

# Dood door iatrogene dubbele pneumothorax

**D**at bij het verrichten van een subclaviapunctie ten behoeve van parenterale voeding soms een arterie wordt aangeprikt en lucht wordt aangezogen is helaas onvermijdelijk. Net zoals de pneumothorax die daarvoor kan ontstaan.

Bij een later overleden patiënt ging het dubbel mis. Omdat rechts niet lukte, prikte de chirurg in dezelfde zitting ook nog eens aan de linkerkant en ook daar ging het mis. Op de aanvullend gemaakte thoraxfoto was een mogelijke kleine toppneumothorax links zichtbaar. De chirurg vermeldde het falen op het overdrachtsformulier aan de afdeling Interne en adviseerde daarin om enkele uren later de thoraxfoto te herhalen. Maar ja, het overdrachtsformulier werd alleen met de patiënt meegegeven. Hij liet na de verpleegkundigen en de dienstdoende arts in te lichten over het potentiële gevaar dat de patiënt - zeker met dubbelzijdig misprikken - liep.



De dubbelzijdige spanningspneu waarmee de aangeklaagde chirurg zijn patiënt een uur later op de IC aantrof, werd hem fataal. Het Regionaal Tuchtcollege Eindhoven, dat positief opvalt door het ter publicatie aanbieden van vele leerzame beslissingen, berispte de chirurg.

Een dagje respijt met 'wait and see' alvorens nogmaals te prikken en een overdracht passend bij het risico, had de patiënt misschien het leven gespaard. Vanaf nu is het dubbelzijdig verrichten van een subclaviapunctie binnen 24 uur een kunstfout.

B.V.M. CRUL, arts  
MR. D.Y.A. VAN MEERSBERGEN

Log in en discussieer  
mee of bekijk eerdere  
uitspraken op onze website:  
[www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl)



## Uitspraak Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Eindhoven d.d. 23 april 2007

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Eindhoven heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 11 juli 2006 binnengekomen klacht van A, wonende te B, klaagster, tegen C, chirurg, wonende te D, BIG-registratienummer E, verweerder, gemachtigde prof. mr. F.

### 1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het college heeft kennisgenomen van het klaagschrift, het verweerschrift, de repliek en de dupliek. Partijen hebben geen gebruikgemaakt van de gelegenheid om in het kader van het vooronderzoek te worden gehoord.

De klacht is behandeld ter openbare zitting van 26 maart 2007. Partijen waren aanwezig, verweerder vergezeld door zijn gemachtigde.

### 2. DE FEITEN

De echtgenoot van klaagster, hierna te noemen 'de patiënt', werd op 22 oktober 1998 opgenomen op de afdeling Interne Geneeskunde. Op 2 november 1998 zag verweerder de patiënt op de EHBO op

verzoek van de afdeling Interne Geneeskunde in verband met een consultaanvraag voor het inbrengen van een subclaviakatheter ten behoeve van totaalparenterale voeding. De patiënt leed aan colitis ulcerosa en verdroeg geen orale voeding.

Verweerder heeft die middag omstreeks 17.30 uur kennisgemaakt met de patiënt. Hij heeft de procedure uitgelegd en de patiënt in de juiste positie gelegd. Verweerder heeft na infiltratie van de huid rechts subclaviculair met plaatselijke verdoving met een bistourie een steekgaatje in de huid gemaakt en eerst aan de rechterkant een poging gedaan de vena subclavia aan te prikken. Dat lukte niet. Verweerder heeft aansluitend eenzelfde procedure aan de linkerkant verricht. Ook deze pogingen waren zonder resultaat. Zowel aan de rechter- als aan de linkerzijde is arterieel bloed en lucht opgezogen. Verweerder heeft toen de procedure gestopt en ter controle een röntgenfoto van de thorax laten maken. Hij meende op die foto een toppneumothorax te zien aan de linkerzijde.

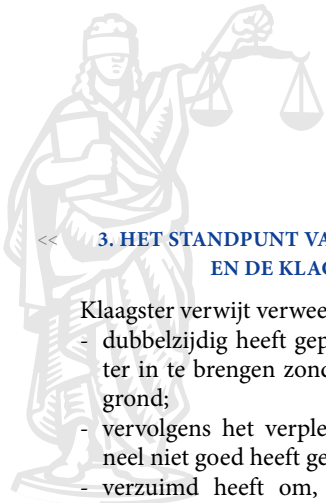
Verweerder heeft de patiënt naar de afdeling Interne Geneeskunde laten teruggaan met de afspraak dat een nieuwe thoraxfoto gemaakt zou worden om 20.00 uur of eerder als daartoe aanleiding zou zijn.

Kort na aankomst op de afdeling bleek de patiënt niet goed meer aanspreekbaar, hij zag bleek en werd cyanotisch. Om 18.30 uur werd verweerder naar de intensive care geroepen in verband met reanimatie van de patiënt. Deze lag aan de beademing met een naald aan beide zijden in de thoraxholte, die waren ingebracht door een andere arts vanwege een dubbelzijdige spanningspneumothorax. Verweerder heeft aan beide zijden een thoraxdrain ingebracht.

De daaropvolgende dag bleek er opnieuw een spanningspneumothorax aan de rechterkant te zijn.

De patiënt is uiteindelijk op 10 november 1998 overleden.

Verweerder heeft de Inspecteur van de Volksgezondheid van dit overlijden op de hoogte gesteld en een MIP-melding geschreven. >>



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

Klaagster verwijt verweerder dat hij:

- dubbelzijdig heeft gepoogd een katheter in te brengen zonder spoedeisende grond;
- vervolgens het verpleegkundig personeel niet goed heeft geïnstrueerd;
- verzuimd heeft om, na de mislukte pogingen, een indicatie tot opname op de intensive care te stellen ter observatie.

Door het niet lege artis uitvoeren van het inbrengen van een subclaviaire katheter en de slechte nazorg is de echtgenoot van klaagster overleden.

### 4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder achtte zich voldoende bekwaam om een subclaviakatheter te plaatsen. De uitrusting en plaats van handeling waren conform de eisen. Verweerder was er niet mee bekend dat het als een fout zou moeten worden gezien om aan twee kanten te trachten een subclaviakatheter te plaatsen. Het was gebruikelijk om na het prikken de patiënt retour te zenden naar de afdeling Interne Geneeskunde. De verpleegkundigen daar hadden ook ervaring met dergelijke patiënten. Een pneumothorax kan altijd ontstaan, ook als geen lucht wordt aangezogen en deze complicatie is in het algemeen goed te behandelen.

Naar aanleiding van deze dramatische gebeurtenis heeft verweerder voor zijn maatschap een protocol opgesteld met als uitgangspunt dat er na een eerste poging tot prikken aan de andere zijde pas een nieuwe poging mag plaatsvinden nadat 24 uur zijn verstreken.

Het binnen 24 uur aan twee zijden trachten te prikken van een subclaviakatheter moet niet als een medische kunstfout worden gezien.

### 5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

5.1 Verweerder heeft bij het uitvoeren van de subclaviapunctie aan de rechterzijde een adequate techniek gehanteerd. Dat desondanks een arterie werd aangeprikt en lucht werd aangezogen, is hierbij een onvermijdbaar risico en valt verweerder dus niet te verwijten.

Nadat het niet mogelijk bleek de vena subclavia rechts aan te prikken, werd direct aansluitend dezelfde proce-

dure aan de linkerkant uitgevoerd. Verweerder geeft aan dat hem geen studies of richtlijnen bekend waren die adviseerden zulks niet te doen. Het college acht dit geen valide argument. Immers, als wel bekend is dat na een subclaviapunctie een pneumothorax kan ontstaan, en dientengevolge een thoraxfoto moet worden gemaakt na iedere subclaviapunctie, dient ook rekening te worden gehouden met een dubbelzijdige pneumothorax na een subclaviapunctie beiderzijds zonder tussenliggende periode van observatie met thoraxfoto.

5.2 Verweerder heeft na de mislukte subclaviapuncties een thoraxfoto laten maken, waarop mogelijk een kleine pneumothorax links wordt gezien. De patiënt vertoonde geen tekenen van dyspneu. Verweerder heeft daarom een terugkeer van de patiënt naar de afdeling Interne Geneeskunde verantwoord geacht. Dat verweerder geen indicatie zag voor een opname op de afdeling Intensive Care is op zich niet verwijtbaar. Wel dat hij niet heeft gezorgd voor een adequate nazorg.

Op het consultformulier, waarmee de subclaviapunctie door de internist was aangevraagd, gaf verweerder wel aan dat een subclaviapunctie aan de rechter- en de linkerkant niet gelukt waren en dat mogelijk een kleine toppneumothorax links aanwezig was op de thoraxfoto. Ook adviseerde hij om 20.00 uur een nieuwe thoraxfoto te laten maken. Het consultformulier is echter enkel meegegeven met de patiënt bij terugkeer naar de afdeling Interne Geneeskunde. Verweerder liet na dit te melden bij de verpleegkundigen van die afdeling en stelde evenmin de dienstdoende arts op de hoogte. Zodoende waren zij niet voorbereid op de met het mislukken van de puncties gepaarde risico's en is derhalve dus ook geen bijzondere aandacht aan de patiënt besteed. De reanimatieprocedure heeft de gevolgen van de opgetreden dubbelzijdige pneumothorax niet meer kunnen opheffen.

5.3 Samenvattend moet worden vastgesteld dat verweerder door aansluitend aan de subclaviapunctie rechts een subclaviapunctie links uit te voeren ernstige risico's voor de patiënt in het leven heeft geroepen, die zich vervolgens hebben verwezenlijkt. Door daarna bij de overdracht van de patiënt naar de afdeling Interne Geneeskunde mondeling geen

nadere informatie en/of instructies te geven aan de verpleegkundigen en/of de dienstdoende arts heeft verweerder niet gezorgd voor adequate nazorg.

De patiënt is uiteindelijk aan de gevolgen van de ingreep overleden.

Verweerder voert aan dat een strafrechtelijk vooronderzoek tegen hem heeft plaatsgevonden en dat de officier van justitie de zaak uiteindelijk heeft geseponeerd, maar dit neemt niet weg dat verweerder naar tuchtrechtelijke maatstaven laakbaar heeft gehandeld.

5.4 Bovenstaande leidt tot de slotsom dat de klacht gegrond is. Verweerder heeft verwijtbaar gehandeld in strijd met de zorg die hij ingevolge artikel 47 lid 1 Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg jegens de echtgenoot van klaagster had behoren te betrachten. De oplegging van na te melden maatregel is daarvoor passend.

Het college zal, om redenen aan het algemene belang ontleend, bepalen dat deze beslissing zal worden bekendgemaakt als hierna te bepalen.

### 6. DE BESLISSING

Het college:

- verklaart de klacht gegrond;
- berispt verweerder;

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

Aldus gewezen door mr. A.C. Oosterman-Meulenbeld als voorzitter, mr. W.E.M. Duynstee-Bijvoet als rechtsgeleerd lid, jhr. dr. O.J. Repelaer van Driel, E.W.A.M. Weijnen en prof. dr. G.G.M. Essed als geneeskundige leden, in aanwezigheid van de secretaris, mr. M. van der Hart, en in het openbaar uitgesproken op 23 april 2007 in aanwezigheid van de secretaris. ■