

Casuïstiek op basis van aansprakelijkheidsclaims

1. Cerebrovasculair accident
2. Fractuur
3. Diepveneuze trombose
4. Ablatio retinae
5. Arteriële occlusie
6. Peesruptuur
7. Cauda equina
8. Torsio testis

Cerebrovasculair accident 1

Tijdens uw zaterdagavonddienst op de huisartsenpost ziet u de 77-jarige meneer De Vries. Hij wordt in een rolstoel door zijn vrouw uw spreekkamer binnengereden. Hij vertelt dat hij zich niet goed voelt, duizelig is en wankelt op de benen. Daarbij heeft hij tintelende vingers. De klachten zijn vanmorgen op de jeu de boules-baan ontstaan: daar moest hij gaan zitten om niet te vallen. Het lopen ging zo moeizaam dat hij door vrienden haar huis moest worden gebracht. De laatste uren zijn de klachten volgens de heer De Vries nog wat toegenomen in ernst. Hij voelt de zwaartekracht in de benen, alsof “zijn voeten aan de grond plakken”. Meneer De Vries is bekend met diabetes mellitus II, hypertensie, hypokaliëmie en erysipelas. Bij onderzoek maakt de heer De Vries geen zieke indruk. De bloeddruk is 152/86, de pols 63 regulair, de saturatie 98% en de temperatuur 37.1. Het niet-nuchtere bloedsuiker bedraagt 14,2. Het valt u op dat de heer De Vries bij staan wankel op de benen is, hij moet worden vastgehouden door u en echtgenote. De kracht in armen en benen evenals de reflexen zijn symmetrisch. Wat u vooral opvalt is een flinke hoeveelheid oedeem in de benen.

1. Wat is uw volgende stap?
2. Wat is uw meest waarschijnlijke diagnose?
3. Indien van toepassing, wat zijn u differentiaal diagnoses?

De huisarts op de HAP besluit af te wachten, aangezien er volgens hem geen sprake is van alarmsymptomen op dit moment. Op maandagochtend belt patiënt zijn eigen huisarts. Zij onderzoekt hem de volgende dag en adviseert bloedonderzoek. Woensdagochtend belt de huisarts om door te geven dat het bloedonderzoek geen afwijkingen heeft aangetoond. De echtgenote van patiënt geeft aan dat het nog steeds niet goed gaat: patiënt slaapt veel kan niet normaal op de benen staan en sleept met de linkervoet; hij heeft het gevoel dat er een magneet onder de voet zit. Daarop besluit de huisarts om patiënt met spoed door te verwijzen naar de neuroloog.

Die middag wordt patiënt door de neuroloog gezien. De neuroloog vindt bij het neurologisch onderzoek een atactische knie-hakproef links en een breedbasisch looppatroon met ataxie van het linkerbeen. Daarnaast kon patiënt (nog altijd) niet staan zonder steun. Een CT-scan toonde lacunaire infarcten van oudere datum. Een later poliklinisch gemaakte MRI toonde een klein recent lacunair infarct rechts paraventriculair.

Acht maanden nadien, na een intensief traject met fysiotherapie en ergotherapie, heeft patiënt nog steeds minder stuur in het linkerbeen en draagt een beugel om zijn linkerbeen. Hij loopt met een rollator en heeft een aangepaste woning. Er is toezicht nodig op zijn ADL handelingen vanwege zijn beperkte inzicht in de veiligheid.

Er wordt een claim ingediend bij de huisarts op de HAP vanwege het niet doen van aanvullend onderzoek. Aangezien er ook sprake is van een patiënt-delay (patiënt komt pas 's avonds op consult terwijl de klachten in de ochtend begonnen zijn), blijft onduidelijk of de restschade het gevolg is van de vertraging in de diagnose. Immers, patiënt komt na 4,5 uur niet meer in aanmerking voor trombolysen. Er wordt een minnelijke regeling afgesproken van €11.500.

Cerebrovasculair accident 2

U doet visitedienst op de huisartsenpost. Om kwart voor een 's nachts vraagt de assistente u om met urgentie U2 naar de 31-jarige meneer Boogaard te gaan. De ouders van meneer Boogaard hebben de HAP gebeld omdat hij sinds die middag hoofdpijn had, en sinds een paar uur rechterarm en been niet goed kan bewegen, moeite heeft met praten, duizelig is en niet goed ziet.

Aangekomen in het huis van de alleenwonende meneer Boogaard, treft u hem en zijn door hem gealarmeerde ouders. De heer Boogaard vertelt dat hij zich zorgen maakt dat hij een cerebrovasculair accident heeft gehad. Hij heeft de hele dag al hoofdpijn, is misselijk en braakt soms een klein beetje. In de loop van de middag en avond namen de klachten toe en kreeg hij ook minder gevoel en kracht in de rechter lichaamshelft. Hij werkt als ICT'er en ervaart veel stress op zijn werk door de slechte relatie met zijn leidinggevende. De heer Boogaard geeft aan dat hij altijd "onhandig" is in het contact met anderen.

1. Welke algemene vragen zou u nog willen toevoegen aan de anamnese?

Risicofactoren: De heer Boogaard rookt niet, drinkt 4 EH per week en gebruikt geen drugs

Voorgeschiedenis: De medische voorgeschiedenis vermeldt tinnitus rechts. Voor de rest is Dhr Boogaard altijd gezond geweest.

Familie anamnese: In de familie komen geen hart- en vaatziekten of maligniteiten voor. U besluit te vervolgen met lichamelijk onderzoek.

2. Welk lichamelijk onderzoek wilt u doen bij dhr Boogaard?

U besluit zich te richten op algemeen neurologisch onderzoek.

U vindt het contact met de heer Boogaard wat stroef verlopen. Het valt u op dat de heer Boogaard licht stottert. Hij kan de rechter arm heffen, maar zonder ondersteuning zakt deze meteen. De top-neursproef is rechts licht gestoord. Het lukt u niet om de gezichtsvelden te testen, u heeft het idee dat de heer Boogaard uw instructies niet goed begrijpt. Hij loopt goed maar wel houterig. Dhr Boogaard komt nogal vasthoudend over in zijn klachten en zijn ouders zijn erg bezorgd.

1. Wat is uw volgende stap?
2. Wat is uw meest waarschijnlijke diagnose?

3. Indien van toepassing, wat zijn u differentiaal diagnosen?

U denkt dat er sprake is van een conversie-achtig beeld bij stress, mogelijk bij een niet-gediagnosticeerde stoornis in het autismespectrum (ASS), waarbij u meneers vasthoudendheid wijt aan een onvermogen snel te kunnen schakelen in het kader van een ASS. U bespreekt voor de zekerheid uw bevindingen nog even met een neuroloog. Deze is het met uw conclusie eens en adviseert om de heer Boogaard morgen te laten herbeoordelen door zijn eigen huisarts. U adviseert daarnaast om psychiatrische expertise in te schakelen op het gebied van autismespectrumstoornissen.

De volgende dag bij de eigen huisarts heeft patiënt nog steeds problemen met de coördinatie en een rare spraak. Er is rechts minder kracht en de topneusproef is gestoord. Patiënt wordt met spoed doorgestuurd naar de neuroloog, die een homonieme hemianopsie rechts constateert, naast een gestoorde motoriek, praxis en sensibiliteit van de rechter arm. Op de CT wordt een posterior infarct links gezien. Patiënt wordt op de stroke unit opgenomen en wordt opgenomen in een revalidatiekliniek gedurende een half jaar.

5 jaar na dato is het krachtsverlies verbeterd, wel blijven er halfzijdige sensibiliteitsstoornissen bestaan. Vooral van de hemianopsie blijft patiënt veel last houden. Hij is eerder moe omdat alle handelingen hem meer energie kosten. Ook heeft hij hulp nodig met het huishouden en heeft hij moeite met het houden van overzicht bij bijvoorbeeld het doen van zijn administratie. Hiervoor heeft hij een begeleider. Wegens aanhoudende arbeidsongeschiktheid langer dan 2 jaar is hij zijn baan kwijtgeraakt als ICT'er. Hij heeft momenteel een arbeidsongeschiktheidsuitkering.

Ruim 2 jaar later dient dhr Boogaard een klacht in bij het regionaal tuchtcollege tegen de dienstdoend huisarts voor het niet met spoed verwijzen naar de neuroloog. Deze klacht wordt gegrond verklaard en de dienstdoende huisarts krijgt een waarschuwing. Bijna 5 jaar na dato dient dhr ook een claim in bij de aansprakelijkheidsverzekeraar, welke aansprakelijkheid erkent en een schadebedrag uitkeert van € 5250.

Fractuur 1

Ricardo Jongenelis, 15 jaar en scholier op de HAVO, valt tijdens een voetbalwedstrijd, waarbij hij keeper is, op zijn arm. Direct erna heeft hij veel pijn aan zijn pols. Hij bezoekt u op de huisartsenpost.

1. Welk lichamelijk onderzoek voert u uit?

Bij lichamelijk onderzoek is er geen sprake van asdrukpijn en geen supinatiepijn.

2. Wat vertelt u aan Ricardo?

3. Wat is uw meest waarschijnlijke diagnose?

4. Indien van toepassing, wat zijn u differentiaal diagnosen?

De diagnose wordt gesteld op een kneuzing. U adviseert af te wachten.

Een maand later bezoekt Ricardo zijn eigen huisarts wegens persisterende klachten. Deze laat een röntgenfoto maken waaruit een distale radiusfractuur met angulatie naar dorsaal van 40 graden blijkt met callusvorming. Er wordt een open repositie gedaan met K-draden

welke ruim een maand later worden verwijderd. Radiologisch resteert er nog een kleine knik in de distale radius met klinisch een lichte radiale deviatie.

Enkele maanden later heeft Ricardo bij zwaar tillen nog pijn aan zijn pols en hij probeert hierdoor zijn pols te ontzien. Ook kan hij zijn hand nog niet goed naar links en rechts deviëren. Wel is hij inmiddels weer gaan voetballen.

De ouders van Ricardo stellen de dienstdoende huisarts op de post aansprakelijk wegens het niet verwijzen voor radiologisch onderzoek en missen van de diagnose fractuur.

Aansprakelijk wordt erkend en er wordt een schadevergoeding uitgekeerd van €2700. Het waarneembericht is zeer summier ingevuld en er is geen advies gegeven over follow up door de eigen huisarts bij persisterende klachten.

Fractuur 2

Mw de Graaf, 68 jaar en bekend met DM II en astma, valt op eerste kerstdag in de slaapkamer tussen bed en kast. Zij wordt gezien op de HAP, alwaar zwelling en hematoom op de schouder/bovenarm li geconstateerd worden, alsmede een bultje ter plaatse van de clavicula. Het advies is veel te oefenen met slingeren. Op 11 januari wordt zij door u als eigen huisarts gezien wegens persisterende pijnklachten. Bij lichamelijk onderzoek is er een restant hematoom te zien bij een zeer matige functie van de schouder.

4. Wat is uw volgende stap?

5. Wat is uw meest waarschijnlijke diagnose?

6. Indien van toepassing, wat zijn u differentiaal diagnosen?

De huisarts geeft haar pijnstilling middels diclofenac. Op 30 januari komt zij opnieuw bij de huisarts wegens persisterende functiebeperking. Zij kan haar arm maar tot 30 graden heffen in alle richtingen. De huisarts stuurt haar naar de orthopeed. Die constateert een bewegingsbeperking en laat een röntgenfoto maken waarop een subcapitale humerusfractuur te zien is met volledige dislocatie waarbij het deel met tuberculum majus en minus als het ware los in de subacromiale ruimte ligt. Hierdoor is de rotatorcuff getretraheerd. Er wordt een volledige schouderkophals prothese geplaatst. De restverschijnselen die mw hieraan over houdt zijn bewegingsbeperking, namelijk abductie 90 graden, adductie 20 graden, exorotatie 0 graden en endorotatie 40 graden. Zij heeft veel pijnklachten waardoor zij 3 jaar later nog paracetamol slikt en niet goed kan slapen op de schouder. Zij is wel zelfstandig in haar ADL en kan lichte boodschappen doen, maar huishoudelijke taken als stofzuigen, wasmanden dragen en was ophangen en bedden opmaken kan zij niet zelfstandig.

Enkele maanden later stelt zij zowel waarnemend huisarts op de post als de eigen huisarts aansprakelijk voor het delay in de diagnose. Zij stelt dat door het delay de kans op conservatieve behandeling of operatie met osteosynthesemateriaal haar is ontnomen.

Experts stellen echter dat laatstgenoemde behandelingen zeer waarschijnlijk niet hadden geleid tot een beter resultaat en dat er aanzienlijke kans was dat deze hadden geleid tot extra klachten zoals frozen shoulder en complicaties met het osteosynthesemateriaal.

Het bedrag dat wordt uitgekeerd bedraagt €8400

Diepveneuze trombose 1

Tijdens uw avonddienst op de huisartsenpost ziet u mevrouw Janssen, 43 jaar oud. Ze vertelt dat ze een aantal weken met het rechteronderbeen in het gips heeft gezeten nadat ze haar enkelbanden gescheurd had. Vier dagen geleden is het gips verwijderd, waarna de kuit ook pijnlijk en gezwollen was en mede werd beoordeeld door de chirurg die een diepveneuze trombose onwaarschijnlijk achtte. Ze wordt sindsdien behandeld met tape, oefeningen en fysiotherapie. Sinds twee dagen heeft mevrouw opnieuw pijn aan het onderbeen en de enkel, is haar been dik en zijn de tenen wat paars. De middag van het consult heeft ze met een bevriende radioloog gesproken, die aangaf dat er weleens sprake zou kunnen zijn van een trombosebeen.

Mevrouw Janssen heeft een blanco voorgeschiedenis. Ze gebruikt een combinatiepil met ethinyloestradiol en drospiridon.

1. Waar let u op bij lichamelijk onderzoek?

Bij lichamelijk onderzoek ziet u beiderzijds géén gezwollen kuit. Ook is er geen sprake van warmte, roodheid of een glanzende huid. Wel is er wat roodheid en pijn bij palpatie uiterst distaal van de musculus gastrocnemius ter hoogte van de insertie van de achillespees, daar waar de enkeltape zit. De tenen zijn normaal van kleur, niet gezwollen, normaal warm en hebben een goede capillary refill. Mw Janssen bevestigt dat ze nu zelf ook geen paarse verkleuring van de tenen meer ziet. Er is geen sprake van dyspnoe en de temperatuur is 37,7 graden Celsius.

2. Wat is uw volgende stap?

3. Wat is uw meest waarschijnlijke diagnose?

4. Indien van toepassing, wat zijn u differentiaal diagnosen?

U stelt mevrouw Janssen gerust en adviseert haar om bij verandering en/of kortademigheid contact op te nemen.

Vier dagen later meldt patiënte zich bij haar eigen huisarts omdat ze in de nacht een aanval van kortademigheid en hartkloppingen heeft gehad. Nog steeds heeft ze een drukkend gevoel tussen de schouders en retrosternaal. Er is geen dyspnoe en geen pijn bij zuchten. De huisarts verwijst haar naar de spoedeisende hulp. Daar aangekomen is de pols 97, de bloeddruk 140/93, de temperatuur 36,9 graden en de saturatie 95%. Over de longen een vesiculair ademgeruis. De D-dimeer-spiegel is groter dan 10000. De vervaardigde CTA van de thorax laat een ruitereMBOLUS zien. Patiënte wordt behandeld met fenprocoumon en fraxiparine.

Mw Janssen blijft nog lang een verminderde conditie houden, waardoor ze niet goed meer kan paardrijden, skiën of het huishouden doen. Bovendien blijft ze angstig.

Een aantal maanden later stelt zij de dienstdoende huisarts aansprakelijk voor het missen van de diagnose diepveneuze trombose. Ondanks het feit dat er geen objectieveerbare afwijkingen aan de kuit (roodheid, zwelling, warmte) zijn gevonden door de huisarts, had deze door aanwezigheid van de risicofactoren immobilisatie en OAC-gebruik en de subjectief gerapporteerde klachten van mevrouw van roodheid en zwelling van de kuit, moeten verwijzen voor D-dimeer of echo onderzoek. Zeker in het licht van het feit dat haar klachten nu voor de tweede maal in vier dagen in verband werden gebracht met een trombosebeen

en de klachten bij een trombosebeen kunnen fluctueren, was nader onderzoek op zijn plaats geweest. Aansprakelijkheid wordt erkend en het uitgekeerde schadebedrag bedraagt €10.000.

Diepveneuze trombose 2

Dhr van Geloof van 59 jaar belt op tweede kerstdag naar de huisartsenpost vanwege pijn in de kuit. "Het voelt alsof hij op ontploffen staat". Patiënt kan het been niet meer belasten wegens hevige pijn, waardoor hij niet in staat is naar de HAP te komen. Een week eerder heeft hij zich bij het repareren van een antieke tafel met een lijmtang in z'n knieholte gestoten. Meneer van Geloof heeft een blanco voorgeschiedenis en hij rookt niet. In de familie komt veel trombose voor. De dienstdoende arts schijft ibuprofen voor, maar acht een visite niet noodzakelijk. De daaropvolgende dagen wordt de pijn alleen maar heviger en meneer belt op maandagmiddag 28 december naar uw praktijk. Uw assistente meldt dat meneer in de ochtend had moeten bellen en dat zijn klacht pas de volgende ochtend zal worden besproken met u. Echter, diezelfde avond belt patiënt met de HAP omdat zijn klachten met het uur toenemen. Een visite wordt afgelegd en de dienstdoende huisarts constateert een dik rood onderbeen met een tweetal wondjes op het scheenbeen, bij een soepele kuit en een lichaamstemperatuur van 37.7.

Onder verdenking van erysipelas start zij met floxapen en adviseert de pijnstilling middels ibuprofen en paracetamol te continueren. Zij adviseert een revisie door de eigen huisarts op woensdag of eerder bij toename van de klachten.

De volgende dag belt patiënt u weer op, aangezien hij de afgelopen nacht geen oog heeft dichtgedaan en de klachten van pijn en zwelling alleen maar toenemen. Hij geeft aan dat de kuit erg gespannen aanvoelt en de pijn ondraaglijk is. Het lichamelijk onderzoek is status quo met die van de dienstdoend huisarts van gisteravond.

7. Wat is uw volgende stap?

8. Wat is uw meest waarschijnlijke diagnose?

9. Indien van toepassing, wat zijn u differentiaal diagnoses?

In de middag komt de huisarts op visite en besluit het effect van de antibiotica nog af te wachten, aangezien deze pas ca 12 uur geleden is gestart. De dag nadien, op woensdag belt meneer weer de huisartsenpraktijk omdat de klachten opnieuw zijn toegenomen en hij vannacht bovendien kortademig was. De huisarts, die in de middag de visite aflegt, constateert dat de zwelling en roodheid zijn toegenomen tot in de lies, T37.6, er sprake is van oedeem en het teken van Homans (pijn in de kuit bij dorsoflexie voet) dubieus positief is. Patiënt uit wederom zijn zorgen over de mogelijkheid van een trombosebeen. De huisarts besluit patiënt te verwijzen middels ambulance onder verdenking van trombosebeen. In het ziekenhuis wordt deze diagnose bevestigd middels echografie waarbij een uitgebreide trombose te zien is van het gehele been. Er wordt tevens uitgegaan van pulmonale betrokkenheid vanwege de kortademigheid en tachypnoe. Tijdens opname die 9 dagen duurt krijgt meneer van Geloof fraxiparine en sintrom gecombineerd met zwachtelen. Nadien houdt hij enige tijd last van zijn linkerbeen en blijft de kous dragen. In een later stadium wordt een antitrombine deficiëntie aangetoond waarna patiënt levenslang antistolling krijgt toegediend.

Patiënt stelt de huisarts die de tweede en derde visite bij hem heeft afgelegd aansprakelijk wegens het missen van de diagnose trombosebeen. Het toegekende schadebedrag beslaat ruim €20.000. De klacht wordt tevens gegrond verklaard door zowel de klachtencommissie als de Regionale Tuchtcommissie. Deze laatstgenoemde legt een berisping op, mede vanwege het feit dat de betrokken huisarts ten tijde van de zitting te weinig inzag dat zijn handelen fout was.

Ablatio retinae 1

De heer Grobbee, 54 jaar, bezoekt het spreekuur en vertelt dat hij sinds enkele weken anders ziet aan de onderkant van het rechteroog: Het beeld is wazig en golvend, alsof hij door water kijkt. De klacht is wisselend aanwezig. Enkele dagen geleden is hij bij de opticien geweest, die constateerde dat de heer Grobbee, gebruik makend van zijn eigen contactlenzen, beiderzijds een goede visus had.

In het HIS ziet de huisarts dat de heer Grobbee enkele dagen geleden uw assistente telefonisch verzocht heeft om een verwijzing naar de oogarts, omdat hij sinds enkele dagen wazig zag, en zelf dacht dat hij staar had. De assistente gaf aan dat de huisarts geen verwijzing kan geven zonder dat de patiënt op het spreekuur geweest is. De heer Grobbee vond dit onzin en maakte in eerste instantie geen afspraak.

De voorgeschiedenis van patiënt vermeldt COPD. Voor zijn beroep brengt de heer Grobbee sinds 1980 als ZZP'er vinyl- en tapijtvloeren aan, egaliseert hij vloeren met cement en vlakschuren en doet hij calculatie. In 2011 en 2012 heeft hij een studie tot video-editor en CS5 Photoshop gedaan.

1. Welke vragen zou u nog willen toevoegen aan de anamnese?

Lichtflitsen: Dhr Grobbee geeft aan dat hij inderdaad lichtflitsen ziet zo nu en dan, die weer verdwijnen

Mouches volantes: deze zijn hinderlijk aanwezig, enkele tientallen

Scotomen/ gezichtsvelduitval: er is op dit moment geen sprake van gezichtsveld uitval of scotomen, dhr denkt wel dat hij zwarte vlekken heeft gezien maar het onderscheid met mouches is lastig en het is nu niet meer aanwezig

Dubbelzien: dhr Grobbee heeft geen klachten van dubbelzien

2. Welk lichamelijk onderzoek wilt u doen bij dhr Grobbee?

U inspecteert het oog en let op roodheid en andere afwijkingen van conjunctiva en cornea, pupilreacties en oogbewegingen. Vervolgens meet u de visus en voert gezichtsveldonderzoek volgens Donders uit. Hierbij vindt u geen afwijkingen.

3. Wat is uw volgende stap?
4. Wat is uw meest waarschijnlijke diagnose?
5. Indien van toepassing, wat zijn u differentiaal diagnosen?

U geeft een reguliere verwijzing mee voor de oogarts, waar dhr Grobbee een afspraak maakt voor 3 weken later. Twee weken na het consult bij de huisarts bemerkt hij een achteruitgang

van de visus. Drie weken na het consult bij de huisarts wordt hij gezien op de poli oogheelkunde; daar wordt in het rechteroog een visus van 0.5 gemeten en geconcludeerd dat er sprake moet zijn geweest van een achterste glasvochtmembraanloslating, die uiteindelijk heeft geleid tot een netvliesloslating met afliggende macula. Er wordt met spoed een cerclagebandje geplaatst. Later ontstaat er een recidief, waarna een vitrectomie met olie wordt verricht.

De visus in het rechteroog blijft 0.5 en er is een pupilverschil. Daarnaast heeft dhr Grobbee bij intensief bureauwerk last van “gasbolletjes” in het oog.

Patiënt dient een claim in tegen de huisarts wegens het onvoldoende uitvragen van de anamnese (zoals lichtflitsen) en het niet verrichten van oogheelkundig onderzoek. Hierdoor is er niet gedacht aan een netvliesloslating en is er geen spoedverwijzing gemaakt naar de oogarts. Dientengevolge is er een delay opgetreden en heeft er geen behandeling door de oogarts kunnen plaatsvinden middels laser om de glasvochtloslating met een dreigende netvliesloslating te behandelen. Deze claim werd gegrond verklaard en het uitgekeerde schadebedrag is €14.500.

Ablatio retinae 2

Mevrouw Hoebeke, 58 jaar, bezoekt uw spreekuur vanwege oogklachten. Zij vertelt dat ze een week eerder zwarte vlekjes voor beide ogen had gezien, die na 1 dag wat verbeterden (u heeft haar toen telefonisch gesproken en gerustgesteld). Na 4 dagen waren de vlekjes helemaal verdwenen en de afgelopen 3 dagen waren er geen klachten. Sinds vanmorgen heeft mevrouw echter het gevoel dat ze aan de temporale zijde van het gezichtsveld door een vergrootglas of waterdruppel kijkt. Op dit moment zijn er geen zwarte vlekjes en er zijn geen lichtflitsen geweest.

De voorgeschiedenis vermeldt anemie, minor depression, chronische rugklachten, cholelithiasis en droge ogen waarvoor zij een jaar eerder bij een oogarts geweest is.

1. Wat is uw volgende stap?
2. Wat is uw meest waarschijnlijke diagnose?

De huisarts gaf haar een reguliere verwijzing naar de oogarts. Toen patiënte de volgende dag belde met de assistente van de oogarts, gaf de assistente aan dat patiënte beter via haar huisarts om een spoedafpraak kon vragen. De waarnemer van haar huisarts heeft dit toen geregeld. Bij de oogarts bleek sprake van een netvliesloslating en werd zij geopereerd. Er was geen restschade.

Patiënte diende een claim in wegens het niet met spoed verwijzen naar de oogarts, welke gegrond werd verklaard. Het uitgekeerde schadebedrag bedroeg bijna €11.000.

Arteriële occlusie 1

Op 30 januari komt mevrouw van der Sloot van 49 jaar bij u op het spreekuur vanwege een pijnlijke rechter voorvoet. De klachten bestaan sinds enkele dagen. Tevoren had ze een pijnlijke kuit gehad en een ander looppatroon aangenomen. Ze heeft een blanco medische voorgeschiedenis en rookt niet. Zij wandelt graag en heeft afgelopen zomer en wandelvakantie naar Noorwegen gedaan. In de familie-anamnese is er alleen een grootvader met een herseninfarct. Bij onderzoek constateert u een iets verdikte voorvoet.

1. Waar denkt u aan en wat is uw beleid?

U stelt de diagnose tendinitis van de voetheffers, schrijft diclofenac voor en adviseert controle na 1 week, bij toename klachten eerder.

In de 7 dagen hierna komt mevrouw van der Sloot nog 2 maal retour op het spreekuur wegens aanhoudende klachten. De voorgeschreven diclofenac en later amitriptyline geven onvoldoende verlichting van de pijnklachten in de voorvoet. Er is nog steeds sprake van een lichte zwelling en roodheid van de voorvoet.

U blijft bij de diagnose tendinitis en patiënte wordt door u naar de podotherapeut verwezen. Een week later bezoekt zij u opnieuw omdat de teen ontstoken is en de roodheid en zwelling zich uitbreiden. Bij onderzoek is er een groen infect van de derde teen en tussen de derde en vierde teen is er pussig wondvocht. Ook is er een sterke geur. Zij heeft geen algemene ziekteverschijnselen en geen koorts. Wel heeft zij veel pijn aan de voorvoet.

Wat doet u nu? Verandert u uw diagnostiek of beleid?

U neemt een wondkweek af en schrijft ciprofloxacin voor.

De daaropvolgende 10 dagen komt patiënte nog 4 maal op wondcontrole. De kweekuitslag laat een groep B hemolytische streptococcus zien en de antibiotica wordt omgezet naar flucloxaciline. De roodheid neemt af, maar wel blijft een pusblaar bestaan en een huidafwijking die imponeert als een bloeditstorting, ondanks de antibiotica. Ook de pijn wordt niet minder.

1. Wat is uw volgende stap?
2. Wat is nu uw meest waarschijnlijke diagnose?
3. Indien van toepassing, wat zijn uw differentiaal diagnoses?

3 dagen later komt mevrouw van der Sloot retour. Er blijkt sprake van een forse achteruitgang: de teen is roder geworden en de wond is nat en donker en heeft nog steeds een sterke geur. Patiënte wordt direct verwezen naar de spoedeisende hulp.

Daar blijkt sprake van necrotiserende tenen ten gevolge van een trombo-embolisch proces op basis van een plaque in de distale arterie femoralis superficialis dextra, die tot een occlusie heeft geleid van de arteria poplitea, met multiple distale crurale afsluitingen.

Patiënte wordt behandeld met urokinase, waarna een PTA van de arteria poplitea, PTA en stenting van de arteria femoralis superficialis plaatsvinden. Wegens demarcatie van de voorvoet vindt vervolgens een transmetatarsale voorvoetamputatie plaats, gecompliceerd door een wonddehiscentie en een tweede necrotomie. Tevens blijkt er bij opname sprake van anemie op basis van een uterusmyoom (Hb 3.9) en van hypertensie.

Patiënte heeft een jaar later weinig hinder of beperkingen van de voorvoet amputatie. Zij kan haar werk, alsmede het huishoudelijk werk normaal doen en ook kan zij zonder problemen haar hobby, zwemmen, uitoefenen. Zij draagt schoenen met een wat stijvere zool en gebruikt antistolling.

Enkele maanden later dient mevrouw van der Sloot een claim in tegen de huisarts vanwege het niet controleren van perifere pulsaties op het moment dat de groenige wond met sterke geur ontstond die vervolgens onvoldoende reageerde op de antibiotische therapie. Indien patiënte eerder zou zijn verwezen, zou er geen voorvoet amputatie hoeven plaatsvinden, doch maximaal een amputatie van derde en/of vierde straal waar op dat moment de groenige wond was ontstaan. Er wordt schade erkend voor het niet verwijzen naar de

vaatchirurg tijdens het beschreven consult. Vanwege het stagneren van de genezing had gedacht moeten worden aan perifeer arterieel vaatlijden en hadden de perifere pulsaties gecontroleerd moeten worden. Er wordt een bedrag uitgekeerd van bijna €37.000.

Arteriële occlusie 2

Meneer Van Veen, 67 jaar oud, belt om 10 uur naar uw praktijk. Hij heeft sinds een half uur plotseling hevige acute pijn aan zijn rechteronderbeen. De assistente belooft hem om deze klacht met u te bespreken. Om 12 uur belt de heer Van Veen zelf alweer terug naar de praktijk: hij geeft aan dat de pijn echt onhoudbaar is. U schrijft morfine en diclofenac voor via de assistente. Het is druk op de praktijk en u heeft al 3 visites staan en eigenlijk geen tijd. Om 14 uur belt de heer Van Veen nogmaals vanwege de pijn. Ditmaal neemt u zelf telefonisch de anamnese af. De heer Van Veen vertelt dat er sprake is van verminderd gevoel en krachtsverlies, en milde zwelling. Het been is iets rood, maar de ondraaglijke pijn in het onderbeen staat op de voorgrond. Twee jaar eerder heeft hij ook al eens dergelijke pijn in het been gehad. Toen is de pijn na enkele uren spontaan verdwenen. De pijn straalt verder niet uit en zit alleen in het onderbeen.

De heer Van Veen is bekend met diabetes mellitus II en hypertensie.

1. Wat is uw volgende stap?
2. Wat is nu uw meest waarschijnlijke diagnose?
3. Indien van toepassing, wat zijn uw differentiaal diagnoses?

De huisarts denkt aan (recidief) zenuwpijn en continueert het reeds ingezette beleid en hoogt de morfine wat op. Om zeven uur 's avonds gaat patiënt naar de huisartsenpost vanwege ondraaglijke pijn. De dienstdoend huisarts constateert een livide verkleurd en gezwollen been tot 15 cm boven de knie. De arteria femoralis is beiderzijds palpabel. De arteria dorsalis pedis en de arteria tibialis posterior zijn in het rechter been niet palpabel en de capillaire refill is rechts sterk verminderd. Patiënt wordt direct doorverwezen naar de spoedeisende hulp, waar sprake blijkt van een volledige occlusie van de arteria femoralis superficialis rechts op basis van een getromboseerd aneurysma in de arteria poplitea. Er werd een kunststof bypass aangelegd. De volgende dag bleef de voet ischemisch, waarna een bovenbeensamputatie werd uitgevoerd. Postoperatief maakte patient nog een minor stroke door, waarna er enkele dagen later een carotisendarterectomie plaatsvond. Enkele maanden stelt patiënt de huisarts aansprakelijk voor niet beoordelen van het been, wat zeker na het derde telefoontje van dhr had moeten gebeuren. Bij een eerdere doorverwijzing had amputatie van het been voorkomen kunnen worden. Het uitgekeerde schadebedrag was €88.000.

Peesruptuur 1

Dhr Berendse is 44 jaar oud en administratief medewerker op een kantoor. Hij komt op de huisartsenpost in verband met acute pijn in de kuit rechts, welke is ontstaan na een misstap tijdens een potje badminton. Hij vertelt dat hij een soort overstrekkingsbeweging maakte, waarbij hij een knapje hoorde en direct veel pijn had.

1. Waar let u op bij lichamelijk onderzoek?

U hebt dienst en onderzoekt dhr. Er is sprake van drukpijn in de kuit en de achillespees zonder hematoomvorming. Hij kan er bijna niet op lopen.

1. Waar denkt u aan?

Onder verdenking van een coup de fouet schrijft u rust, koelen en ibuprofen voor en eventueel een hakverhoging.

11 dagen later komt dhr. bij de eigen huisarts in verband met aanhoudende pijnklachten in de kuit. Hij maakt zich zorgen omdat hij over 2,5 week voor een vakantie naar de Filipijnen vertrekt en hiervoor een vlucht moet maken naar Singapore. Hij heeft zich de afgelopen dagen wel vrijwel volledig gemobiliseerd en zelfstandig voortbewogen, zij het met moeite. Bij lichamelijk onderzoek is er sprake van zwelling van de kuit en enige geelverkleuring van de voet. Er is geen sprake van een dille bij palpatie van de kuit en achillespees. Wel is de gehele kuit gevoelig tot aan de knie, het meest net boven de hiel.

2. Wat is uw volgende stap?

3. Wat is uw meest waarschijnlijke diagnose?

4. Indien van toepassing, wat zijn u differentiaal diagnoses?

De test van Thompson is positief (d.w.z. geen plantairflexie bij knijpen in de kuitspier). De huisarts vraagt een echo aan onder verdenking van een achillespeesruptuur. Deze echo toont een verdikte achillespees rechts t.o.v. links, passend bij een preexistente tendinose. De achillespees is bij zijn spieraanhechting afgescheurd. Bovendien wordt er een kuitvenen trombose gezien in enkele venen.

Voor de trombose wordt hij behandeld volgens het protocol diepveneuze trombose met fragmin en acenocoumarol gedurende 3 maanden. Voor de achillespeesruptuur krijgt dhr. een onderbeen gips gedurende 6 weken in spitsstand.

Een klein halfjaar na het incident stelt patiënt de waarnemend huisarts op de HAP aansprakelijk voor het missen van de diagnose achillespeesruptuur met als gevolg hiervan het ontstaan van een kuitvenetrombose. Dit op basis van onzorgvuldig handelen door het doen van onvoldoende lichamelijk onderzoek (Thompson's test, plantairflexie en extensie tegen weerstand, link-rechts verschillen) en onvoldoende instrueren van patiënt om de eigen huisarts te bezoeken indien mobiliseren of belasten onvoldoende gaat. Althans, dit staat niet in het dossier genotuleerd. Bij een tijdige diagnose zou er primaire hechting plaats hebben kunnen vinden van de pees en direct met tromboseprofylaxe zijn gestart, waardoor de kans op trombose zou zijn verkleind. Deze aansprakelijkheid wordt erkend en er wordt een schadevergoeding uitgekeerd van bijna €3000. Patiënt claimt hiernaast schade van en gemiste vakantie doordat hij 3 weken na het incident niet naar de Filipijnen op vakantie kan. Dit deel van de schade wordt echter niet gehonoreerd omdat hij ook bij directe hechting van de pees onderbeengips zou hebben gekregen en circulair gips tijdens een langdurige vlucht wordt afgeraden wegens drukverschillen in de cabine. Er is wegens de noodzakelijke spitsvoetstand namelijk ook geen mogelijkheid tot afneembaar gips of spalk, ook niet bij primaire hechting. Gelet op de trombose en nog niet goed ingesteld zijn op acenocoumarol in dergelijke korte tijd zou een vlucht ook ontraden zijn.

Peesruptuur 2

De heer Kiliç, 65 jaar oud, bezoekt uw spreekuur en vertelt dat hij 3 dagen geleden bij het afstappen van een barkruk plotseling een hevige pijn in het linker bovenbeen kreeg. In de loop van de volgende dagen ontstond er ook een zwelling in het bovenbeen. Hij heeft nog steeds veel pijn en kan zichzelf met moeite voortbewegen.

Bij lichamelijk onderzoek constateert u dat het linker bovenbeen dikker is dan het rechter: 57 cm versus 51 cm op 10 cm boven de knie. U verricht geen onderzoek naar hurken/knielen en hakken-/tenenloop, omdat u bang bent dat de pijn dit niet toelaat. Aan het onderbeen zijn er geen afwijkingen te zien.

U schrijft voor 10 dagen ibuprofen voor onder de verdenking van een spierscheur in de linker musculus quadriceps femoris. Na ruim 3 weken komt de patiënt op controle. Hij heeft nog steeds pijn, zwelling en weinig kracht.

1. Wat is uw volgende stap?
2. Wat is nu uw meest waarschijnlijke diagnose?
3. Indien van toepassing, wat zijn uw differentiaal diagnoses?

De huisarts continueert zijn beleid en schrijft oefeningen en ibuprofen voor. Nog eens 5 weken later komt de patiënt retour; er is geen verbetering van de klachten en hij wordt verwezen naar de fysiotherapeut. Een week later meldt de patiënt zich weer: de fysiotherapeut heeft geen therapeutische opties.

De huisarts vraagt uiteindelijk een echo aan van het bovenbeen, waarbij een totale ruptuur van de m. rectus femoris links met belangrijke retractie van de spier te zien is. De patiënt wordt naar de orthopeed verwezen, die een delle boven de patella, een submaximale extensie en een duidelijk verminderde kracht in het linker bovenbeen t.o.v. rechts constateert. Het defect van de rectus femoris is dermate groot dat primaire peesreconstructie niet mogelijk is; uiteindelijk wordt het defect hersteld met een homoloog ligamentum patellae. Zes maanden na de operatie ontstaat een fractuur van de patella door doorsnijding van het eerder ingebrachte cerclagedraad, waarop de patella bij een heroperatie wordt vastgezet.

Vier jaar later is de buigfunctie van de knie 130 graden met een goede extensiekracht. Röntgenologisch is er sprake van consolidatie van de fractuur, echter de remodelling is nog onvoldoende om het osteosynthesemateriaal te verwijderen.

5 jaar na dato dient patiënt een claim in via zijn rechtsbijstandverzekeraar. De aansprakelijkheid wordt erkend op basis van onzorgvuldig handelen van de huisarts tijdens het eerste consult door onvolledige anamnese en lichamelijk onderzoek. Er wordt een schikking getroffen van ongeveer €10.000.

Cauda equina 1

De heer Ypma, 46 jaar oud, bezoekt het spreekuur, omdat hij sinds vanochtend plotseling hevige pijn heeft in beide benen, met uitstraling naar de linkerkuit. Tevens heeft hij een doof gevoel in de linker kleine teen en de buitenkant van de linkervoet. Bij hoesten, niezen of persen wordt de pijn minder.

Acht dagen eerder heeft de heer Ypma u gebeld omdat hij destijds sinds een week rugklachten had die soms uitstraalden naar de achterzijde van beide benen. U sprak toen

met hem af dat hij door zou gaan met de door hemzelf reeds gestarte fysiotherapie, en dat hij zich zou melden als de rugpijn niet zou verbeteren binnen 3 weken. Initieel gingen de klachten beter: de pijn was na 6 dagen zelfs geheel verdwenen.

De heer Ypma is sales engineer van beroep. Hij is sinds zijn 25e bekend met recidiverende rugklachten, waarvoor hij sinds lange tijd wordt begeleid door een fysiotherapeut. In 2013 heeft hij een hernia rechts gehad welke conservatief is behandeld. Hij noemt zichzelf een doorgewinterde rugpatiënt. Zijn overige voorgeschiedenis vermeldt alleen een achterste kruisbandruptuur na een ongeval die eveneens conservatief is behandeld.

Bij lichamelijk onderzoek is de Lasègue links positief, de KPR rechts verlaagd (dit wijt u aan de hernia in 2013) en de APR links is afwezig. De kracht in beide benen is ongestoord.

1. Wat is uw volgende stap?
2. Wat is nu uw meest waarschijnlijke diagnose?
3. Indien van toepassing, wat zijn uw differentiaal diagnoses?

De huisarts dacht aan een HNP op het niveau S1. Hij schreef pijnstilling voor en adviseerde om gevarieerd te bewegen onder begeleiding van de fysiotherapeut. Dezelfde middag echter verdween het gevoel uit de rechter bil en de achterzijde van rechterbovenbeen, wat langzaam richting de kuit en voet rechts verder trok. Daarna verdween het gevoel uit de penis en kon patiënt niet meer plassen. Hij meldde dit de volgende dag. Op een spoed-MRI-scan bleek sprake van een kanaalvullend sequester op het niveau L4-L5. Dezelfde avond vond een decompressie-operatie plaats. Een jaar na dato resteren een voetheffersparese graad 3 en een sensibiliteitsstoornis van het rechterbeen, de rechter bil en het rechter perineale gebied.

Patiënt dient een jaar later een schadeclaim in. Aansprakelijkheid is deels erkend omdat de huisarts de alarmsymptomen onvoldoende heeft besproken met patiënt. Het schadebedrag bedraagt ruim €14.000.

Cauda equina 2

Mevrouw Janssen, 37 jaar oud, komt op het spreekuur vanwege rugpijn midden in de onderrug. Daarnaast ervaart zij doofheid in de tenen van de rechtersoet en in mindere mate in het rechterbeen. Hoesten, niezen en persen verergeren de klachten niet. Als mevrouw met de voet op de grond stampt verdwijnt het dove gevoel tijdelijk. Soms moet ze gaan liggen van de pijn. Ze gebruikt elke dag enkele tabletten paracetamol en heeft haar werkactiviteiten aangepast.

De voorgeschiedenis vermeldt tweemaal een sectio caesarea op respectievelijk 24- en 27-jarige leeftijd en een laparoscopische galblaasresectie op 33-jarige leeftijd. Twee maanden geleden is mevrouw in verband met pijnklachten in de rechteronderbuik en de rechter lies gezien. Bij SOA-kweken, uitstrijk en vaginale echo werd toen geen verklaring voor deze klachten gevonden. Mevrouw heeft, behoudens adipositas, een goede lichamelijke conditie en werkt enkele ochtenden per week als huishoudelijke hulp.

Bij lichamelijk onderzoek zijn de reflexen symmetrisch en de testen van Lasègue en Bragard zijn negatief.

De huisarts denkt aan een lumbaal radiculair syndroom en adviseert mevrouw naar de fysiotherapeut te gaan.

Vier dagen later belt mevrouw naar de praktijk omdat de pijn in ernst is toegenomen tot VAS 10. De pijn trekt vanuit de bil door het hele been. Met name het onderbeen voelt doof. De huisarts legt een visite af. Als hij aankomt, komt mevrouw juist van het toilet. Zij vertelt dat plassen anders voelt en dat de vagina tintelt, alsof deze open staat. De huisarts test de sensibiliteit van het anogenitale gebied met een afgebroken wattenstaaf. Mevrouw geeft aan de prikjes goed te voelen, maar kan niet aangeven of zij een scherpe of stompe punt voelt, omdat de pijn overheersend is.

1. Wat is uw volgende stap?
2. Wat is nu uw meest waarschijnlijke diagnose?
3. Indien van toepassing, wat zijn uw differentiaal diagnosen?

De huisarts geeft 10 mg morfine intramusculair, waarop de pijn wegzakt. De volgende dag is mevrouw incontinent voor urine en faeces en kan zij niet meer lopen of zitten. Er blijkt sprake van een hemi-cauda equinasyndroom op basis van een gesekwestreerde mediane HNP op niveau L5-S1 met volledige verdringing van de duraalzak, bij forse kanaalstenose en hypertrofie van het ligamentum flavum.

Patiënte dient 6 jaar later een schadeclaim in, welke wordt toegekend voor €47.000, omdat er op basis van de klachten tijdens het consult aanleiding was om direct een neuroloog te consulteren.

Torsio testis

U bent waarnemer op de HAP. Op woensdagavond om 19 u meldt Bas Groenewegen, 23 jaar oud, zich met sinds 2 dagen bestaande pijn aan de rechtertestikel. Sinds vandaag is er ook sprake van zwelling van het scrotum. Er is geen koorts, hij voelt zich niet ziek en er zijn geen mictieklachten.

Bij lichamelijk onderzoek vindt u een diffuus opgezette rechter testikel die pijnlijk is bij onderzoek maar niet dermate pijnlijk dat het onderzoek onmogelijk is. Daarnaast voelt u een kleine gladde mobiele klier in de rechter lies.

1. Wat is uw volgende stap?
2. Wat is nu uw meest waarschijnlijke diagnose?
3. Indien van toepassing, wat zijn uw differentiaal diagnosen?

De huisarts belt de dienstdoende assistent urologie die een kuur ciprofloxacin adviseert onder verdenking van een orchitis rechts. De huisarts volgt het geadviseerde beleid en adviseert de patiënt bij geen verbetering of bij verslechtering na 2 dagen contact op te nemen met de eigen huisarts.

2 dagen later zijn de klachten nog hetzelfde en patiënt neemt contact op met de eigen huisarts die hem met spoed verwijst naar de uroloog. Aldaar wordt chirurgische exploratie van het scrotum verricht. Er blijkt een torsio testis te bestaan, die bij detorsie niet

revasculariseert. Derhalve wordt een orchidectomie rechts verricht en een orchidopexie links. In een later stadium wordt er een prothese geplaatst.

Ruim een half jaar later stelt de patiënt de huisarts aansprakelijk. De aansprakelijkheid wordt erkend omdat de klachten van patiënt niet passen bij de diagnose orchitis (patiënt had geen koorts, was niet ziek en geen dysurie). Er had aanvullend onderzoek moeten plaatsvinden en/of de patiënt had doorverwezen moeten worden naar de uroloog om een torsio uit te sluiten. De huisarts had niet zonder nader onderzoek op het advies van de arts-assistent urologie mogen varen. Het is wel de vraag of de testikel gespaard had kunnen worden bij directe operatie, omdat de klachten op het moment van presentatie al 2 dagen bestonden. Er wordt een schadevergoeding uitgekeerd van bijna €4000.