, om de circulatie op aanvaardbaar peil te hebben en een continue bewaking daarvan door middel van een centraal veneuze drukmeting. Met de beschikbare gegevens is niet op te maken of preloading bij deze patiënte geïndiceerd zou zijn geweest.

Het is in dit geval niet gebeurd. De peroperatieve opvang van de bloeddruk door middel van Geloplasma en herhaalde intraveneuze toediening van Ephedrine was adequaat, maar heeft niet tot het gewenste resultaat geleid.

In het anaesthesieverslag is niet terug te vinden of er een cardiale oorzaak voor de bloeddrukdalingen bestond. Er is geen registratie van de hartactie voorhanden.

Het kan niet aan de aangeklaagde arts worden gevraagd.

Wel staat vast dat patiënte in de postoperatieve periode meerdere malen een ernstige hartischemie heeft doormaakt, resulterend in een hartinfarct op de eerste postoperatieve dag.

ad 4.

Vasoconstrictie in het ruggemergskanaal en tensiedalingen, zoals gebruikelijk zijn bij epiduraal anaesthesie, veroorzaken volgens de ervaring van de deskundige op zichzelf beslist geen ischemie, die tot uitvalsverschijnselen leidt (zie ad 2).

Hoewel uit commentaar van klagster ter zitting zou moeten blijken, dat haar moeder geen ernstige verschijnselen van gegeneraliseerde atherosclerose, anders dan de pijnklachten aan het been, had vertoond vóór de onderbeensamputatie, is uit de diverse onderzoeken tijdens opname wel degelijk op te maken, dat die bestond. Klagster ontkent dat met haar tijdens de opname besproken is, en zeker niet preoperatief, dat haar moeder een risicopatiënte was.

De medicatie bij opname was: Tryptizol 3x25 mg dd; Fludex 1x2,5 mg dd; Zestril 2x10 mg dd; Cedocard retard 2x20 mg dd; Seresta 3x10 mg dd; Propanolol, Diclofenac en Sintrom.

Gemeten bloeddruk tussen 16 en 26 Februari 1993: 185/80, 145/75, 190/90, 145/75, 155/75, 135/70, 140/80, 130/70 mm.

Serumcreatinine variërend tussen 165 uMol/l(15-2-93) en 134 uMol/l (25-2-96).

Het College komt tot de conclusie dat de keuze voor de epidurale anaesthesie, met Ultracaïne, op zichzelf niet tuchtrechtelijk verwijtbaar is, maar dat in het specifieke geval van deze patiënte onvoldoende aandacht is gegeven aan de labiele cardiovasculaire toestand waarin patiënte zich bevond, met name bij aankomst op de operatiekamer. In ieder geval is de verslaglegging van de gegeven anaesthesie, de genomen voorzorgsmaatregelen alsmede de bewaking uiterst summier.

In hoeverre de keuze van een adrenalinebevattend anaestheticum voor het verloop postoperatief en met name voor het ontstaan van de myelumische-mie van oorzakelijk belang is geweest, is niet vast te stellen; het College acht

het niet waarschijnlijk en sluit daarmee aan bij de opvatting van de voor klagster rapporterende hoogleraar neurochirurgie alsmede bij de uitspraken daaromtrent van de deskundige. Er zijn vermoedelijk meerdere onopgemerkte circulatiestoornissen geweest, die zeker bij operaties wegens ischemie van de benen een rol spelen bij het ontstaan van postoperatieve complicaties. Beeldvormend onderzoek daarnaar bevindt zich niet in de medische status (geen obductie).

Al hetgeen hiervoor is overwogen leidt tot de slotsom dat de klacht gegrond is, in het bijzonder voor wat betreft het derde onderdeel van het te beoordelen medisch handelen van de aangeklaagde arts, zoals beschreven onder ad 3.

Het College acht het opleggen van de maatregel van een waarschuwing aangewezen.

#### IV. Beslissing

Het Medisch Tuchtcollege te Groningen,

Verklaart de klacht gegrond,

Legt aan de aangeklaagde arts de

maatregel van waarschuwing op,

Bepaalt dat deze beslissing op de wijze

als voorgeschreven bij artikel 13B van

de Medische Tuchtwet wordt bekend

gemaakt door toezending met het ver-

zoek tot plaatsing aan de Nederlandse

Staatscourant, alsmede aan de volgende

tijdschriften:

– Tijdschrift voor Gezondheidsrecht,

– Medisch Contact,

– Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.

*Aldus gewezen door: mr. T. Duursma, voorzitter, drs. F.G.H. de Noord, lid-geneeskundige, prof. dr. J.N. Homan van der Heide, lid-geneeskundige, mw. drs. P.W. Chin a Paw-v.d. Sloot, lid-geneeskundige, prof. dr. R.J. van den Bosch, lid-geneeskundige, bijgestaan door mr. J.W. Kastelein, plv. secretaris, en uitgesproken op 6 januari 1997 door de voorzitter, in tegenwoordigheid van de secretaris.*