



Tıp Hukuku

Vaka Okumaları

Editör

Prof. Dr. Ali İhsan TAŞCI

TÜD/TÜRK ÜROLOJİ AKADEMİSİ YAYINI NO: 13



Tıp Hukuku

Vaka Okumaları

Editör

Prof. Dr. Ali İhsan TAŞÇI

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Üroloji Kliniği

TÜD/TÜRK ÜROLOJİ AKADEMİSİ YAYINI NO: 13

© 2017 Türk Üroloji Derneği/ Turkish Association of Urology

Tüm hakları saklıdır.

Tıp Hukuku
Vaka Okumaları

Editör: Prof. Dr. Ali İhsan TAŞÇI

ISBN: 978-605-83191-6-5

TÜD/TÜRK ÜROLOJİ AKADEMİSİ YAYINI NO: 13

<i>Yayımcı</i>	: Türk Üroloji Derneği/ Turkish Association of Urology Prof. Nurettin Ökten Sokak, Lale Palas Apt., 18/2 34382 Şişli - İstanbul
<i>Yayımcı Sertifika No</i>	: 20594
<i>Baskı / Cilt</i>	: No-bel Matbaacılık San. Tic. Ltd. Şti. Ömerli mevki İhsangazi Cd. Tunaboyu sk. No. 3 Arnavutköy – Hadımköy–İstanbul
<i>Matbaa Sertifika No</i>	: 12565
<i>Sayfa Tasarımı - Düzenleme</i>	: Nobel Tıp Kitabevleri
<i>Baskı Tarihi</i>	: Temmuz 2017 - İstanbul



Türk Üroloji Derneği/ Turkish Association of Urology

Prof. Nurettin Ökten Sok. 18/2 Şişli / İstanbul

Tel/Phone : +90 212 232 46 89

Faks/Fax : +90 212 233 98 04

www.uroturk.org.tr

SUNUŞ

Değerli Meslektaşlarımız ve Tıpta Uzmanlık Öğrencileri,

Türk Üroloji Derneği eğitim, bilim ve teknoloji politikası çerçevesinde TÜAK tarafından koordine edilen kitap dizisinden “Ürolojide Tıp Hukuku” kitabını üyelerimiz ve tıpta uzmanlık öğrencilerinin kullanımına sunmaktan büyük mutluluk duymaktayız. Tıpta / Ürolojide üretilen bilginin yarılanma süresi beş yıl olup güncel bilginin meslektaşlarımıza ve tıpta uzmanlık öğrencilerine kısa sürede ve evrensel bilgi ışığında ulaştırılması önem kazanmaktadır.

Türk Üroloji Akademisi, Endoürolojide “Üriner Sistem Taş Hastalığının Tedavisi”, “Robotik Cerrahi Güncelleme” , “Uretra Darlığı Tedavi Güncelleme”, Nöroürolojide “Üriner İnkontinans Tanı ve Tedavi”, Nöroürolojide “Pratik Üroloji El Kitabı”, Androlojide “Erkek ve Kadın Cinsel Sağlığı”, Üroonkolojide, “Mesane Kanseri Güncelleme”, “Böbrek Kanseri Güncelleme”, “Testis Kanseri”, “Ürolojide Tıp Hukuku”, TÜAK / Türkiye ESRU “Asistan El Kitabı” ve 2016 EAU Güncelleme Kılavuzunu kullanıma sunmuştur.

Endoürolojide “Ürolojide Lazer Kullanımı”, “Cerrahi Sanatı El Kitabı”, Pediatrik Ürolojide “Pediatrik Üroloji Güncelleme”, Üroonkolojide “Prostat Kanseri Güncelleme”, “Üroonkoloji El Kitabı” eserlerini de en kısa sürede kullanıma sunacaktır.

Ürolojide Tıp Hukuku kitabı Prof. Dr. Ali İhsan Taşçı editörlüğünde hazırlanmış olup sekiz bölümden oluşmaktadır. Kitaba katkıda bulunan yazarlara teşekkür ederken kitabın meslektaşlarımıza / tıpta uzmanlık öğrencilerine katkısına olan inancımızın tam olduğunu vurgulamak isteriz.

Yayıncılıkta ilk kitapları / dergileri hazırlamak zor; bu yayınları devam ettirmek ise daha da zordur. TÜAK tarafından başlatılan ve koordine edilen bu yayınların gelecekte elektronik versiyonlarının da oluşturulması ve kullanıma sunulması dileğiyle meslektaşlarımıza / tıpta uzmanlık öğrencilerine saygılar sunarız.

Dr. Ateş Kadioğlu
Türk Üroloji Akademisi Koordinatörü

Dr. M. Önder Yaman
Türk Üroloji Derneği Başkanı

ÖNSÖZ

Öğrenme kişinin bilgi, beceri ve tutumlarında güçlenme, değişim veya kazanım olmasıdır. Bilginin gerektirdiği beceriyi kazanamamışsak veya bilginin gerektirdiği tutum gerçekleşmediğinde sadece bilmiş oluruz. Örneğin otomobilin nasıl kullanılacağını bilgisi, bu bilginin gerektirdiği beceri, trafik kurallarına uyumun bir tutum haline getirmesi ile öğrenme gerçekleşir. Kırmızı ışıkta durulması gerektiği bilgisi ancak kırmızı ışıkta durmayı tutum haline getirilmişse anlam kazanır. Aksi halde sadece bilmiş olunur.

Tıbbi uygulamalar sonrasında ortaya çıkan anlaşmazlıkları incelediğimizde de öğrenmeyle ilgili eksikliklerin etkilerini görebilmekteyiz.

Bu kitap tıbbi uygulamalarda, ayırıcı tanı yetersizliklerin, klasik ve kılavuz bilgilerine uyumsuzluğun, tıp eğitiminin yeterliliklerinden olan iletişim, yönetim, ekip üyeliği, değerler ve sorumluluk sahipliği, öğrenen ve öğreten, sağlık koruyuculuğu alanlarının eksikliğin sorunlara ve anlaşmazlıklara nasıl yol açtığını görmemizi sağlayacaktır.

Bu kitap tıp hukuku alanında farkındalık, anlaşmazlıklarda tarafların yaklaşımı, birliktelik konularında eğitim materyali olmak yanında tıp eğitiminde olgu temelli değerlendirme için kaynak özelliğindedir.

Bu kitaptaki vakalar Adli Tıp Kurumunda bilirkişilik görüşü istenen dosyalardan, kişi, yer bilgileri karartılarak alınmıştır. Bazılarında eğitim amacıyla içeriklerinde de değişiklik yapılmıştır. Bu nedenle değerlendirmeler eğitim dışı başka bir amaçla kullanılamaz.

Anlaşmazlık dosyaları tarafımdan, içerik bozmayacak şekilde kısaltılarak standardize edilmiş, değerlendirme soruları oluşturulmuş ve yazarlara gönderilmiştir.

Tarafların davranış şekli ve duygularını yansıtmak amacıyla ifadeler korunmaya çalışılmıştır. Bu nedenle kitapta birçok yazım ve dil hatası mevcuttur.

Kitabın hazırlanmasında katkılarından dolayı Adli Tıp Kurumu Başkanı Doç. Dr. Yalçın Küçük'e, Prof. Dr. Ateş Kadioğlu'na ve Türk Üroloji Derneği Yönetim Kuruluna teşekkür ederim.

Kitabın eğitime katkısı olması dileklerimizle saygılarımı sunarım.

Prof. Dr. Ali İhsan TAŞÇI

İÇİNDEKİLER

1. TIP EĞİTİMİNDE NASIL KULLANALIM? 1

Uz. Dr. Fazıl Serdar GÜREL, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi Anabilim Dalı

2. TIP HUKUKU 3

Prof. Dr. Ali İhsan Taşçı, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

3. GENEL ÜROLOJİ 23

3.1 TIBBİ UYGULAMALARDA YETKİ SORUNLARI 23

3.1.1 ALTERNATİF TIP UYGULAMALARININ HUKUKA UYGUNLUĞU 23

Prof. Dr. Ali İhsan Taşçı, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

3.1.2 SONDANIN ÇIKARTILAMAMASI SONDA TAKMA HATASINA MI BAĞLIDIR? 28

Dr. Furkan Şendoğan, Doç. Dr. Bülent Erol, İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

3.1.3 TESA SONRASI SCROTAL HEMATOM: SORUN KADIN DOĞUM UZMANININ UYGULAMASI SONUCU MU? 32

Doç. Dr. M. Emre Bakırcıoğlu, Üroloji Uzmanı

3.1.4 GENEL CERRAHİN YAPTIĞI FITİK VE VARİKOSEL AMELİYATI SONRASI TESTİS ATROFİSİ . . 35

Doç. Dr. Mehmet Gülüm, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

3.2 TANI, TEDAVİ VE GİRİŞİM HATALARI 38

3.2.1 NONFONKSİYONE BÖBREKTE YETERLİ İNCELEME YAPMADAN URETEROURETEROSTOMİ 38

Doç. Dr. Zafer Kozacıoğlu, Tepecik eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

3.2.2 ASKERLİK İÇİN VERİLEN SAĞLAM RAPORUNUN SONUÇLARI 42

Yard. Doç. Dr. İbrahim Topçu, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

3.2.3 GÖBEK FITİĞİ, AKUT BATIN ÖN TANISINDA NEFREKTOMİ: TANI, ENDİKASYON, TEDAVİ, ONAM TARTIŞMALARI 47

Prof. Dr. Özkan Polat, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

3.2.4 HİPOALDESTERONİZM TANISI NEDEN KONULAMAMIŞ? SORUMLUSU KİMDİR?	52
Dr. Elif Şenocak Taşçı, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı	
3.2.5 KİST Mİ HİDRONEFROTİK BÖBREK Mİ?	58
Uz. Dr. Bircan Mutlu, Giresun Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği	
3.2.6 PATOLOJİYE GÖNDERMEMENİN SONUÇLARI: TIBBİ UYGULAMADA YÖNETİM SORUNLARI	61
Prof. Dr. Haluk Erol, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
Prof. Dr. Ali İhsan Taşçı, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
Doç. Dr. Hakan Ertin, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
Doç. Dr. İlhan Geçit, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
3.2.7 GERÇEKLEŞTİRİLEMEYEN NEFREKTOMİ	61
Uz. Dr. Uğur Yücetaş, Dr. Mehmet Gökhan Çulha, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
3.2.8 SONDA KOMPLİKASYONUNUN HESABINI KİM VERECEK?	73
Prof. Dr. Zafer Aybek, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
3.2.9 AMELİYAT ÖNCESİ KARDİYOLOJİ KONSULTASYONU İSTENMELİ MİDİR?	76
Dr. Mehmet Akif Erdöl, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği	
Prof. Dr. Erdoğan İlkay, İstinye Üniversitesi, Liv Hospital, Kardiyoloji Kliniği	
3.2.10 HASTANIN MUAYENE EDİLİP EDİLMEDİĞİ TARTIŞMASI VE ATLANAN AKUT BATIN	80
Uz. Dr. Arda Atar, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
3.3 AYDINLATMA VE ONAM	87
3.3.1 ÜRETER TAŞI İÇİN URS GİRİŞİMİNDE TURP: ONAM SORUNU?	87
Doç. Dr. Bülent Erkurt, Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
3.3.2 BİLGİLENDİRME VE ONAMDA ÖNEMLİ OLAN HASTANIN NE ANLADIĞIDIR	90
Doç. Dr. Kamil Fehmi Narter, Kartal Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
3.3.3 ATROFİK BÖBREK ÜRETERİNDE TAŞ: TEDAVİDEN ÖNCEKİ DURUMUN BELGELENDİRİLMESİNİN ÖNEMİ	92
Doç. Dr. Bilal Eryıldırım, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
3.3.4 STRES İNKONTİNANS AMELİYATINDA LABİOPLASTİ: ONAM SORUNU	94
Doç. Dr. Cemal Göktaş, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
Yard. Doç. Dr. Güven Bektemür, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü	
3.4 HASTA GÜVENLİĞİ	97
3.4.1 SPONGİOMAYI KİM UNUTTU?	97
Doç. Dr. Metin Öztürk, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
3.4.2 TURP ESNASINDA KOTER YANIĞI	104
Doç. Dr. Ziya Akbulut, Uz. Dr. Mustafa Soytaş, Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
3.4.3 URETRA YANIĞININ SORUMLUSU KİMDİR?	109
Prof. Dr. M. Necmettin Atsü, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
3.4.4 HASTANIN ISITILMASI SONUCU YANIK: SORUMLULARI KİMLERDİR?	114
Prof. Dr. Tekin Ahmet Serel, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	

3.5 YANLIŞ TARAF-ORGAN CERRAHİSİ	117
3.5.1 SEZERYAN AMELİYATINDA NEFREKTOMİ	117
Prof. Dr. Sabahattin Aydın, Medipol Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Rektör	
3.5.2 PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİDE YANLIŞ TARAF CERRAHİSİ	124
Doç. Dr. Metin Öztürk, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
3.5.3 ÜRETER TAŞI YANLIŞ TARAF CERRAHİSİ	128
Prof. Dr. Doğan Ünal, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
3.5.4 YANLIŞ TARAFTA FITİK AMELİYATI	134
Yard. Doç. Dr. Bekir Aras, Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
Yrd. Doç. Dr. Güven Bektemür, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü	
3.5.5 SOL YERİNE SAĞ NEFREKTOMİ	139
Uz. Dr. Mustafa Gürkan Yenice, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği	
3.5.6 VARİKOSELEKTOMİDE YANLIŞ TARAF AMELİYATI	143
Doç. Dr. Engin Kandıralı, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
3.6 YANLIŞ İLAÇ UYGULAMALARI	146
3.6.1 BCG'NİN IV UYGULAMASI SONUCU ÖLÜM	146
Prof. Dr. Halil Başar, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
3.6.2 YANLIŞ İLAÇ SONUCU ÖLÜM: HASTALAR NE KADAR GÜVENDE?	147
Prof. Dr. Ersin Çimentepe, Lokman Hekim Hastanesi, Üroloji Kliniği	
3.7 ÜRİNER ENFEKSİYON-SEPSİS	153
3.7.1 SEPSİSE BAĞLI EXSİN NEDENİ: PYONEFROZ MU İNTRAUTERİN ÖLÜ BEBEK Mİ?	153
Prof. Dr. Mete Çek, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
3.7.2 ÜRETEROSKOPİK GİRİŞİM SONRASI ÖLÜMÜN SEBEBİ SEPSİS Mİ?	156
Dr. Yavuz Onur Danacıoğlu, Doç. Dr. Gökhan ATIŞ, İstanbul Medeniyet Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı	
3.7.3 URS SONRASI SEPSİSİN NEDENİ?	160
Prof. Dr. Faruk YAĞCI, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
3.8 FITİK-HİDROSEL AMELİYATLARINDA SORUNLAR	164
3.8.1 FITİK OPERASYONU SONRASI TESTİS ATROFİSİ	164
Doç. Dr. Fatih Altunrende, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
3.8.2 FITİK AMELİYATI SONRASI TESTİS ATROFİSİ	166
Doç. Dr. Hasan Salih SAĞLAM, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
3.8.3 FITİK AMELİYATINDA MESANE YARALANMASI	169
Uz. Dr. Senad Kalkan, Bezmialem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
3.8.4 FITİK AMELİYATI SONRASI ORŞİEKTOMİ	172
Doç. Dr. Halil Çiftçi, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
3.8.5 FITİK AMELİYATINDA TESTİS KARINDA UNUTULMUŞ?	175
Prof. Dr. Faruk Yencilek, Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	

3.8.6 HİDROSELEKTOMİ SONRASI ORŞİEKTOMİ VE KORDON REZEKSİYONU	177
Doç. Dr. Hakkı Uzun, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
Uz. Dr. Muhammet Fuat ÖZCAN, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
3.9 TRAVMA	182
3.9.1 TRAVMA SONRASI BÖBREK YARALANMASINDA YAKLAŞIM NASIL OLMALI?	182
Prof. Dr. Erem Kaan Başoğlu, Medical Park İzmir Hastanesi, Üroloji Kliniği	
3.9.2 DÜŞME SONUCU MESANE PERFORASYONUNA YAKLAŞIM	186
Prof. Dr. Enver Özdemir, Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
3.9.3 PELVİS TRAVMASI HANGİ UZMANLIK ALANININ SORUMLULUĞUNDADIR?	191
Doç. Dr. Şeref Başal, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa S. Abdulhamid Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
3.9.4 TRAFİK KAZASINDA AKUT BATIN: TANI NEDEN KONULAMAMIŞ	196
Prof. Dr. Halil Alış, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
3.9.5 BİSİKLETTEN DÜŞME SONUCU URETRA YARALANMASI: GEÇ TANI	201
Yard. Doç. Dr. Eray KEMAHLI, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
Prof. Dr. Recai Gürbüz, Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
3.9.6 TRAVMA İLE TORSİYON İLİŞKİLİ MİDİR?	209
Doç. Dr. Mehmet İnci, Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
3.9.7 TESTİS TRAVMASI TORSİYONA, TORSİYONE TESTİS FOURNIER GANGRENİNE NEDEN OLUR MU?	211
Doç. Dr. Yusuf Özlem İlbey, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
3.9.8 TESTİS TRAVMASINDA ÜREME FONKSİYONU FONKSİYON KAYBI?	213
Doç. Dr. Turgut Yapanoğlu, Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
3.10 TRANSPLANTASYON	215
3.10.1 TRANSPLANTASYON SONRASI NEFREKTOMİNİN NEDENİ?	215
Prof. Dr. İsmet Nane, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
3.10.2 BÖBREK NAKLİ ÖNCESİ DEĞERLENDİRMELER NE KADAR DETAYLI OLMALI	219
Prof. Dr. Volkan Tuğcu, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
3.11 HEKİM SEÇME HAKKI	224
3.11.1 AMELİYATIMI BAŞKA HEKİM YAPMIŞ	224
Uz. Dr. Selçuk Şahin, Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
4. ENDOUROLOJİ	229
4.1 LAPAROSKOPİ	229
4.1.1 LAPAROSKOPİK NEFREKTOMİDE BARSAK YARALANMASI	229
Prof. Dr. Hakan Kılıçaslan, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
4.1.2 LAPAROSKOPİK PARSİYEL NEFREKTOMİDE KANAMA	231
Doç. Dr. Abdullah Erdem Canda, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	

4.1.3 KOMPLİKE BÖBREK KİSTİNDE LAPAROSKOPİK PARSİYEL NEFREKTOMİ ENDİKASYON TARTIŞMASI, FİSÜL GELİŞİMİ VE NEFREKTOMİ . . . . .	.234
Prof. Dr. Erdal Apaydın, Uz. Dr. Fuat Kızılay, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
4.1.4 LAPAROSKOPİK NEFREKTOMİDE DUEDONUM PERFORASYONU, ATNALI BÖBREK . . .	.241
Prof. Dr. Ali İhsan Taşçı, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
4.1.5 ANJİOMYOLİPOMDA LAPAROSKOPİK NEFREKTOMİ VE DAMAR YARALANMASI . . . . .	.244
Prof. Dr. Fatih Atuç, Florence Nighatingale Hastanesi, Üroloji Kliniği	
4.2 ÜRETERORENOSKOPİ . . . . .	.248
4.2.1 ÜRETERORENOSKOPİ ESNASINDA ÜRETERDE KOPMA VE NEFREKTOMİ . . . . .	.248
Doç. Dr. Selçuk Güven, Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
4.2.2 ÜRETERORENOSKOPİ ESNASINDA ÜRETERDE KOPMA VE OTOTRANSPLANTASYON . .	.251
Uz. Dr. Özgür Çakmak, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
4.2.3 ÜRETERORENOSKOPİ ESNASINDA ÜRETERDE KOPMA VE İLEAL SUBSTITION . . . . .	.254
Uz. Dr. Erkan Erkan, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
4.2.4 SAĞ YERİNE SOL ÜRETERORENOSKOPİ, ÜRETERDE KOPMA VE NEFREKTOMİ . . . . .	.259
Prof. Dr. İsmet Yavaşcaoğlu, Uz. Dr. Sinan Çelen, Uludağ üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı Prof. Dr. Hasan Bakırtaş, Memorial Ankara hastanesi, Üroloji Kliniği	
4.2.5 ÜRETERORENOSKOPİ ESNASINDA ÜRETERDE KOPMA VE BOARİ FLAP . . . . .	.262
Prof. Dr. Lütfi Tunç, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı Uz. Dr. Serdar Yalçın, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
4.2.6 ÜRETERORENOSKOPİ SONRASI PERFORAFYON VE ABSE . . . . .	.266
Doç. Dr. Gökhan Koç, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir	
4.2.7 ÜRETERORENOSKOPİ SIRASINDA VENA RENALİS YARALANMASI . . . . .	.271
Prof. Dr. Ahmet Yaser Müslümanoğlu, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
4.2.8 ÜRETERORENOSKOPİ SONRASI TAKİPTE EKSİKLİK: BÖBREK KAYBININ SORUMLUSU KİMDİR? . . . . .	.274
Prof. Dr. Yaşar Özgök, Türk Üroloji Yeterlilik Kurul Başkanı, Üroloji Uzmanı	
4.2.9 ÜRETER DARLIĞI TANI VE ÜRETERORENOSKOPİ ENDİKASYON TARTIŞMALARI VE SONRASI SEPSİS . . . . .	.281
Doç. Dr. Necip Prinççi, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
4.2.10 ÜRETERORENOSKOPİ ÖNCESİNDE VE SONRASINDA ENFEKSİYON VE SEPSİSİ ÖNGÖRMEMEK . . . . .	.288
Prof. Dr. İlker Seçkiner, Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
4.2.11 ÜRETERORENOSKOPİ ÖNCESİ İDRAR TAHLİLİ VE KÜLTÜR ŞART MIDIR? . . . . .	.291
Prof. Dr. Kemal Sarıca, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
4.2.12 ÜRETERORENOSKOPİK GİRİŞİMLERDE SEPSİSİ ÖNGÖREMİYEN Mİ? . . . . .	.294
Doç. Dr. Altuğ Tuncel, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
4.3 PERKUTAN NEFROLİTOTOMİ . . . . .	.298
4.3.1 PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİDE VENA KAVA YARALANMASI . . . . .	.298
Prof. Dr. Burak Turna, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	

4.3.2 PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ SONRASI PLÖREZİ VE KANAMA	301
Prof. Dr. Ali Ünsal, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
4.3.3 PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ SONRASI KOLON PERFORASYONU	304
Doç. Dr. Emrah Yürük, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
4.3.4 PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ SONRASI KANAMA VE ÖLÜM	308
Uz. Dr. Mustafa Kadihasanoğlu, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
4.3.5 PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ ESNASINDA KANAMA VE PLEVRA YARALANMASI	312
Doç. Dr. M. Kemal Atilla, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	

5. UROONKOLOJİ 317

5.1 BPH	317
5.1.1 LAZER PROSTATEKTOMİ VE TURP: ENDİKASYONU VE ONAM TARTIŞMASI	317
Prof. Dr. Turhan Çaşkurlu, Doç. Dr. Bülent Erol, Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
5.1.2 SİSTOSKOPI VE GEREKLİ GİRİŞİM ENDİKASYONU HUKUK VE TIP BİLİMİNE UYGUN MUDUR?	320
Prof. Dr. M. Abdurrahim İmamoğlu, Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği	
5.1.3 URETRA DARLIĞI TANISI İLE YAPILAN AMELİYATTA İLAVE TURP VE SONRASI RETROGRAD EJEKULASYON.	323
Prof. Dr. Derya Balbay, Memorial Şişli Hastanesi, Üroloji Kliniği	
5.1.4 TURP SONRASI CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUĞUNUN SEBEBİ NEDİR?	326
Prof. Dr. Ali İhsan Taşçı, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
5.1.5 TURP SONRASI İDRAR KAÇIRMA.	329
Prof. Dr. Çetin Dinçel, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
5.1.6 LAZER PROSTATEKTOMİDE BAŞARISIZLIK MI?	332
Doç. Dr. Serkan Altınova, Liv Hospital, Üroloji Kliniği	
5.1.7 TURP SONRASI URETRA DARLIĞI	335
Prof. Dr. Bülent Akduman, Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
5.1.8 BPH'DA TANI VE ENDİKASYON TARTIŞMASI VE TURP ESNASINDA MESANE PERFORASYONU	337
Prof. Dr. Ali Fuat Atmaca, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
5.1.9 TURP SONRASI KANAMA	340
Doç. Dr. Ferhat Ateş, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan Abdulhamid Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
5.1.10 BPH TANISI TURP VE ENDİKASYON TARTIŞMASI, AMELİYAT SONRASI İNKONTİNANAS VE EREKTİL DİSFONKSİYON	344
Uz. Dr. Alper Bitkin, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
5.1.11 TURP SONRASI AKUT MİYOKARD İNFARKTÜSÜNÜN YÖNETİMİ VE ÖLÜM OLAYI	347
Prof. Dr. Sakıp ERTURHAN, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı Yrd. Doç. Dr. Berna Kaya UĞUR, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı	

5.1.12 TURP SONRASI AKUT MİYOKARD ENFARKTÜSÜ VE ÖLÜM: PREOPERATİF HAZIRLIĞIN ÖNEMİ . . . . .	.350
Doç. Dr. Osman Ekinci, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği	
5.1.13 TURP SONRASI MİDE KANAMASI VE ÖLÜM . . . . .	.351
Doç. Dr. Orhan Koca, Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
5.1.14 TUR SENDROMU VE DÜŞME SONUCU ÖLÜM . . . . .	.354
Doç. Dr. Öner Şanlı, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
5.1.15 GREENLIGHT LAZER İLE URETRA DARLIĞI AMELİYATI SONRASI AÇIK OPERASYON VE ÖLÜM . . . . .	.359
Prof. Dr. Oğuz Acar, Memorial Şişli Hastanesi, Üroloji Kliniği	
5.2 PROSTAT KANSERİ . . . . .	.364
5.2.1 PROSTAT KANSERİ TANISINDA GECİKME VAR MI? . . . . .	.364
Prof. Dr. Asif Yıldırım, Uz. Dr. Turgay Turan, İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
5.2.2 PROSTAT KANSERİ TANISINDA GECİKME: TAKİP EKSİKLİĞİ Mİ? . . . . .	.367
Doç. Dr. Süleyman Yeşil, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
5.2.3 PROSTAT KANSERİ: AYIRICI TANIDA EKSİKLİK, GEÇ TANI . . . . .	.370
Prof. Dr. Derya Balbay, Memorial Şişli Hastanesi, Üroloji Kliniği	
5.2.4 PROSTAT KANSERİ: TURP PATOLOJİ RAPORU TANIYI EKARTE ETTİRİR Mİ? . . . . .	.372
Prof. Dr. Özcan Atahan, Kemerburgaz Üniversitesi, Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı	
5.2.5 PROSTAT KANSERİNDE TANI VE EVRELEME SORUNU İLE AYDINLATMA EKSİKLİĞİ . . . . .	.376
Dr. Özgür Haki Yüksel, Prof. Dr. Ayhan Verit, Fatih Sultan Mehmet eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
5.2.6 PROSTAT KANSERİ TAKİBİNDE EKSİKLİK Mİ AYDINLATMA SORUNU MU? . . . . .	.379
Prof. Dr. Arslan Ardiçoğlu, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
5.2.7 PROSTAT BİYOPSİSİ SONRASI ÖLÜM . . . . .	.381
Doç. Dr. Ayhan Karaköse, Medicalpark İzmir Hastanesi, Üroloji Kliniği	
Doç. Dr. Metin Öztürk, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
5.2.8 PROSTAT BİYOPSİSİNDE BARSAK PERFORASYONU VE TANIDA EKSİKLİK? . . . . .	.384
Doç. Dr. Gökhan Gürbüz, Adana Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji kliniği	
5.3 TESTİS KANSERİ . . . . .	.387
5.3.1 TESTİS TÜMÖRÜLÜ HASTADA HİDROSELEKTOMİ VE TANI GECİKMESİ . . . . .	.387
Prof. Dr. Selami Albayrak, Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
5.3.2 TRİKLOR ETİLEN TESTİS KANSERLİYLE İLİŞKİLİ MİDİR? . . . . .	.392
Prof. Dr. Adem Fazlıoğlu, Nişantaşı Üniversitesi, Medical Park Gaziosmanpaşa Hastanesi, Üroloji Kliniği	
5.3.3 TESTİS KANSERİ TEDAVİ GECİKMESİ: SORUMLU HEKİM Mİ HASTA MI? . . . . .	.397
Prof. Dr. Azam DEMİREL, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
5.3.4 TESTİS TÜMÖRÜ TANISI KOYAMAMADA SAĞLIK VE ASKERLİK SİSTEMİ SUÇLANABİLİR Mİ? . . . . .	.400
Prof. Dr. Nazım Mutlu, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
5.3.5 TESTİS TÜMÖRÜ TANI GEÇİKMESİNDE ÜROLOG MU PATOLOG MU SORUMLUDUR? . . . . .	.404
Prof. Dr. Barış Nuhoglu, Yeni Yüzyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı	

5.4 MESANE KANSERİ	406
5.4.1 MESANE KANSERİNE YETERLİ İNCELEME YAPMADAN REZEKSİYON	406
Prof. Dr. Atilla Gör, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
5.4.2 BCG SONRASI SEPTİK ŞOK VE ÖLÜM	409
Prof. Dr. Murat Bozlu, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
5.4.3 MESANE TÜMÖRÜNÜN GEÇ TANISI VE ÖLÜME KATKISI	413
Doç. Dr. Murat Gönen, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
5.5 BÖBREK KANSERİ	416
5.5.1 BÖBREK KANSERİNİ EVRELEMEME, İLERİ EVRE HASTADA RADİKAL NEFREKTOMİ	416
Prof. Dr. Özdal Dillioğlugil, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
Prof. Dr. Ali İhsan Taşçı, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
5.5.2 BÖBREK TÜMÖRÜ TANI GEÇİKMESİ	420
Dr. Mehmet Gökhan ÇULHA, Doç. Dr. Emin ÖZBEK, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
5.5.3 TAŞ HASTASINDA BÖBREK TÜMÖRÜ, TANI EKSİKLİĞİ	424
Doç. Dr. Sinan Kireççi, Şişli Hamidiye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
5.5.4 NONFONKSİYONE BÖBREKTE NEFREKTOMİ PİYESİNDE BÖBREK TÜMÖRÜ	428
Prof. Dr. Atilla Semerciöz, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
5.6 ÜRETER TÜMÖRÜ	432
5.6.1 ÜRETER TÜMÖRÜ TANI GECİKMESİ	432
Doç. Dr. Cengiz Girgin, Atasağlık Hastanesi, Üroloji Kliniği	
6. ANDROLOJİ	439
6.1 CİNSEL FONKSİYON	439
6.1.1 KLİNİFELTER SENDROMUNDA CİNSELLİK VE ÜREME	439
Yrd. Doç. Dr. Hakan Hakkı TAŞKAPU, Necmettin Erbakan üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
6.1.2 CİNSEL SALDIRGANIN EREKTİL FONKSİYONU	443
Prof. Dr. Ateş Kadioğlu, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
Prof. Dr. Ali İhsan Taşçı, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
6.1.3 EJEKULASYONDA EPİLEPSİ	447
Doç. Dr. Yiğit Akın, Yard. Doç. Dr. Osman Köse, Doç. Dr. Nevin Gürgör Kanat, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji ve Nöroloji Klinikleri	
6.1.4 PRİAPİZM	449
Prof. Dr. Ateş Kadioğlu, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
6.2 VARİKOSEL	452
6.2.1 VARİKOSELEKTOMİDE BARSAK PERFORASYONU VE KOLOSTOMİ İLE TEDAVİ	452
Prof. Dr. Selahattin Çayan, Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
6.2.2 VARİKOSELEKTOMİDE BARSAK PERFORASYONU NASIL TEDAVİ EDİLMELİDİR?	454
Prof. Dr. İsa Özbek, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı	

6.2.3 VARİKOLEKTOMİDE BARSAK PERFORASYONUNUN NEDENİ NEDİR?	457
Prof. Dr. Bülent Semerci, Uz. Dr. Fuat Kızılay, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
6.2.4 VARİKOLEKTOMİ SONRASI TESTİS TORSİYONU	460
Prof. Dr. Barış Altay, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
6.2.5 VARİKOLEKTOMİ ENDİKASYONU?	461
Uz. Dr. Hakan Polat, Batı Bahat Hastanesi, Üroloji Kliniği	
6.2.6 VARİKOLEKTOMİ SONRASI TESTİS KAYBI	463
Doç. Dr. İlhan Geçit, Malatya İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
6.2.7 VARİKOLEKTOMİDEN SONRA SPERM DEĞERLERİNDE AZALMA	465
Prof. Dr. İrfan Orhan, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
6.2.8 VARİKOLEKTOMİ SONRASI NÜKS	467
Uz. Dr. Eyiip Veli KÜÇÜK, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
6.3 PENİS PROTEZİ	469
6.3.1 PENİS PROTEZİNDEN SONRA AĞRI	469
Prof. Dr. Önder Yaman, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
6.3.2 PENİS PROTEZ VE ARTİFİSİYEL SFİNKTER UYGULAMASI SONUCU İNFEKSİYON	471
Prof. Dr. Ramazan Aşçı, Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
6.3.3 PENİS PROTEZİ SONRASI ŞEKİL BOZUKLUĞU MU TAKINTI MI?	477
Prof. Dr. M. Faruk Usta, Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
6.4 ÜREMeye YARDIMCI TEDAVİ YÖNTEMLERİ	480
6.4.1 TESE SONRASI ABSE, WEGENER HASTALIĞI	480
Doç. Dr. Ege Can Şereföğlü, Üroloji Uzmanı	
6.4.2 TESTİS BİOPSİSİ VE SPERMİOGRAMLAR TESTİSTE SPERM OLUP OLMADIĞINI GÖSTEREBİLİR Mİ?	483
Prof. Dr. Sefa Resim, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
6.4.3 VARİKOSSEL AMELİYATI YAPMADAN TÜP BEBEK UYGULAMASI	486
Uz. Dr. Muzaffer Akçay, Bezmialem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
6.4.4 TESE SONRASI ANDROJEN EKSİKLİĞİ	488
Doç. Dr. Ahmet Gökçe, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
7. ÇOCUK ÜROLOJİSİ-SÜNNET	491
7.1 TESTİS TORSİYONU	491
7.1.1 TESTİS TORSİYONU AYIRICI TANISI MUAYENE İLE YAPILABİLİR Mİ?	491
Doç. Dr. Selçuk Sılay, Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
7.1.2 TESTİS TORSİYONU TANISININ GECİKME NEDENİ?	494
Prof. Dr. Cankon Germiyanoğlu, Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ürolojisi Bilim Dalı	
7.1.3 TESTİS TORSİYONU: ACİLLERDE ÜCRET NEDENİYLE MÜDAHALE GECİKMESİ	499
Prof. Dr. Yılmaz Aksoy, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	

7.1.4 TESTİS TORSİYONUNU ÖNGÖRMEME . . . . .	.502
Uz. Dr. Caner Baran, Çukurova Aşım Tüfekçi Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği	
7.2 HİPOSPADİA . . . . .	.504
7.2.1 SÜNNET SIRASINDA FARKEDİLEN HİPOSPADİA VE AMELİYAT SONRASI PENİSTE NEKROZ . . . . .	.504
Prof. Dr. Kaya Horasanlı, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
7.2.2 HİPOSPADİA AMELİYATI SONRASI PENİS NEKROZU VE FALLOPLASTİ ENDİKASYONU TARTIŞMASI . . . . .	.510
Prof. Dr. Tarkan Soygür, Dr. Onur Telli, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji AD, Çocuk Ürolojisi Bilim Dalı	
7.2.3 HİPOSPADİA OLGUSUNDA KONJENİTAL ADRENAL HİPERPLAZİ: TANI GECİKMESİ? . . . . .	.513
Prof. Dr. Selçuk Yücel, Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Çocuk Ürolojisi Bilim Dalı	
7.3 VEZİKOURETRAL REFLÜ . . . . .	.518
7.3.1 VEZİKO ÜRETERAL REFLÜ AMELİYATLARI GEREKSİZ Mİ? . . . . .	.518
Uz. Dr. Cevper Ersöz, Bezmialem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
7.4 İNMEMİŞ TESTİS . . . . .	.521
7.4.1 İNMEMİŞ TESTİS AMELİYATI SONRASI ATROFİNİN SEBEBİ NEDİR? . . . . .	.521
Uz. Dr. Turgut Alp, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
7.5 SÜNNET . . . . .	.524
7.5.1 SÜNNET SONRASI PENİSTE NEKROZ: NEDENİ?-1 . . . . .	.524
Prof. Dr. M. İhsan Karaman, Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Rektör	
7.5.2 SÜNNET SONRASI PENİSTE NEKROZ: NEDENİ?-2 . . . . .	.527
Prof. Dr. M. İhsan Karaman, Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Rektör	
7.5.3 TOPLU SÜNNETTE GLANS NEKROZUNUN NEDENİ ENFEKSİYON MU? . . . . .	.531
Prof. Dr. M. İhsan Karaman, Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Rektör	
7.5.4 GLANS AMPUTASYONU . . . . .	.535
Doç. Dr. Selçuk Sılay, Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
7.5.5 SÜNNET SONRASI PENİS NEKROZU: METHEMOGLOBİNEMİYE Mİ BAĞLI? . . . . .	.538
Prof. Dr. Deniz Demirci, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
7.5.6 SÜNNET SONRASI URETAL FİSTÜL . . . . .	.541
Prof. Dr. Ali Ayyıldız, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
7.5.7 SÜNNET SONRASI MEATUS DARLIĞI . . . . .	.544
Yrd. Doç. Dr. Ercan MALKOÇ, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan Abdulhamid Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
7.5.8 ALİS KLAMP İLE SÜNNET SONRASI YARA AÇILMASI . . . . .	.546
Doç. Dr. Zeki BAYRAKTAR, İstanbul Medipol Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı	
7.5.9 GÖMÜK PENİSTE SÜNNET VEYA SÜNNET SONRASI GÖMÜK PENİS. . . . . .	.550
Prof. Dr. Haluk Emir, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Ürolojisi Bilim Dalı	

8. KADIN ÜROLOJİSİ	553
8.1 KADIN-DOĞUM AMELİYATLARINDA ÜRETER-MESANE SORUNLARI	553
8.1.1 RADİKAL HİSTEREKTOMİDE ÜRETER HASARI	553
Prof. Dr. Ali İhsan Taşçı, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
8.1.2 VAJİNAL HİSTEREKTOMİ SONRASI HİDRONEFROZUN TAKİP VE TEDAVİSİNDE EKSİKLİK	556
Prof. Dr. Ali İhsan Taşçı, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği Doç. Dr. Rahim Horuz, Medipol Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
8.1.3 SEKSİYO SIRASINDA OLUŞAN ÜRETER LİGASYONUNA NE ZAMAN MÜDAHALE EDİLMELİDİR?	560
Prof. Dr. Ali İhsan Taşçı, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
8.1.4 OVER KİSTİ AMELİYATINDAN SONRA BATINDAKİ SIVI LENF Mİ İDRAR MI?	563
Doç. Dr. Oktay Akça, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
8.1.5 HİSTEREKTOMİDE MESANE YARALANMASINI KİM ONARMALIDIR?	568
Prof. Dr. Ercan Yeni, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
8.1.6 HİSTEREKTOMİ AMELİYATINDA MESANE YARALANMASI VE TAMİRİN YAPILDIĞI TESPİT EDİLEBİLİR Mİ?	570
Doç. Dr. Cenk Gürbüz, Medistate Hastanesi, Üroloji Kliniği	
8.1.7 HİSTEREKTOMİ AMELİYATINDA MESANE YARALANMASI TESPİT EDİLMELİ MİDİR?	572
Yrd. Doç. Dr. Kadir Önem, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
8.1.8 VEZİKOVAJİNAL FİSTÜL NE ZAMAN TAMİR EDİLMELİDİR	574
Doç. Dr. Şenol Adanur, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
8.1.9 İDRAR FİSTÜLÜ NASIL ARAŞTIRILMALIDIR	578
Prof. Dr. Rahmi Onur, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
8.1.10 HİSTEREKTOMİDEN SONRA SEPSİSİN SEBEBİ?	583
Prof. Dr. Levent Tuncay, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
8.2 İNKONTİNANS AMELİYATLARI	590
8.2.1 TOT, SİSTOSEL VE REKTOSEL ONARIMINDA VAJEN DARLIĞI	590
Uz. Dr. M. Murat Dinçer, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği	
8.2.2 TOT EREZYONUNA 5 KEZ AMELİYAT	592
Yard. Doç. Dr. Burhan Coşkun, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı	
8.2.3 TVT SONRASI İDRAR YAPAMAMA	595
Doç. Dr. Abdulmuttalip Şimşek, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği	
8.2.4 TVT UYGULAMA SIRASINDA MESANE PERFORASYONU	598
Prof. Dr. Öner Odabaş, Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Üroloji Kliniği	

YAZARLAR

- Abdullah Erdem Canda, Doç. Dr.** Ankara Atatürk EAH, Üroloji Kliniği
- Abdulmuttalip Şimşek, Doç. Dr.** Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH, Üroloji Kliniği
- Abdurrahim İmamoğlu, Prof. Dr.** Dışkapı EAH Üroloji Kliniği
- Adem Fazlıoğlu, Prof. Dr.** Medical Park Gaziosmanpaşa Hastanesi, Üroloji Kliniği
- Ahmet Gökçe, Doç. Dr.** Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Ahmet Yaser Müslümanoğlu, Prof. Dr.** Bağcılar EAH, Üroloji Kliniği
- Ali Ayyıldız, Prof. Dr.** Ankara EAH, Üroloji Kliniği
- Ali Fuat Atmaca, Prof. Dr.** Ankara Atatürk EAH, Üroloji Kliniği
- Ali İhsan Taşçı, Prof. Dr.** Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH, Üroloji Kliniği
- Ali Ünsal, Prof. Dr.** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Alper Bitkin, Uz. Dr.** Samsun EAH, Üroloji Kliniği
- Altuğ Tuncel, Doç. Dr.** Ankara Numune EAH, Üroloji Kliniği
- Arda Atar, Uz. Dr.** Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH, Üroloji Kliniği
- Arslan Ardiçoğlu, Prof. Dr.** Atatürk EAH, Üroloji Kliniği
- Asıf Yıldırım, Prof. Dr.** İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Ateş Kadioğlu, Prof. Dr.** İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Atilla Gör, Prof. Dr.** Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Atilla Semerciöz, Prof. Dr.** Bağcılar EAH, Üroloji Kliniği
- Ayhan Karaköse, Doç. Dr.** Medicalpark İzmir Hastanesi, Üroloji Kliniği
- Ayhan Verit, Prof. Dr.** Fatih Sultan Mehmet EAH, Üroloji Kliniği
- Azam Demirel, Prof. Dr.** Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Barış Altay, Prof. Dr.** Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Barış Nuhoğlu, Prof. Dr.** Yeni Yüzyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı
- Bekir Aras, Yard. Doç. Dr.** Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Berna Kaya UĞUR, Yrd. Doç. Dr.** Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anestezi Anabilim Dalı
- Bilal Eryıldırım, Doç. Dr.** Kartal Dr. Lütfi Kırdar EAH, Üroloji Kliniği
- Bircan Mutlu, Uz. Dr.** Giresun Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği
- Burak Turna, Prof. Dr.** Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Burhan Coşkun, Yard. Doç. Dr.** Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

- Bülent Akduman, Prof. Dr.** Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Bülent Erkurt, Doç. Dr.** Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Bülent Erol, Doç. Dr.** İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Bülent Semerci, Prof. Dr.** Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Caner Baran, Uz. Dr.** Çukurova Aşkim Tüfekçi Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği
- Cankon Germiyanoglu, Prof. Dr.** Ondokuzmayıs Üniversitesi, Çocuk Ürolojisi Bilim Dalı
- Cemal Göktaş, Doç. Dr.** Kartal Dr. Lütfi Kırdar EAH, Üroloji Kliniği
- Cengiz Girgin, Doç. Dr.** Atasağlık Hastanesi, Üroloji Kliniği
- Cenk Gürbüz, Doç. Dr.** Medistate Hastanesi, Üroloji Kliniği
- Cevper Ersöz, Uz. Dr.** Bezmialem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Çetin Dinçel, Prof. Dr.** İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği
- Deniz Demirci, Prof. Dr.** Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Derya Balbay, Prof. Dr.** Memorial Şişli Hastanesi, Üroloji Kliniği
- Doğan Ünal, Prof. Dr.** Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji EAH, Üroloji Kliniği
- Ege Can Şerefoğlu, Doç. Dr.** Üroloji Uzmanı
- Elif Şenocak Taşçı, Dr.** Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı
- Emin ÖZBEK, Doç. Dr.** İstanbul EAH, Üroloji Kliniği
- Emrah Yürük, Doç. Dr.** Bağcılar EAH, Üroloji Kliniği
- Engin Kandıralı, Doç. Dr.** Bağcılar EAH, Üroloji Kliniği
- Enver Özdemir, Prof. Dr.** Taksim EAH, Üroloji Kliniği
- Eray KEMAHLI, Yard. Doç. Dr.** İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Ercan MALKOÇ, Yrd. Doç. Dr.** Sultan Abdulhamid EAH, Üroloji Kliniği
- Ercan Yeni, Prof. Dr.** Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Erdal Apaydın, Prof. Dr.** Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Erdoğan İlkay, Prof. Dr.** İstinye Üniversitesi, Liv Hospital, Kardiyoloji Kliniği
- Erem Kaan Başok, Prof. Dr.** Medical Park İzmir Hastanesi, Üroloji Kliniği
- Erkan Erkan, Uz. Dr.** İstanbul EAH, Üroloji Kliniği
- Ersin Çimentepe, Prof. Dr.** Lokman Hekim Hastanesi, Üroloji Kliniği
- Eyüp Veli KÜÇÜK, Uz. Dr.** Ümraniye EAH, Üroloji Kliniği
- Faruk YAĞCI, Prof. Dr.** Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Faruk Yencilek, Prof. Dr.** Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Fatih Altunrende, Doç. Dr.** Okmeydanı EAH, Üroloji Kliniği
- Fatih Atuş, Prof. Dr.** Florence Nighatingale Hastanesi, Üroloji Kliniği
- Fazıl Serdar GÜREL, Uz. Dr.** Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi Anabilim Dalı
- Ferhat Ateş, Doç. Dr.** Sultan Abdulhamid EAH, Üroloji Kliniği
- Fuat Kızılay, Uz. Dr.** Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Furkan Şendoğan, Dr.** İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Gökhan ATIŞ, Doç. Dr.** İstanbul Medeniyet Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı
- Gökhan Gürbüz, Doç. Dr.** Adana EAH, Üroloji kliniği
- Gökhan Koç, Doç. Dr.** Tepecik EAH, Üroloji Kliniği, İzmir
- Güven Bektemür, Yard. Doç. Dr.** Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

- Hakan Ertin, Doç. Dr.** İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı
- Hakan Hakkı TAŞKAPU, Yrd. Doç. Dr.** Meram Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Hakan Kılıçaslan, Prof. Dr.** Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Hakan Polat, Uz. Dr.** Batı Bahat Hastanesi, Üroloji Kliniği
- Hakkı Uzun, Doç. Dr.** Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Halil Alış, Prof. Dr.** Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH, Üroloji Kliniği
- Halil Başar, Prof. Dr.** Ankara Onkoloji EAH, Üroloji Kliniği
- Halil Çiftçi, Doç. Dr.** Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Haluk Emir, Prof. Dr.** İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Ürolojisi Bilim Dalı
- Haluk Erol, Prof. Dr.** Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Hasan Bakırtaş, Prof. Dr.** Memorial Ankara Hastanesi, Üroloji Kliniği
- Hasan Salih SAĞLAM, Doç. Dr.** Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- İbrahim Topçu, Yard. Doç. Dr.** Sağlık Bilimleri Ü. Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı
- İlhan Geçit, Doç. Dr.** Malatya İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- İlker Seçkiner, Prof. Dr.** Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- İrfan Orhan, Prof. Dr.** Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- İsa Özbey, Prof. Dr.** Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı
- İsmet Nane, Prof. Dr.** İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- İsmet Yavaşcaoğlu, Prof. Dr.** Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Kadir Önem, Yrd. Doç. Dr.** Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Kamil Fehmi Narter, Doç. Dr.** Kartal Lütfi Kırdar EAH, Üroloji Kliniği
- Kaya Horasanlı, Prof. Dr.** Şişli Hamidiye Etfal EAH, Üroloji Kliniği
- Kemal Sarıca, Prof. Dr.** Kartal Dr. Lütfi Kırdar EAH, Üroloji Kliniği
- Levent Tuncay, Prof. Dr.** Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Lütfi Tunç, Prof. Dr.** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- M. Emre Bakırcıoğlu, Doç. Dr.** Üroloji Uzmanı
- M. Faruk Usta, Prof. Dr.** Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- M. İhsan Karaman, Prof. Dr.** Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- M. Kemal Atilla, Doç. Dr.** Samsun EAH, Üroloji Kliniği
- M. Necmettin Atsü, Prof. Dr.** Hasan Kalyoncu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Mehmet Akif Erdöl, Dr.** Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yüksek İhtisas EAH, Kardiyoloji Kliniği
- Mehmet Gökhan ÇULHA, Dr.** İstanbul EAH, Üroloji Kliniği
- Mehmet Gülüm, Doç. Dr.** Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı
- Mehmet İnci, Doç. Dr.** Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Mete Çek, Prof. Dr.** Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Metin Öztürk, Doç. Dr.** Haydarpaşa Numune EAH, Üroloji Kliniği
- Muhammet Fuat ÖZCAN, Uz. Dr.** Ankara Atatürk EAH, Üroloji Kliniği
- Murat Bozlu, Prof. Dr.** Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Murat Dinçer, Uz. Dr.** M. Bağcılar EAH, Üroloji Kliniği
- Murat Gönen, Doç. Dr.** Konya EAH, Üroloji Kliniği
- Mustafa Gürkan Yenice, Uz. Dr.** Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH Üroloji Kliniği

- Mustafa Kadıhasanoğlu, Uz. Dr.** İstanbul EAH, Üroloji Kliniği
- Mustafa Soyaş, Uz. Dr.** Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Muzaffer Akçay, Uz. Dr.** Bezmialem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Nazım Mutlu, Prof. Dr.** Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Necip Prinçci, Doç. Dr.** Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Nevin Gürgör Kanat, Doç. Dr.** İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Kliniği
- Oğuz Acar, Prof. Dr.** Memorial Şişli Hastanesi, Üroloji Kliniği
- Oktay Akça, Doç. Dr.** Kartal Dr. Lütfi Kırdar EAH, Üroloji Kliniği
- Onur Telli, Dr.** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji AD, Çocuk Ürolojisi Bilim Dalı
- Orhan Koca, Doç. Dr.** Haydarpaşa EAH, Üroloji Kliniği
- Osman Ekinci, Doç. Dr.** Haydarpaşa Numune EAH, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği
- Osman Köse, Yard. Doç. Dr.** İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Kliniği
- Önder Yaman, Prof. Dr.** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Öner Odabaş, Prof. Dr.** Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Üroloji Kliniği
- Öner Şanlı, Doç. Dr.** İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Özcan Atahan, Prof. Dr.** Kemerburgaz Üniversitesi, Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı
- Özdal Dillioğlugil, Prof. Dr.** Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Özgür Çakmak, Uz. Dr.** Tepecik EAH, Üroloji Kliniği
- Özgür Haki Yüksel, Dr.** Fatih Sultan Mehmet EAH, Üroloji Kliniği
- Özkan Polat, Prof. Dr.** Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Rahim Horuz, Doç. Dr.** Medipol Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Rahmi Onur, Prof. Dr.** Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Ramazan Aşçı, Prof. Dr.** Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Recai Gürbüz, Prof. Dr.** Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Sabahattin Aydın, Prof. Dr.** Medipol Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Rektör
- Sakıp Erturhan, Prof. Dr.** Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Sefa Resim, Prof. Dr.** Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Selahattin Çayan, Prof. Dr.** Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Selami Albayrak, Prof. Dr.** Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Selçuk Güven, Doç. Dr.** Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Selçuk Sılay, Doç. Dr.** Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Selçuk Şahin, Uz. Dr.** Bakırköy Dr Sadi Konuk EAH, Üroloji Kliniği
- Selçuk Yücel, Prof. Dr.** Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ürolojisi Bilim Dalı
- Senad Kalkan, Uz. Dr.** Bezmialem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Serdar Yalçın, Uz. Dr.** Gülhane EAH, Üroloji Kliniği
- Serkan Altınova, Doç. Dr.** Liv Hospital, Üroloji Kliniği
- Sinan Çelen, Uz. Dr.** Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Sinan Kireççi, Doç. Dr.** Şişli Hamidiye EAH, Üroloji Kliniği
- Süleyman Yeşil, Doç. Dr.** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Şenol Adanur, Doç. Dr.** Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Şeref Başal, Doç. Dr.** Sultan Abdulhamid EAH, Üroloji Kliniği

- Tarkan Soygür, Prof. Dr.** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji AD, Çocuk Ürolojisi Bilim Dalı
- Tekin Ahmet Serel, Prof. Dr.** Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Turgay Turan, Uz. Dr.** İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Turgut Alp, Uz. Dr.** Fatih Sultan Mehmet EAH, Üroloji Kliniği
- Turgut Yapanoğlu, Doç. Dr.** Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Turhan Çaşkurlu, Prof. Dr.** Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Uğur Yücetaş, Uz. Dr.** İstanbul EAH, Üroloji Kliniği
- Volkan Tuğcu, Prof. Dr.** Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH, Üroloji Kliniği
- Yaşar Özgök, Prof. Dr.** Türk Üroloji Yeterlilik Kurul Başkanı, Üroloji Uzmanı
- Yavuz Onur Danacıoğlu, Dr.** İstanbul Medeniyet Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı
- Yılmaz Aksoy, Prof. Dr.** Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Yiğit Akın, Doç. Dr.** İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Kliniği
- Yusuf Özlem İlbey, Doç. Dr.** Tepecik EAH, Üroloji Kliniği
- Zafer Aybek, Prof. Dr.** Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Zafer Kozacıoğlu, Doç. Dr.** Tepecik EAH, Üroloji Kliniği
- Zeki BAYRAKTAR, Doç. Dr.** İstanbul Medipol Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı
- Ziya Akbulut, Doç. Dr.** Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

TIP EĞİTİMİNDE NASIL KULLANALIM?

Uz. Dr. Fazıl Serdar GÜREL
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi Anabilim Dalı

Üroloji “uzmanlık eğitimi” ve “sürekli mesleki gelişim” kapsamında kullanıma sunulan bu değerli kitabın kullanımı ve eğitime katkısı konusunda görüş, öneri ve temenniler içermektedir. Görüşler,

Bu kitap gerçek olgulardan esinlenerek hazırlanmış senaryolardan oluşmaktadır. Her biri günlük klinik hayat içinde karşılaşılabilecek, klinik yaşamın yoğunluğu içinde atlanabilecek durumların önceden fark edilebilmesi açısından yol gösterici nitelik taşıyan senaryolardır.

Bu kitap tıp eğitimi açısından önemli bir ilki beraberinde getirerek, uzmanlık eğitiminde ve sürekli mesleki gelişimde sağlık hizmetinin adli kısmını gündem konusu yapmıştır.

Kitap Üroloji alanında bir süredir eğitim gören kıdemsiz bir uzmanlık öğrencisinden, uzun süredir bu alanda hizmet veren bir üroloji uzmanına kadar her düzeyden üroloğun faydalanabileceği, farklı adli ve etik deneyimleri kendi klinik hizmetine yansıtabileceği bir kapsama sahiptir.

TUKMOS uzmanlık müfredatında yer alan “Temel Yetkinlikler” kapsamındaki yetkinliklerin eğitiminde olumlu tutum kazanılması açısından diğer tüm uzmanlık alanlarına örnek teşkil edebilecek niteliktedir.

Kitabın TUKMOS temel yetkinliklerinden özellikle “Değer ve Sorumluluk Sahibi”, “Ekip Üyesi”, “Yönetici” ve “Sağlık Koruyucusu” başlığı altında yer alan anahtar ve açıklayıcı yetkinlikler ile ilişkili kazanımlara ulaşılması konusunda faydalı olacağı öngörülebilir.



TUKMOS Model Müfredat Formatı'ndan alınmıştır

Bir üroloji uzmanının klinik ve girişimsel yetkinliklerinin yanı sıra sahip olması gereken temel yetkinlikler konusunda önemli bir kaynak olabilecek bu kitap diğer tüm uzmanlık alanlarının da sahip olmasında yarar görülecek **model kaynak kitap** özelliği taşımaktadır.

Öneriler,

Kitabın asıl hedef kitlesi üroloji uzmanları ve asistanlarıdır. Kitap "bireysel" okumalar dışında "küçük çalışma grupları" tarafından da eğitim amaçlı kullanılabilir.

Kitabın yapılandırması bireysel veya küçük grup çalışmalarında öğretici olacak şekilde oluşturulmuştur. Kitap iteratif* yapılandırılmış olgular içermektedir. Olguların iteratif özelliği hem bireysel hem de grup çalışmalarında kullanılabilir.

Ayrıca sürekli mesleki gelişim açısından bilimsel kongrelerde çeşitli başlıkları birer "küçük grup çalışması" konusu olabileceği özelliğindedir.

Her olgu,

1. İddia
2. Savunma
3. Belgeler
4. Bilirkişi Görüşü
5. Değerlendirme

Bölümlerinden oluşmaktadır.

Bireysel okumalarda ve küçük çalışma gruplarındaki eğitim aktivitelerinde bu iteratif yapıdan daha yüksek oranda faydalanmak amacıyla aşağıdaki yöntem kullanılabilir;

1. "İddia" kısmını okuyunuz ve "Savunma" kısmında nelerin öne sürülebileceğini listeleyiniz.
2. "Savunma" kısmını okuyunuz ve sizin listeniz ile olgudaki metnin farklarını belirleyerek nedenlerini tartışınız.
3. Hangi belgelerin talep edilmesi gerektiğini gerekçesi ile listeleyiniz.
4. "Belgeler" kısmını okuyunuz ve sizin listeniz ile olgudaki metnin farklarını belirleyerek nedenlerini tartışınız.
5. Bilirkişi Görüşü tahminlerinizi listeleyiniz.
6. "Bilirkişi Görüşü" kısmını okuyunuz ve sizin tahminleriniz ile olgudaki metnin farklarını belirleyerek nedenlerini tartışınız.
7. Değerlendirmeyi okuyunuz.

Temenniler,

Bu kitabın hem mezuniyet öncesi tıp eğitimine Adli Tıp ve Tıp Etiğinin müfredatta alabileceği yer ve yöntem açısından yol gösterici olmasını, hem de diğer uzmanlık alanlarının uzmanlık ve sürekli mesleki gelişim eğitimlerine model olmasını temenni ederim.

Kitabın yazılmasında emeği geçen başta editör olmak üzere tüm yazarların tıp eğitiminde önemli bir model olabilecek bu kitabı ülkemiz tıp eğitimine kazandırmalarını saygı ve gururla karşılamaktayım. Kendilerine, sağlık eğitiminin ve hizmetinin geleceğine yaptıkları bu katkıdan dolayı teşekkür ederim.

TIP HUKUKU

Prof. Dr. Ali İhsan Taşçı
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

SORUMLULUK

Öğrenim Hedefleri

1. Sorumluluk tanımını yapar
2. Hukukta sorumluluğun şartlarını sayar
3. Sorumluluk şartlarını tanımlar
4. Bir olayda sorumluluk şartlarını tartışır
5. Sorumluluğun mevzuattaki dayanaklarını söyler
6. Hukuka aykırı eylemi tanımlar
7. Kusurun hukuki tanımını yapar
8. İlliyet bağını açıklar
9. Tıbbi müdahalelerde sorumluluğun hukuki dayanaklarını sayar
10. Tıbbi müdahalelerde sorumluluğun hukuki dayanaklarını tartışır
11. Sözleşmeye dayalı sorumluluğu tanımlar
12. Sözleşmeye dayalı sorumluluğun çeşitlerini açıklar
13. Hekimin sözleşmeden doğan sorumlulukları için gerekli unsurları sayar
14. Vekaletsiz iş görme sorumluluğu açıklar
15. Haksız eylem sorumluluğunu açıklar
16. Özel hastanelerde tıbbi girişimlerde sorumluluk özelliklerini açıklar
17. Kamu hastanelerde tıbbi girişimlerde sorumluluk özelliklerini açıklar
18. Yardımcı kişilerin eylemlerinde hekimin sorumluluğunu açıklar
19. Bir olayda hekimin tıbbi müdahale sorumluluğunun kaynağını hukuki yönden değerlendirir

Sorumluluk Tanımı:

Kişinin kendine, ailesine, komşularına, topluma karşı doğal görevleri yanında meslekleri ve yaptığı anlaşmalar nedeniyle görevleri mevcuttur. Aynı şekilde kurumların da görevleri mevcuttur. Kişilerin ve kurumların görevlerini gereği gibi yerine getirmemesinden dolayı ortaya çıkacak olumsuz sonuçlarına katlanmasına sorumluluk denir.

Hukukta bir kimsenin bir olaydan dolayı sorumlu tutulabilmesi için sorumluluk şartları tanımlanmıştır. Bunlar hukuka aykırı eylem, kusur, zarar ve illiyet bağıdır.

Sorumluluk konusunda Borçlar Kanunu'nun ilgili maddesi:

"MADDE 49- Kusurlu ve hukuka aykırı bir fiille başkasına zarar veren, bu zararı gidermekle yükümlüdür. Zarar verici fiili yasaklayan bir hukuk kuralı bulunmasa bile, ahlaka aykırı bir fiille başkasına kasten zarar veren de bu zararı gidermekle yükümlüdür."

Hekimin sorumluluğunun söz konusu olabilmesi için neler gereklidir?

1. Hekimin hukuka aykırı eylemi,
2. Hekimin kusurlu olması,
3. Hastanın bir zararının doğması,
4. Zarar ile eylem arasında nedensellik bağı (illiyet) bulunması gerekir.

1. Hukuka aykırı eylem

Hukuka uygunluk, hukuk düzeninin uygun gördüğü, onayladığı davranışları ifade eder. Hukuka aykırı eylem, hukuk düzenini ihlal eden hukuka aykırı davranışlardır.

Hekim, kanunların verdiği yetkilerle tıbbi müdahalelerde bulunurlar. Tıbbi müdahalelerinde hukuka uygun olması için şartlar mevcuttur ki bunlar yetki, bilime uygunluk, aydınlatma ve rızadır. Yine hekim hukuki metinlerde "hekimin görevleri" olarak belirlenmiş kurallara göre hareket etmesi gerekir. Bunlara aykırılık hukuka aykırılığı gündeme getirir.

Hekim herhangi bir olaydan dolayı sorumlu tutulması için hukuka aykırı bir eylem yapmış olmalıdır. Örneğin bilim kurallarına aykırı bir davranış, yetkisi olmadan veya hastayı aydınlatmadan ve rızasını almadan tıbbi müdahale, görevlerini yerine getirmeme, tıbbi müdahalede bulunmama, kayıt tutmama, sır saklamama, sadakat ve özen gibi birçok asil ve yan sorumlulukların yerine getirilmemesi de söz konusu olabilir.

2. Kusur

Kusur, yapılması gerekeni yapmamak, usulüne uygun yapmamak, zamanında yapmamaktır. Kusur, kasıtlı bir eylemle olabildiği gibi ihmal sonucu da olabilir.

Hekime kusurlu denilebilmesi için bir işte yapması gerekenleri yapmamak veya yapmaması gerekenleri yapmak, dikkarsizlik, özensizlik gibi kendinden beklenenler konusunda ihmal veya kasdi olarak bir davranış göstermelidir. Başka bir tanımla benzer durum ve şartlarda bulunan kişilerden beklenen ortalama davranışı göstermemek kusurdur.

3. Zarar

Zarar, bir kişinin malvarlığında veya bedeninde meydana gelen eksilmedir. Hekim kusurlu davranmış olsa bile, eğer ortada hastanın bir zararı yoksa sorumluluktan söz edilemez.

Bir kimsenin iradesi dışında malvarlığında meydana gelen eksilmeyi ifade eden maddî zarar, zarar görenin malvarlığının, zarar verici olaydan sonra gösterdiği durum ile bu olay meydana gelmeseydi gösterceği durum arasındaki farktan ibarettir. Manevi zarar ise olaydan doları, ruh sağlığı, kişiliği, kariyeri, saygınlığında ortaya çıkan olumsuzluklardır.

4. Nedensellik Bağı (illiyet bağı)

Sorumluluk olması için hekimin kusuru ile meydana gelen zarar arasında uygun bir nedensellik bağı (illiyet, sebep sonuç ilişkisi) bulunmalıdır. Hastada ortaya çıkan zarar hekimin kusurundan kaynaklanmıyorsa, hekimin sorumluluğundan söz edilemez.

TIBBİ MÜDAHALELERDE SORUMLULUĞUN HUKUKİ DAYANAKLARI**A. Sözleşmeye dayalı sorumluluk,**

Genel olarak hekim ile hasta arasındaki ilişki hukuki anlamda sözleşme ilişkisidir. Sözleşmenin yazılı, imzalanmış olması gerekmez. Hasta sağlık hizmeti almak için hekime gittiğinde ve hekim de hastayı kabul ettiğinde sözleşme ilişkisi kurulmuş sayılır.

Sözleşme iki türe ayrılmaktadır. Bunlar vekalet ve eser sözleşmeleridir. Genellikle hasta hekim arasındaki ilişkinin vekalet sözleşme ilişkisi bulunmaktadır. Burada hasta, hekimi kendine vekil tayin etmiştir. Vekil olarak hekim, sağlık konusunda hastanın adına iş görmekte, onun adına işlerini yapmakta ve/veya yaptırmaktadır. Vekil kendi işi gibi dikkat ve özenle davranması, vekalet verenin menfaatlerini koruması, kollaması gerekir.

Hekim hastaya karşı tıp bilimi ve uygulamasının öngördüğü esaslar çerçevesinde gerekli teşhisi yapmak ve bu teşhise en uygun tedaviyi uygulamak borcundadır. Hasta ise ona bu faaliyeti karşılığı uygun bir ücret ödemeyi borçlanmaktadır.

Vekâlet sözleşmesinde, bir sonucun meydana getirilmesi değil, hastanın menfaatine, sağlığını koruyacak doğrultuda çalışma borcu yüklenilmektedir. Sonucun beklendiği gibi gerçekleşmemesinden kusur yoksa hekim sorumlu değildir. Başka bir deyişle hekim şifayı garanti edemez. Bu ilişki avukat ile olan ilişkiye benzer. Avukat müvekkilin işlerini onun adına takip eder, her türlü çabayı göstererek müvekkilini menfaatinin korur. Davayı kaybettiğinde sorumlu tutulamaz.

Hekim ile hasta arasındaki sözleşme bazı durumlarda “eser sözleşmesi” niteliğinde olabilir. Bu dış hekimlerinin protez veya plastik cerrahların estetik müdahalelerinde söz konusu olabilmektedir. Eser sözleşmesinde sonucun elde edilememesinden hekim sorumlu tutulabilir.

B. Hekimin vekâletsiz iş görme sorumluluğu

Mesleğinin gerektirmesi nedeniyle hekim, her yerde, her zaman, her durumda tıbbi yardımda bulunmak zorundadır. Görev ve çalışma yeri dışında da tıbbi yardımda bulunmak zorundadır. Hekimin bu biçimde, arada sözleşme ilişkisi kurulmaksızın, tıbbi yardımda bulunmasına “vekâletsiz iş görme” denilmektedir.

Vekâletsiz iş görmede, zorunluluk durumu söz konusudur. Bu durumlarda da hekim kendinden beklenen davranışı göstermesi, yetki sınırlarında kalması, yani bilime uygun davranış göstermesi gerekir. Kusurlu bir davranışı söz konusu olduğunda sorumlu olur.

Hastaya zorunlu olarak yardım eden hekim, hastanın acil durumu düzeldikten sonra, hasta sürdürmesini isterlerse, vekâletsiz iş görme durumu, sözleşme ilişkisine dönüşmüş olur.

Borçlar Kanunu’na göre,

Madde 411/I: “Başkası namına tasarrufta bulunan kimse her türlü ihmal ve ihtiyatsızlıktan sorumludur”.

Madde 411/II: “Şu kadar ki, o kimse işi görülenin uğrayacağı bir zararı önlemek için bu işi görmüşse, sorumluluğu daha hafif olarak değerlendirilir”.

C. Hekimin haksız eylem sorumluluğu

Bir kimsenin haklarına karşı her türlü saldırı haksız fiil olarak tanımlanmaktadır. Hekimin haksız eyleminden söz etmek için sözleşme veya vekaletsiz iş görme ilişkisinin bulunmaması, hukuka aykırı eylemde bulunması gerekir.

Hekimin zorunlu durumlarda tıbbi yardımdan kaçınması, onam olmadan yapılan uygulamalar haksız eylem sorumluluğu oluşturur. Ayrıca sözleşmenin geçersiz sayıldığı, yasal olmayan organ alma ve kürtaj gibi uygulamalar da haksız fiildir.

Sözleşme ilişkisinin bulunduğu durumlarda sorumluluk sözleşmeye dayandırılabilirdiği gibi haksız fiile de dayandırılabilir.

Hekimin insanlar üzerinde deney yapması (TCK.m.90), organ ve doku ticareti yapması (TCK.m.91), hiç gerekmediği halde sırf para kazanmak için hastayı ameliyat etmesi, yasalara aykırı olarak çocuk düştürmesi (kürtaj yapması) (TCK.m.99) veya kısırlaştırması (TCK.m.101), ölümcül hastayı öldürmesi (öta-nazi), kasten öldürme (TCK m.81) veya kasten yaralama (TCKm.86) suçlarını işlemesi, taksirle ölüme veya yaralanmaya neden olması (TCK.m.86-89), hekimlik mesleğinin zorunlu kıldığı yükümlülüğü ve görevi bilinçli olarak yapmayarak veya savsaklayarak, örneğin ivedi yardım gerektiren durumlarda (acil vakalarda) hastaya bakmayarak ve tıbbi yardımda bulunmayarak ölüme neden olması (TCK m.83), yaşı, hastalığı veya yaralanması nedeniyle yardım edilmesi gereken kişilere hal ve koşulların elverdiği ölçüde yardım etmemesi, örneğin hekim olarak hemen o anda tıbbi yardımda bulunmaması (TCK m.98), ameliyat ve tedavi öncesinde hastayı yeterince aydınlatmamış ve onamını (rızasını) almamış olması (TCK m.26/2), hastanın bilgisi ve onayı dışında ve zorunluluk yokken sırlarını açıklamış olması (TCK m. 258), görevi kötüye kıranmış olması (TCK m.257), belgelerde sahtecilik yapmış olması (TCK m. 204, 205, 210/2) hekimin haksız eylem sorumluluklarına örnektir.

ÇALIŞMA YERİNE GÖRE HASTA HEKİM İLİŞKİSİ VE SORUMLULUK

Hekimin görevleri her durumda devam etmekle birlikte çalıştığı yere ve duruma göre sorumluluklar değişebilmektedir. Muayenehanede, özel hastanede, kamu kurumlarında çalışma durumlarında ilişkiler ve sorumluluklar farklıdır.

A. Özel Hekimlik, Özel Hastane:

Özel hekimlikte, muayeneye gelen hasta ile hekim arasında sözleşme ilişkisi kurulmuş sayılmaktadır. Bu ilişkide hekim görevlerini, hukuk terimiyle borçlarını yerine getirmediğinde, kusuruna bağlı zarar meydana gelirse sorumlu olur. Hekim muayenehanesinde gördüğü hastasını ameliyat için özel bir hastaneye yatırdığında hekimlik hizmetleri açısından ilişkisi devam eder. Hastane hastayı yatırma, beslenme, ameliyathane hizmetlerini vermekle yükümlü olur.

Özel Hastanede yapılan tıbbî müdahaleler, hastane ile hasta arasında yapılan "Hastaneye Kabul Sözleşmesi" ne dayanır. Hastane hastayı yatırarak tedavi etmeyi üstlenmektedir. Tedavi dışında, beslenme ve bakım hizmetlerini sağlama da yükümlülükleri arasındadır. Hekim hastanenin çalışanı durumundadır. Hastada bir zarar meydana gelirse, hekim kusuru olsa da hastane sorumludur. Daha sonra hastane hekimini kusuru nedeniyle dava edebilir.

Hasta gördüğü zarar nedeniyle özel hekimine veya özel hastaneye, sözleşme, vekaletsiz iş görme veya haksız fiil nedeniyle dava açabilir.

B. Kamu Hastaneleri:

Kamu hastaneleri, vatandaşlara sağlık hizmeti sunmak için kurulan kuruluşlardır. Kamu hastanelerinde sağlık hizmetleri hukuki anlamda, kamu hizmeti faaliyetleridir. Kamu hastanesine gelen hasta ile kamu hastanesi veya hekim arasında sözleşme veya sözleşme dışı bir ilişki kurulmaz. Hastane ile hasta arasında kamu hukuku ilişkisi vardır. Hasta, hastanede tıbbi hizmet nedeniyle zarar görürse, kamu kurumu aleyhine dava açar.

"ANAYASA MADDE 129: Memurlar ve diğer kamu görevlilerinin yetkilerini kullanırken işledikleri kusurlardan doğan tazminat davaları, kendilerine rücu edilmek kaydıyla ve kanunun gösterdiği şekil ve şartlara uygun olarak, ancak idare aleyhine açılabilir."

Devletin, kamu hastanelerinde yapılan tıbbî müdahalelerde meydana gelen zararlardan sorumlu tutulabilmeleri için; hukuka aykırılık, kusur, zarar ve nedensellik bağı şartları gerçekleşmelidir. Burada kusur, hizmet kusuru ve görev kusuru olarak ayrılmaktadır. Hizmet kusuru, hizmetin aksamadır. Hizmetin kötü işlemesi, geç işlemesi veya hiç işlememesi şeklinde ortaya çıkabilir. Hizmet kusuru işleyen idare, ortaya çıkan tüm zarardan sorumludur. Görev kusuru ise, kamu personelinin, yerine getirmekle yükümlü olduğu kamu görevini ifa ederken uyulması zorunlu kuralları çiğnemesi ve bu yüzden bir zarara yol açmasıdır. Bu durumda da idare, ortaya çıkan zararı ödemekle yükümlüdür. Ancak ödediği tazminatı, kusuru personelinin almak için dava açar. Kamu personeli olan hekim, resmî statüsü ve kamu görevi dışında başkasına zarar verdiği hâllerde idarenin sorumluluğundan söz edilmez.

YARDIMCI KİŞİLERİN EYLEMİNDEN HEKİMİN SORUMLULUĞU

Türk borçlar kanunu (TBK) hükümlerine göre kişiler yanında çalışan kişilerin kusurlarından da sorumludurlar. Buradaki borç sadece parasal anlamda değil aynı zamanda yerine getirilmesi gereken görevler anlamını da taşır.

Yardımcı kişilerin mesleki yeterlilikleri ve yetkileri, hekimle olan ilişkileri, kusurun özelliğine göre hekim yardımcı kişilerin fiillerinde sorumlu olabilmektedir. Ayrıca yardımcı kişilere iş yaptırılmaması gerekirken yaptırılması halinde de hekimin sorumluluğu ortaya çıkar. Bu konuda Borçlar kanununda hükümler bulunmaktadır.

"TBK MADDE 116: Borçlu, borcun ifasını veya bir borç ilişkisinden doğan hakkın kullanılmasını, birlikte yaşadığı kişiler ya da yanında çalışanlar gibi yardımcılarına kanuna uygun surette bırakmış olsa bile, onların işi yürüttükleri sırada diğer tarafa verdikleri zararı gidermekle yükümlüdür."

Yardımcı kişilerin yaptıkları işlerden dolayı ortaya çıkan sorumluluk, önceden yapılan bir anlaşmayla tamamen veya kısmen kaldırılabilir. Ancak uzmanlığı gerektiren bir hizmet söz konusu ise, meslek veya sanat, ancak yetkili makamlar tarafından verilen izinle yapılabiliyorsa borçlunun yardımcı kişilerin fiillerinden sorumlu olmayacağına dair anlaşmanın hükümsüz olduğu kabul edilmektedir.

Hekim yardımcı kişiler kullanmaması gerekirken işi yardımcı kişilere yaptırmış ise hekimin borçlar kanununun 112 maddesi gereğince sorumluluğu ortaya çıkar. Bu durumda yardımcı hastayı zarar verip vermediğine bakılmaksızın sorumludur. Çünkü hekim yardımcı personel kullanmaması gerekirken yardımcı personele işi yaptırmıştır. Böyle bir yardımcı zarar verirse hekim yukarıda belirtilen her iki hükümden dolayı da sorumlu tutulabilir.

“TBK MADDE 112: Borç hiç veya gereği gibi ifa edilmezse borçlu, kendisine hiçbir kusurun yüklenemeyeceğini ispat etmedikçe, alacaklının bundan doğan zararını gidermekle yükümlüdür.”

1. Tıp Öğrencileri

Tıp eğitiminde esas olan öğrencilere tıbbi müdahaleler yaptırılmamasıdır. Eğitim simule ortamlarda yapılır. Sadece simule ortamda yeterli eğitim alan öğrenciye hastanın onamı ile tıbbi uygulama yaptırılabilir. Örneğin kas içine veya damara enjeksiyon yapmak, dikiş atmak gibi müdahaleler hekim gözetiminde öğrenciye yaptırılabilir. Böyle durumlarda sorumluluk eğitici olan hekime aittir. Öğrenciler sorumlu tutulamazlar. Ancak öğrenciler danışmaksızın ve gözetim olmaksızın bir tıbbi müdahalede bulunuyorsa sorumlu tutulabilir. Bu durumlarda da öğrencinin yeterli kontrol edilip edilmediğine bakılarak hekimlere sorumluluk yüklenebilir.

2. Tıpta Uzmanlık Öğrencileri

Tıpta uzmanlık öğrencileri, hekimlik diplomasını almış ve genel tıp uygulamaları kapsamında olmak üzere hastaya tıbbi müdahale yapma yetkisine sahiptirler. Genel tıp uygulamaları kapsamında yaptıkları uygulamalarda kusur varsa kendileri sorumlu tutulabilirler. Ancak uzmanlık alanındaki müdahaleler alanın uzmanı eğitici bir hekim kontrolünde ve gözetiminde olmalıdır. Bu durumlarda kusurlardan uzmanlık öğrencileri sorumlu tutulmazlar.

Örneğin nöbet tutan bir uzmanlık öğrencisi, gelen hastaya genel tıp bilgileri ve yeterlilikleri kapsamında değerlendirir, ayırıcı tanısını yapar, hastanın onamını da alarak uygulamalarını yapar. Hastalık uzmanlık alanını ilgilendiriyorsa mutlaka uzmanına danışması ve onun izni ve gözetiminde tıbbi müdahalesini yapmalıdır. Uzmanına danışılması, uzmanın izni ve gözetimi öğrencinin sorumluluğunu kaldırır. Uzmanlık öğrencisi danışmadan yaptığı uzmanlık alanındaki uygulamalardan sorumlu tutulabilir.

3. Hemşireler ve yardımcı sağlık personelleri

Hemşireler yetkileri alanındaki yaptıkları uygulamalardan kendileri sorumludurlar. Örneğin injeksiyonu hatalı yapmış ise ve hasta zarar görmüş ise hemşirenin sorumluluğu söz konudur. Hemşirelere yetkileri olmayan bir işlem yaptırılırsa zarardan hem hemşire hem de işi yaptıran hekim sorumlu olabilir.

4. Sağlıkçı olmayan personeller

Hiçbir tıbbi işlem sağlık personeli olmayan kişiye yaptırılmaz. Yapması yolunda talimat verilmesinde de hem talimatı veren hem de personel sorumluluğu oluşur.

HEKİMİN GÖREVLERİ-BORÇLARI

Öğrenim Hedefleri

1. Hekimin görevlerini sayar
2. Hekimin sadakat borcunu açıklar
3. Hekimin sadakat borcunu tartışır
4. Hekimin sır saklama borcunu açıklar
5. Hekimin sır saklama borcunu tartışır
6. Hekimin özen borcunu açıklar
7. Hekimin özen borcunu tartışır
8. Hekimin arşivleme ve kayıt tutma borcunu açıklar
9. Hekimin arşivleme ve kayıt tutma borcunu tartışır
10. Hekimin teşhis koyma borcunu açıklar
11. Hekimin teşhis koyma borcunu tartışır
12. Hekimin tedaviyi yürütme borcunu açıklar
13. Hekimin tedaviyi yürütme borcunu tartışır
14. Hekimin hastanın rızasını alma borcunu açıklar
15. Hekimin hastanın rızasını alma borcunu tartışır
16. Hekimin aydınlatma borcunu açıklar
17. Hekimin aydınlatma borcunu tartışır
18. Bir olayda hekimin görevlerini yerine getirip getirmediğini tartışır

Hekimlerin kendilerine verilen yetkileri yanında görevleri de mevcuttur. Hekimlerin yetki ve görevleri mevzuatlarında belirlenmiştir.

1. Sadakat Borcu

Hekimin "sadakat borcu" hekimin, hastanın çıkarlarını tüm çıkarlardan üstün tutması, dürüst davranması, aldatmaması olarak tanımlanabilir. Hastanın menfaatini öncelemek hekimin birincil görevidir. Etik kurallardan olan yararlılık, zarar vermeme, adalet, özerkliğe saygı ilkeleri yerine getirildiğinde sadakat borcu da yerine getirilmiş olacaktır.

2. Sır Saklama Borcu

Hekim ve hasta arasında bulunması zorunlu olan güven ilişkisi neticesinde hastaya ait bilgilerin saklanmasını gerektirmektedir. Aksi takdirde, hastanın hekime karşı tazminat hakkı doğar. Ancak, hekim, hastasının vücudunda suç işlendiğine dair ya da bir suça maruz kaldığına dair yara veya iz gibi bir işaret görürse, bildirim zorunlu olan bulaşıcı hastalık tespit ettiğinde, bu durumu ilgili makamlara bildirmelidir.

3. Özen Borcu

Hekim, hasta ile iletişimde, bilgilendirmede, tanı, tedavide ve tüm süreçlerde özenli hareket etmekte yükümlüdür. Özensizlik hata sebeplerinin başında gelir. Hekim tıbbi müdahalelerde bilgi ve deneyimini yetersiz bulduğunda meslektaşlarından yardım istemeye çekinmemeli, gerekli konsültasyonları istemelidir.

4. Arşivleme ve Kayıt Tutma Borcu

Hekim hastaya ilişkin bilgileri, düzenli ve tam olarak kayıt etmek, saklamak zorundadır. Aksi halde, doğacak zararda sorumlu olacaktır. Kayıtlar, muhtemel anlaşmazlıklarda hekimin kendini savunması için de çok değerlidir. Hekimlerin en çok yaptığı eksikliklerden biri bu kayıt tutma görevini yerine getirmemesidir. Kayıt tutma borcunun en büyük sebebi hasta yoğunluğu olarak gösterilse de hekim bu konuya önem vermelidir.

5. Teşhis Koyma ve Uygun Tedavi Yöntemini Uygulama

Hekim klasik tıp bilgilerine göre hastasına en uygun teşhisi koymaya çalışmalıdır. Teşhisin her zaman doğru olması mümkün değildir. Hekim hastanın anamnezini alır, semptomlara göre en uygun muayene ve tetkiklerle ayırıcı tanı çalışmasını yapar. Halinde teşhiste isabet etmese de sorumlu tutulmaz. Ancak eksiklikler nedeniyle konulan yanlış teşhisten sorumlu olur.

Hekim koyduğu teşhise en uygun tedaviyi ve alternatif tedavileri hastaya açıkladıktan sonra seçtiği tedaviyi uygulamak durumundadır.

6. Tedavi Yürütülmesi Borcu

Hekim hastasına uyguladığı tedaviyi takip etme ve neticelendirmek borcundadır. Tedavi sırasında hastada meydana gelen değişiklikleri izlemeli, olumsuzluk veya yetersizlik durumlarını aydınlatmaya çalışmalıdır. Hasta ile hekim arasında güven ilişkisi bozulursa, hekim acil durumlar hariç olmak üzere hastasını başa bir hekime yönlendirerek tedaviyi bırakabilir.

7. Rıza Alınması Borcu

Kişinin rızası alınmaksızın her türlü tıbbi müdahale hukuka aykırıdır. Bu rıza sadece cerrahi müdahaleler değil, muayene, tanı, ilaç tedavileri gibi tüm aşamalarda rıza alınması gereklidir.

8. Hastayı Aydınlatma Borcu:

Hastanın aydınlatılması da hekimin yerine getirmesi gereken borcudur. Yeterince aydınlatılmama durumunda rıza konusu da tartışılır hale gelebilmektedir.

HEKİMLERİN CEZA VE TAZMİNAT SORUMLULUKLARI

Öğrenim Hedefleri

1. Hekim hangi durumlarda ceza sorumluluğu ile karşılaşacağını tartışır
2. Suç ve cezada kanunilik ilkesini açıklar
3. Hekimin ceza sorumluluğunun hukuki dayanaklarını sayar
4. Kast ve taksir eylemlerini açıklar
5. Hekimin kasten öldürme veya yaralama suçlanması durumunu tanımlar
6. Hekimin kasten öldürme veya yaralama suçlanması durumuna örnekler gösterir
7. İhmalî davranışla hekimin kasten öldürme suçlanması durumuna örnekler gösterir
8. Hekimin taksirle öldürme veya yaralama suçlanması durumunu tanımlar
9. Hekimin taksirle öldürme veya yaralama suçlanması durumuna örnekler gösterir
10. Ötanazi ve çeşitlerini tanımlar
11. Ötanazinin etik yönlerini tartışır
12. Yardım ve bildirim yükümlülüğünü tanımlar
13. Yardım ve bildirim yükümlülüğünün yerine getirilmemesi örneklerini söyleyebilir
14. Deney ve deneme tarifini yapar
15. İnsan üzerinde deney ve denemenin ceza sorumluluğu oluşturmaması için gereken şartları sayar
16. Çocuklar üzerinde deneyin hangi şartlarda yapılabileceğini açıklar
17. Ölü veya canlıdan organ veya doku alınması şartlarını ihlal etmenin ceza sorumluluğunu açıklar
18. Çocuk düşürme ve çocuk düşürmenin tanımını yapar
19. İstek üzerine kürtaj ne zaman yapılabileceğini açıklar
20. Kısırlaştırmanın tanımını yapar
21. Kısırlaştırmanın yapılabilmesi için gerekli hukuki şartları açıklar
22. Hastalara ait kişisel verilerin açıklanması suçunu açıklar
23. Belgede sahtecilik tanımını yapar, örneklerle açıklar
24. Sahte belge tanımını yapar, örneklerle açıklar
25. İrtikap suçunu tanımlar
26. Görevi kötüye kullanmak suçunu tanımlar
27. Kamu görevlisinin ticaret suçunu tanımlar
28. Bilirkişi hekiminin yükümlülüklerini sayar
29. Sağlık mesleği mensuplarının suç bildirmemesi durumunu açıklar
30. Genital muayenenin ne zaman suç olabileceğini açıklar
31. Yetkisiz hekimlik yapmanın sorumluluğunu açıklar
32. Hastanın rızasını almadan tıbbi müdahale suçunu hukuki yönden açıklar
33. Hekimlerin hukuki (tazminat) sorumluluğunu açıklar
34. Maddi tazminat hesaplaması nasıl yapılacağını açıklar
35. Manevi tazminat hesaplaması nasıl yapılacağını açıklar

HEKİMİN CEZA SORUMLULUĞU

Hekimin hangi durumlarda ceza sorumluluğu olur?

Tıp bilimine uygun, özenle yerine getirilen tıbbi müdahalelerde sonuç ister olumlu ister olumsuz olsun, hekimin cezalandırılması söz konusu olmaz. Ancak, hekim tıp kurallarına aykırı davranmış veya tıbbi uygulamalarında kusur işlemişse ve bu kusurundan dolayı hasta zarar görmüşse sorumlu olur.

Suç ve cezada kanunilik ilkesi nedir?

Hekimin tıbbi uygulamaları ceza kanunlarında suç olarak tanımlanmış, kusuru nedeniyle hasta zarar görmüş ise ceza ile karşı karşıya gelir. Ceza Hukukunun temel ilkelerinden biri suçta ve cezada kanunilik ilkesidir. Yani suç olması için eylemin kanunda suç olarak tanımlanmış olması gerekir. Kanunun suç saymadığı bir eylem için ceza verilemez.

Hekimin ceza sorumluluğunun hukuki kaynakları nelerdir?

Türk Ceza Kanununda tanımlanmış suçlar dışında, Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, Hususi Hastaneler Kanunu, Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun, İspençiyarı ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu gibi kanunlarda bazı suçlar öngörülmüştür.

Hukuka uygun olmayan tıbbi müdahale neticesinde hastada bir zarar meydana gelmiş ise Türk Ceza Kanunundaki ilgili hükümlere göre hekim yargılanabilir. Tıbbi uygulama sonunda hekimin kusuru ne-

deniyle hasta yaralanır veya ölür ise yaralama veya öldürme fiilini işlemiş kabul edilmektedir. Yaralama veya öldürme fiilinin kasıt veya taksirle mi olduğu belirlenerek kanunlarındaki suça uyan hüküm mahkemelerce bulunmaya çalışılır.

Tıbbi müdahale dışında Türk Ceza Kanunundaki cinsel saldırı (TCK.102), ayrımcılık (TCK.122), bozulmuş veya değiştirilmiş gıda veya ilaçların ticareti (TCK.186), kişilerin hayatını ve sağlığını tehlikeye sokacak biçimde ilaç yapma veya satma (TCK.187), uyuşturucu veya uyarıcı madde imalat ve ticareti (TCK.188), uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanılmasını kolaylaştırma (TCK.190), çocuğun soybağını değiştirme (TCK.231) gibi suçlar da sağlık personeli tarafından işlenebilen suçlardır.

Kamu personeli sağlık görevlileri resmi belgede sahtecilik (TCK.204), zimmet (TCK.247), denetim görevinin ihmâli (TCK.251), rüşvet (TCK.252), yetkili olmadığı bir iş için yarar sağlama (TCK.255), göreve ilişkin sırrın açıklanması (TCK.258), kamu görevinin terki veya yapılmaması (TCK.260), suçluyu kayırma (TCK.283) gibi suçları işleyebilirler.

Kast ve Taksir nedir?

Kast suçu oluşturan fiili bilerek ve isteyerek yapmaktır. Taksir, dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla bir davranışın suçun neticesi öngörülmeden gerçekleştirilmesidir. Yeni Türk ceza kanununda(TCK) kast ve taksir tanımlanmıştır.

“TCK MADDE: 21. 1) Suçun oluşması kastın varlığına bağlıdır. Kast, suçun kanuni tanımındaki unsurların bilerek ve istenerek gerçekleştirilmesidir.

(2) Kişinin, suçun kanuni tanımındaki unsurların gerçekleşebileceğini öngörmesine rağmen, fiili işlemesi halinde olası kast vardır. Failin neticeyi öngördüğü halde bu öngörmeyle birlikte hareket etmiş olması kastın esasıdır. Olası kastta ise fail hareketinin hukuka aykırı netice meydana getireceğini öngörmesine rağmen, meydana gelmesi muhtemel netice onu hareketi yapmaktan alıkoymaz, fail bu neticeyi kabullenmiştir.”

“TCK MADDE 22: dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla bir davranışın suçun kanuni tanımında belirtilen neticesi öngörülmeden gerçekleştirilmesi” olarak tanımlanmıştır. Aynı maddenin üçüncü bendinde, kişinin öngördüğü neticeyi istememesine karşın, neticenin meydana gelmesi halinde bilinçli taksir vardır ve bu durumda taksirli suça ilişkin ceza üçte birden yarısına kadar artırılır denmektedir.

Kasten Öldürme ve Yaralama

Hekimlerin sorumluluğu daha çok taksirli fiillerinden kaynaklanır. Kasten öldürme suçu hekimler bakımından enderdir.

Hekimler için kasden öldürme ve yaralama suçu, tıbbi gerek olmadan yapılan (Ücret almak, kendi pratiğini geliştirmek gibi) tıbbi müdahaleler, hasta aydınlatılmadan ve rızası alınmadan yapılan veya aksi yöndeki iradesine rağmen yapılan tıbbi müdahalelerde yaralanma veya ölüm olursa kasden yaralama veya öldürme ile suçlama yapılabilir.

Yapılması gereken bir tıbbi müdahalenin, yapılmaması durumunda da hasta yaralanır veya ölürse ceza sorumluluğu oluşur. Hekimler, hastalarının sağlıkları için garantördürler; onlara yönelik tehlikeleri bertaraf etmekle yükümlüdürler.

Kasden öldürme ve yaralama ile ilgili Türk Ceza Kanunu maddeleri:

“TCK MADDE 81: (1) Bir insanı kasten öldüren kişi, müebbet hapis cezası ile cezalandırılır.”

“TCK MADDE 82: (1) Kasten öldürme suçunun, Tasarlayarak, Canavarca hisle veya eziyet çektiyerek, Yanğın, su baskını, tahrip, batırma veya bombalama ya da nükleer, biyolojik veya kimyasal silah kullanmak suretiyle, Üstsoy veya altsoydan birine ya da eş veya kardeşe karşı, Çocuğa ya da beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı, Gebe olduğu bilinen kadına karşı, Kişinin yerine getirdiği kamu görevi nedeniyle, Bir suçu gizlemek, delillerini ortadan kaldırmak veya işlenmesini kolaylaştırmak ya da yakalanmamak amacıyla, Bir suçu işleyememekten dolayı duyduğu infialle, Kan gütmeye saikiyle, Töre saikiyle işlenmesi halinde, kişi ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası ile cezalandırılır.”

“TCK MADDE 83: (1) Kişinin yükümlü olduğu belli bir icrai davranışı gerçekleştirilmemesi dolayısıyla meydana gelen ölüm neticesinden sorumlu tutulabilmesi için, bu neticenin oluşumuna sebebiyet veren yükümlülük ihmalinin icrai davranışa eşdeğer olması gerekir.

(2) İhmali ve icrai davranışın eşdeğer kabul edilebilmesi için, kişinin; a) Belli bir icrai davranışta bulunmak hususunda kanuni düzenlemelerden veya sözleşmeden kaynaklanan bir yükümlülüğünün bulunması,

b) Önceden gerçekleştirdiği davranışın başkalarının hayatı ile ilgili olarak tehlikeli bir durum oluşturması, gerekir.

(3) Belli bir yükümlülüğün ihmali ile ölüme neden olan kişi hakkında, temel ceza olarak, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası yerine yirmi yıldan yirmi beş yıla kadar, müebbet hapis cezası yerine on beş yıldan yirmi yıla kadar, diğer hallerde ise on yıldan on beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunabileceği gibi, cezada indirim de yapılmayabilir.”

“TCK MADDE 86: Kasten başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezasıyla cezalandırılır. Kasten yaralama fiilinin kişi üzerindeki etkisinin basit bir tıbbî müdahaleyle giderilebilecek ölçüde hafif olması hâlinde, mağdurun şikâyeti üzerine, dört aydan bir yıla kadar hapis veya adli para cezasına hükmolunur.”

Taksirle Öldürme ve Yaralama Suçları

Hekimin dikkat ve özen yükümlülüğü yerine getirmemesi yani kusuru sebebiyle hasta ölmüş veya yaralanmışsa, taksirle öldürme veya yaralamadan bahsedilir. (TCK 85. veya 89) Hekimin dikkat ve özen yükümlülüğünü ihlâl edip etmediğini mahkeme karar verir. Mahkemeler bu konuda genellikle bilirkişisinin görüşünü alırlar.

“TCK MADDE 85: Taksirle bir insanın ölümüne neden olan kişi, iki yıldan altı yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.”

“TCK MADDE 89: Taksirle başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, üç aydan bir yıla kadar hapis veya adli para cezasıyla cezalandırılır.”

Ötanazi

Ötanazi, iyileştirilmesi imkânı olmayan kişinin tıbbî yollarla öldürülmesi veya tıbbî yardımın kesilerek ölüme terk edilmesidir.

Aktif ötanazide hastanın veya hasta yakınlarının talebi üzerine, hastanın yaşam ünitelerini devre dışı bırakarak veya yaşamı sonlandırabilecek bazı ilaçları uygulayarak hastanın ölümüne yol açmaktır. Bu durumda, hekim kasten adam öldürme suçunu işlemiş olur.

Pasif ötanazi, hastanın yaşaması için solunum cihazı gibi bazı cihazları kullanmamak, tedbirlerin alınmasından vazgeçmek, bilinçli olarak hastanın ölümünü beklemektir. Bu durumda hekim ihmâl davranışla kasten adam öldürme suçunu işlemiş olur. Hastalığı son dönemde olan bir hasta bilinci yerindeyken yoğun bakıma gitmek istemiyorsa, cihazlara bağlanmak istemiyorsa, bu isteğe saygı gösteren hekim cezalandırılmamalıdır.

Yardım veya bildirim yükümlülüğünün yerine getirilmemesi

Kendisini idare edemeyen, bakımını sağlayamayan hastaları, düşkünleri kendi haline terk etmemek, yaralananlara yardım etmek ve durumu ilgili makamlara bildirmek hekim olsun olmasın her insan için yerine getirilmesi gereken görevdir. Bu görevi yerine getirmemek suç olarak tanımlanmıştır.

“TCK MADDE 97: (1) Yaşlı veya hastalığı dolayısıyla kendini idare edemeyecek durumda olan ve bu nedenle koruma ve gözetim yükümlülüğü altında bulunan bir kimseyi kendi haline terk eden kişi, üç aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.”

(2) Terk dolayısıyla mağdur bir hastalığa yakalanmış, yaralanmış veya ölmüşse, neticesi sebebiyle ağırlaşmış suç hükümlerine göre cezaya hükmolunur.”

“TCK MADDE 98: (1) Yaşlı, hastalığı veya yaralanması dolayısıyla ya da başka herhangi bir nedenle kendini idare edemeyecek durumda olan kimseye hal ve koşulların elverdiği ölçüde yardım etmeyen ya da durumu derhal ilgili makamlara bildirmeyen kişi, bir yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır.

(2) Yardım veya bildirim yükümlülüğünün yerine getirilmemesi dolayısıyla kişinin ölmesi durumunda, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.”

Görevleri icabı hastaya çağrılan hekimin tıbbî yardımı reddetmesi sonucunda hasta zarar görürse sorumlu olur. Yargıtay'a göre de, hastanedeki çalışma saatleri dışında, kendisinin nöbetçi olmadığı bir dinlenme zamanında bulunsa bile hekim sadece kendi uzmanlık bölümüyle ilgili bir hastalığın muayenesi ve tedavisi için çağrıldığında gitmek zorundadır.

İnsan Üzerinde Deney ve Deneme

Özel şartların varlığında yapılabilecek deney veya denemeler hariç insan üzerinde deney yapmak suçtur. Türk ceza kanunu insan üzerinde deney ve deneme konusunu kurallara bağlamıştır.

“TCK MADDE 90:

1. İnsan üzerinde bilimsel bir deney yapan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.
2. İnsan üzerinde yapılan rızaya dayalı bilimsel deneyin ceza sorumluluğunu gerektirmemesi için;
 - a. Deneyle ilgili olarak yetkili kurul veya makamlardan gerekli iznin alınmış olması,
 - b. Deneyin öncelikle insan dışı deney ortamında veya yeterli sayıda hayvan üzerinde yapılmış olması, c. İnsan dışı deney ortamında veya hayvanlar üzerinde yapılan deneyler sonucunda ulaşılan bilimsel verilerin, varılmak istenen hedefe ulaşmak açısından bunların insan üzerinde de yapılmasını gerekli kılmaması,
 - d. Deneyin, insan sağlığı üzerinde öngörülebilir zararlı ve kalıcı bir etki bırakmaması,
 - e. Deney sırasında kişiye insan onuruyla bağdaşmayacak ölçüde acı verici yöntemlerin uygulanmaması,
 - f. Deneyle varılmak istenen amacın, bunun kişiye yüklediği külfete ve kişinin sağlığı üzerindeki tehlikeye göre daha ağır basması,
 - g. Deneyin mahiyet ve sonuçları hakkında yeterli bilgilendirmeye dayalı olarak açıklanan rızanın yazılı olması ve herhangi bir menfaat teminine bağlı bulunmaması, gerekir.
3. Çocuklar üzerinde bilimsel deneyin ceza sorumluluğunu gerektirmemesi için ikinci fıkrada aranan koşulların yanı sıra;
 - a. Yapılan deneyler sonucunda ulaşılan bilimsel verilerin, varılmak istenen hedefe ulaşmak açısından bunların çocuklar üzerinde de yapılmasını gerekli kılmaması,
 - b. Rıza açıklama yeteneğine sahip çocuğun kendi rızasının yanı sıra ana ve babasının veya vasisinin yazılı muvafakatinin de alınması,
 - c. Deneyle ilgili izin verecek yetkili kurullarda çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanının bulunması, gerekir.
4. Hasta olan insan üzerinde rıza olmaksızın tedavi amaçlı denemede bulunan kişi, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Ancak, bilinen tıbbi müdahale yöntemlerinin uygulanmasının sonuç vermeyeceğinin anlaşılması üzerine, kişi üzerinde yapılan rızaya dayalı bilimsel yöntemlere uygun tedavi amaçlı deneme, ceza sorumluluğunu gerektirmez. Açıklanan rızanın, denemenin mahiyet ve sonuçları hakkında yeterli bilgilendirmeye dayalı olarak yazılı olması ve tedavinin uzman hekim tarafından bir hastane ortamında yapılması gerekir.”

Organ veya Doku Nakli

Yaşayan veya ölmüş insan bedeninden organ veya doku alınması kurallara bağlıdır. Bu kurallar yerine getirilmeden organ veya doku alınması suçtur.

“TCK MADDE: 91

1. Hukuken geçerli rızaya dayalı olmaksızın, kişiden organ alan kimse, beş yıldan dokuz yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Suçun konusunun doku olması hâlinde, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezasına hükümlenir.
2. Hukuka aykırı olarak, ölüden organ veya doku alan kimse, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.
3. Organ veya doku satın alan, satan, satılmasına aracılık eden kişi hakkında, birinci fıkrada belirtilen cezalara hükümlenir.
4. Bir ve üçüncü fıkralarda tanımlanan suçların bir örgütün faaliyeti çerçevesinde işlenmesi hâlinde, sekiz yıldan on beş yıla kadar hapis ve on bin güne kadar adli para cezasına hükümlenir.
5. Hukuka aykırı yollarla elde edilmiş olan organ veya dokuyu saklayan, nakleden veya aşılaman kişi, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.
6. Belli bir çıkar karşılığında organ veya doku teminine yönelik olarak ilan veya reklam veren veya yayınlayan kişi, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.
7. Bu maddede tanımlanan suçların bir tüzel kişinin faaliyeti çerçevesinde işlenmesi hâlinde, tüzel kişi hakkında bunlara özgü güvenlik tedbirlerine hükümlenir.
8. Birinci fıkrada tanımlanan suçun işlenmesi sonucunda mağdurun ölmesi hâlinde, kasten öldürme suçuna ilişkin hükümler uygulanır.”

Çocuk Düşürtme ve Düşürme

Çocuk düşürtme, anne dışında bir başka kişi tarafından, hamileliği sona erdirme amacıyla yapılan müdahaledir. Bu suç, ancak kasten işlenebilen bir suçtur. Hekimin yanlışlıkla veya dikkatsizlik nedeniyle çocuğun düşmesine sebep olacak ilaç vermesi, tıbbi müdahale sonucu çocuğun düşmesi durumunda anneye yönelik taksirle yaralamadan söz edilebilir. Annenin fiilleri ise çocuğun düşmesi halinde "çocuk düşürme" suçu meydana gelir.

Nüfus Planlaması Hakkında Kanun'un 5. maddesinde, "Gebeliğin onuncu haftası doluncaya kadar annenin sağlığı açısından tıbbi sakınca olmadığı takdirde istek üzerine rahim tahliye edilir" denilmektedir. Gebelik süresi, on haftadan fazla ise gebelik, annenin hayatını tehdit ettiği hallerde gerekçeli raporlar ile sonlandırılabilir. On haftadan büyük gebeliğe kürtaj yapmak zorunluluğunu tespit eden hekim bu kürtaj yapmadan önce veya mümkün değilse, müdahaleden itibaren en geç yirmi dört saat içinde durumu sağlık müdürlüğüne bildirmek zorundadır.

"TCK MADDE 99: 1. Rızası olmaksızın bir kadının çocuğunu düşürten kişi, beş yıldan on yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

2. Tıbbi zorunluluk bulunmadığı hâlde, rızaya dayalı olsa bile, gebelik süresi on haftadan fazla olan bir kadının çocuğunu düşürten kişi, iki yıldan dört yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Bu durumda, çocuğunun düşürtülmesine rıza gösteren kadın hakkında bir yıla kadar hapis veya adli para cezasına hükmolunur.

3. Birinci fıkrada yazılı fiil kadının beden veya ruh sağlığı bakımından bir zarara uğramasına neden olmuşsa, kişi altı yıldan on iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır; fiilin kadının ölümüne neden olması hâlinde, on beş yıldan yirmi yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

4. İkinci fıkrada yazılı fiil kadının beden veya ruh sağlığı bakımından bir zarara uğramasına neden olmuşsa, kişi üç yıldan altı yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır; fiilin kadının ölümüne neden olması hâlinde, dört yıldan sekiz yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

5. Rızaya dayalı olsa bile, gebelik süresi on haftayı doldurmamış olan bir kadının çocuğunun yetkili olmayan bir kişi tarafından düşürtülmesi hâlinde; iki yıldan dört yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Yukarıdaki fıkralarda tanımlanan diğer fiiller yetkili olmayan bir kişi tarafından işlendiği takdirde, bu fıkralara göre verilecek ceza, yarı oranında artırılarak hükmolunur.

6. Kadının mağduru olduğu bir suç sonucu gebe kalması hâlinde, süresi yirmi haftadan fazla olmamak ve kadının rızası olmak koşuluyla, gebeliği sona erdirene ceza verilmez. Ancak, bunun için gebeliğin uzman hekimler tarafından hastane ortamında sona erdirilmesi gerekir."

"TCK MADDE 100: Gebelik süresi on haftadan fazla olan kadının çocuğunu isteyerek düşürmesi hâlinde, bir yıla kadar hapis veya adli para cezasına hükmolunur."

Kısırlaştırma

Nüfus Planlaması Hakkında Kanun'un 3. maddesine göre, kısırlaştırma (sterilizasyon), bir erkek veya kadının çocuk yapma kabiliyetinin cinsel ihtiyaçlarını tatmine engel olmadan ortadan kaldırılması için yapılan müdahale demektir. Kısırlaştırmaya kişinin isteği üzerine yapılır, evli olan kişinin eşinin rızası da alınmalıdır.

"TCK MADDE 101: Bir erkek veya kadını rızası olmaksızın kısırlaştıran kimse, üç yıldan altı yıla kadar hapis cezasıyla cezalandırılır; fiil, kısırlaştırma işlemi yapma yetkisi olmayan bir kimse tarafından yapılırsa, ceza üçte bir oranında artırılır; rızaya dayalı olsa bile, kısırlaştırma fiilinin yetkili olmayan bir kişi tarafından işlenmesi hâlinde, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur."

Verileri Hukuka Aykırı Olarak Verme

Hastalara ait veriler ve sırların saklamaları yükümlülüktür. Kişisel veriler ve sırların açıklanması Türk Ceza Kanununda da bir suç olarak düzenlenmiştir.

"TCK MADDE 135: 1. Hukuka aykırı olarak kişisel verileri kaydeden kimseye bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası verilir. 2. Kişilerin siyasi, felsefi veya dini görüşlerine, ırkı kökenlerine; hukuka aykırı olarak ahlaki eğilimlerine, cinsel yaşamlarına, sağlık durumlarına veya sendikal bağlantılarına ilişkin bilgileri kişisel veri olarak kaydeden kimse, yukarıdaki fıkra hükmüne göre cezalandırılır."

"TCK MADDE 136: Kişisel verileri, hukuka aykırı olarak bir başkasına veren, yayan veya ele geçiren kişi, bir yıldan dört yıla kadar hapis cezasıyla cezalandırılır."

Belgede Sahtecilik

Gerçek olmayan bir olayın gerçekmiş gibi rapor verilmesi, hasta olmayana rapor verilmesi, gerçek bir belge üzerinde tahrifat yapılması, belgede sahteciliktir.

"TCK MADDE 210: Gerçeğe aykırı belge düzenleyen tabip, dış tabibi, eczacı, ebe, hemşire veya diğer sağlık mesleği mensubu, üç aydan bir yıla kadar hapis cezasıyla cezalandırılır. Düzenlenen belgenin kişiye haksız bir menfaat sağlaması ya da kamunun veya kişilerin zararına bir sonuç doğurucu nitelik taşıması hâlinde, resmî belgede sahtecilik hükümlerine göre cezaya hükmolunur."

"TCK MADDE 204: Bir resmî belgeyi sahte olarak düzenleyen, gerçek bir resmî belgeyi başkalarını aldatacak şekilde değiştiren veya sahte resmî belgeyi kullanan kişi, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezasıyla cezalandırılır; görevi gereği düzenlemeye yetkili olduğu resmî bir belgeyi sahte olarak düzenleyen, gerçek bir belgeyi başkalarını aldatacak şekilde değiştiren, gerçeğe aykırı olarak belge düzenleyen veya sahte resmî belgeyi kullanan kamu görevlisi üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezasıyla cezalandırılır; resmî belgenin, kanun hükmü gereği sahteliği sabit oluncaya kadar geçerli olan belge niteliğinde olması hâlinde, verilecek ceza yarısı oranında artırılır."

İrtikap

Kamu görevlisi personel tarafından işlenebilen suç olan irtikapta, hekimin hastadan veya yakınlarından yarar sağlamasıdır.

"TCK MADDE 250. 1. Görevinin sağladığı nüfuzu kötüye kullanmak suretiyle kendisine veya başkasına yarar sağlanmasına veya bu yolda vaatte bulunulmasına bir kimseyi icbar eden kamu görevlisi, beş yıldan on yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

2. Görevinin sağladığı güveni kötüye kullanmak suretiyle gerçekleştirdiği hileli davranışlarla, kendisine veya başkasına yarar sağlanmasına veya bu yolda vaatte bulunulmasına bir kimseyi ikna eden kamu görevlisi, üç yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

3. İkinci fıkrada tanımlanan suçun kişinin hatasından yararlanarak işlenmiş olması hâlinde, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur."

Görevi Kötüye Kullanma

Kamu görevlisi sağlık personeli görevi kötüye kullanma suçu işleyebilir.

"TCK MADDE 257. 1. Kanunda ayrıca suç olarak tanımlanan haller dışında, görevinin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle, kişilerin mağduriyetine veya kamunun zararına neden olan ya da kişilere haksız bir menfaat sağlayan kamu görevlisi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. 2. Kanunda ayrıca suç olarak tanımlanan haller dışında, görevinin gereklerini yapmaktan ihmal veya gecikme göstererek, kişilerin mağduriyetine veya kamunun zararına neden olan ya da kişilere haksız bir menfaat sağlayan kamu görevlisi, üç aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır."

Mesai saatleri içerisinde özel muayenehanesinde hasta bakan hekim, görevi kötüye kullanma suçunu işlemiş olur. Hastaneye gelen hastaları kendi muayenehanesine veya özel bir kuruma gönderen hekim de aynı suçu işlemiş kabul edilir.

Kamu Görevlisinin Ticareti Suçu

Kamu görevlisi olan bir hekim, hastalarını menfaat sağlamak amacıyla bir eczaneye veya laboratuvara yönlendiriyorsa bu suçu işlemiş kabul edilebilir.

"TCK MADDE 259: Yürüttüğü görevin sağladığı nüfuzdan yararlanarak, bir başkasına mal veya hizmet satmaya çalışan kamu görevlisinin, altı aya kadar hapis veya adli para cezasıyla cezalandırılır."

Bilirkişi Hekimin Sorumluluğu

Tıbbi görüş almak için mahkemeler bilirkişi sıfatıyla hekimlerden bilgi ve görüşlerine başvurmakta dırlar. Bilirkişi, objektif ve tarafsız olmalı, tıbbi bilgilere göre görüş bildirmesi gerekir gerekir.

"TCK MADDE 276."Yargı mercileri veya suçtan dolayı kanunen soruşturma yapmak veya yemin altında tanık dinlemek yetkisine sahip bulunan kişi veya kurul tarafından görevlendirilen bilirkişinin gerçeğe aykırı mütalâada bulunması hâlinde, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur."

Sağlık Mesleği Mensuplarının Suçu Bildirmemesi

Sağlık personelleri görevleriyle ilgili öğrendikleri suçları yetkililere makamlara bildirmek zorundadırlar.

“TCK MADDE 279: Kamu adına soruşturma ve kovuşturmayı gerektiren bir suçun işlendiğini göreviyle bağlantılı olarak öğrenip de yetkili makamlara bildirimde bulunmayı ihmâl eden veya bu hususta gecikme gösteren kamu görevlisi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.”

“TCK MADDE 280: Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.”

Genital Muayene

Kişinin rızasıyla, yapılan genital muayenede suç oluşmaz. Sanık veya şüphelilerde ancak hâkim veya savcı kararı ile genital muayene yapılabilir.

“TCK MADDE 287: Yetkili hâkim ve savcı kararı olmaksızın, kişiyi genital muayeneye gönderen veya bu muayeneyi yapan fail hakkında üç aydan bir yıla kadar hapis cezasına hükmolunur; bulaşıcı hastalıklar dolayısıyla kamu sağlığını korumak amacıyla kanun ve tüzüklerde öngörülen hükümlere uygun olarak yapılan muayeneler açısından yukarıdaki hüküm uygulanmaz.”

Yetkisiz Hekimlik

Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’un 25. maddesinde, diploması olmadığı hâlde, hasta tedavi eden veya hekim unvanını kullanan kişinin iki yıldan beş yıla kadar hapis ve bin güne kadar adli para cezasıyla cezalandırılacağı hükme mevcuttur.

Hastanın Rızasını Almadan Tıbbî Müdahalede Bulunmak

Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’un 70. maddesinde, hastanın rızası olmaksızın tıbbî müdahalede bulunan hekim hakkında idarî para cezası uygulanacağı düzenlenmiştir. Söz konusu hükme göre “Tabipler, dış tabipleri ve dişçiler yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahtı hacirde ise veli veya vasisinin evveleminde muvafakatını alırlar. Büyük ameliyei cerrahiyeler için bu muvafakatin tahriri olması lazımdır.

HEKİMLERİN HUKUKİ (TAZMİNAT) SORUMLULUĞU

Hekimler, kusurları nedeniyle hastaya verdikleri zararlardan Ceza Hukukuna göre şahsen sorumlu oldukları gibi, Borçlar Kanunu hükümlerine göre verdikleri zararı ödemekle de yükümlüdürler. Hekimlerin tazminat sorumluluğu verdikleri maddi ve manevi zararları kapsar.

Maddi Tazminat

Tazminat davalarında talep edilen maddi zarar, hekimin kusurlu işlemi nedeniyle hastanın karşı karşıya kaldığı zarardır. Bu zarar hesaplanırken, oluşan zarar nedeniyle hastanın ekstra tedavi masrafları, iş gücü kaybı nedeniyle de kazanç kayıpları dikkate alınır. Hasta ölmüşse bakmakla yükümlü olduğu kişilerin kayıpları, defin masrafları hesaplamaya ilave edilir.

Tazminat zarar görene ödenir ancak hastanın ölümü halinde geride kalan yakınlarına da “destekten yoksun kalma tazminatı” olarak ödenir.

Maddi tazminat davalarında ispat yükümlülüğü zarar gören hastanın üzerindedir. Ancak ispat bazen güç olduğundan, hakim olayın niteliklerine göre bir tazminata hükmedebilir.

Manevi Tazminat

Manevi zarar, hastanın ve yakınlarının gördüğü bedenen ve ruhsal sıkıntılar, sosyal statüde bozulmalar ve benzeri manevi sorunlar nedeniyle talep edilmektedir. Manevi zararın hesaplanması mahkemenin takdirindedir. Genellikle manevi zarar için talep edilen tazminat miktarları, maddi zarar nedeniyle talep edilen miktardan daha yüksek olmaktadır. Genel prensip olarak manevi tazminat, mağdurun zenginleşmesine yol açacak kadar yüksek olmamalıdır görüşü kabul edilmektedir.

TIBBÎ MÜDAHALENİN HUKUKA UYGUNLUĞUNUN ŞARTLARI

Öğrenim Hedefleri

1. Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk şartlarını sayar
2. Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk şartlarından yetki kavramını açıklar
3. Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk şartlarından aydınlatma ve rıza kavramını açıklar
4. Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk şartlarından tıp bilimine uygunluk kavramını açıklar
5. Aydınlatma ve rızanın konusunun neler olması gerektiğini tartışır
6. Aydınlatmanın detayını tartışır
7. Aydınlatmanın ruhsal duruma etkisini tartışır
8. Aydınlatmanın kim tarafından yapılacağını tartışır
9. Aydınlatma ve rızanın ne zaman yapılması gerektiğini tartışır
10. Aydınlatmanın ve rızanın yapılması ve belgelendirilmesini tartışır
11. Acil durumlarda aydınlatma ve rızanın nasıl yapılacağını açıklar
12. Aydınlatmanın yapılması ve rızanın alınması tartışmalarında ispat yükümlülüğü tartışır
13. Rızaya ehliyet kavramını tartışır

Tıbbi uygulamaların hukuka uygun olması için, tıbbi müdahalenin yetkili kişilerce yapılması, müdahalenin tıp bilim kurallarına uygun olması, müdahale edilecek kişinin izni gereklidir.

1. TIBBÎ MÜDAHALE YETKİLİ KİŞİLER TARAFINDAN YAPILMALIDIR

Muayene, tetkik ve tıbbi girişimler gibi tıp uygulamaları hekimler tarafından yapılabilir. Hekim kanunlara ve yönetmenliklere göre belirlenmiş eğitimi ve diplomaları almış kişilerdir. Hekim dışında hemşire, ebe, sağlık memuru, tıp teknisyenleri gibi ünvanlara sahip yetkilendirilmiş kişiler de kendilerine izin verildiği ölçüde tıp uygulamaları yapabilirler. Herhangi bir kişi yetkisi olmadan tıbbi müdahale yaparsa hukuka uygun olmayan tıbbi müdahaleden bahsedilir. Ancak zorunluluk hallerinde, sağlık personeli olmayan kişilerin yaptığı tıbbî müdahaleler de özel durum nedeniyle hukuka uygun kabul edilebilmektedir.

2. AYDINLATMA VE İZİN (RIZA)

Tıbbi müdahale yapabilmek için kişinin izni olması gerekir. Ancak bu iznin geçerli olabilmesi için kişinin yeterince ve uygun bir biçimde aydınlatılması şarttır. Neye izin verdiğinin bilincinde olmayan kişinin izni de geçerli olmaz. Bu kavramlar aydınlatma ve onam veya aydınlatılmış onam olarak da kullanılmaktadır.

Aydınlatma ve rızanın geçerliliği için bazı şartlar gereklidir. Hastalığın açıklanması, yapılması gereken tetkik ve tedaviler ve bunların alternatifleri, bu tedavi ve tetkiklerin etkileri, yan etkileri, riskleri, tedavi edilmez ise muhtemel sonuçlar hastanın anlayacağı tarzda anlatılmalıdır.

Hasta Hakları Yönetmeliğinde "hasta, sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbî işlemleri, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, alternatif tıbbî müdahale usûlleri, tedavinin kabul edilmemesi hâlinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahiptir." denilmektedir. Yine Hasta Hakları Yönetmeliğine göre aydınlatma hastanın anlayabileceği şekilde, tıbbî terimler mümkün olduğunca kullanılmadan, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden ve hastanın ruhi durumuna uygun ve nazik bir ifadeyle gerçekleştirilmelidir.

Aydınlatma ve rıza yapılmamış veya geçersiz ise hekim hastayı iyileştirmek amacıyla tıbbî müdahalede bulunmuş olsa bile, hekimin hukuki ve cezai sorumluluğu olur.

Tıbbi anlaşmazlıkların çoğunda hastaların yeterince aydınlatılmaması sorunu gözlenmektedir. Hastaların rıza verdiklerine dair belgeler sunulsa da hasta ben anlamamışım, bana bunlar yeterince açıklanmamıştı iddiasında bulunabilmektedirler.

1. Aydınlatma ve rızanın konusu:

Hekim muayene ve tetkik aşamasında rahatsızlıkların muhtemel sebepleri, ön tanı olarak neler düşündüğünü, hangi muayene ve tetkikleri yapması veya yaptırmaması gerektiğini, bunları yaparken hastanın ne gibi etki ve risklerle karşılaşabileceğini, yapılanların neden yapıldığı açıklanmalıdır.

2. Aydınlatmanın detayı:

Aydınlatmanın sonu yoktur. Hekimin bildiklerinin hepsini anlatması beklenemez. Detay, hastalığın durumuna, hastanın beklentisi ve ilgisine, tıbbi müdahalenin risklerinin derecesine göre belirlenebilir. Cerrahi müdahale yapılacak ve müdahale kişinin sonraki hayatını ve yaşam kalitesini etkileyecekse aydınlatma daha detaylı olmalıdır. Aydınlatmanın ne kadar detaylı olacağı hakkında kesin sınır belirlenemez. Hekim vakanın durumuna göre karar vermelidir. Bana anlatılmadı, açıklanmadı, açıklansaydı tıbbi müdahaleyi kabul etmezdim gibi sorularla karşılaşma ihtimali ne kadar fazlaysa o kadar detaylı aydınlatma yapılabilir.

3. Aydınlatmanın hastanın ruhsal durumuna etkisi:

Tıbbi müdahale aydınlatmasında hastanın ruhsal durumu bozulacaksa yine de aydınlatılma yapılmalı mıdır? Bazı olumsuz sonuçlar hastadan saklanabilir mi? Bazıları hiçbir şeyin saklanmadan açıklanması gerektiğini, saklama hakkının olmadığını düşünmektedir. Bazen de hastalığın açıklanması derin ruhsal travmalara yol açabildiği bilinmektedir. Hekimlik sanatının uygulandığı yerlerden birisi de buradadır. Hekim hastasının ruh sağlığını da dikkate alarak, doğru olanları gereksiz korku oluşturmadan yapabilmelidir. Hasta Hakları Yönetmeliğinin 19. maddesinde "hastanın manevî yapısı üzerinde kötü etki yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimalinin bulunması ve hastalığın seyrinin ve sonucunun vahim görülmesi hâllerinde, teşhisin saklanması caizdir" denilmektedir.

4. Aydınlatmayı yapacak ve rızayı alacak kişi:

Aydınlatma, tıbbi müdahaleyi yapacak hekim tarafından bizzat yerine getirilir. Bu görev ekipte bir başkasına bırakılacak olsa da aydınlatma sorumluluğu hastanın doktorundur. Bu sorumluluğu devam eder. Birden fazla hekimin müdahalesi söz konusuysa her hekimin kendi konusu ile ilgili aydınlatma yapması gerekir. Örneğin ameliyatlarda cerrah ve anesteziist ayrı ayrı aydınlatma yapmalıdır.

5. Aydınlatma ve rızanın zamanı:

Hasta tıbbi müdahale yapılmadan önce aydınlatılmalıdır. Ne kadar önce olması gerektiği de hastalığın durumu ile orantılıdır. Hastanın anlatılanları düşünmesine ve başka bir hekime de danışmasına yetecek zamanı olmalıdır. Ameliyat sabahı veya ameliyathanede yapılacak aydınlatmanın uygunluğu tartışma konusudur.

6. Aydınlatmanın ve rızanın şekli:

Aydınlatma hastanın anlayabileceği tarzda, tıbbi terimler kullanılmadan yapılmalıdır. Hekim hastasının anlayıp anlamadığına dikkat etmeli gerektiğinde buna yönelik sorular sormalıdır. Hastanın dili farklı ise gerektiğinde tercüman kullanılmalıdır.

Rıza açıklamasının nasıl olması gerektiğine dair bir kural yoktur. Rıza yazılı veya sözlü olarak olabilir. Ancak, Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 70. maddesine göre, büyük ameliyatlarda rızanın yazılı olması gerekir. Rıza açıklaması herhangi bir şekle bağlı olmasa da, bir uyuşmazlık durumunda ispat sorunu yaşamamak için rızanın yazılı olması faydalıdır. Rıza veya onam formunda hastanın kimlik bilgileri yanında hastalığı, genel sağlık durumundaki anormallikler, hastaya yapılacak tıbbi müdahalenin ve gerekçesi, müdahalenin yan etki ve riskleri, alternatif tedaviler, başarıya yönelik bir taahhüt veya garantinin bulunmadığının belirtilmesi, hekimin kimliği, hastanın veya kanunî yakınının ve mümkünse bir tanığın imzası, olmalıdır.

7. Acil durumlarda aydınlatma ve rıza:

Acil durumlarda hastanın yakını da yoksa hekimin aydınlatma yükümlülüğünün bulunmadığı kabul edilir.

8. Aydınlatma yapıldığının ve rıza alındığının ispatı:

Aydınlatma hekim tarafından yapılacağından ve buna ilişkin belgeler de kendisinde bulunacağından, ispat yükünün hekimdedir. Rıza alındığının ispat sorumluluğu da hekimindir.

9. Rızaya ehliyet (Rıza verme yetkisi):

Rıza, bir hukuki işlemdir. Sadece rıza göstermeye ehliyetli kişiler rıza verebilirler. Hastanın rızaya ehliyetli olabilmesi için, hastanın karşılaşılabilecek tedavi ve müdahaleleri, tıbbi fiilleri anlayabilecek ve değerlendirebilecek düzeyde zeka ve bilinci olmalıdır. Hasta küçük ya da özürli ise velisinin rızası gerekir.

3. TIBBİ KURALLARA UYGUN (BİLİME UYGUN) TIBBİ MÜDAHALE

Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğu için müdahalenin yetkili biri tarafından yapılması, aydınlatma ve onam şartı yanında söz konusu müdahalenin tıbbi standartlara, tıp biliminin kurallarına göre zorunlu ve bu kurallara uygun olmalıdır.

Hekimin, hastayı tedavi edebilmesi için gerekli olan ve geçmişten günümüze kadar tıbbi alanlarda denenerek ispatlanmış bulunan, hekim tecrübesi ve biliminin o anki ulaştığı tecrübeye tıbbi standart denmektedir. Hekim tıbbi standartlara göre davranmalıdır. Kısaca tıbbi müdahalenin endikasyonu ve bu müdahalenin konulan endikasyona uygun olması gereklidir.

TIBBİ UYGULAMA HATASI-KOMPLİKASYON

Öğrenim Hedefleri

1. Tıbbi uygulama hatası kavramını açıklar
2. Tıbbi uygulama hatası kavramını tartışır
3. Komplikasyon tanımını yapar
4. Bir olayda tıbbi hata komplikasyon ayırımını tartışır
5. Ortalama hekim tanımını yapar
6. Tanı hatasını açıklar
7. Bir vakada tanı hatasını tartışır
8. Tedavi hatasını açıklar
9. Bir vakada tedavi hatasını tartışır
10. Girişim hataları ve teknik hataları açıklar
11. Bir vakada girişim hataları ve teknik hataları tartışır
12. Kayıt hatalarını açıklar
13. Bir vakada kayıt hatalarını tartışır
14. İletişim eksikliğini açıklar
15. Bir vakada iletişim eksikliğini tartışır
16. Sağlık hizmetlerinde sözlü talimatların ne zaman yapılabileceğini açıklar
17. Yetki sınırlarının aşılmasını açıklar
18. Bir vakada yetki sınırlarının aşılmasını tartışır
19. Aydınlatma ve onam eksikliğini açıklar
20. Bir vakada aydınlatma ve onam eksikliğini tartışır
21. Tıbbi müdahalenin geç yapılması veya hiç yapılmamasını açıklar
22. Bir vakada tıbbi müdahalenin geç yapılması veya hiç yapılmamasını tartışır
23. Hasta güvenliği hatasını açıklar
24. Bir vakada hasta güvenliği hatasını tartışır
25. Tıbbi müdahale sonrası yükümlülük hatasını açıklar
26. Bir vakada tıbbi müdahale sonrası yükümlülük hatasını tartışır

TIBBİ UYGULAMA HATASI

Tıbbi uygulama hataları sağlık hizmetlerinin sunulması sırasında görevli sağlık personelinin kusurlu hareket etmesi sonucu ortaya çıkan olaylardır. Tıbbi Uygulama Hataları "hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar" olarak tanımlanmıştır. Tıbbi uygulama hataları yapılması gereken işlemlerin yapılmaması (pasif) şeklinde olabileceği gibi gerekli işlemlerin hatalı yapılması ya da, yapılmaması gereken bir işlemin yapılması (aktif) şeklinde ortaya çıkabilir.

KOMPLİKASYON

Tıbbi uygulamaların riskleri mevcuttur. Bu riskler, tıbbi uygulamalarının doğasından kaynaklanır. Tıbbi uygulamaların beklenen yararı, riskleri ile karşılaştırılır. Tıbbi uygulama, bu riskler göze alınarak,

zarar-zarar dengesi gözetilerek, hastanın aydınlatılması ve onayı sonrasında yapılabilir. Tıbbi uygulamada, herhangi kusura atfedilmeyen, her türlü dikkat ve özene rağmen oluşan zarara komplikasyon denilmektedir.

Komplikasyon durumunda, tıbbi uygulama hatasından ve hekimin kusurundan ve dolayısıyla hekimin ve idarenin sorumluluğundan söz edilemez.

Hastalık sürecinde oluşan zarar (istenmeyen sonuç) hem komplikasyon sonucunda hem de tıbbi uygulama hatası sonucunda gelişebilir. Hastada bir zarar ortaya çıktığında, bunun tıbbi uygulamadan kaynaklanıp kaynaklanmadığını, uygulamanın kusurlu olup olmadığını belirleme görevi, tıbbi bilirkişilerindir. Tıbbi bilirkişi ortaya çıkan zararı, aynı ortam ve koşullarında, aynı yetkinlik düzeyinde bir hekimin (ortalama hekim) göstermesi gereken özeni gösterip göstermediğine ve tıp standardına uygun davranıp davranmadığına bakarak değerlendirir.

TIBBİ UYGULAMALARDA HATA ALANLARI

Tıbbi uygulamalarda birçok hata alanı mevcuttur. Tıbbi uygulama hataları, bir veya birden fazla hata alanını kapsayabilir. Bazı hatalar ise aşağıdaki sınıflananlar dışında olabilir.

1. Tanı hataları

Hekim hastanın şikayetlerini dinler, sorgular, muayene eder, bulguları belirler, gerekli olan görüntüleme ve laboratuvar tetkiklerini yaparak veya yaptırarak, gerekli görüyorsa konsültasyonlar isteyerek dikkat ve özenle tanı koymaya çalışır. Tanı koyamıyorsa hastayı daha ileri bir merkeze sevk etmelidir. Hekim, tanı koyma aşamasında, bilimsel kurallara göre eksik bir şey yaparak tanıda yanılmışa hatalı kabul edilir.

Hekim hastasına her durumda kesin tanı koyamayabilir. Her hastaya %100 tanı koyabilmek mümkün değildir. Tanı hatasından bahsedebilmek için yukarıda sayılan tanı koymak için gerekli şeylerde eksikliği, özensizliği, kurallara uymaması olmalıdır.

Hekimin tanı koymaması ya da hatalı tanı koyması, hekimin hatasından kaynaklanıyorsa ve tanı hatasından dolayı hasta zarar görmüş ise hekimin sorumluluğu söz konusudur.

Gerekli incelemeler yapılmaması neticesinde yüksek riskli gebeliğin tespit edilmemesi, doğumsal anomalilerin fark edilmemesi sık dava konusu olan tanı hatalarındandır.

2. Tedavi hataları

Hekim tanıyı doğru koymuş ise bu tanıya uygun hastanın menfaatine en uygun tedaviyi uygulamalıdır. Hekimin uyguladığı tedavi, geçerli tıbbi bilgilere uygunsuz veya yetersiz ise hata söz konusu olur.

Hastalığın tedavisi için birden fazla seçenek varsa hasta için en az acısız ve en az tehlikeli olanı seçilmelidir. Daha basit yöntemlerle tedavi mümkün iken invaziv yöntemler seçilmemelidir. Kronik tonsillitte ilaç tedavisi denemeden ameliyat önermek hatalı kabul edilebilir.

3. Girişim hataları ve teknik hatalar

Ameliyatlar dahil her türlü girişimsel işlemler, işlemin uygulama klavuzuna uygun bir şekilde, gerekli önlemler alınarak dikkat ve özenle yerine getirilmelidir. Usulüne uygun yapılmayan girişimler tıbbi hatadır. Ameliyat sırasında vücutta unutulmuş yabancı cisim klasik girişimsel hata örneğidir.

4. Kayıt hataları

Hastanın tıbbi kayıtlarının tutulması ve muhafaza edilmesi bir zorunluluktur. Hastayla ilgili tıbbi bilgiler hasta kartına, dosyasına veya bilgisayara ayrıntılı olarak kaydedilmelidir. Kayıtlar hastanın tedavi ve takibini etkileyecektir. Kayıt hatalarından dolayı hasta zarar görürse sorumluluk ortaya çıkar. Kayıtları yapmak hekim ve diğer sağlık personelinin sorumluluğundadır, tıbbi hizmeti bir sağlık kurumu veriyorsa bu kayıtların saklanma sorumluluğu hizmeti veren sağlık kurumuna aittir.

Eksiksiz ve doğru olarak tutulan tıbbi kayıtlar, hatalı uygulama iddiası halinde hekimin savunmasında çok önemlidir. Hekim savunmasını bu kayıtlara dayanarak yapabilir. Hukukta iddia sahibin iddiasını ispat etmekle yükümlüdür. Ancak, sağlık hizmetlerinde tıbbi hatanın olmadığını hekim ispat eder.

5. İletişim hataları

Sağlık hizmetleri sürecinde hasta ile hekim ve diğer sağlık personelleri arasında iletişimin kuralları belirlenmiştir. Hastayı aydınlatma, yapması ve yapmaması gerekenler hakkında anlaşılır açık bilgilendirme, tedavi ve uygulama talimatları, sözlü ve yazılı talimatlar iletişimlerde eksiklikler hata kaynağı olabilir.

Hekimin tedavi talimatları yazılı olmalı, acil durumlarda sözlü veya telefonla verilen talimatlar ilk fırsatta yazılı hale getirilmelidir. Hemşireler yazılı tedavi talimatlarına göre hareket ederler. Aksi halde yanlış anlamalar söz konusu olabilir. Konsültasyonlar da yazılı olmalıdır. Yazılar okunabilir olmalıdır.

İletişim hataları olmaması için sağlık kurumları, çalışma talimatlarını belirlemeli, hizmet içi eğitimlerle personelin yeterliliğini sağlamalıdır. Sağlık kuruluşları bu konuda eksikliklerinden sağlık personelleri ile birlikte sorumludurlar.

6. Yetki hataları

Pratisyen ve uzman hekimler, sağlık hizmetlerinde yetki sınırlarını aşabilmektedir. Acil olmayan durumlarda uzmanlık gerektiren konularda pratisyen hekimlerin müdahalesi sonucu oluşan zararlar sorumluluk nedenidir. Hemşireler, ebeler, sağlık memurları, tıbbi teknisyenler kendileri için belirlenmiş sınırlarda hastaya müdahale edebilirler. Hasta bakımının pansuman, enjeksiyon yapması sorumluluk oluşturur. Bu kişilere yetkileri dışında talimat veren, onları engellemeyen hekimler ve yöneticiler de oluşan zarardan sorumlu olurlar.

7. Aydınlatma ve onam eksikliği

Hukuka uygun müdahalenin üç unsuru, yetki, bilime uygunluk ve hastanın aydınlatılarak onamının alınmasıdır. Aksi takdirde hukuka uygun olmayan müdahaleden bahsedilir. Hasta ya da velisinin onamı olmadan uygulanan tıbbi girişimler hukuka aykırıdır.

Tıbbi uygulama hatası iddiasıyla mahkemeye müracaatların çoğunda aydınlatma ve onam eksiklikleri söz konusudur. Hastanın aydınlatılması ve onamın belgelendirilmesi, hekim ve sağlık kurumlarının kendilerini savunabilmeleri için gerekli olmaktadır.

8. Tıbbi müdahalenin geç yapılması veya yapılmaması

Sık karşılaşılan tıbbi uygulamalarından birisi de sağlık hizmetinin geç yapılması veya yapılmamasıdır. Bu durum hastanın zarar görmesiyle sonuçlandığında sorumluluk meydana gelir. Acil servislerde bu tür hata örnekleri sıklıkla görülür. Acillerdeki yoğunluk müdahalenin gecikmesine, yapılmamasına sebep olabilmektedir. Ancak haklı bir sebep olmadıkça iş yoğunluğunun fazlalığı hastaya müdahalenin gecikmesine neden olmamalıdır. Yatak olmaması nedeniyle hastanın acile veya hastaneye kabul edilmemesi önemli bir sorundur. Yatak yokluğunda da hastaya ilk müdahalesi yapılmalı, uygun koşullarda ve belirlenmiş talimatlara uygun olarak hasta sevk edilmelidir.

9. Hasta güvenliğinde hatalar

Hastaların yataktan düşmemesi, koridorda kayarak düşmemesi, tuvalette düşmemesi, kullanılan tıbbi cihaz arızalarından zarar görmemesi, hastaların karıştırılmaması, test ve tanı numunelerinin karıştırılmaması, yanlış tarafa cerrahi veya tıbbi müdahale yapılmaması için her türlü tedbirler alınmalıdır. Sağlık kurumlarının uyması gereken hasta güvenlik kuralları belirlenmiştir. Sağlık kurumları bunları yazılı talimatlarla duyurmalı, personelini eğitmeli, uyum konusunu denetlemeli, personel de bu kurallara uymalıdır.

10. Tıbbi müdahale sonrası yükümlülük hataları

Hasta ile hekim arasındaki ilişki sona ermesine rağmen, hekimin tedavi sonrasında da yükümlülükleri devam etmektedir. Eğer tedavi sırasında uygulanan bir yöntemin, ileriye dönük olarak bir yan etkisi mevcut ise, hekimin hastaya ulaşması ya da onu tedavi sonrasında uyarması gerekmektedir.

Hekim tedavi sonrası gerekli tavsiye ve uyarılarda bulunmalıdır. Bu uyarıların yapılmaması ciddi zararlara neden olabilmektedir. Örneğin ameliyatta hastaya takılan ve bir süre sonra çıkartılması gereken stent veya cihazların çıkartılması unutulabilmektedir. Hastalar bize söylenmedi, hekimlerin ise söyle-

diklerini belirttikleri savunmaları ile sıkça karşılaşılmaktadır. Hataya neden olmamak için bu tür uyarılar yazılı ve sözlü yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

Yatırılması gereken hastanın yatırılmaması, hastanın erken taburcu edilmesi, evine gönderilen hastanın kontrollerine çağrılmaması, taburculuk sonrası hastaların şikâyetlerinin dikkate alınmaması da tedavi sonrası yükümlük hatalarındandır.

KAYNAKLAR

1. Akın L, Hekimlerin Cezaî Sorumluluğu, Sağlık Hukuku Kurultayı, 1-3 Kasım 2007, Ankara Barosu Yayınları, Ankara, 2008.
2. Akyıldız S, Hakeri H, Çelik F, Somer P, Tıp Hukuku Atölyesi I, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2014.
3. Akyıldız S, Kök AN, Yıldırım T, Tıp Hukuku Atölyesi II, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2014.
4. Aydınlatılmış Onam Klavuzu, Türk Tabipler Birliği, 19.11.2013.
5. Aykın Ac, Çınarlı S, Sağlık Personelinin Hukuki Sorumluluğu, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2016.
6. Boran B, Aydınlatılmış Rıza, Sağlık Hukuku Kurultayı, 1-3 Kasım 2007, Ankara Barosu Yayınları, Ankara, 2008.
7. Demir M, Hekimlik Sözleşmesinden Doğan Sorumluluğun Koşulları, Sağlık Hukuku Kurultayı, 1-3 Kasım 2007, Ankara Barosu Yayınları, Ankara, 2008.
8. Gönenç FI, Hukuk, Etik ve Türkiye’de Araştırma Etik Kuralları, Türk Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Araştırmaları Yıllığı, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2013.
9. Hakeri H, Hastane Yönetiminin Sorumluluğu, Sağlık Hukuku Kurultayı, 1-3 Kasım 2007, Ankara Barosu Yayınları, Ankara, 2008.
10. Hakeri H, Tıp Hukuku El Kitabı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2015.
11. Hakeri H, Tıp Hukuku, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2012.
12. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı-Yüksek Öğretim Kurulu, Ankara, 2014.
13. Polat O, Klinik Adli Tıp, Seçkin Yayınevi, Ankara, 2009.
14. Savaş H, Tıbbi Müdahale Hataları, Sağlık Hukuku Kurultayı, 1-3 Kasım 2007, Ankara Barosu Yayınları, Ankara, 2008.
15. Türk Borçlar Kanunu, Kanun Numarası 6098, Resmi Gazete, sayı 27836, Tarih 4.2.2011.
16. Türk Ceza Kanunu, Kanun Numarası 5237, Resmi Gazete, sayı 25611, Tarih 12.10.2004.
17. Ünver Y, Tıp/Sağlık Hukuku, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2014.

3.1 TIBBİ UYGULAMALARDA YETKİ SORUNLARI

3.1.1 ALTERNATİF TIP UYGULAMALARININ HUKUKA UYGUNLUĞU

TALEP

Bel ağrıları nedeniyle özel bir merkezde L2 sempatik blokaj sonrası şiddetli ağrıları olduğu, yapılan Bilgisayarlı Tomografide sol böbrekte parankim içine kanama ve parankime basan ve gerota dışına çıkan hematoma izlendiği bildirilen bayan hastanın iddiaları ve dosya içeriği birlikte değerlendirilerek müştekinin yaralanmış olması halinde bu yaralanmanın hangi şüphelinin eyleminden kaynaklandığının belirlenmesi ve TCK 89. madde kapsamında rapor düzenlenmesi istenmektedir.

İDDİA

Ben 20 yıl kadar önce bel fıtığı ameliyatı oldum. Ancak o tarihten sonra ağrılarım geçmedi, sürekli ilaç kullandım. Doktorum benim rahatsızlığıma iyi geleceğini söyleyerek belimden cilt altına iğne yapacağını söyleyip benim de rızam ile belimden cilt altına bir iğne yaptı. Ancak nasıl bir iğne yaptığını ben bilmiyorum. Bu konuda bana herhangi bir belge vermedi. Kullandığı ilacın bitkisel bir ilaç olduğunu, yurt dışından geldiğini söyledi, iğneyi yaptırdıktan sonra fenalaştım. Kendisi bana merak etme o geçer, bir şey yok dedi. Muayenehaneden çıktık, ağrım ve sancım arttı. Rahatsızlığım bir türlü geçmeyince eşim beni bir özel hastaneye götürdü. Acil serviste ağrı kesici iğne yaptılar ve MR istediler. Üç saat hastanede yattım. Bu sırada hastaneye bana iğneyi yapan doktorum geldi. O da baktı. Böbreğinde şişme var dedi. Daha sonra beni taburcu edip gönderdiler. Doktorum bir gün sonra, bir özel hastaneden randevu aldığını söyleyerek beni bu hastaneye gönderdi. Burada beni üroloji uzmanı bir profesör muayene etti ve ultrason çekti. Bana sırt üstü yat, hareket etme, seni evine göndereceğim dedi. Ben evime geri döndüm ancak ağrılarım bir türlü geçmedi. Ağrılarım geçmeyince başka bir hastaneye daha gittik, doktor durumun çok ciddi ve acil, sol böbreğinin ana damarı parçalanmış ancak ona müdahale edecek doktorumuz yok dedi. Daha sonra Tıp Fakültesine götürüldüm. Orada gerekli tetkik ve tedavilerim yapıldı. Böbrek anjiyosu yapıldı. 7-8 gün kadar hastanede yattım. Ana damarın patladığı belirtilerek ana damarın anjiyo ile iptal edildiği söylendi. Kasıktan açmadan böbreğe ulaşacaklarını söyleyerek bir işlem yaptılar. Ben hastaneden ayrılırken üç ay yatak istirahati şeklinde rapor verildi. Sağlığım kısmen kavuştum. Böbreğimde bozulma ve tansiyonumda yükselme oldu. Beni yanlış tedavi, belime iğne yaparak böbreğimi yaralayan doktorumdan ve ayrıca özel hastanede böbreğimde kanama ve enfeksiyon olduğu halde beni hastanede yatırmayarak sen evine git, dinlen diyerek beni eve gönderen üroloji uzmanı profesör doktordan şikayetçiyim.

SAVUNMA

Hasta boyun düzleşmesi, yaygın boyun, sırt ve belinde spazm (kasılma) ve bunun yanı sıra panik atak tanısıyla tarafıma sevk edilmiştir. Uyku düzeninde de bozuklukları olan hastanın tanısı söz konusu şikâyetlerinin yanı sıra Fibromiyalji Sendromu olarak belirlenmiştir. Hastanın tarafıma ulaşan öyküsünde daha önce pek çok kez fizik tedavi gördüğü ancak herhangi bir fayda görmediğini belirtmiştir. Şikâyetçinin yapılan fizik muayenesinde boyun hareketlerinde rotasyon, öne eğilme ve arkaya eğilme hareketlerinde sınırlama olduğu, boyun, sırt ve bel başta olmak üzere pek çok adale içinde yer alan trigger (tetik) nokta olarak tanımlayan yerlerin hassas ve ağrılı olduğu tarafıma tespit edilmiştir. Bunların yanı sıra hasta, yoğun baş ağrıları ve nefes darlığından da yakınmaktaydı. Tüm bu bulgular, orta hali bir depresyon durumunu akla getirmekteydi. Şikâyetçinin önceki tedavilerine ilişkin olarak yapmış olduğum araştırma ve görüşmede hastanın daha önce bel fıtığından dolayı iki kez ameliyat olduğunu ancak bu ameliyatların bel ağrılarında pek bir değişiklik yapmadığını; bunun yanı sıra 2 normal doğum ve 3 kürtaj dışında hastanın durumunu etkileyecek başka bir şey göze çarpmıyordu. Hastaya 7 seanslık akupunktur, manyetik alan terapisi ve lokal anestetiklerle hem tetik noktalarının eliminasyonu ve hem de nöralterapi uygulanmıştır. Uygulanan bu tedavi neticesinde hastanın şikâyetlerinde tama yakın bir şifa sağlanmıştır.

Hasta daha sonra, akut bel tutulması şikâyeti ile tarafıma başvurmuştur. Şikâyetçinin muayenesinde, daha önce geçirmiş olduğu iki ameliyat yerinde oluşan nedbe dokusunun kolaylaştırıcı özelliğinden dolayı faset blokajı geliştiği görülmüştür. Hastaya tek seanslık manuelterapi, akupunktur yapılmış ve fasetlerin içine lidokain içeren lokal anestetik (nöralterapi) ve lumbal bölge üzerine bir üst etki gösteren L2 seviyesinde yer alan sempatik trunkus enjeksiyonu yapılmıştır. Bu tedavi ile şikâyetçi aniden rahatlamıştır. Şikâyetçi olan hasta tarafımdan gerçekleştirilen bir seanslık bu uygulamadan fayda görmüştür. Şikâyetçiye faset sendromunun tanısı ise maunel terapi ve yapılan fizik muayene bulgularıyla konulmuştur. Bu kuvvetli bulguların varlığı nedeni ile hastaya herhangi bir radyolojik inceleme yapılmamıştır. Nitekim eğer hastaya uygulanan terapiden bir fayda elde edilememiş olsaydı bu durumda bir radyolojik inceleme yapılması da gerekebilirdi. Bu tarihten sonra şikâyetçi hasta uzun bir süre herhangi bir rahatsızlık yaşamamıştır. Hasta. Hasta bu tedaviden bir müddet sonra yaygın bir miyalji ve ağrı tablosunun yanı sıra psikolojisi de bozulmuş bir halde kliniğime gelmiştir. Tarafımdan yapılan fizik muayenesinde hastanın ağlamaklı bir halde depresyon belirtileri göstermekte olduğu, bunun yanı sıra boyun, sırt ve bel ağrılarının dolaylı yaygın ağrı çektiği tespit edilmiştir. Bu nedenle hastaya toplam iki seans uygulama yapılarak tedavisi sonuçlandırılmıştır. Tedavi neticesinde hastanın ağrıları geçmiş ve yaygın olan miyalji tablosu ortadan kalkmıştır. Hasta beş ay kadar sonra, aynı tabloyla akut bel tutulmasıyla kliniğe gelmiştir. Muayene de hastadan edindiğim izlenim ve klinik bulgular yoğun miyalji ve faset sendromu olduğu yönündeydi. Çünkü fizik muayene bulgularından ayakta herhangi bir güç kaybı olmamasına rağmen çok şiddetli bel ağrısı mevcuttu. Bel, kalça ve sakroilyak eklem bölgesindeki trigger noktalar hassas ve ağrılıydı. Zaten belinde daha önce geçirdiği iki operasyon ve kronik bel ağrıları olduğundan 1-2 yıldır dönem dönem terapiler yapıp kendisine yardımcı olmuştum. Genel olarak ağrı tedavisinde amaç, sonuç olan ağrıyı yok etmek yerine nedenini saptayıp ona yönelik tedavi yapmaktır. Ancak ağrının nedeni bulunamıyorsa, nedeni kronik ve/veya iyileşmesi mümkün olmayan bir hastalıkla ağrıyı azaltmak ve kesmek amaç haline gelir. Nitekim gün şikâyetçi ciddi bir ağrı tablosuyla gelmişti ve bu durumda amacım, ağrıyı kesmekten ziyade sebebe yönelik bir tedavi gerçekleştirmektir. Şikâyetçi daha önce yaşadığı klinik tabloya benzer bir şekilde kliniğime gelmiş olup kendisine aynı klinik uygulama yapılmış ve rahatlatmak amacıyla öncelikle manuel terapi yapılmıştır. Daha sonra hastanın ağrılarını dindirmek için akupunktur uygulanmıştır. Hastanın şikâyetlerinin geçmemesi üzerine hastayı oturarak L2 seviyesine sempatik trunkus blokajı uygulanmıştır. Derin enjeksiyonlarda yaptığımız üç yönlü aspirayonda herhangi bir kan gelmemesi üzerine 5 ml %1 lidokain enjekte edilmiştir. Lidokain bir lokal anestetiktir ve kronik ağrılarda yaygın kullanım sahası bulan bir uygulamadır. Hasta sedyede kaldığından rahatlamıştır. Yapılan uygulamalara rağmen hastanın hala biraz ağrım var demesi üzerine kendisine biraz oturmasını ve ağrıyı geçmezse bir radyolojik inceleme yapmayı önerdim. Ancak hasta daha sonra eşinin refakatinde klinikten ayrıldı. Yoldayken hastanın ağrılarının geçmemiş olduğu tarafıma bildirildi. Bunun üzerine derhal kliniğe getirilmesini rica ettim. Eşinin "trafik yoğun" demesi üzerine en yakın bir kliniğe götürülmesini ve radyolojik inceleme yapılmasını istedim. Hasta bir kliniğe götürülmüş, ben derhal hastanın kaldırıldığı kliniğin sorumlu doktoru ile konuştum. Klinikte ultrason ve BT ve MR görüntüleme durumu olmadığını öğrenince hastanın donanımlı bir hastaneye

kaldırılmasını talep ettim. Bunun üzerine hasta donanımlı bir hastaneye kaldırıldı. Aynı günün akşamı Üniversitesi Hastanesi acil polikliniğindeki kendisini görmeye gittim. Hastanın böbreğinde adı konulamayan bir kitle olduğunun tarafıma bildirilmesi üzerine acaba enjeksiyon sonucu bir hematoma olabilir mi diye belirttim. Ancak enjeksiyon yaptığım seviye ile hematoma olduğu seviye uyumlu değildi. Farklı kitlesel veya kistik bir şey bulunması ya da daha önce geçirilen bir travma olasılığının elimine edilmesi olasılıkları da tarafımdan dikkatle değerlendirilmiştir. Nitekim hastanın yatırıldığı acilde görev yapan meslektaşına, öğle saatlerinde hastaya bir L2 blokajı yaptığımı bildirdim. Hastaya uygulamış olduğum tedavi protokolünü hiçbir zaman inkar etmedim. Bu tür rahatsızlıklarda rutinde gelişmiş ülkelerin tamamında yapılan bir uygulama protokolü dâhilinde davrandım. Aynı akşam hastanın antibiyotik ve diğer medikal tedavisine başlandı ve hasta sabaha karşı taburcu edildi. Geç saatlere kadar da hastanın yanında ayrılmadım. Hastanın hekimliğine güvendiğim bir üroloji uzmanına yönlendirdim. Hastaya bu üroloğun çalıştığı kliniğinde US incelemesi, kan ve idrar tahlilleri yapıldı. Tahliller ve hastanın durumuna ilişkin olarak almış olduğum bilgiye göre: bir hematoma olduğu antibiyotik ve analjezik verilerek hastanın dinlenmesi ve 2-3 günde bu yoğun olan tablonun azalacağı yönündeydi. Bunun üzerine hastaya isterse gözetim altında kalacağı ve isterse eve gönderileceği bildirilmiş ve isteği üzerine hasta taburcu edilmiştir. Hastaya Üniversitesi Hastanesinde yapılan US incelemesi ve zaman kaybetmeden gereken uygulanmanın yapılması bizzat benim tarafımdan desteklenmiştir. Nitekim ameliyat yapıldığı süre boyunca ben de hastanın durumu hakkında bilgi sahibi olmam nedeni ile hastanede bizzat bekledim. Şikayetçi vekilince hakkımda yanlış tedavi uygulamam hususunda yapılmakta olan gerçek dışı suçlamaların kabulü kesinlikle mümkün değildir. Şikayetçinin sol böbrek besler damarının parçalandığına ilişkin iddiası tamamen yanlıştır. Nitekim L2 seviyesinde yapılan bir 0.60 x 0.60 mm boyunda bir enjeksiyonla öyle bir hasar meydana getirmek mümkün değildir. Kaldı ki üç yönlü aspirasyonda herhangi bir kan gelmemiş ve enjeksiyon malzemesi olan %1 Lidokain 5ml gerçekleştirilmiştir.

BELGELER

Özel hastane belgeleri: Müdahalenin ertesi günü, hasta doktorunun hastayı gönderdiği özel hastanede yapılan tetkiklerde Hb 8.8, Hct 28.4 WBC 8.3, TİT'de her sahada 7-8 lökosit, 2-3 eritrosit bulunmuş ve USG'de sol böbreğin boyutlarının arttığı (130 mm uzunluktadır) ve parenkimde ekojenitesinde heterojen diffuz artma izlendiği (ödem), parenkimde kalınlaşma (20 mm), izlendiği rapor edilmiş ve rocephin 1 gr, biteral 2x1 reçete edildiği görülmüştür.

Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nın yazısı: Hasta Acil Servisi tarafından kliniğimize konsulte edildi. Alınan tıbbi öyküsünde bel ağrıları nedeniyle özel bir merkezde L2 sempatik blokaj (hasta bu işlemi bitkisel kaynaklı bir iğne yapıldı diye tanımlıyor) yapıldığı, sonrasında batın sol alt kadranda ve sol kostovertebral bölgede şiddetli ağrı olması nedeniyle değerlendirildiği ve lomber MR görüntülemelerinin yapılmış olduğu ancak problem saptanmadığı, ağrıların devam etmesi nedeniyle hastanın ayrı bir özel merkezde değerlendirildiği, sol böbrek üst polde renal enfarkt düşünülmesi üzerine hastaya acil operasyon önerildiği, opere olmayı kabul etmeyen hastanın ileri tetkik ve değerlendirme amacıyla Acil kliniğimize başvurduğu öğrenildi. Hastaya yapılan kontrastlı abdominopelvik Bilgisayarlı Tomografi görüntülemesinde sol böbrekte parankim içine kanama ve parankime basan ve gerota dışına çıkan hematoma izlenmesi üzerine hasta takip amacıyla servisimize yatırıldı. Yatışında Hgb değeri 10.1 g/dL olarak saptanan hastanın 20.12.2007 tarihinde bakılan tam kan sayımında Hgb 8.1 g/dL olarak saptanması üzerine 2 Ü eritrosit süspansiyonu verildi. Aynı gün hastanın renal arterine girişimsel radyoloji tarafından anjiyoembolizasyon uygulandı. Kontrol hemogramında Hgb değeri 11.6 g/dL olarak saptanan hastanın vital bulgularının stabil seyretmesi üzerine 23.12.2007 tarihinde, 1 ay sonra renal anjiyografi tekrarı yaptırmak ve o tarihe kadar istirahat etmek üzere gerekli önerilerle taburcu edildi. Hasta daha sonra üroloji poliklinik takibine gelmemiştir.

BİLİRKİŞİ GÖRÜŞLERİ

Adli Tıp İhtisas Kurulu: Kişiye konulan tanılara yönelik radyolojik incelemelerin yapılmamış olduğu, sempatik ganglion blokajı uygulaması uzmanlık eğitimi gerektiren invaziv bir girişim olduğu, ayrıca işlemin radyolojik görüntüleme (skopi) altında yapılması gerektiği, uygulama öncesi hastanın koagülasyon

parametrelerimiz bakılması gerektiği dikkate alındığında, L2 sempatik blokajı tanıya yönelik gerekli incelemeler yapılmadan uygun olmayan koşullarda yapılmış olduğu, bu nedenle hekimin uygulanmalarının Tıp kurallarına uygun olmadığı, kör uygulamalarda iğnenin böbreğe girmesinin yakın komşuluk nedeniyle mümkün olduğu, böbrek kanaması olduğu tespit edilen hastaya hemodinamik parametrelerin yakından takip edilmesi, hastanın yatırılması gerektiği, bir nedenle Özel Hastanede yapılan uygulamanın Klasik tıp kurallarına uygun olmadığı oy birliği ile mütalaa olunur.

İncelemeci: Hukuka uygun tıbbi müdahale için, uygulamayı yapanın yetkili olması, hastanın rıza göstermesi ve uygulamanın tıp bilim kurallarına uygun olması gerekir. Tıp bilimi kuralları meslek kurumlarının oluşturdukları tanı ve tedavi klavuzları ile klasik tıp kitaplarına girmiş yerleşik bilgilerdir. Alternatif ve tamamlayıcı tıp uygulamaları da bilimsel araştırmalara tabi tutulup modern tıp süzgecinden geçmekte, bazıları klasik tıp kitapları ve klavuzlara girebilmektedir. Klasik tıp bilgileri ve uygulamaları ile bir hastalığın çaresinin bulunamamışsa, etkinliği kanıtlanmış, yan etkileri bilinen, tıp bilimince kabul edilmiş, tıp klavuzlarına girmiş ve invaziv olmayan alternatif tıp yöntemleri, hastanın rızası dahilinde denenebilir. Burada da ön şart, önceden klasik tıp bilgileri ve yöntemleri ile hastalığın tanısı konulmalı, klasik tıpta yer alan tedaviler hastaya önerilmelidir. Hekimin tıbbi müdahalelerinde, araştırılması konunun uzmanı hekim tarafından yapılmamış, görüntüleme ve laboratuvar ile tespit edilmemiş tanı olmadan, hastaya yurt dışından gelen bitkisel bir ilaç olduğu söylenen gerçekte lokal anestetik madde enjeksiyonu yapılmıştır. Uygulamayı yapan hekimin ifadesi ile hastaya "Fibromiyalji sendromu tanısı ile 7 seans akapunktur, manyetik alan tedavisi, lokal anestezi uygulamaları (nöral terapi ve tetik noktaların eliminasyonu yapıldığı ifade edilmekte), daha sonra miyalji ve faset sendromu tanıları ile L2sempatik trunkus blokajı yapılmış hastaya herhangi bir görüntüleme, radyolojik inceleme yapılmamıştır.

Hem tanı hem de tedavi yöntemleri klasik tıp bilim kuralları ile uyumlu değildir. Bu yönleri ile hekimin tıbbi müdahaleleri hukuka uygun olmayan tıbbi müdahalelerdir.

Lokal anestetik enjeksiyonu sırasında böbrek damarlarında yaralanma böbrek çevresindeki enjeksiyonlarda risktir. Hekim bir tıbbi müdahale yaptığında, müdahalenin risklerini öngörmeli, riske karşı gerekli önlemler alınmalıdır. Bu vakada riskler öngörülüp gerekli tedbirlerin alınmadığı anlaşılmıştır. Bu yönü ile de hekimin uygulamasında "tıbbi uygulama hatası" mevcuttur.

Böbrek damarında yaralanma ve kanama nedeniyle Özel klinikte hastaya Ultrasonografi ve kan testleri yapıldığı ve hastanın antibiyotik tedavisi ve istirahat önerisi ile taburcu edildiği anlaşılmaktadır. Böbrek travmalarında tansiyon, nabız, hemogram takibi ile hasta izlenebilir ve medikal tedaviye rağmen hasta stabil değil ve düzelme olmuyorsa cerrahi veya diğer tıbbi müdahaleler yapılabilir. Böbrek travması olan hastanın yakın takibi gerekir. Bu yönleri ile özel klinikte yapılanlar tıp bilim kurallarına uygun değildir.

İTİRAZ

Davalı vekilinin itiraz dilekçesi: "Mahkemenizde görülmekte olan dosyanın açılmasına temel teşkil eden Adli Tıp Kurumu raporudur. Söz konusu raporda tarafların beyanları ve dosyada mevcut tedavi belgeleri açıkladıktan sonra sonuç bölümünde özetle; müvekkil hekimin uyguladığı tedavi yönteminin uzmanlık gerektiren invaziv bir girişim olduğu, radyolojik görüntüleme altında yapılması gereken bir işlem olduğundan bahisle sempatik blokajı tanıya yönelik gerekli incelemeler yapılmadan uygun olmayan koşullarda yapılmış olduğundan bahisle tıp kurallarına riayet edilmediğini, organlar arası yakın komşuluk bulunması nedeni iğnenin kör uygulamalarda böbreğe girmesinin mümkün olduğunu belirterek müvekkilin kusurlu olduğunu belirtmektedir.

Ancak bu görüşe katılmak mümkün değildir. Zira; önemle belirtmek gerekir ki yargılamaya konu tedavi Nöralterapi ile ilgili bir durumdur. Nöralterapi uygulaması da dünyada kabul gören ve Türkiye'de tam anlamı ile yaygınlaşmamış ancak kabul gören yeni bir uygulamadır. Nöralterapi alanında Türkiye'de bulunan uzman sayısı çok azdır. Adli Tıp Kurumu'da bu alanda görüş bildirme noktasında yetersizdir. Zira; dosyamıza konu rapora bakıldığında heyet üyelerinin ve davet edildiği söylenen kişilerin Nöralterapi ile uzaktan yakından alakaları yoktur. Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı, Adli Tıp Uzmanı, Nöroloji Uzmanı, İç Hastalıkları Uzmanı, Göğüs Hastalıkları Uzmanı Üroloji Uzmanı ve Fizik Tedavi Uzmanı bulunan heyetin verdiği bu raporun uygulanan tedavi noktasında yetersiz olduğu açıktır. Zira söz konu-

su raporda müvekkilin kusurlu olduğuna gerekçe olarak; radyolojik görüntüleme yapılmadığı, tanıya yönelik gerekli incelemelerin yapılmadığı ve uygun olmayan koşullarda kör uygulama yapıldığından bahsedilmektedir. Ancak burada önemle belirtmek isteriz ki; ATK raporu yapılan uygulamanın tanıya mı yoksa tedaviye mi yönelik olduğunu dahi ayırt etmekten uzak bir rapordur. Müvekkil tarafından uygulanan tedavi tanıya yönelik olmayıp tedaviye yönelik bir uygulamadır. Tıp uygulamalarında tanıya yönelik tedavi uygulanması durumunda sinirler devre dışı bırakılır. Ancak tedavi amaçlı uygulama durumunda ise sinir çevresi sulandırılmak sureti ile işlem yapılarak uygulamaya devam edilir. Buradaki amaç sinirleri yok etmeden hastanın minimum ağrı ile tedavi edilmesidir. Nöralterapinin amacı da kişinin vücudunu yıpratmadan tedavi edilmesidir. Ancak ATK Kurul üyeleri bu noktada ehil olmadıkları için yanlış bir rapor düzenlemişlerdir. Düzenlenen bu yanlış rapora istinaden de müvekkil hakkında huzurdaki dava açılmıştır. Bu noktada şunu da belirtmek isteriz ki; Nöralterapinin uygulanışı hakkında uluslararası platformda söz sahibi olan otoriteler tarafından uygulanan tedavi hakkındaki görüşlerini içeren yazılarını tasdikli tercüme ile birlikte dilekçemiz ekinde ibraz ediyoruz. Ayrıca müvekkilimizin bu alanda yazdığı makale ve yazılardan da bir kısmını dilekçemiz ekinde sunmaktayız. Ekte ibraz ettiğimiz belgelerden de anlaşılacağı üzere müvekkilin uyguladığı tedavi de bir problem ya da yanlışlık söz konusu değildir. Bu nedenle de ATK raporunun kabul edilmesi mümkün değildir. Yapılması gereken işlem bu alanda nöralterapi uzmanı kişilerden yeniden değerlendirme alınmasıdır.”

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Ali İhsan Taşçı, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Hukuka uygun tıbbi müdahalenin şartları nelerdir? Buna göre uygulamaları değerlendiriniz.

Hukuka uygun tıbbi müdahale için, uygulamayı yapanın yetkili olması, hastanın rıza göstermesi ve uygulamanın tıp bilim kurallarına uygun olması gerekir. Bu kurallar üzerinde hukukçuların görüş birliğinin mevcuttur ve Yargıtay kararlarında da bu yöndedir.

a-Tıp bilimine ve kurallarına uygunluk: Tıp bilimi kuralları, zamana göre değişiklik gösterebilir. Hekim güncel tıp kurallarını uygulamak durumundadır. Klasik tıp kitaplarına girmiş, doğruluğunun tıp mensuplarınca kabul edilen bilgiler tıp bilimini ve kurallarını oluşturur. Tıp kuralları genellikle meslek örgütlerince de klavuzlar halinde yayınlanmakta ve güncellenmektedir.

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının bazıları da bilimsel araştırmalara tabi tutulup modern tıp süzgecinden geçmekte, klasik tıp kitapları ve klavuzlara girebilmektedir. Klasik tıp bilgileri ve uygulamaları ile bir hastalığın çaresinin bulunamamışsa, etkinliği kanıtlanmış, yan etkileri bilinen, tıp bilimine kabul edilmiş, tıp klavuzlarına girmiş ve invaziv olmayan geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemleri, hastanın rızası dahilinde denenebilir. Bilimselliği yetersiz ve kanıtı olmayan yöntemler denenemez.

Bu vakada bahsi geçen tanılar, her ne kadar hekim tarafından konulmuşsa da tanı için klasik tıp kurallarına uygun muayene, laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri kullanılmamıştır.

Hekimin ifadeleri ile, hastaya farklı zamanlarda çeşitli tanılar konulmuş ve tedaviler uygulanmıştır.

1-Bel ağrısı, uyku düzeninde bozukluk, baş ağrısı ve nefes darlığı, orta halli bir depresyon bulguları ile fibromiyalji Sendromu tanısı ve tedavi için akupunktur, manyetik alan terapisi ve lokal anestetiklerle tetik noktalarının eliminasyonu ve nöralterapi,

2-Akut bel tutulması şikayeti müraacatla faset blokajı tanısı ve tedavi için tek seanslık manuelterapi, akupunktur ve fasetlerin içine lidokain içeren lokal anestezi (nöralterapi) ve lumbal bölge üzerine bir üst etki gösteren L2 seviyesinde yer alan sempatik trunkus enjeksiyonu,

3-Yaygın miyalji ve ağrı tablosunun yanı sıra psikolojide bozulma, depresyon belirtileri, boyun, sırt ve bel ağrılarından dolayı yaygın ağrı tedavisi için yine yukarıda adı geçen uygulamalar,

4-Akut bel tutulmasıyla müraacat, muayene de edinilen izlenim ve klinik bulgularla yoğun miyalji ve faset sendromu tanısı ve rahatlatmak maksadıyla öncelikle manuel terapi, daha sonra hastanın ağrıların dindirmek için akupunktur, hastanın şikayetlerinin geçmemesi üzerine L2 seviyesine sempatik trunkus blokajı uygulaması.

Tanıda olduğu gibi tedavide uygulanan yöntemler de geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemleridir. Bu yöntemler hakkında çeşitli yayınlar mevcuttur ve bir kısmı modern tıpta da kullanılmaktadır.

b-Yetki: Hekimlik uygulaması yapılabilmesi için mevzuata göre yetkili olmak gerekir. Uzmanlık gerektiren uygulamaların neler olduğu, hangi müdahalelerin pratisyen hekimlerce yapılabileceği hangilerinin sadece uzman hekimlerce yapılabileceği konusu bazı hastalık ve müdahalelerde netleşmiş değildir. Bir kısım uygulamalar, en azından etik yönden tartışılabilir konulardır.

c-Rıza: Geçerli bir rızanın olduğu kabul edilebilmesi için hastanın yeterince aydınlatılmış olması gerekir. Hastalığın tanısı uygulanması önerilen tedavinin etkileri, yan etkileri hastaya bildirilmeli ve diğer tedavi yöntemleri konusunda bilgilendirilmiş olmaları gerekir.

Hastanın ifadesinde, uygulanan injeksiyon materyeli yurt dışından gelen bitkisel bir ilaç olduğu belirtilmekte hekim ise injeksiyon materyelinin lokal anestetik madde olduğu belirtilmektedir.

Bu vakada rızanın geçerli olup olmadığı net değildir. Rızanın olduğunun belgelenmesi hekimin sorumluluğunda olduğundan geçerli rıza şartlarının yerine getirilmediği düşünülebilir.

2- Olayı komplikasyon mu yoksa tıbbi uygulama hatası olarak değerlendirmeliyiz

Lokal anestetik enjeksiyonu sırasında böbrek damarlarında yaralanma böbrek çevresindeki enjeksiyonlarda risktir. Hekim bir tıbbi müdahale yaptığında, müdahalenin risklerini öngörmeli, riske karşı gerekli önlemler alınmalıdır. Bu vakada riskler öngörülüp gerekli tedbirlerin alınmadığı anlaşılmıştır. Bu yönü ile hekimin uygulamasında "tıbbi uygulama hatası" mevcuttur.

Böbrek damarında yaralanma ve kanama nedeniyle özel bir klinikte hastaya Ultrasonografi ve kan testleri yapıldığı ve hastanın antibiyotik tedavisi ve istirahat önerisi ile taburcu edildiği anlaşılmaktadır. Böbrek travmalarında tansiyon, nabız, hemogram takibi ile hasta izlenebilir ve medikal tedaviye rağmen hasta stabil değil ve düzelleme olmuyorsa cerrahi veya diğer tıbbi müdahaleler yapılabilir. Böbrek travması olan hastanın yakın takibi gerekir. Bu yönleri ile özel hastanede yapılanlar tıp bilim kurallarına uygun değildir.

3- Üniversite hastanesinde embolizasyon uygulaması gerekli bir tedavi yöntemi midir?

Böbrek travmalarına yaklaşımda klasik bilgi, travmanın derecelenmesi, öncelikle hastanın izlenmesi, transfüzyona rağmen tansiyonun ve hemoglobinin düşmesi, hematoma büyümesi durumunda müdahale edilmesidir. Bu vakada böbrek çevresinde bir hematoma olmakla beraber hasta müdahalede bulunulmadan izlenebilecek evrededir. Ancak, bu uygulamanın gerekli olup olmadığı, hastanın o anki durumunu bilmeden, sadece dosya üzerinde yorumlanabilecek bir konu değildir.

3.1.2 SONDANIN ÇIKARTILAMAMASI SONDA TAKMA HATASINA MI BAĞLIDIR? SONDAYI KİMLER TAKABİLİR

TALEP

Bel fıtığı ameliyatı öncesi ameliyatta personeli tarafından sorunsuz takılan sondanın ameliyat bitiminde yine doktorun talimatı üzerine sonda çıkarılmaya çalışıldığı, sonda çıkarılmayınca daha sonra ultrason eşliğinde mesaneye girilerek sonda balonunun suyunun çekilmesi ile boşaltıldığı, aynı hastanede peniste kızarıklık, üretral pürülan akıntı nedeniyle tekrar yatırılıp üçlü antibiyoterapi başlanıp bir hafta sonra taburcu edildiği, üreterosiotografi yapıp Fakülteye sevk edildiği, üretroplastisi, ve reizyon üretroplastisi operasyonu yapıldığı bildirilen 49 yaşındaki hasta adına düzenlenen adli ve tıbbi belgelerle göre davalı idarenin kusurlu olup olmadığı kusuru var ise oranı ayrıca maluliyet oranı sorulmaktadır.

İDDİA

Hasta Devlet Hastanesinde bel fıtığı ameliyatı geçirmiştir. Bel fıtığı operasyonlarında müvekkile sonda takılmıştır. Ancak sonda yanlış takılmış ve müvekkil ameliyattan çıkıp kendine geldiğinde idrarını yapamamaya ve acı çekmeye başlamıştır. Bel fıtığından ameliyat olmasına rağmen beli ile ilgili şikayet etmeyip sürekli idrarını yapamadığını söylemeye başlamış ve sabaha kadar o şekilde acı çekmiştir.

Sabah ameliyatı yapan doktor müvekkilimin yanına gelmiş ve hemşireye sondasını çıkarın ve yatağına götürün şeklinde talimat vermiştir. Hemşire sondayı çıkarmak üzere biraz zorlamış ve hasta bakıcı personelden yardım istemiştir. Hasta bakıcı da zorladıktan sonra çıkmayan sonda için adını bilmediğimiz doktor gelmiş ve o da çıkaramayınca uğraşmak istememiş ve bu şekilde servise çıkarın diyerek müvekkilim yoğun bakımdan servis ünitesine çıkarılmıştır.

Serviste de başka bir doktor gelip sondayı çıkarmak için zorlamış ancak sonda çıkmayınca müvekkilin cinsel organına ince bir şiş sokmuş sonra kancalı bir demir ile çıkartmaya çalışmış müvekkil çok büyük acı çektiğini söylemesine rağmen bu ilkel ve tıp teknik ilminden uzak yöntemle saatlerce devam etmiş ve tabii ki becerememiş ve sondayı çıkaramamıştır. Ayrıca doktor bu işlemi yaparken omzundaki askılı çantasını dahi çıkarmamış ve sivil bir biçimde işlemi yapmıştır. Doktor zaman bir hayli geçtiği için şişim var sonra bakarız diyerek müvekkilimi acılar içerisinde bırakmış ve çekip gitmiştir. Bunun üzerine üroloji uzmanı aranmış, hemen hastanın ultrasonla mesanesine bakmış ve sonda ucundaki balonun halen şiş olduğunu görünce balonun suyunu enjektörle çekmiş ve sondayı acı vermeden çok rahat çıkarmıştır.

Müvekkil hastanede yattığı 5 gün zarfında idrarını sürekli damla damla ve acı içerisinde yapmak zorunda kalmıştır. Müvekkil taburcu olduktan sonra cinsel organı iltihaplanmış ve müvekkil ateşlenmiş ve hemen hastaneye kaldırılmıştır. Tekrar hastaneye yatırılan müvekkil 1 hafta tedavi görmüş ve göbeği delinerek sonda takılmıştır. Daha önce sondanın çıkarılması için yapılan işlemler neticesi müvekkilin idrar kanalı iltihaplanmış ve neticede iltihap sıvısı ile de beraber idrar kanalı duvarları birbirine yapışmış ve tamamen kapanmıştır. Ameliyat olması gerektiğine karar verilmiş ve söz konusu operasyon burada yapılamayacağından bahisle müvekkilim travmatik üretral darlık sebebi ile ve Devlet Hastanesinde travmatize edildiği de açıkça yazılarak Ankara'ya sevk edilmiştir.

Üniversitesi Hastanesinde gerçekleşen ameliyatla müvekkilin cinsel organı boyuna olarak ikiye yarılmış ve idrar kanalı ağzının içinden alınan dokularla tabiri caiz ise tamir edilmiş ve müvekkil dokuların uyum sağladığı kesinleşince tekrar ameliyat olmak üzere taburcu edilmiştir. Şu an müvekkilin cinsel organı boyuna ikiye ayrılmış bir vaziyette bulunmaktadır. İdrarını göbeğinden açılan deliğe takılan sonda ile yapmaktadır. Cinsel hayatı tamamen bitmiş durumdadır.

Müvekkil Ankara'da 2. ameliyatını da geçirmiştir. Bundan sonra da bir dizi ameliyat geçirecektir. Ancak bir ameliyatlar neticesinin ne olacağı henüz belirlilik kazanmamıştır. Şu an müvekkil idrar kaçırmaktadır.

SAVUNMA

Ameliyathane personeli: Bel fitiği ameliyatı olan hastanın ameliyatında ameliyathane personeli olarak görev aldım. Hastanın foley sondası tarafımdan takıldı. Beyin cerrahi doktorumuzun sözlü talimatı doğrultusunda ve gözetiminde sonda uygulanmıştır. O dönemde ameliyathanede erkek hastalara sondaları erkek personel takardı ve bu konuda başhekimliğimizin yazılı talimatı mevcut idi. (Başhekimlik talimatı ektedir) çünkü o dönemde hastanemizdeki kadrolu erkek sağlık memuru mevcut değildi. Bu tür hizmetler başhekimliğin yazılı talimatı ile erkek hizmet personel tarafından yürütülürdü. Ancak şu an ameliyathanelerde erkek sağlık memuru görev yapmakta ve onlar tarafından doktor gözetiminde sonda takma işlemi gerçekleştirilmektedir. Ben 4 yıldır ameliyathanede yardımcı personel olarak görev yapmaktayım. Bu 4 yıllık süre içerisinde tarafımdan herhangi bir soruna mahal verilmemiş olup yaptığımız işin önemi nedeniyle sık sık başhekimliğimizin hizmet içi eğitimlerine katılmaktayım.

Beyin Cerrahisi: Hastaya sağ ayağındaki aşırı güç kaybı nedeniyle hemen sağ L4-5 ve sağ L5-S1 bel fitiği ameliyatı yaptım. Ameliyat gayet güzel geçti herhangi bir problem yaşanmadı. Ameliyat sonrası normal olarak yoğun bakıma yatırıldı. 1 gün yoğun bakımda kaldı. Hastaya normal olarak idrar nedeniyle sonda takılır. Hastane kuralları gereği sondayı erkek hastalara erkek personel kadın hastalara kadın personel takar (başhekimlik talimatı ektedir). Sondayı da benim ve anestezi uzmanının nezaretinde ameliyathane personeli taktı. Personel 4 yıldır ameliyathanede çalışır ve bu konuda eğitim almış biridir. Sonda takılırken herhangi bir zorluk yaşanmadı. Hastayı yoğun bakımda gözlemledikten sonra durumunu iyi görüp servise çıkarmalarını söyledim. Hasta yoğun bakımdan çıkarken monitörden bağlantıları çıkardıktan sonra idrar yollarına bağlı sonda çıkartılır. Bana hemşirelerden sondanın çıkarılmadığı konusunda bilgi verildi. Üroloji Uzmanı ile görüşülmüş o da çıkaramamış bu kez diğer üroloji uzmanı ile görüşüp rica ettim. Oda çıkaramadı. Tekrar icapçı üroloji uzmanına haber verdim. Üroloji uzmanı hastayı ultrason odasına çıkardı. Orada sondasını çıkardı.

Üroloji Uzmanları: Üroloji Uzmanlar tarafından düzenlenen raporda; hastanın beyin Cerrahisi Kliniğinde ameliyat edilmesine istinaden ameliyathane dahilinde foley sondanın idrar yollarına takıldığı ve daha sonra ameliyattan çıkınca hastanın sondadan şikayetçi olması nedeniyle çıkarılması talep edilmiştir. Mevcut foley sondalarda zaman zaman kalitesinin düşük olmasına istinaden balonu şişiren sıvının

tahliye edilmesinde problemler yaşanmaktadır. Sondanın tahliye lümeninin sıvının dışarıya alınmasına engel oluşturması nedeniyle normalde uç kısımdan enjektör marifetiyle boşaltılması gerekirken bu işlem gerçekleştirilememiştir. Bu tür problemler üroloji pratiğinde karşılaşılan problemlerdendir.

Hastayı ilk gören üroloji uzmanı "sondayı kesmeme, kılavuz tel denemesi yapmama rağmen balon sönmeyi ve sonda çıkmadı. Poliklinikte beklendiğim için daha fazla devam etmedim."

Hastayı ikinci gören üroloji uzmanı "Balonun içine eter verdim balon patlamadı. İğneyle patlatmayı düşündüm, ancak usg getirtmek gerekeceğinden zaman kısıtlılığı nedeniyle yapamadım."

Hastayı üçüncü gören üroloji uzmanı "Ultrason eşliğinde balonu iğne ile patlatarak sondayı çıkarttım."

Üroloji Kliniklerinde bu tür sonda problemleriyle karşılaşıldığında ilgili doktorların uyguladığı prosedürler sırasıyla uygulanır.

BELGELER

Hastane Belgeleri: Hasta peniste kızarıklık, üretral pürülan akıntısı olduğu, sistofix takılı penil abse üretral darlık tanısı konuldu, 3'lü antibiotik başlandı, (Tazosin, amizokit, biteral, antibiotik başlandı bir hafta sonra taburcu edildi.

Hasta travmatik sonda takma çıkarma işlemi 6 hafta sonrası tekrar yatırıldı, üreterosistografi yapıldı ve fakülteye sevk edildi.

Üretrografi raporu: Anterior üretra düzeyinde anlamlı darlık ve bunlara eşlik eden geniş düzensiz segmentler dikkati çekmiştir. Prostatik üretra doğal olarak izlenmektedir. Sonuç: anterior üretrada iki lokalizasyonda darlık ve buna eşlik eden ektazik segmentler

Tıp Fakültesi epikrizi (1): Şikayet yatış nedeni idrar yolunda darlık, Devlet Hastanesinde lomber herni ameliyatı sırasında sonda takılırken üretrası travmatize olan ve 1 gün sonra sondası çıkarılan hastada idrardan kan gelmesi şikayeti olmuş travmaya bağlı sekonder enfeksiyon geçirdiği söylenmiş idrar yapmada güçlük oluyormuş 10 gün sonra sistofix takılmış 7-8cm mid+distal komplete üretral darlık gelişmiş üretrosistografi voiding sistoüretrografi çekilmiş Hastanın üretroplastisi planıyla yatırılmasına karar verilmiş.

Kliniğimizde üretroplastisi yapılan hastadan preop tam kan tam idrar serum biyokimyası idrar kültürü hepatit markerleri gönderildi. PA akciğer grafi ve karın grafisi çekildi, EKG çekildi, preop enfeksiyon hastalıklarına danışıldı hasta post op serviste izlendi günlük pansumanla takip edilen hastanın ek sorunu olmadı gerekli önerilerle genel durumu iyi vitalleri stabil olarak taburcu edildi denildiği,

Tıp Fakültesi epikrizi (2): Şikayet yatış nedeni: aktif şikayeti yok. Lomber herni ameliyatı sırasında sonda takılmış çekilirken travmatize edilmiş çıkarılınca hematüri olmuş takiben idrar yapamama şikayeti ile sistofix takılmış üretrosistografi+voiding sistografi çekilmiş ve 7-8cm MİD-Distal komplet üretral darlık tespit edilmiş fakültemizde hastaya üretroplastisi (üretra penis köküne ağızlaştırılmış)+bilat bukkal mukoza ile greft yapılmış, hasta üretroplastisi revizyonu planı ile yatırıldı

Klinik izlem: Üretroplastisi revizyonu planıyla yatırılan hastanın preop rutinleri normal geldi ve 29.03.2007'de üretroplastisi revizyonu op uygulandı. Postop genel durumu iyi sonda+izlemde sorunu olmayan hastanın postop 3.gün pansumanı açıldı. Genel durumu iyi, vital bulguları stabil olarak gerekli önerilerle taburcu edildi,

Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Başkanlığı'nın raporunda; Bel fitiği operasyonu sonrası miksiyon zorluğu nedeni ile üretral sonda takılan ve sonda takılması sırasında travmatize olduğu belirten hastaya sistostomi takılmış 3 defa opere olmuş. Uç uca anastomoz buccal mukozal greft ve penil fistül operasyonları yapılmış, Devlet Hastanesinde 4. üretrotomi interna operasyonu haftada iki defa kendinden yağlı üretral kateter ile üretral diltasyon işlemi yapmaktadır. Sonuç: Hastanın üretral darlığı mevcut olup takibi uygundur.

Baştabip ve başhemşire imzalı fotokopide; "Hizmetli Personeli Görevleri başlıklı yazıda;

Serviste yatan hastaların her türlü hizmetlerine bakar (hastaya sürgü, ördek vermek ve hastanın ihtiyacını karşılamak)

Hastanın yataklarını değiştirip sermek yatak düzenini sağlamak,

Servisteki araç gereç, çamaşır yatak takımlarını temizliğini ve muhafazasını sağlamak,

Serviste yatan hastaya sonda takılacaksa personel takar personelin takamadığı özellikli hastalar için (prostatlı, kanamalı) Nöb. Dr'a haber verilir.

Servis hizmetli personelleri servise ait malzemenin alınan materyallerin getir götür işinden sorumludur.

Servis hizmetli personelleri vardiya değişimlerini serviste teslim etmeden gitmeyecekler. Arkadaşı gelmediyse servis hemşiresine veya servis sorumlu verdikleri görevleri öncelikle yerine getirmekle yükümlüdürler hemşiresine durumu bildirecekler.

Servislerde çalışan hizmetli personellerin amiri, servis hemşiresi, servis sorumlu hemşiresi, başhemşire yardımcısı ve başhemşiredir. Personeller amirlerinin verdikleri görevleri yerine getirmekle yükümlü" yazılı olduğu görüldü.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: İdrar sondasını takma çıkarma işleminin sorumlu hekimin ya da sağlık personeli tarafından yapılması gerektiği, idrar sondasının doktorun direktifi ile hizmetli personel tarafından çıkarılması sırasında üretra yaralanması gelişmiş olduğu sağlık personeli dışındaki müdahale ile ortaya çıkan zararda idarenin sorumlu olduğu ve bu nedenle tıbbi uygulamanın tıp kurallarına uygun olmadığı, ancak sondayı hekim de taksa idi sonda sorunu olabileceği oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Dr. Furkan Şendoğan, Doç. Dr. Bülent Erol,

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Sonda çıkartılmıyorsa nasıl çıkartılmalıdır?

Sonda balonundaki bozukluğa bağlı sondanın çıkartılmaması durumunda sonda balonunu söndürmek ve sondanın çıkarılmasını sağlamak için çeşitli yöntemler mevcuttur.

Bunlardan birincisi hiperinflasyon tekniğidir. Balonun hava ile şişirilmesi ve balonun patlatılması prensibine dayanır. Öncesinde mesane 200 cc serum fizyolojik ile doldurulur. Buradaki amaç balonun patlatılması esnasında mesanenin yaralanmasını minimalize etmektir. Daha sonra kateter balonu rüptüre etmek için normal kapasitesinin 10-15 katı kadar şişirilir (Standart bir foley kateter için 200-300 ml). (Khan SA, Landes F, Paola AS, Ferrarotto L. Emergency management of the nondeflating Foley catheter balloon. Am J Emerg Med 1991; 9(3): 260-263).

Bir diğer yöntem ise balon içerisine kimyasal sıvı enjeksiyonuna dayanır. Bu kimyasallar genellikle eter, tolüen, benzen ve kloroformdur. Ancak bu kimyasallar balon rüptürü sonrası serbest fragman oluşturması ve kimyasal sistite neden olmasından dolayı balon rüptürü sonrası serum fizyolojik ile mesanenin yıkanmasını gerektirir. (Ross Patterson, Brian Little, Jo Tolan & Clare Sweeney. How to manage a urinary catheter balloon that will not deflate. International Urology and Nephrology (2006) 38:57-61.)

Bir diğer sıvı enjeksiyon materyali ise mineral yağdır. Bu yöntemde ise 10 ml mineral yağ balon şişirme lümeninden enjekte edilir. Eğer balon rüptürü 15 dakika içerisinde gerçekleşmez ise prosedür tekrar edilir. (Murphy GF, Wood DP. The use of mineral oil to manage the non-deflating Foley catheter. J Urol 1993; 149: 89-90)

Bir diğer yöntem, balon şişirme lümeninden klavuz tel veya cerrahi stile ilerletilerek yapılan boşaltma yöntemidir. Bu şekilde klavuz tel veya cerrahi stile şişirme kanalından ilerletilir ve balon sıvısının boşalmasına olanak sağlar. (Methods for Removing a Nondeflating Foley Catheter, Am Fam Physician. 2000 Sep 15;62(6):1397-1398).

Uygulanabilecek bir diğer yöntem ise balon şişirme lümeninden 22 gauge santral venöz kateterinin ilerletilmesidir. Kateterin balona ulaştığı hissedildiği anda içerisindeki klavuz tel çekilir ve balon içerisindeki sıvı boşaltılır. (Lutin CD, Mullins SD. Deflation of a Foley catheter balloon. New Engl J Med 1982; 307(20): 1270).

Radyolojik yöntemler kullanılarak da balon vizüalize edilebilir ve bu sayede balon içerisindeki sıvı boşaltılabilir. Ultrason ile görüntüleme en sık kullanılan yöntemdir. USG ile balon lokalizasyonu tespit edilir. Suprapubik cilt anestezisi sağlandıktan sonra sonda balonunun pozisyonunun sabitlenmesi için

sonda nazıkçe traksiyona alınır. Ardından 22 FG iğne suprapubik ciltten girilerek USG klavuzluğunda sonda balonuna doğru ilerletilir ve balon patlatılır veya içerisindeki sıvı aspire edilir. (Godwin RJ, Lloyd SN. The non-deflating Foley catheter. Br J Clin Pract 1990; 44(11): 438–440).

Transabdominal USG dışında, genellikle prostat vizüalizasyonu ve prostat biyopsisi için kullanılan transrektal USG ile de balon vizüalize edilebilir. Transrektal USG ile vizüalizasyon sağlandıktan sonra sonda balonu prostat lokalizasyonuna yaklaştırılır. 18 FG tru-cut iğne transrektal olarak prostata doğru ilerletilir. Tabanca tetiği çekilir ve balon rüptürü sağlanmış olur. (Collins GN. Catheter balloon rupture using transrectal ultrasound. J Urol 1993; 149: 91.).

Eğer yukarıdaki yöntemler ile balon boşaltılmıyorsa endoskopik balon ponksiyon yöntemleri kullanılır. Bu işlem anestezi altında yapılmalıdır. Katater meatustan itibaren kesilir ve kalan kısmı 26 fr sistoskopi le mesane içerisine doğru itilir. Mesane, ponksiyon esnasında balon migrasyonunu engellemek amacıyla boşaltılır. Ponksiyon sonrası sonda biyopsi forsepsi ile dışarı alınır. (Mac Dermott JP. Removal of retained Foley catheter. Br J Surg 1987; 74: 25.)

2- Sondayı takmak ve çıkartmak için yapılan müdahaleleri dikkate alarak uretra hasarının nedenlerini bu hasta özelinde tartışır mısınız?

İatrojenik üretra yaralanmalarının en sık sebepleri uzamış kataterizasyon süresi veya uretral katarin yanlış yerleştirilmesine bağlıdır ve üretra darlıklarının %32 sini oluşturmaktadır. (N. Djakovic, M. Gonsalves, F.E. Kuehhas ve ark. Urological Trauma Guidelines. European Association of Urology 2016. <https://uroweb.org/guidelines>). Hastaya tıp eğitimi almamış hastane personeli tarafından sonda uygulanması ve çıkartılma aşamasında sondanın çeşitli manüpülasyonlar ile çıkartılmaya çalışılması üretral hasarlanmaya neden olabilir. Üroloji hekimleri tarafınca uygulanan klavuz tel ilerletilmesi, balon şişirme kanalından eter verilmesi ve transabdominal girişim yapılması üroloji literatüründe de geçen tedavi yöntemleri içerisinde yer almaktadır ve mevcut uygulamalar üretra hasarını açıklamamaktadır. Bunun dışında sondanın takılması ve çıkarılması işleminde sterilizasyon kurallarını uygulamak gerekir. Sonda yerleştirilmesi sırasında sterilizasyona dikkat edilmemesi veya sondalı hastada uygulanan girişimler öncesinde profilaktik antibiyotik verilmemesi de enfeksiyon kliniğinin gelişmesine neden olabilir. Hastada komplike üriner sistem enfeksiyonunun gelişmiş olması mevcut travmaya bağlı üretral hasarın daha da artmasına neden olabilir. Artmış üretral hasar da üretra darlığı ile yakın ilişkilidir.

3- Günlük tıbbi uygulamalarda sonda takma ve çıkarma işlemleri kimler tarafından yapılmaktadır?

Sonda takma ve çıkarma işlemi günlük tıbbi uygulamalarda sıklıkla kullanılmaktadır. Uygulanabilirliği basit görülmeyle birlikte tıbbi bilgisi olmayan ve tıp eğitimi almamış kişilerde ciddi komplikasyonlara neden olabilmektedir. Bundan dolayı transüretral sonda yerleştirilmesi veya çıkarılması doktorlar tarafından veya doktor gözetiminde hemşire/sağlık memuru tarafından uygulanmalıdır.

4- Bu dosya hakkında bilirkşi raporunuz nasıl olurdu?

Sondanın takılması veya çıkarılması işlemi tamamen doktor veya doktor kontrolünde hemşire/sağlık memuru tarafınca yapılmalıdır. Sonda takılma veya çıkarılması işlemi doktor tarafından yapılsa bile üretra darlığı komplikasyonu gelişebilir. Yine de sondanın çıkarılmasına yönelik üroloji doktorları tarafından yapılan mevcut girişimler üroloji literatüründe tanımlanmış yöntemlerdir. Ancak mevcut işlemin bu konuda eğitimi ve tecrübesi olmayan hastane personeline yaptırılması komplikasyon ihtimalini artırmaktadır.

3.1.3 TESA SONRASI SCROTAL HEMATOM: SORUN KADIN DOĞUM UZMANININ UYGULAMASI SONUCU MU?

İDDİA

Eşimde gebelik oluşmadığından dolayı, Kadın Doğum Uzmanına gittiğimde sorunun benden kaynaklandığı teşhisi konuldu. Doktorumuz beni üroloji uzmanına yönlendirdi. Üroloji uzmanı bana tıka-

nıklığa bağlı olmayan azospermi teşhisi koydu ve tedavi olarak da Mikro-TESE ve Tüp bebek yöntemi uygulanmasını gerektiğini belirten bir rapor verdi. Kadın Doğum doktorumuzla görüştük ve raporu gösterdim. Kendisi de bana "Zaten bizde Mikro TESE yapacağız ve bu iş uzman bir ürolog tarafından bu yapılacak" dedi. Ayrıca " Genetik teste gerek olmayacağını, operasyonu etkilemeyeceğini ve bu testin sadece doğacak çocuğun çocuk sahibi olup olmayacağını belirlediğini" söyledi ancak bu genetik testlerde bir operasyona ihtiyaç duyulup duyulmayacağını da belirlenebileceğini biz sonradan öğrendik. Yani beklide benim bu operasyona ihtiyacım olmayabilirdi. Bu genetik testler yapılmadı.

Daha sonra operasyon yapıldı anca bu operasyonu üroloji konusunda bir uzmanlığı olmayan bir kadın doğum uzmanı ve beni daha önce hiç görmemiş bir kişi yaptı. Benim operasyonumun yapılacağı yaklaşık iki hafta öncesinden belliydi ve alelacele yeni bir doktorun operasyona dahil edilmesi kabul edilebilir bir şey değil. Önceden organizasyonun yapılması gerekliydi. Ayrıca bana daha önce denildiği gibi Mikro-TESE işlemini yapılmamıştır. Mikro TESE'den daha ilkel bir yöntem olan TESE işlemi yapılmıştır. Bu işlem ile birlikte PTSA denilen bir işlem de yapılmıştır. PTSA denilen işlemde her iki testise geliş güzel 10'ar adet sıringa saplanarak doku alınmaktadır. Bu işlemde sperm bulunamayınca TESE işlemi yapılmıştır. Bu işlemde ise testis ikiye ayrılarak sperm olma olasılığı yüzde 3 kat büyütülerek bakılıyor. Bu rakam mikro-TESE'de 20 kattır. Hiçbir şekilde bana vaat edilen operasyonlar yapılmamıştır. Ayrıca benim hiçbir onayım olmadan testisinden doku örneği almışlardır. Bunun yazılı kanıtı da mevcuttur. Ben bu doku alınması olayını operasyondan sonra sözlü olarak öğrendim. Bu bir suçtur.

Operasyondan bir hafta sonra muayeneye gittiğimde testisimde şişlik vardı. Bu bir doğal sonuçtu ama daha sonraki haftalarda bu şişlik inmedi. İlaç tedavisine başladık ama yine de bir şişlikte bir inme veya yumuşama olmadı. Benim bu süre içerisinde hareket alanım çok kısıtlandı ve ağrı inanılmaz boyutlara geldi. Ben kadın doğum doktorumuza 20 gün boyunca toplam 4 defa gittik ve bana her seferinde biraz daha bekleyelim dedi. Ben daha önce beni muayene için gönderdiği üroloji uzmanına gittim. Üroloji uzmanı tetkikleri yaptıktan sonra 100 cc'lik bir hematoma oluştuğunu, bunun kendi kendine boşalmasının imkanı olmadığını ve derhal operasyon ile boşaltılması gerektiğini söyledi. Enfeksiyon oluştuğu takdirde bütün vücuda yayılarak hayati bir risk taşıyabileceğini belirttiler. Operasyonla birlikte hematoma boşaltıldı.

Ben şu an iyileştim ancak ilk yapılan operasyon sırasında benden çok sayıda doku alındığından ve PTSA işlemine maruz kalmamdan dolayı şu an testesteron üretimim de azalma var ve bu da yaşantımı olumsuz bir şekilde etkilemektedir. Bu durum testisler üzerinde travmatik bir durum yarattığından dolayı da çocuk olma olasılığını da azaltmıştır. Benim hiçbir şekilde yazılı onayım alınmamıştır. Sadece bir kere ameliyat gömleğini giydiğim sırada alelacele bir kağıt imzaladım ama ne hakkında olduğu hakkında bir bilgim yok. Yapılan işlemlerde baştan aşağı ihmal ve tecrübesizlik söz konusudur. Bu konu hakkında kadın doğum uzmanı ve TESE işlemini yapan hekimden şikayetçiyim.

SAVUNMA

Kadın Doğum uzmanı: Müşteki sperm olmaması sorunu nedeniyle Tüp Bebek Bölümüne başvurdu. Şahsım tarafından muayene edildi ve sperm olmaması nedeniyle testis biyopsi (Ameliyatla sperm aranması) önerilerek tedavisi planlandı. Her türlü yasal yazılı onaylanıldıktan sonra daha sonra operasyon için hazırlandı ancak o sırada uygun ürolog olmaması nedeniyle bir arkadaşım tarafından biyopsisi yapıldı. Testis içinde cerrahi sperm arama işlemleri dünyada ilk defa kadın hastalıkları ve doğum uzmanları tarafından yapılmış olup, halen de pek çok klinikte bu uygulama devam etmektedir. Hastada daha sonra her türlü operasyonda görülebilecek olan kan toplanması olarak adlandırabileceğimiz hematoma oluştu. Bu hematoma tedavisinde yüzde 80 ihtimalle sadece bekleyerek ve ağrı kesicilerle tam bir iyileşme sağlanmaktadır ve kalıcı hasar olmamaktadır. Bir diğer tedavi alternatifi de cerrahi bir operasyonla boşaltılmasıdır. Yalnız her operasyon kendi riskini taşıdığından dolayı mümkün mertebe cerrahi yerine tıbbi tedavi şansı (bekleme ya da ilaç tedavisi) hastaya verilmelidir. Bunda düzelme sağlanmazsa cerrahi operasyon kaçınılmaz hale gelir. Bu vakada da uygun bekleme süresinde ve ağrı kesici tedavisine rağmen hastanın durumunda belirgin bir düzelme olmaması nedeniyle üroloji konsültasyonu istenmiş ve ilgili bölüm tarafından cerrahi tedavisi yapılmıştır. Hastada ortaya çıkan bu durum her-cerrahi bir işlemde belirli oranlarda karşılaşılabilecek olan bir durumdur. Tedavi şeklide tıbbi literatürde bellidir. Benim herhangi bir hastayı bekletme ve ilgilenmeme veya oyalama gibi bir niyetim yoktur. Sadece ben gereken işlemleri yaptım ve beklemek zorunda kaldığımızdan dolayı beklettim. Hastada herhangi bir organ kaybı veya

kalıcı hasar olmamıştır. Müştekiyi ameliyat etseydik kendisi bu seferde “beni beklenebilecek, kendiliğinden düzelebilecek ve ilaç tedavisiyle aşılabilecek bir sorun için ikinci kez ameliyat ettir” diyebilirdi. Bu sebepten dolayı kasıtlı olarak bir hareketim olmamıştır.

BELGELER

Hasta raporu: Tanı non obstrüktif azoo spermli mevcut, sitogenetik tetkik + Y kromozomu delesyonları istenği, mikroskopik TESE + ICSI Adayı.

Ameliyat raporu: Testis biopsisi yapıldı. OPU dan 1 gün önce genel anestezi altında işleme alındı. Testis boyutlarının normal izlenmesi üzerine öncelikle PTSA yapıldı. Her iki testis içinde yaklaşık 10 noktadan kelebek iğne ile doku aspirasyonu yapıldı. Tüm parçalarda sperm bulunamaması üzerine TESE’ye geçildi. TESE de her iki testisten LOOP magnifikasyonu altında toplam 20 adet 1-2mm çaplarında parça alındı. Parçaların mikroskopik incelenmesinde olgun spermatozoa görülmedi. 2 adet doku parçası patolojiye yollandı. Patolojik incelemede matürasyon arresti saptandı. Spermatozoa, elonge veya round spermatid görülmedi. İntraoperatif komplikasyon olmadı.

Hastahane Belgeleri: Kişi ameliyattan 1 hafta sonra muayeneye geldi testislerinde şişlik fark etmiş, ilaç tedavisine başlandı, usg de sol testiste intratestiküler hematoma sağda masif hematosel tespit edildi hematomun boşaltılması önerildi.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Testis sperm aspirasyonunun Kadın Doğum Uzmanı tarafından yapılmaması gerektiği cihetle TESA işleminin yapan hekimin eyleminin yetkisiz olduğu, biopsi sonrası gelişen hematomun bir komplikasyon olduğu oluşan bu hematomun büyüklüğüne göre medikal tedavi seçeneği de olabileceği, TESE yerine TESA yapılabilecek bir uygulama olduğu ancak hastanın onamı alınmadan yapılması tıbbi uygulama hatasıdır. Tüp bebek işlemini yöneten kadın doğum uzmanının eyleminin tıp kurallarına uygun olduğu oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. M. Emre Bakırcıoğlu, Üroloji Uzmanı

1- Kadın doğum uzmanının TESA veya TESE yapmasını nasıl yorumlarsınız?

TESA işlemi testisten sperm elde etme yöntemlerinde kullanılan bir yöntemdir. Ancak nonobstrüktif azoospermli olduğu klinik bulgulara göre düşünülen azoospermik erkeklerde açık cerrahi yöntemlere oranla daha düşük sperm elde etme oranları olduğundan bu gruptaki erkeklerde ilk seçenek olmamalıdır (Bernie et al., Comparison of microdissection testicular sperm extraction, conventional testicular sperm extraction, and testicular sperm aspiration for nonobstructive azoospermia: a systematic review and meta-analysis, Fertil Steril 2015 Nov; 104(5):1099-1103.). Obstrüktif azoospermik erkeklerde testiküler sperm aspirasyonu (TESA), Perkütan epididimal sperm aspirasyonu gibi peruktan iğne ile yapılan aspirasyon yöntemleri veya açık cerrahi yolla mikroepididimal sperm aspirasyonu (MESA), testisten biopsi yöntemi ile parça alınarak sperm elde edilmesi (TESE) yöntemleri uygulanabilir.

İnfertil bir erkeğin değerlendirilmesi tedavi edilebilir patolojilerin tespiti ve hayatı tehdit edebilecek hastalıkların örneğin testis tümörü gibi hastalıkların teşhisi açısından çok önemlidir. Bu nedenle mutlaka üreme sağlığı konusunda uzman bir Ürolog tarafından infertil erkeğin değerlendirilmesi yapılmalıdır. Sonuçta IVF uygulamaları multi-disipliner bir yaklaşım gerektirmektedir, bu nedenle erkek infertilitesi nedeniyle IVF kliniğine başvuran bir çiftin kadın hastalıkları uzmanı tarafından kadının, erkek üreme sağlığı açısından bir ürolog tarafından değerlendirilmesi ve ortak karar ile çiftin tedavisinin düzenlenmesi gerekir.

2- Hasta aydınlatılmadığı ve onamının olmadığını söylüyor. Sizce ne kadar aydınlatılma yapılmalı mı?

Hastaya yapılacak herhangi bir cerrahi girişim öncesinde mutlaka hastanın yazılı onam belgesinin alınması gereklidir. Bu belgede ameliyata ait genel riskler ve olabilecek komplikasyonlar (Kanama, enfeksiyon gibi) ve özellikle riskler varsa belirtilmelidir.

3- Hasta mikrodelesyon çalışması yapılsaydı ameliyat gerekmezdi iddiasına bulunmuş. Bu konu hakkında bilgiler ve doğrusu nelerdir.

Azoospermik erkeklerde eğer üretim bozukluğuna bağlı sperm çıkışının olmadığı düşünülüyorsa hastanın değerlendirilmesinde mutlaka genetik analizler yapılmalıdır. Bu testler Y kromozomu mikrodelesyon testi ve karyotip analizidir (Jungwirth A., Diemer T., Dohle G. R., Kopa Z., Krausz H. and Tournaye H.: EAU Guidelines on Male Infertility, 2016.). Bu hastanın değerlendirilmesinde Kadın Doğum uzmanı hastayı obstrüktif azoospermia düşünerek TESA uygulamasına aldığı bu işlemde sperm çıkmaması üzerine ise TESE yani testisten biopsi işlemine geçtiği anlaşılmaktadır. Hastanın öncelikle infertilite değerlendirilmesinin eksik yapılarak işleme alındığı anlaşılmaktadır.

Y kromozomu mikrodelesyon testinde AZFa ve/veya AZFb komplet delesyonlarında testisten sperm elde etme açısından riskli olabileceği bilinmektedir. Bu nedenle hastaların operasyon öncesinde Y kromozom mikrodelesyon testis diagnostik ve prognostik açıdan önem taşır (Krausz, C., et al. Y chromosome and male infertility: update, 2006. Front Biosci, 2006. 11: 3049. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12641824>).

4- Bu dosya hakkında bilirkişi raporunuz nasıl olurdu?

Kadın Doğum uzmanının erkek hastada girişimsel bir işlem olarak TESA ve TESE uygulaması tıbbi açıdan uygulama hatasıdır. Bu konuda mutlaka hastanın hem değerlendirilmesinin gerekiyorsa cerrahi müdahalelerin bir üroloji uzmanı tarafından gerçekleştirilmesi gerekirdi.

Hastaya herhangi bir cerrahi işlem uygulamadan önce komplikasyonlar ve olabilecek riskler bildirilmeli ve uygulamaya ait aydınlatılmış onam formu imzalatılmalıdır.

Hastada gelişen hematoma bu uygulamalarda olabilecek bir komplikasyondur. Ancak hastanın hematoma drenajının gecikmesi, 100 ml bir hematoma olmasına rağmen medikal yolla tedaviye gidilmesi tıbbi uygulama hatasıdır.

3.1.4 GENEL CERRAHİN YAPTIĞI FITİK VE VARİKOSEL AMELİYATI SONRASI TESTİS ATROFİSİ

İDDİA

01.08.2011 tarihinde kasık fıtığı ameliyatı olmak üzere Özel Hastaneye yattım. Ameliyat hazırlıkları sırasında sanık olan doktor varikoz olduğunu söyleyerek ikisini bir yapması gerektiğini belirtmiştir. Bunun üzerine sanık doktor olduğu için ben inandım, her iki ameliyatı da kabul ettim, ameliyat oldum, ameliyat sonrasında yumurtalıklarımda rahatsız oldum ve hemen Devlet Hastanesine gittiğimde yumurtalığının çürümek üzere olduğunu, ameliyat doktorumun bu durumu düzeltebileceğini öğrendim. Bende ameliyat olduğum sanığa gittim ancak sanık beni yumurtalığımda bir sorun olmadığını söyleyerek geri göndermiştir. Daha sonrasında gittiğim her hastanede benim yumurtalığımda ameliyat sonrası sorun oluştuğu söylenmiştir. Tüm ısrarlarıma rağmen benimle ilgilenmeyen, yaptığı hatayı düzeltmeyen doktor yüzünde mağduriyet yaşamaktayım. Benim sağlam yumurtalığıma zarar veren beni oyalayan, çocuğumun olmasına engel teşkil eden ameliyatı yapan doktor yüzünden manen yıpranmış durumdayım.

SAVUNMA

Genel Cerrah: Hasta bana ameliyat için başvurdu. Kasık fıtığı mevcuttu. Hastadan ameliyat için gerekli onamlar ve hastalığın riskleri anlatılarak imzalı onamını müteakip ameliyata alındı. Fıtık ameliyatı yapılarak taburcu edildi. Ancak hastanın ameliyat sırasında varikoz venleri olduğu ve buradan kanama olduğu görülerek kanayan damarlara hemostaz uygulandı. Hasta problemsiz bir şekilde taburcu edildi. Birkaç hafta sonra hasta yumurtalığında şişme şikayeti ile kontrole geldi. Yumurtalık benim uzmanlık alanım olmadığı için hasta üroloji doktoruna gitmesi tavsiye edilerek aynı hastanemizde üroloji uzmanı o anda bulunmadığı için Devlet Hastanesinde üroloji polikliniğine tarafımdan yönlendirildi. Hastanın daha sonraki durumu hakkında bilgim yoktur. Benim yaptığım işten tamamen tıbbin gerekliliği işlemler olup bu tür ameliyatlardan sonra yumurtalık ile ilgili problemler olabilir. Bu nedenle de bu tür şikayeti olan hasta ilgili branşa tarafımdan sevk edilmiştir. Hakkımda isnat edilen suçlamaları kesinlikle kabul etmiyorum.

Üroloji Uzmanı: Hasta 10.8.2011 tarihinde üroloji polikliniğinde tarafımdan muayene edildi, istenen USG sonucunda testis torsiyonu saptanarak ameliyat önerildi. Ancak hasta ameliyatı kabul etmedi. Kayıtlara göre 15.9.2011 tarihinde başka bir üroloji polikliniğinde muayene edilip aynı teşhis konmuştur. İlk ameliyatını ben yapmadım, sorunları olması nedeniyle bana başvurdu. Teşhis konusu acil bir durum olup ilk 6 saatte ameliyat gerekir.

BELGELER

1.8.2011 Epikriz: Sağ kasıkta şişlik yakınmasıyla geldi. Genel Cerrahi Uzmanı tarafından muayene edildi. 2 gün önce sağ kasıkta ağrı ve şişlik fark etmiş olduğu, bilateral inguinal herni ve sol varikozel mevcut, sağda şüpheli varikozel mevcut olduğu, USG de Sağ inguinal herni + Sol varikozel rapor edildiği, bilateral inguinal herni + varikozel için onam formu hasta tarafından imzalandığı,

Ameliyat: GAA da ameliyata alındı, önce sağ inguinal insizyon yapıldı, eksplorasyonda indirekt herni ve varikozel saptandı, varikozel venler bağlanıp kesildi, sonra 15x10 cm prolen meshin yarısı bu tarafta kullanılarak lichtenstein herni onarımı yapıldı, hemostaz sağlandı, sonra sol inguinal insizyonla katlar geçildiğinde bu tarafta da indirekt herni ve varikozel saptandı, varikozel venler bağlanıp kesildi, prolen mesh kullanılarak lichtenstein herniorafi yapıldı, her iki tarafta da katlar tek tek kapatılarak operasyona son verildi, tedavisi düzenlenip ertesi gün taburcu edildi, 10.8.2011 tarihinde sağ testiste biraz şişlik şikayetiyle başvurdu, yarısı temiz olup dikişleri alındı, sağ testiste ödem veya orşit olabilecek şişlik saptandı, üroloji polikliniği olan bir merkeze başvurması önerildi.

Devlet Hastanesinin 10.8.2011 tarihli Skrotal-inguinal renkli doppler US raporu: "Her iki testis skrotum içinde, boyutları sağda 35x18x25 mm, solda 35x20x26 mm olduğu, sağ testis parankim ekojenitesi sola göre azalmış, parankimi heterojen olduğu, Doppler incelemede sağ epididim ve testis vaskülaritesi kaybolmuş olduğu (testis torsiyonu), sağ testis çevresindeki yağlı doku heterojen olduğu Sol testiküler ven çapı 3.8 mm olup valsalva ile reflü akım izlendiği (sol varikozel), sağ testiküler ven çapı normal olduğu" kayıtlıdır.

Devlet Hastanesinin 15.9.2011 tarihli Skrotal-inguinal renkli doppler usg raporu: "Her iki testis skrotum içinde, boyutları sağda 20x14x30 mm , solda 31x21x43 mm, sağ testis boyutu azalmış olduğu, testis parankim yapıları solda doğal görünümde olup içlerinde belirgin sınır ya da eko farkı oluşturan kistik ya da solid yer kaplayan yapı gözlenmediği, Sağ testis parankim ekosu azalmış olup mediastinum testis düzeyinde ekojenite artışı ve parankimde heterojenite saptandığı, parankimde milimetrik kalsifikasyon odakları eşlik ettiği, peritestiküler doku heterojen, kapsül kalınlaşmış görünümde olduğu, sol testis parankiminde vaskülarite saptanmadığı. ancak peritestiküler alanda vaskülarite artışı mevcut olduğu, (kronik torsiyon ?). Her iki epididim başı normal sonoanatomide intraskrotal sıvı miktarları normal sınırlarda değerlendirildi, her iki spermatic kord düzeyinde yapılan incelemede, testiküler venlerde, solda testiküler ven çapı 3 olduğu, valsalva ile reflü saptanmadığı" kayıtlıdır.

Devlet Hastanesinin 12.10.2013 tarihli üroloji raporu: Anamnezi alınıp ameliyattan 1 ay sonra yapılan USG leri ve tetkikleri incelendiği, sağ testis atrofik olduğu, yaralama fiilinin basit tıbbi müdahale ile giderilemeyeceği, çocuk yapma yeteneğinin azaldığı (Ancak ameliyat öncesi tetkikleri olmadığından bunun ameliyata bağlı olup olmadığı belirlenemediği) kanatı oluşmuştur.

Üniversite Hastanesi Üroloji Kliniğinin 25.6.2014 tarihli sağlık kurulu raporu: Kişinin 13.03.2014 tarihindeki fizik muayenesinde sağ testisin ele gelmediği (fibrotik bir yapı halini aldığı) sol testisin 16 ml olduğu vc 3. derece varikozel bulunduğu, bilateral inguinal insizyon skarı mevcut olduğu, kişinin verdiği bilgiye göre iki taraflı varikozel ve fıtık ameliyatı yapıldığı öğrenildiği, fıtık ameliyatına bağlı olarak yumurta hasarı olabileceği, 21.03.2014 tarihinde yapılan semen analizinde 2010 Dünya Sağlık Örgütü kriterlerine göre sperm sayısı ve hareketliliği normalin alt sınırlarında olduğu, spermi olduğu sürece doğal ya da yardımcı üreme teknikleriyle çocuk sahibi olma olasılığı bulunduğu, endokrin değerleri normal sınırlarda, skrotal ultrasonografisinde sağ testisin atrofik olduğu, srotal renkli doppler US raporunda; solda grade 3 varikozel mevcut, sağ testis 8x8x10 mm, sol testis 18x25x30 mm ölçülerinde olup sağ testis ekosunun belirgin azaldığı (atrofik testis), sağ epididim sola göre belirgin atrofik olup ekosu azalmış, sol testis ve epididim homojen ekoda izlenmiş, peritestiküler sıvı solda fizyolojik sınırlarda, solda pleksus pampiniformis yapıları en geniş ve çapı 4 mm olup valsalva manevrası sonrası belirgin reflü akım izlenip 4,5 mm çapa ulaşan grade 3 varikozel ile uyumlu venöz dilatasyonlar izlendiği belirtilmiştir.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Genel cerrahi uzmanının bilateral fitik ve sol varikosel, sağda şüpheli varikosel tanısı ile ameliyat yaptığı, ultrasonografi bulguları farklı olsa da fitik ve varikosel tanısında fizik muayene bulgularının karar verdirici olduğu, fitik ameliyatlarının endikasyonunun olduğu ve tanıya göre ameliyat yönteminin uygun olduğu, ancak varikosel ameliyat kararının, varikosel varlığı yanında semen analizinde anormallik, infertilite, testis hacmi küçüklüğü veya testis ağrısı gibi başka bulgulara göre konulması üroloji kılavuzlarında bilinen bir tıbbi kural olduğu be nedenle varikosel tanısının ve ameliyat endikasyonunun uygun olmadığı, zorunluluk olmamasına rağmen ürolojiyi ilgilendiren bir konu olan varikosel tanısının ve ameliyatının genel cerrah tarafından yapılmasının uygun olmadığı, ameliyatlardan sonra gelişen testis atrofisinin komplikasyon olduğu, bu komplikasyonun varikosel ve fitik ameliyatlardan olabileceği ancak hangisinden olduğunun bilinemeyeceğine karar verildi.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Mehmet Gülüm, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

1- Genel cerrah tarafından yapılan varikoselektominin endikasyonu, yapılış şekli konusunda yorumlarınız nelerdir?

Bu soru 3 ayrı soru içermektedir;

- Bu hastanın varikoselektomi endikasyonu var mı?
- Yapılış şekli (Cerrahi teknik) doğru mu?
- Genel cerrah varikoselektomi yapmalı mı?

Varikosel aynı taraflı testisin gelişmesini etkileyen, ağrıya ve hipogonadizme yol açabilen erkek infertilitesinin sık görülen androlojik patolojilerindedir. Tanısı fizik muayene ile konur, skrotal renkli doppler ile de konfirme edilir. Her varikoseli olan kişi ameliyat edilir mi? Avrupa Üroloji Birliğinin (EAU) kılavuzlarında açık bir şekilde sadece semen parametreleri bozulmuş varikoselli hastalarda varikoselektomi yapılması önerilmektedir (EAU 2016 Male Infertility, Öneri derecesi A). Semen parametreleri normal kişilere veya subklinik varikoseli olanlara varikoselektomi önerilmemektedir (Öneri derecesi A). Bu ifadelerden de anlaşılacağı üzere varikoselektomi planlanan hastalara cerrahi öncesi spermiogram da istenmesi gereklidir. Yukardaki vakayı bu bilgiler ışığında tekrar okursak, genel cerrah sağ inguinal herni onarımı ile birlikte bilateral varikoselektomi yapmış bu tamam. Peki bilateral varikoselektomi kararı verirken neler yapmış? Fizik muayene olarak sadece genel cerrahın “bilateral inguinal herni ve sol varikosel mevcut, sağda şüpheli varikosel mevcut olduğu” şeklinde bir ifade kullandığı varikoselin derecesi ile ilgili bir bilgi kayıtlarda olmadığı, preop skrotal dopplerde sol varikosel olduğu ama, sağ da varikosel olmadığı, preop spermiogram istenmediği görülmekte. EAU ya göre değil genel cerrah bir ürolog bile bu verilerle bilateral varikoselektomi yapmamalı.

Uygulanan cerrahi teknik ile ilgili metin içerisinde 2 ayrı ifade olduğu görülüyor. Birinci ifade genel cerrahın savunması içerisinde “hastanın ameliyat sırasında variköz venleri olduğu ve buradan kanama olduğu görülerek kanayan damarlara hemoztaz uygulandı” denmiş, ikincisi ise 1.8.2011 Epikriz içerisinde “variköz venler bağlanıp kesildi” şeklindedir. Birincisinde önceden planlanmayan, cerrahi işlem sırasında beklenmeyen kanama kontrolü tarif edilmişken, ikincisi bilinen varikoselektomi tekniğine benzer bir tanımdır. G. cerrahın, preop hazırlık yaptırırken hastaya onam formunu inguinal herni ve bilateral varikoselektomi imzalattığı göz önüne alınırsa acil bir cerrahiden çok planlı bir cerrahi olduğu kanaati oluşmaktadır.

Genel cerrah varikoselektomi yapmalı mı? sorusuna aslında yukardaki metinde Adli tıp kurumu bilirkişi raporunda da “ürolojiyi ilgilendiren bir konu olan varikosel tanısının ve ameliyatının genel cerrah tarafından yapılmasının uygun olmadığı” şeklinde net bir açıklık getirmiştir. İntraoperatif gelişen bazı acil durumlar dışında, elektif tüm uygulamalarda, hastanın durumuna göre bir başka hekimin konsültasyonuna ihtiyaç duyulması halinde tıbbi müdahalede bulunan veya tedavi uygulayan hekim için konsültasyon talep etmek bir zorunluluktur. Konsültasyon ihtiyacı olduğu halde bunun talep edilmemesi özen yükümlülüğüne aykırılık oluşturacağından talep etmeyen hekim için hem cezai sorumluluğu hem de tazminat yükümlülüğü söz konusu olacaktır (Hekimin Hakları ve Yükümlülükleri, Av. Mustafa Çuhacı, Güneş Tıp Kitabevi, sayfa 55, 2014).

2- Testis atrofisinin sebebi size göre herniografi mi, sağ varikosektomi mi?

Genel cerrah ameliyat raporunda sağ herniografi tekniğini “prolen mesh kullanılan lichtenstein her-ni onarımı” olarak belirtmiştir. Bu tekniğin genel cerrahi kaynaklarında komplikasyonları sayılırken % 4.6-7.9 arasında bir sıklıkta testiküler atrofi görülebileceği uyarısı yapılmakta bunun sebebi olarak ta iç halkanın fazla daraltılması sonucu venöz tikanıklık ve buna bağlı doku ödemi olduğu kaydedilmektedir (Skandalakis, JE. Hernias Anatomical Complications in General surgery. 1. st Ed. Mc Graw Hill Co. 1986:252-281). Daha nadir olmakla birlikte varikosektomi sonrasında da testis atrofileri görülebilir. Testis atrofi cerrahi bir komplikasyondur ve kesin olarak hangi cerrahiden dolayı testis atrofi geliştiğini söylemek mümkün değildir.

Ancak benim bu vaka özelinde vurgulamak istediğim bir nokta var: hasta ameliyat oluyor, yumurtasında ağrı gelişiyor, muhtemelen bir üroloğa gidiyor, ürolog sorunun herniografiye bağlı olacağını düşünerek bu sorunu ameliyat yapan doktorun (genel cerrahın) düzeltebileceğini söylüyor, hasta ameliyatı yapan genel cerraha gidiyor, genel cerrah “yumurtalık benim alanım değil” diyerek olayı muhtemelen sadece varikosektomiye bağlıyor, herniografinin bir komplikasyonu da olabileceğini düşünemiyor, hastayı üroloğa sevk ediyor. Böylece müdahale için gerekli olan vakit kaybediliyor. Bu vakada kritik noktalardan birisi de burası. Varikosektomi yapmış olmak sanki genel cerrahın sağlıklı karar vermesini engellemiş kanaati oluşturdu bende.

Bu vaka, bir cerrahi yapabiliyor olmanın yapmak için tek başına yetmediği, yapılan cerrahinin komplikasyonları ile de baş edebilmeği bilmenin de gerekliliğini göstermektedir.

3.2 TANI, TEDAVİ VE GİRİŞİM HATALARI

3.2.1 NONFONKSİYONE BÖBREKTE YETERLİ İNCELEME YAPMADAN URETEROURETEROSTOMİ

TALEP

Organ kaybına neden olacak şekilde taksirle yaralamaya neden olmak suçundan sanık hakkında verilen ara kararı gereğince; Yüksek Sağlık Şurası kararında organ kaybı olmadığı beyan edildiğinden ve buna göre rapor alınması gerektiğinden organ kaybı söz konusu olmaksızın ve bu husus nazara alınmaksızın Yüksek Sağlık Şurası ve dosyadaki diğer raporlar karşısında maktulün sağ iken sanık tarafından yapıldığı ileri sürülen eylemler neticesinde TCK'nun 89.maddesi kapsamında vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan bir durum olup olmadığı ve ayrıca TCK'nun 89/2-e. maddesi kapsamında yaşamım tehlikeye sokan bir durumun mevcut olup olmadığı hususunda rapor tanzimi istenmektedir.

İDDİA

Eşim 70 yaşındadır. Çiftçilikle uğraşırız. Eşimin böbrek rahatsızlığı nedeniyle doktora gittik. Doktor ilaçlı film istedi. Röntgen uzmanı böbreklerin çalışmadığını ilacı süzmediğini söyledi. Doktorumuza filimleri gösterdiğimizde böbreğin çalışmadığını ve ameliyat gerektiğini söyledi. Ameliyatın kapalı olacağını idrar yoluna kalem gibi bir aletle bakacağım, 15 dakika veya yarım saat sürer dedi. Bizi özel hastaneye gönderdi. Hastanede eşime yeşil bir şey giydirilip ameliyata götürdüler. İki üç saat ameliyat sürdü. Doktor bize kapalı ameliyat yapacağını söylemişti fkat açık ameliyat yapmış. Sonra doktor geldi ve amcaya çok güzel ameliyat yaptım, durumu çok iyidir dedi. Doktor, paranız peşin mi diye sordu. Ben de paramız peşin değil şuan yok dedim. Ne kadar masrafımız var diye sorduğumdan 7-8 milyon arasında dedi. Ben ağlayıp bu kadar parayı ne ile ödeyeceğim dedim. Eşimi bırakıp dönüp hayvanlarımı sattım. 3 milyon lira para getirdim, ayrıca 800 euro borç aldım ve doktor beye verdim. Ayrıca senet yaptı. Ben kendisinden toplu para makbuzu istedim. 5.200 YTL para verdim. Fakat bana 1.500 YTL. lik makbuz verdi. Bizi taburcu ettiler. Eşimin rahatsızlığının geçmemesi üzerine tekrar doktor beye gittik. Film istedi. Doktor bey şansızlık, böbrekler çalışmıyor, amcanın böbreği alınacak dedi. Sağlık karnesi çıkarırsan Devlet Hastanesine getir böbreği alalım dedi. Beyim de ben sana bir daha ameliyat olmam sen beni kasap gibi kestini dedi. Bu sefer doktor bey kapı açık nereye giderseniz gidin dedi.

Daha sonra Devlet Hastanesine gittik orada da bize böbreğin alınması gerektiği söylendi. Biz de kabul ettik ve böbreği aldılar. Hasta düzelmedi. Halsizlik şikayeti ile eğitim ve ataştırma hastanesine gönderdiler. Orada yatırdılar. Bir türlü düzelmeyen hasta vefat etti.

SAVUNMA

Üroloji uzmanı: "Üroloji polikliniğinde gelen hastanın şikayetleri üzerine muayenemi yaptım. Elle-
rinde USG ve idrar tetkik sonuçları vardı. Sonuçlar normal sınırlarda idi, hastanın yaklaşık bir aydır sağ
lomber bölgede kasığa vuran şiddetli ağrısı vardı. İVP çektirmesi gerektiğini söyledim. Hasta ücretli ol-
duğu için ve özelde çektirip getirmesini söyledim. Ertesi gün hasta İVP sini çektirmiş ve muayeneha-
neme gelmişti. Filmlerine baktım ve sol böbrek ve fonksiyonlarının normal olduğunu fakat sağ böbrek
fonksiyonlarının geciktiğini hatta olmadığını geç film (210 dk) de hafif bir nefrogram verdiğin gördüm.
Hasta ne yapmamız gerekir diye sorunca böbreği almak gerekebilir. Ama buna karar vermeden evvel
böbreğe sistoskopi eşliğinde katater takıp film çekmemiz gerekmektedir dedim. Ardından film sonu-
cuna göre böbreği alıp almayacağımı veya gerekli işlemi yapacağımı söyledim. Sistoskopi ile katater
takılıp film çekimi için ve gerekli müdahaleler için fiyatları muayenehanemde konuştuk. Hastane ücreti
dahil 3 ila 4 milyon arası tutacağını söyledim. Ardından özel hastanede anestezi altında sistoskopi ile
sağ üreterde 4 cm de katater takıldı daha yukarı ilerletilemedi. Skopi eşliğinde katater ucundan opak
madde daha proksimal üretere geçer ümidiyle film çekildi. Ancak proksimal üretere hiç geçiş olmadı.
Hasta spinal anestezi aldığından dolayı hastaya böbreğini almayı şu an için istemediğimi ağrısı devam
ettiği için geç İVP de nefrogram verdiği için USG de böbrek parankim kalınlığı ve gradesi normal ol-
duğundan dolayı üreter alt bölümdeki tıkanıklığın açılması ile böbreği kurtarma şansımız olduğu için
hastanın onayı alınarak açık operasyona geçildi. Sağ gibson kesi ile katlar açıldı, periton medialize edilip
üreter bulundu, üreter açıldı idrar gelişi oldu distale katater gönderildi. Ancak mesaneye geçiş olmadı.
Üreter aşağı bölüme kadar disseke edilip mesane girişine 2 cm kala bant şeklinde darlık bulundu. End to
end anastomoz yapıldı, üreter içine bir ucu böbrekte bir ucu mesanede olacak şekilde double-j katater
bırakıldı. Bu süre içerisinde ameliyat lojuna üreter insizyonundan hafif hafif idrar doldurduğu idrar gelişi-
nin devam ettiği gözlemlendi. Yara ve pansumanda problem olmadığından komplikasyonsuz hasta taburcu
edildi. Post op 20. günlerde sistizim ve prostatizm yakınmaları olduğunu telefonla görüşerek öğrendim.
İdrar tahlili yaptırmasını ve sonucu bildirmesini istedim. Enfeksiyon bulguları gördüğümünden idrar tahli-
linden sonra tekrar antibiyotik başladım. Ameliyattan 1,5 ay sonra double katateri aldım ve 20 gün sonra
İVP çektirmesini söyledim. Hasta katater alındıktan 1 ay sonra İVP, Tüm batın BT'si ve Böbrek sintiğrafisi
ile bana geldi. Yapılan tetkikleri incelediğimde sağ böbreğin çalışmadığını gördüm. Sol böbrek fonksi-
yonları normaldi. Haliyle sağda hafif bir fonksiyon beklerken böbreği susması canımı sıktı. Bu duygum
yüzüme de yansımış olabilir. Çünkü bütün hekimler hastalarını iyileştirmek için çaba sarf ettiklerinde
olumsuz neticelerde en az hasta ve hasta yakınları kadar üzülürler. Hasta ne yapacağız diye sorduğunda
böbreğin çalışması için az da olsa bir şans vardı. Biz bu şans kullanmak istedik fakat maalesef istediği-
miz sonucu alamadık. Bu yüzden sağ böbreğin alınması gerekiyor dedim. Hastanın oğlu üzerinden sağlık
hizmetlerinden yararlanabileceğini öğrenince bu ameliyatı devlet hastanesinde yapabileceğimi söyle-
dim. Hasta ağrılarım kesin geçer mi? Diye sorduğunda şu an da ağrı yapabilecek organın sağ böbreği
olarak gözüktüğü ama yüzde yüz garanti veremeyeceğimi büyük olasılıkla geçeceğini söyledim. Bunun
üzerine hasta ben Yeşilyurt'ta ameliyat olmaya karar verdim, sana verdiğim para çokmuş o paranın ya-
rasın bana geri ver ben başka yerde ameliyat olacağım dedi. Yanında ki oğluna siz bu filmleri alıp bana
gösterip para istemeye mi geldiniz dedim. Oğlu mahcup bir şekilde doktor bey babamın para isteye-
ceğinden haberim yoktu. Biz size ameliyat olmaya geleceğiz sanıyordum. Bunları ilk defa burada duy-
dum dedi. Aradan birkaç hafta geçti, cep telefonumdan hasta aradı parayı verip vermeyeceğimi tekrar
sordu. Olumsuz yanıt alınca telefonu kapadı. Telefon numarası ekranda gözüktüğünden 2 dakika sonra
ben hastayı aradım ameliyat olup olmadığını sordum. Bir hafta evvel ameliyat olduğunu ağrılarının tam
geçmediğini söyledi. İstediyi parayı vermezsem hakkını arayacağını ve beni ilgili makamlara şikayet ede-
ceğini belirtti. Bundan bir hafta sonra şikayetle ilgili hastanemden arandım. Hastayı ilk gördüğüm
ve teşhis koyduğumda doğrudan sağ böbreği alabilirdim. Fakat böbrekler hayati önemi olan organlar
olduğu, için hastanın bundan sonraki yaşamında tek böbrekli olarak kalmasını önlemek üzere tıbbi ve

bilimsel olarak sağ böbreğin çalıştığını ve yaşayan bir organ olduğunu gösteren belirtiler (Ağrının kolik şeklinde devam etmesi, USG de böbrek parankim ve grade sinin iyi durumda olması IVP de 210 dk. da nefrogram vermesi) olduğu için sağ böbreği kurtarmaya yönelik bir operasyonu uygun gördüm. Ayrıca bu operasyonun sonucunda böbreğin kurtarılabileceğini de hasta ve hasta yakınlarına söyledim. Bu hasta üzerine yaptığım bütün işlemler öncelikle hastanın iyiliği gözetilerek yapılmıştır.

BELGELER

IVP (Üreter anastomoz ameliyatından önce): Direkt üriner sistem radyogramında üriner sistem trajesinde taş veya kalsifikasyona ait olabilecek opasite görülmedi, opak ilaç enjeksiyondan sonraki rutin ve 2 saate kadar izlenen geç ürogramlarda sağ böbrekte fonksiyon görülmedi, sol böbrek toplayıcı sistemleri çok düşük dansitede seçilmek ve hafif ektazik olarak izlendi, BUN kontrolunun yapılması ve böbreklerin USG ile incelenmesi uygun olacaktır.

Batın BT (Kontrassiz ve üreter anastomoz ameliyatından sonra): Sağ nonfonksiyone böbrek olduğu, böbrek konturlarının irregüler oluşu ve perirenal yağ dokusu içine spiküler tarzda uzantılar verdiği, bunun renal ve perirenal infeksiyon lehine yorumlanmıştır.

Dinamik böbrek sintigrafisi (üreter anastomoz ameliyatından sonra): Non-vizüalize sağ böbrek ve sol böbrek kanlanmasının konsantrasyon ve ekskresyon fonksiyonlarının normal olduğu,

Patoloji raporu: Değişici epitelyum karsinomu (Grade III, pelvis renalis) tanısı konduğu, tümörün papiller ve infiltratif büyüme paterni göstermekte olup, böbrek parankiminde yaygın tümoral infiltrasyon olduğu (T3), vasküler ve perinöral invazyon görüldüğü, böbrek üzerinde üreter ve perirenal yağ dokusunun bulunmadığı, tümörün pelvis renalis tarafından cerrahi sınırdan devam ettiği, görüldü.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Ön incelemeci: "Yapılan retrograt pyelografi tetkikinin sonuç vermemesi üzerine bilahare işleme son verip ultrason sintigrafisi, nonkontrast BT, MR ürografi gibi hem böbrek fonksiyonunu gösteren hem de üreter alt ucunun aydınlatılması için yardımcı olabilecek yöntemlerden hiçbiri kullanılmamıştır. Bu nedenle açık operasyona geçme kararının üreter alt ucu ve böbrek fonksiyonları tam aydınlatılmadan erken verilmiş bir karar olarak yorumlanmıştır."

Adli Tıp Kurumu: Hastanın sağ yan ağrısı nedeniyle yapılan incelemelerde (DÜSG, IVP) sağ nonfonksiyone böbrek bulunması sonrası patolojiyi izah etmek için yapılan asandan pyelografi işleminin tıbben doğru bir yaklaşım olduğu, daha, sonra üreter alt ucunda tespit edilen darlığa yönelik ileri bir tetkik yapılmadan hemen açık cerrahiye devam etmenin mutlak bir tıbbi yaklaşım olmadığı, üreter darlığı nedeniyle daha sonradan tespit edilen değişici epitel hücreli karsinom olabileceği, de göz önüne alındığında, bu uygulamanın hatalı bir yaklaşım olduğu cihetle doktor tarafından uygulanan tedavi yaklaşımının tıp kurallarına uygun olmadığı oy birliği ile mütalaa olunur.

Yüksek Sağlık Şurası: 70 yaşındaki hastada IVP sonrası nonfonksiyone böbrek tespit edildiğinde ilk olarak tümör olasılığı düşünülüp ileri tetkik yapılması gerektiği, yapılan ameliyatta üreter alt ucunda darlık tespit edildiğinde işleme son verip darlığın nedeninin ileri tetkiklerle (BT, MR gibi) aydınlatılması gerektiği halde bunu yapmadan ameliyata devam eden hekimin tıp kurallarına uygun davranmadığı, Ameliyat sonrası çekilen Batın BT deki bulgulara göre sekonder enfeksiyon düşünüldüğü, ancak tümörü de düşündürecek bulgular olmasına rağmen ayırıcı tanı için ileri tetkik yapmayan Radyoloji Uzmanının tıp kurallarına uygun davranmadığı, Eğitim ve Araştırma Hastanesinde hastadan tümör olasılığı ekarte edilmeden, gerekli tetkikler yapılmadan radikal nefrektomi yerine kapsülü yerinde bırakarak basit nefrektomi ameliyatı yaptıkları için tıp kurallarına uygun davranmadıkları, Patoloji raporuna göre Grade 3 böbrek tümörü tespit edilen hastada evreleme amacıyla gerekli tetkiklerin yapılmaması ve otopsi yapılmadığı için ölüm nedeninin kesin olarak saptanmaması nedeniyle ölümle kusur arasında kesin illiyet bağının belirlenemeyeceğine, ayrıca sağ böbrek tümörle kaplanmış olup işlev görmediği ve sağlıklı böbrek olmadığı için alınması gerektiğinden organ kaybının söz konusu olmadığı, şuramızca oy birliği ile karar verildi.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Zafer Kozacıoğlu,

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Klasik ve klavuz bilgilerine göre nonfonksiyone böbrek nasıl araştırılmalıdır?

Öncelikle nonfonksiyone bir böbreğin araştırılmasına; böbreğin atrofik, hipoplazik veya hidronefrotik mi olduğunun aydınlatılması ile başlanmalıdır. Burada öncelikle fizik muayene ve ardından ultrason (US) yeterli olacaktır.

Hidronefroz varlığında daha detaylı incelemelere geçmeden yapılacak fizik muayene, kan sayımı ve bir idrar analizi olası bir enfeksiyon varlığı ve/veya apse formasyonu riski açısından önemlidir. Böbrek drenajında obstrüksiyon olup olmadığını anlamada ilk yapılması önerilen tetkik son yıllarda daha yaygın ve kullanımı kolay ve noninvaziv olan doppler US dur. Yorumlanmasındaki zorluk nedeniyle klinik uygulamalarda birinci tercih olarak sıklıkla kullanılmamakla birlikte Rezystif İndexin (RI) 0.7'den büyük olması veya her iki böbrek arasında 0.1'den fazla fark olması o tarafta obstrüksiyon lehinedir. Pratik uygulamada böbrek fonksiyonları iyi ise (kan kreatinin seviyesi bakılarak anlaşılmalı) intravenöz ürografi (İVÜ) ile gerek fonksiyon gerekse obstrüksiyonun sebebi açısından (taş, kitle, anatomik varyasyonlar..)oldukça faydalı bilgiler elde etmek mümkün olsa da; halihazırda teknolojinin ilerlemesi, maruz kalınan radyasyon dozunun azalması ve ince kesit görüntülemeler sağlaması ile bilgisayarlı tomografi (BT), büyük oranda İVÜ'nin yerini almıştır ve birçok kaynaktaki ilk seçenek olarak geçmektedir. BT, obstrüksiyonun hem nedenini hem seviyesini hem de BT ürografi ile fonksiyonunu göstermesi açısından oldukça faydalıdır. Renal fonksiyonların iyi olmadığı durumlarda benzer bilgiler manyetik rezonans ürografi (MR ürografi) ile de elde edilebilir. RI de gerileme olmuş, İVÜ'de nefrogram fazı gecikmiş veya BT'de fonksiyon kaybı tespit edilen böbrekte bir sonraki aşamada yapılması gereken, sintigrafik incelemelerdir. DTPA veya MAG-3 yöntemleri ile nesnel olarak böbreğin ne derecede çalıştığı, hangi zaman diliminde drenajın gerçekleştiği yani böbreğin önünün tıkalı olup olmadığı ve her iki böbrek arasındaki total renal fonksiyonların dağılımı (split renal fonksiyonlar) tespit edilebilir. Böbrek fonksiyonlarının geri dönüp dönmeyeceğini ise DMSA renogramları ile öngörmek daha olasıdır. Perfüzyon fazında azalma ve aktivite tutulumunda düşme obstrüksiyonun ilk bulgularıdır. Nefrektomi kararı için kabul gören değer, böbreğin %10'un altında fonksiyon göstermesidir (Meldrum KK. Pathophysiology of Urinary tract obstruction. Campbell-Walsh Urology, 11th Ed, 2016. pp1527). Daha klasik yaklaşımlardan olan Whitaker testi ile de olası bir obstrüksiyonu dökümante etmek mümkün olsa da bu yöntem oldukça zahmetli, invaziv ve zaman alıcı olduğundan pek tercih edilmemektedir. Renal pelvis içerisindeki basıncın 15 cmH₂O ve altında olması normal kabul edilirken, basıncın 22 cmH₂O'dan fazla olması obstrüksiyon işaretidir. Aradaki gri zonun genişliği de pratikte uygulama zorluklarına sebep olabilmektedir.

Böbrek atrofik veya hipoplazik ise semptomların varlığına göre tetkik ve tedaviye devam edilebilir. Böyle bir böbrek varlığında ağrı, hipertansiyon, taşla bağlı rekürren enfeksiyon gibi durumlarda nefrektomi kararı için yukarıda bahsedilen tetkikler yapılmalıdır. Salt hipertansiyon durumunda başka bir sebep bulunmadığı durumlarda hipoplazik böbreğe nefrektomi kararı verilebilir.

2- Bu dosya hakkında bilirkışı raporunuz nasıl olurdu?

Hasta doktora başvurduğunda 70 yaşında imiş, sağ yan ağrısı şikayeti ve üriner obstrüksiyon bulguları mevcutmuş. Ürolog tarafından; bu yaş grubundaki bir hastada ayırıcı tanı tam olarak yapılmamış. İntravenöz ürografi (İVÜ)çekilmiş olması ilk aşamada uygun bir tetkiktir fakat obstrüksiyonun etiyojisi aydınlatılmadığında ek tetkik ihtiyacı vardır. Nitekim, üst üriner sistem obstrüksiyonun önemli sebeplerinden biri olan üst üriner sistem tümörleri (TCCA) hiç düşünülmemiş ve buna yönelik veya non opak bir taşla yönelik, ilk seçenek olması gereken kontrastsız ve akabinde kontrastlı bilgisayarlı tomografi (BT) ve gereği halinde BT ürografi (böbrek fonksiyonları uygun olmadığı durumlarda MR ürografi) veya gerekirse diagnostik URS düşünülmemiş. İnvaziv bir işlem olan ve sözkonusu hastada ilk seçenek olmayan retrograd piyelografi(RGP) ile yetinilmiş ve bu da yetersiz olunca hastanın obstrüksiyon nedeni tam aydınlatılmadan açık ameliyata geçilmiş, bu aşamada hastaya açık ameliyat ile ilgili bilgi verilmemiş ve onam alınmamış. Alt uç bölgesinde darlık teşhisi ile ureter bilingli olarak açılmış ve idrar ameliyat sahasına yayılmış. Bu safhaya kadarki mütalaada Üroloğun, ayırıcı tanıyı yeterince yapmadığından eksik tetkik ve araştırmalar sonucu yanlış ameliyat ile hastaya zarar verdiği açıktır.

Ameliyat sonrası 20. Günde hasta tam değerlendirilmeden telefon ile müdahale edilmiş ve yaklaşık 2.5 ay sonra hasta aynı üroloğa geldiğinde İVÜ, tüm batın BT (anlaşıldığı kadarıyla non-contrast) ve böbrek sintigrafisi ile (bu tetkikleri kimin istediği belirtilmemiş) aynı böbrekte fonksiyon kaybının sebat ettiği tespit edilmiş fakat etiyolojiye yönelik araştırma yine tam yapılmadan basit nefrektomi ameliyatı önerilmiş. Hastada taş olmadığı önceden tespit edildiği için şu aşamada yapılması uygun olan kontrastlı yöntemler yapılmış olsa idi (renal fonksiyon kaybı durumunda MR ürografi ile) baştan bu hastaya "sağ nefroüretrektomi ve parsiyel sistektomi" ameliyatı yapılması gerekli idi. Bu safhada da Ürolog onkolojik açıdan hatalı görülmektedir.

Daha sonra hastanın bir eğitim ve araştırma hastanesine gittiği ve obstrüksiyonun nedenine yönelik yukarıda bahsedilen gerekli tetkiklerin orada da yapılmadığı görülmektedir. Yapılmış olsa idi kolaylıkla tanısı konacak olan pelvis renalis tümörüne (patolojik tanı) yönelik olarak hastaya nefroüretrektomi ve parsiyel sistektomi ameliyatı yapılması gerektiği görülecekti. Bunun yerine hastaya basit nefrektomi ameliyatı yapıldığı patoloji raporundan görülmektedir. T3 Pelvis renalis TCCa patolojisi almış, tümörü pelvis renalis komşuluğunda cerrahi sınırlarda devam eden hastada bu merkezde de preoperatif yapılan tetkikler yetersiz, dolayısıyla verilen tedavi uygun değildir. Postoperatif döneme ait raporlarda, hastaya bu aşamadan sonra herhangi bir işlem yapıldığına dair bir bilgi bulunmaması birlikte; Yüksek Sağlık Şurası raporundan anlaşıldığı kadarıyla hastaya bu patolojiden sonra da gerekli müdahalelerin yapılmadığı kanaati hasıl olmuştur. Olması gereken; onkolojik evreleme için görüntüleme yöntemlerine başvurulması sonrası sistemik hastalık yok ise ve hastanın genel durumu elverişli ise, ikinci bir ameliyat ile kalan üreterin ve perirenal yağ dokusunun çıkarılması, parsiyel sistektomi yapılması olmalı idi. Bu bağlamda eğitim ve araştırma hastanesi ekibi de; ayırıcı tanıyı tam yapmayarak, hastaya uygun tedaviyi vermemiş, patoloji sonrası da gerekli önlem ve müdahaleyi yapmamış, hastanın zarar görmesine sebebiyet vermiştir.

Yüksek Sağlık Şurası raporunda batın BT'de tümörü düşündürecek bulgular olduğu belirtilmektedir. Bu durumda Radyoloji uzmanının ek ve ileri tetkik önererek klinisyeni yönlendirmesi veya tetkikleri uygulaması gerekirdi. Bunların yapılmadığı anlaşıldığından Radyoloji Uzman hekimi de kusurlu görünmektedir.

3.2.2 ASKERLİK İÇİN VERİLEN SAĞLAM RAPORUNUN SONUÇLARI

TALEP

Adı geçen müştekinin Askerlik Şubesi Başkanlığında hastalığını beyan ettiği tarihten askerliğe elverişli değildir raporu aldığı tarihe kadar olan süreç içerisinde uygulanan tüm tedavi ve muayenelerin tıp kurallarına uygun olup olmadığı, böbreğinin kaybına yol açıp açmadığı hususunda rapor istenmektedir.

İDDİA

20 Ekim 2009 tarihinde acemi birliğimde vatani görevime başladım. Askere gitmeden önce idrar yollarımda iltihaplanma olduğu için, askerlik şubesindeki görevlilere durumumu arz etmeme rağmen beni gönderdikleri revirde hiç muayene edilmeden askerliğe elverişlidir raporu düzenlendi ve acemi birliğine gönderildim. Bu esnada ağrılarım ve ateşim olduğu için ilçemizdeki Devlet Hastanesinde muayene olup tetkiklerim yapıldıktan sonra sözlü olarak seyahat etmemin uygun olmadığı belirtilip, tetkiklerimin üzerine acil tedavi görmesi notu düşülerek ilaçlarım yazıldı ve bu şartlarda askere gittim.

Acemi birliğime gittikten sonra ilk iş olarak bu tahlillerimi yetkililere gösterdim ve Askeri Hastanesi Üroloji servisine sevk edildim. Askeri Hastanesindeki tahlillerim sonrasında, ilaçlarım verildi ve ilaçlarımı aksatmadan kullanmam ve 1 ay sonra mutlak surette tekrar hastaneye gelmem istendi. Bu esnada hastanenin bana vermiş olduğu 1 aylık süre dolmadan dağıtım oldum ve usta birliğim olan Şanlıurfa'daki Zırhlı Tugay'a gittim. Burada katılışımı yapar yapmaz hemen vizite sorumlusu uzman çavuş a durumumu arz ettim ve hastaneye gitmem gerektiğini, ilaçlarımın bittiğini, Askeri Hastane'de tedavime devam etmemem durumunda böbreklerimin geri dönülemez şekilde zarar göreceğinin şahsıma sıkıca tembihlenerek söylediğini belirtmememe karşın, bu komutanım, bana, "daha yeni geldiniz, buraya daha

kaydınız yapılmadı, dağıtımdaki tüm arkadaşlarınız geldiğinde hepinizi topluca tabur merkezine göndereceğiz, orada kaydınızı ve muayenenizi yaparlar” diyerek hastaneye sevkimin mümkün olmadığını belirtti. Yaklaşık 10 gün Tabur merkezine gönderilmeyi beklerken yoğun bir programına tabi tutulduk ve her geçen gün hastalığım kendini göstermeye başladı. Müteakiben Tabur Merkezinin bulunduğu ilçeye gittiğimde, Tabur revirindeki kayıtlarda görüleceği üzere hemen revire gittim. Revirde bulunan doktora, Askeri Hastanesinden verilen raporu gösterdiğimde, kendisi beni Askeri Hastanesine sevk etti ve seni bir iki gün içinde askeri hastaneye sevk edeceğiz dedi. Bir iki gün içinde sevk edeceğiz demesine rağmen bir gelişme olmayınca tekrar doktorla konuştuğumda, “sizi buradan gönderemiyoruz, bölüklerinize gittiğinizde oradan gönderileceksiniz” dedi. 15 gün süreyle hasta halimle eğitim yaptırıldılar. 15 gün sonunda bölük merkezimiz olan yere döndüğümüzde, hemen sevk kağıdımı revire verdim ve Askeri Hastaneye gitmek istediğimi söyledim. Revirdeki sorumlu olan Uzman Çavuş, önceki sevkler bitmeden önce seni gönderemeyiz dedi ve beni bir ay daha bekletti. Bu esnada hastalığım her geçen gün ilerliyor ateşler içinde ara ara baygınlıklar geçiriyordum. Eğitimle ilgili sorumlumuz olan Asteğmen, eğitim esnasındaki bayılmalarımı hiç itibar etmiyor, benim hastalığımla ilgileneceği, tedavim için uğraşacağı yerde, aylar ayılmaz eğitime devam etmemi emrediyor, bana o halimle eğitim yaptırıyordu. Usta birliğime ilk gelişimden yaklaşık 2 ay sonra Asker Hastanesine gidebildiğimde, ilaç yazdılar, ilaçlarımı kullanmamı ve bir ay sonra tekrar gelmemi söylediler. Ben Askeri Hastaneden döndükten sonra beni mutfağa verdiler, mutfakta yaklaşık 150 kişinin yemeğini yapmanın yanı sıra, patates soymak, fasülye ayıklamak, soğan doğramak gibi tüm yemek hazırlıklarını da tek başıma yaparken, her gün sabah saat 10’a kadar süren tüm eğitim faaliyetlerine de mutlak surette katıldım. Aynı zamanda nöbetlerimi de tuttum. Askeri Hastaneden döndükten sonra bir ay içinde tekrar hastaneye gönderilmem gerekirken, yine zamanında gönderilmedim. Tüm bu yoğun çalışmalarım esnasında. Mutfak sorumluları olan Astsubay, hastalığım her haliyle belli olduğu, sık sık bayılmalarımı şahit olmalarına rağmen hastalığımla hiç ilgilenmediler. Tüm bu sıkıntılar neticesinde ayaklarım şişip, yürüyemez hale gelince beni Devlet Hastanesine götürdüler. Bu hastanede böbreklerimin çökme noktasına geldiği, uzun süreli böbrek yetmezliğim olduğu ve acilen Askeri Hastanesine gönderilmem gerektiği belirtildiği halde, bu olaydan sonra dahi bir hafta süreyle Askeri Hastaneye gönderilmedim. Askeri Hastaneye gider gitmez, aynı gün içinde Gülhane Askeri Tıp Akademisine sevk edildim. GATA’ya gittiğimde, böbreklerimin ağır hasar gördüğü, çok geç kalındığı, bir ömür boyu diyaliz makinasına bağlı kalacağım söylendiğinde yıkıldım. Bu durumuma dayanamayan babam kendi böbreğini bana bağışladı ve bu sayede diyaliz makinasından kurtuldum. Ameliyatım ve Hava değişimlerim sonrasında, askerliğe elverişli olmadığım raporunu aldım ve vatani görevim sona erdi. Tüm bu süreçte, hasta olduğumu görerek 4 ay süreyle beni hastaneye göndermeyen başta bölük komutanım olmak üzere. asteğmen, astsubaylarım ve uzman çavuş’un görevini ihmal ederek veya kötüye kullanarak benim bu acıları yaşamama sebep olmalarının dikkate alınarak cezalandırılmalarını saygılarımla arz ve talep ediyorum.”

SAVUNMALAR

Askerin usta birliği bölük komutanı: Adı geçen kişi bölüğümüzde askerlik yapmıştı O dönemde de tarafımızca birçok kez sağlık kuruluşlarına sevk edilmiştir. Kişinin bölüğüme katılmasını müteakip sağlık sorunu ile ilgili olarak bana bir müracaatının olup olmadığını, daha önce almış olduğu bir raporu ibraz edip etmediğini hatırlamıyorum. Kaldı ki talimat ekinde yer alan muayene belgelerinden müştekinin bölüğüme katılmadan 1 hafta önce tabur katılış muayenesi sonrasında ilgili birim olan Asker Hastanesi Üroloji Polikliniğine sevk edildiği anlaşılmaktadır. O tarihte rahatsızlığının Üroloji Polikliniği tarafından anlaşılamadığı en azından ciddiyetinin tespit edilemediği anlaşılmaktadır. Aksi takdirde bölüğüme tertip edilmezdi. Ben müştekinin askerlik hizmeti boyunca rahatsızlanarak baygınlık geçirip geçirmediğini hatırlamıyorum. Hatırladığım, kendisini birçok kez Asker Hastanesine. Devlet Hastanelerine ve birlik revirine sevk etmiştik. En son Asker Hastanesi tarafından Ankara GATA’ya sevk edilip yatışının yapılmasıydı. Genel uygulamamız çerçevesinde acil sevk alan hastaları ve diğer sevkli hastaları aynı gün veya ertesi gün önce il merkezinde bulunan hudut Alay Komutanlığına gönderiyorduk. Orada hastaneye gideceklerin toplanıp belli bir sayıya ulaşması sonrasında sivil otobüslerle topluca sevkleri yapılıyordu. Dolayısıyla bu 8 günlük gecikme bölüğüümüzden kaynaklanan bir gecikme değildir. Muhtemelen il merkezinden sevk için Alay Komutanlığında geçen süredir. Kayıtlar araştırıldığında tespit edilebilir.

Hudut Bölük Astsubayı: Kişinin Hudut Bölük K.İğına katılışını müteakip, yaşamış olduğu sağlık sorunları ile ilgili olarak görev yaptığım süre içerisinde bana bizzat herhangi bir başvurusu müracaatı olmamıştır. Takım komutanı ve vizite sorumlusu Shh. Uzm. Çvş. den sağlık sorunları olduğunu duymuştum. Ancak bu rahatsızlığının ne olduğunu bilmiyordum. Katılış muayenelerinin yapıldığı tarihte muayenesini yapan doktor tarafından, ki o tarihte tesadüfen bu muayeneyi bizzat bir dahiliye uzmanı, yanlış hatırlamıyorsa Tbp. Atğm. yapmıştı. Elinizdeki belgelerden de anlaşılacağı üzere Asker Hastanesi üroloji polikliniğine sevk edilmesine karar vermişti. Elinizdeki belgelerden de bu görülecektir. Bu muayene tarihinde yapılmıştır. Durumunda herhangi bir aciliyet görülmediğinden randevu usulü çalışıldığı için Asker Hastanesi üroloji polikliniğinden taburumuzun ilgili personeli randevu almıştı. Yanlış hatırlamıyorsa Asker Hastanesinde muayenesi yaptırıldı. Üroloji uzmanı tarafından yapılan muayenede tedavi düzenlendi. Katılış muayenesinde acil sevk yazmadığı için bu şekilde randevusu alınarak hastaneye sevk edilmişti. Tabur karargahında bu işi revir kadrosunda çalışan ismini şu anda hatırlayamadığım bir uzman çavuş aciliyet sırasına göre bu personelin randevularını alıyordu ve hastaneye sevk işlerini takip ediyordu. Sırası geldiğinde bize sevk edeceğimiz personel bir gün öncesinden bildiriliyordu. Biz de vizite sorumlumuz marifetiyle bu personeli istenen günde evraklarıyla birlikte hastaneye sevk ediyorduk. Müşteki mutfakta görev yaptığı süreç içerisinde, ki kayıtlardan gördüğüm kadarıyla kendisini hastaneye ve verem savaşı dispanserine portör muayenesi için sevk etmişiz (bu süreç yaklaşık 1 hafta kadar sürmektedir), portör muayenesi bittikten sonra mutfakta görevlendirdik. Görev yaptığı süre boyunca bana bir rahatsızlığı sebebiyle bizzat bir müracaatı olmadı. Bir kere yanıma gelip aççı olarak görev yaptığını, aynı zamanda iki günde bir kendisine gece nöbeti yazıldığını, bu şekilde oldukça zorlandığını, aççılık görevimi tam olarak yapamadığını, mümkünse nöbet yazılmamasını söyledi. O tarihteki personel mevcudumuz uygun olmadığından bu talebine olumsuz cevap verdim, iki günde bir geceleri birlik içerisinde kendisine nöbet yazmaya devam ettik. Aççılık vazifesi sırasında bayıldığı doğrudur, ancak buna doğrudan ben şahit olmadım. O tarihte birlik dışında idim, günlük faaliyetler nedeniyle tabur merkezine gitmiştim. Birliğe döndüğümde müşterinin baygınlık geçirdiğini ve derhal Devlet Hastanesine sevk edildiğini bana bildirdiler ve konuyla ilgili olarak hazırlanan sevk belgeleriyle hastanede yapılan muayene sonuçlarını gösteren belgeleri bana vermişlerdi. Ayrıca bu düşme olayından önce prostatit şikayeti sebebiyle viziteye müracaat etmiş, revirde iç hastalıkları uzmanı Tbp. Atğm. tarafından yapılan muayenesinde kendisine gerekli tedavinin yapıldığı yine talimat ekindeki belgelerden görülmektedir Ben aynı tarihte bölük vizite defterinin kaydım da yanımda getirdim. Bunun da ifademe eklenmesini istiyorum. Kişi ilk olarak birlik revirinde katılış muayenesi yapılmıştır. Notice itibarıyla de Asker Hastanesine sevkine karar verilmiştir. Sevk zincirine uygun bir şekilde hastaneye sevki sağlanmış, ilk hastane aracı ile birlikte Asker Hastanesine sevki sağlanmıştır. Burada kendisine kronik böbrek yetmezliği tanısı konarak Ankara/GATA'ya sevk edilmiştir. Ben bu tarihten sonra bir daha kendisini hiç görmedim.

Görev yaptığım Hudut Bölük Komutanlığında görev yapan sürekli bir tabip yoktur. En yakın askeri tabip 80 km uzaklıkta bulunan Hudut Tabur Komutanlığındadır. Yeni katılan erbaş ve erlerimiz katılış muayeneleri 15 günlük oryantasyon eğitim süresi içinde buldukları tabur merkezinde, yapılmaktadır. Ayrıca tabur tabibi bölümümüzün karakollarını ve bölük merkezini haftada bir gün dolaşarak erbaş erlerimiz muayene ve tedavi hizmetlerini yürütmektedir. Katılış muayenesinden sonra 40 gün sonra gitmesinin sebebi hastanın aciliyeti, Asker Hastanesinden alınan randevuya ve hudut hizmetlerinin aksamasına durumuna göre oluşturulan bir sıra sağlanmaktadır Hastane aracı emniyet tedbirleri sağlandığı süre her hafta gitmekte, bazen emniyet tedbirleri nedeniyle hastane aracının 2-3 hafta gitmediği de olmaktadır. Hastanın durumu tabur tabibi tarafından yahut bizler tarafından acil olarak değerlendirildiğinde sıra beklemeksizin ilk hastane aracıyla gönderilmektedir. Kişinin katılış muayenesi yapıldıktan Asker Hastanesine ilk gittiği zaman diliminde geçen 40 günlük sürenin yukarıda belirttiğim nedenlerden dolayı uzadığını düşünüyorum Ancak bu 40 günlük süreçte bir kez portör muayenesi için devlet hastanesi intaniye polikliniğine gitmiş, ayrıca bir kez tabur tabibi tarafından muayene edilmiştir Fakat Devlet Hastanesinde böbrek rahatsızlığının tespit edildiği güne kadar koyulan teşhisler ve uygulanan tedavilerden de anlaşılacağı üzere, durumu hakkında doktorlar tarafından aciliyet arz ettiğine dair bir değerlendirme yapılmadığı anlaşılmaktadır. Durumunun ağır olduğu yahut rahatsızlığının çok ciddi olduğu konusunda birlik personeli olarak bana ya da bizlere intikal eden herhangi bir bilgi yoktur.

BELGELER

Devlet Hastanesi'nin 07.09.2009 tarihli laboratuvar formunda; kreatinin 1.8 mg/dl,

Askerlik Şubesi'nin 15.10.2009 tarih raporunda; askerliğe elverişli olduğu,

Devlet Hastanesi'nin 16.10.2009 tarih laboratuvar formunda; glukoz -, protein 3 +, eritrosit 3 +, lökosit 3 +, dansite 1025 olduğu,

Askeri Hastanesi'nin 30.10.2009 tarihli biyokimya laboratuvar sonucunda; idrarda protein +, 18-20 lökosit, 15-16 eritrosit görüldüğü,

Askeri Hastanesi'nin 02.11.2009 tarihli üroloji muayene kaydında; kronik prostatit tanısı konduğu, reçete verildiği, antibiyotik tedavisinin 4 haftaya tamamlanması önerildiği, tedavi sonrası şikayetler ge-rilemez ise kontrol önerildiği,

Askeri Hastanesi'nin 19.11.2009 tarihli dahiliye muayene kaydında; peptik ülser tanısı konduğu, re-çete verildiği,

Askeri Hastanesi'nin 19.11.2009 tarihli kardiyoloji muayene kaydında; atipik göğüs ağrısı şikayeti ile başvuran hastanın muayene ve yapılan tetkiklerinde anlamlı kardiyak patoloji saptanmadığı,

Askeri Poliklinik 07.12.2009 tarihli kayıt defterinde; katılış muayenesi ve kronik prostatit olduğu As-ker Hastanesi Üroloji Polikliniğine sevk edildiği,

Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin 21.12.2009 tarih ve 12194 protokol nolu muayene kaydında; mua-yene edildiği, anti-HCV, anti-HIV, HbsAg, Anti-Hbs, direk parazit inceleme, gayta ve boğaz kültürü tetkik-lerinin yapıldığı, sonuçlarının normal olduğu,

Hudut Bölük Komutanlığı'nın 30.12.2009 tarihli vizite muayene kaydında; dermatit tanısı konduğu reçete verildiği,

Asker Hastanesi'nin 19.01.2010 tarihli biyokimya laboratuvarı sonuç raporunda; tit'de protein +++, hgb glukoz keton -, pH 6, nitrit -, dansite 1020, mikroskopi bol lökosit, lökosit kümeleri görüldüğü,

Asker Hastanesi'nin 21.01.2010 tarihli muayene kaydında; idrar yolu enfeksiyonu tanısı ile medikal tedavi verildiği,

Hudut Bölük Komutanlığı'nın 01.02.2010 tarihli vizite muayene kaydında; kronik prostatit tanısı kon-duğu reçete verildiği, cravit 750 mg tb, naprosyn tb, cipro 750 mg tb verildiği,

Hudut Bölük Komutanlığı'nın 15.02.2010 tarihli vizite muayene kaydında; iye+prostatit+ p. Ulcus tanısı lansor 30 mg, ciproxin 750 mg, pyelosftyl tb, cravit tb, konduğu reçete verildiği,

Devlet Hastanesinin 10.03.2010 tarihli muayene kaydında; nörolojik muayenesinin normal olduğu, bilateral ellerde ince tremor, esansiyel tremor ve depresif duygudurum görüldüğü, KBB muayenesinin normal olduğu, gastroözefageal reflü mevcut olduğu,

Devlet Hastanesi'nin 15.03.2010 tarihli muayene kaydında; hastada ABY? Kreatinin: 5.1, üre: 64.55, proteinüri +, hastanın acil Diyarbakır Asker Hastanesi'ne sevkinin uygun olduğu,

Asker Hastanesi'nin 23.03.2010 tarihli epikriz raporunda; bulantı, kusma, tansiyon yüksekliği, kaşıntı şikayetleri ile başvuran hasta 10 yaşından sonra sık aralıklarla devamlı surette idrar yolları enfeksiyonu geçirdiğini, ara ara Devlet Hastanesinde antibiyoterapi amacıyla yatırıldığını, en son askere gelmeden önce penisten akıntı ve sık idrara çıkma yakınmasıyla başvurduğunu prostatit tanısı konduğunu ifade ediyor, mevcut yakınmalarının son bir yıldır olduğunu söylüyor, yapılan USG'de böbrek büyüklükleri normal sınırlarda (sağ 123 mm, sol 111 mm), her iki böbrek parenkim ekosu diffüz olarak (renal paren-kimal hastalık) artmış, her iki böbrek alt kısımda kaliksiyel ektazi ve kortikal incelleme mevcut, sağda ise fokal kaliksler içerisinde seviye veren pü ile uyumlu ekojenite izlendiği (piyenefro?) mesane konturları ve yapısı normal, prostat normal boyutlarda, lap izlenmediği, kreatinin 5.9 mg/dl, postrenal nedenli kby düşünülen hastanın renal replasman tedavisi amacıyla GATA/Ankara Nefroloji Bilim Dalına sevk edildiği,

Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nin 23.03.2010 yatış, 09.07.2010 çıkış tarihli epikriz raporunda; 3 ay önce son dönem böbrek yetmezliği tanısı ile başvuran hasta babasından böbrek transplantasyonu ama-cıyla yatırıldığı, vitaller stabil, sistem muayeneleri normal, transplantasyon öncesi kreatinin 4.79 mg/dl, transplantasyon sonrası kreatinin 1.44 mg/dl olduğu,

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Ön inceleme: Müştekinin askere alındığı 20.10.2009 tarihinden önce Devlet Hastanesinde yapılmış olan biyokimya tahlilinde (07.09.2009) kreatinin değerinin 1.8 (normal aralık: 0.6-1.3) olduğu, 14.10.2009 tarihinde giriş muayenesinde müştekiye doldurulan sağlık durumu bilgi formunda uzun zamandır böb-

rek hastası olduğunu ifade ettiği, 23.03.2010 tarihinde asker hastanesinde doldurulan epikrizde; 10 yaşından beri sık aralıklarla tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu geçirdiği ifade edilmektedir. Bu hususlar göz önüne alındığında müştekinin askere alınmadan önce yapılan ilk muayenesinde olası bir kronik böbrek hastalığı açısından değerlendirilmediği anlaşılmaktadır. Müştekinin 24.10.2009 tarihinde eğitim birliğine katıldıktan, 15.03.2010 tarihinde Devlet Hastanesinde üremi tesbit edilen tarihe kadar (yaklaşık 5.5 ay) revirde 3 kez, verem savaş dispanserinde 1 kez olmak üzere toplam 13 defa muayeneden geçtiği dosyadan anlaşılmaktadır. Fakat muayene olunan branşlar arasında üroloji ve dahiliye olmasına karşılık dosyada hastaya ait herhangi bir böbrek fonksiyon testi veya ultrasonografi sonucuna rastlanmamıştır. Bu süre zarfında değişik branşlarda muayene olan müştekinin böbrek hastalığı olduğunu bildiği halde böbrek fonksiyon testleri ile ilgili bir istemde bulunmadığı veya ifade etmediği hususu kanaat olmuştur. Yukarıda belirtilen hususlar çerçevesinde müştekinin askere alınmadan önce kronik böbrek hastalığının olup olmadığı ve askerlik vazifesi sırasında içinde bulunduğu koşulların hastalığın tetiklenmesinde etkili olup olmadığı hususunda nefroloji uzmanı görüşünün alınmasının daha doğru olacağı kanaatine varılmıştır.

Adli Tıp Kurumu: Kişinin askere gitmeden önce de kronik böbrek yetmezliğinin olduğu, kronik böbrek yetmezliğinin olmasına rağmen askerliğe elverişli rapor verilmesinin tıbben uygun olmadığı, askere gittikten sonra da hastaneye sevk edilip tanının kesinleştirilmesinde gecikmenin hata olduğu, kişiye askerliğe elverişlidir raporu veren kişi veya kişilerin sorumlu olduğu, askere gittikten sonra tanının gecikmesinin sistem kaynaklı hata olduğuna, kronik böbrek yetersizliği olan hastalarda diyaliz ve böbrek nakli beklenen bir gelecek olduğu, kişinin askere alınmasının veya tanının geç farkedilmesinin hastalığın sebebi olmadığı, sadece olumsuz koşullarda böbrek yetersizliğini hızlanmış olabileceği fakat ne kadar hızlanmış olduğunun bilinemeyeceği, kişi askere alınmasaydı dahi böbrek yetmezliğinin gelişeceğinin kabul edilmesi gerektiğine karar verildi.

DEĞERLENDİRME

Yard. Doç. Dr. İbrahim Topçu, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

1- Askerlik muayenesi yapan hekim(ler) oluşan mağduriyet konusunda sorumlu mudur? Muayene esnasında bir hasta hakkı ihlali olmuş mudur?

Değerlendirmeye konu olan olayların ilki olan askerlik muayenesi ve asker alma süreçleri incelendiğinde hem 07.09.2009 tarihli Devlet Hastanesinde yapılmış olan biyokimya tahlilinde kreatinin değerinin 1.8 (normal aralık: 0.6- 1.3) çıkması, hem 14.10.2009 tarihindeki giriş muayenesinde müştekiye doldurulan sağlık durumu bilgi formunda adayın uzun zamandır böbrek hastası olduğunu ifade etmiş olması, hem de 23.03.2010 tarihinde asker hastanesinde doldurulan epikrizde 10 yaşından beri sık aralıklarla tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu geçirdiği ifade etmesi göz önüne alındığında; müştekinin askere alınmadan önce yapılan muayenesinde olası bir kronik böbrek hastalığı açısından değerlendirilmediği, teşhis konamadığı ve detaylı incelenmesi için askeri hastaneye sevk işlemi yapılmadığı anlaşılmaktadır ve bu uygulama eksikliği malpraktis kapsamında değerlendirilmektedir. Muayene olan şahıs hastalığına dair somut bulguları beyan etti ise ya da muayenesinde iddialarını doğrulayan bulgulara rastlandı ise her halükarda Askeri Hastaneye sevk edilmelidir ve yapılacak değerlendirmeler neticesinde askerlik hizmetine uygunluğu hastane tarafından karara bağlanmalıdır. Bu aşamada açık hastalık belge ve beyanlarından sonra kişinin kronik böbrek yetmezliği olmasına rağmen hastaneye sevk edilmeden askerliğe elverişli raporu verilmesi sonucu etik ihlal meydana gelmiş, adalet ve zarar görmeme ilkesi ihlal edilmiş, sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı çiğnenmiştir.

Ayrıca askerlik muayenesi yapan hekimlerin aşırı iş yükü ve askerlikten çürük raporu almak suretiyle kurtulmak isteyen çok sayıda adayın varlığı gibi hekimin bazı vakaları gözden kaçırabilmesini mazur gösterebilecek birtakım gerekçeler üretilebilse de, temaruz isteklerinin her zaman olabileceği gözden kaçırılmamalıdır ve bunu ayırmakta hekimin görevidir, asker alma muayenesini yapan hekimler bazı adaylar temaruz istiyorlar diye herkesi aynı kefeye koyamazlar. Gereksiz yere bile revire gelirse hekim bunu cezalandıramaz, hekimlerin böyle bir görevi yoktur. Bu kapsamda askeri hekimlerin görevleri kimi zaman tartışılmaktadır, temaruz isteklerine karşı gereksiz bir refleks geliştiği görülmektedir. Bu durum bu vakada görüldüğü gibi tıbbi hatalara zemin hazırlamaktadır.

2- Askerlik muayenesi sonrası süreçlerde etik ihlal söz konusu mudur?

Ülkemizde hasta haklarını tanımlayan iki önemli metin bulunmaktadır. Biri Türk Deontoloji Tüzüğü diğeri Hasta Hakları Yönetmeliğidir. Bu düzenlemelere konu olan hastalar ve kurumlar için herhangi bir ayırım yapılmamaktadır. Askerler haklar bakımından farklı bir hasta türü değildir. Çoğu kez savunularda askerliğin doğası gibi argümanlar kullanıldığı görülmektedir. Devlete teslim edilmiş, daha 20'li yaşlarda olan genç insanların sağlığını korumak devletin görevidir. Askerlik gibi bizim toplumumuzda önem verilip kutsallık vurgusu yapılan bir hizmeti veren genç insanlarımızın hakları konusunda daha fazla hassasiyet aramak ahlaki bir görevdir. Hasta Hakları Yönetmeliğinin kapsam kısmında vurgulandığı gibi "... sağlık hizmeti verilen resmi ve özel bütün kurum ve kuruluşları, bu kurum ve kuruluşlarda veya bunların dışında hizmete katılan her kademedeki ve unvandaki ilgilileri ve hizmetten faydalanma hakkını haiz olan bütün fertleri kapsar" denilerek askeriye dahil tüm kurumlara aynı sorumluluklar yüklenmiştir. Acemi birliğine teslim olduktan sonra sevk edildiği Askeri Hastanede 02.11.2009 tarihli üroloji muayenesi sonucunda prostatit tanısı konulup şikayetler gerilemez ise bir ay sonra mutlaka kontrole çağrılmasına rağmen askeri birlik tarafından bu uyarı dikkate alınmadan sağlık hizmetlerine anlık erişimin zor olduğu hudut bölgesine dağıtımın gerçekleştirildiği ve güvenlik nedeniyle sağlık erişiminde aksamalar yaşanması sonucu hastaya zaman kaybettirildiği ve aynı zamanda askerlik vazifesi gereği mecbur olduğu eğitim nöbet vb. zorlu görevler nedeniyle istirahatın mümkün olmayıp hastalığın ilerlemesine zemin hazırlandığı, dolayısıyla dağıtım öncesinde idari olarak özensizlik ve ihmal olduğu görülmektedir. Hasta hakları yönetmeliğinin 6. Maddesi "Hasta, adalet ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde sağlıklı yaşamının teşvik edilmesine yönelik faaliyetler ve koruyucu sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere, sağlık hizmetlerinden ihtiyaçlarına uygun olarak faydalanma hakkına sahiptir. Bu hak, sağlık hizmeti veren bütün kurum ve kuruluşlar ile sağlık hizmetinde görev alan personelin adalet ve hakkaniyet ilkelerine uygun hizmet verme yükümlülüklerini de içerir" ışığında ciddi bir hasta hakkı ihlali olduğu görülmektedir.

Bunun yanında GATA ya sevk aşamasına gelene kadar müstekinin birçok kez sağlık kurumlarına başvurduğu halde kronik böbrek yetmezliğine yönelik detaylı bir görüntüleme ve analiz (hastaya ait herhangi bir böbrek fonksiyon testi veya ultrasonografi vb.) yapılmaması sonucu tanının konulmasının geciktiği görülmektedir. Israrla ayaktan tedavi denenmiş ve uzun süre sevk düşünülmemiş hatta bunu gerektirecek detaylı analiz yollarına da başvurulmamıştır. GATA ya sevk edilene kadar geçen süre içerisinde sağlık kurumları tarafından hastanın tanısının doğru konulması konusunda hassasiyet gösterilmediği, tanının geciktiği ve ayaktan tedavi ısrarı sonucu hastanın böbreğini kaybetmek durumunda kaldığı, dolayısıyla malpraktise sebebiyet verildiği, hastanın tanının gecikmesi nedeniyle zarar gördüğü, en uygun tedaviyi görme hakkından mahrum bırakıldığı, zaman kaybettirilerek sağlık hizmetine erişim hakkının kısıtlandığı, organını kaybederek yaşam kalitesinin azalmasına neden olunduğu görülmektedir. Anayasamızın 56. Maddesinde kısaca "... herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahip olduğu ve devletin herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak ile görevli olduğu." vurgulanmaktadır. Bu vaka kapsamda devletin görevini yerine getiremediğini ve organ kaybı ile sonuçlanan bir malpraktis ve zincirleme hasta hakları ihlalleri yaşandığı görülmektedir.

3.2.3 GÖBEK FITİĞİ, AKUT BATIN ÖN TANISINDA NEFREKTOMİ: TANI, ENDİKASYON, TEDAVİ, ONAM TARTIŞMALARI

TALEP

Kişi (70 yaşında) ile ilgili davalı hastaneden davalı doktorlar tarafından yapılan teşhis, tedavi, ameliyat işlemlerinde tıp kurallarına herhangi bir aykırılık bulunup bulunmadığı, yapılan işlemlerin tıp kurallarına uygun olup olmadığı, doktor hatası, kusuru veya ihmali bulunup bulunmadığı, hastanın veya yakınlarının yeterli şekilde aydınlatılıp aydınlatılmadığı ve bu doğrultuda hasta onamının alınıp alınmadığı hususlarında önceki ATK raporları ve tüm tedavi belgeleri, tanık beyanları, dosyadaki deliller incelenmek suretiyle Genel Kurul'ca rapor düzenlenmesi istenmektedir.

İDDİA

Davacı müvekkilim göbeğinin üzerinde beze benzeri bir şey çıkması ve ağrı şikayetleri ile davalı özel Hospital'e gitmiş, burada kendisini muayene eden doktor, müvekkilimin göbek üstü bölgesinde fıtık

oluşturduğunu ve ameliyat olması gerektiğini belirtmiştir. Bunun üzerine, müvekkilim fıtık ameliyatı olmak için, hastaneye gitmiş ve Genel Cerrahi Uzmanı tarafından ameliyat edilmiştir.

Çocuklarının söylediğine göre ameliyat 4,5-5 saat sürmüş, ameliyattan çıktığımda göğsümün açıldığını, ayrıca karın boşluğundan sol tarafa doğru böbrek üstüne kadar kesildiğini gördüm, ancak doktor bana herhangi bir şey demedi, çocuklarıma babanızın böbreğini aldık, ancak babanıza söylemeyin, böbrekte kist vardı şeklinde sözler söylemiş, bunun üzerine çocuklarıma bana bu durumu söylememişler, sol böbrek tarafında rahatsızlık hissetmem üzerine Devlet Hastanesine gittim, sol böbreğimin olmadığını söylediler, bunun üzerine çocuklarıma beni ameliyat eden doktorun sözlerini bana iletiler, bu olay nedeniyle şikayetçiyim, doktorların cezalandırılmasını istiyorum, kendisiyle uzlaşmayı kabul etmiyorum, çocuklarıma bana böbreğimin alındığını ameliyattan 4-5 ay sonra söylediler.

Davacı müvekkilim davalı hastaneye böbrek şikayeti ile gitmediği gibi, ameliyat tarihine kadar böbreğinden hiçbir şikayeti olmamıştır. Ancak şimdi idrarını tutamaz hale gelmiştir. Davacı müvekkilim bilgisi ve rızası dışında ve adli tıp raporundan da anlaşılacağı üzere tıbbi bir zorunluluk olmamasına rağmen sol böbreğinin alınması ve durumu aylar sonra ağrılarının oluşması ile öğrenmesi sonucu derin elem ve ıstırap yaşamış, psikolojik bunalıma girmiştir.

SAVUNMA

Genel Cerrahi Uzmanı: Öncelikle dava dilekçesinde iddia edildiği üzere davacı fıtık şikayeti ile müvekkile gelmiş değildir. Davacı 70 yaşında bir kişi olup, olay tarihinde Acil Servise müracaat etmesi üzerine acil hekimi tarafından muayene ve tetkikleri istenerek değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme neticesinde hastada ileus + ventral herni + intraabdominal kitle + akut batın tanıları ile genel cerrahi polikliniğinde değerlendirilmesi ve bilgilendirilmesi yapılmıştır. Adı geçen hastanenin laboratuvar bulguları ve radyoloji raporları neticesinde genel cerrahi uzmanı müvekkilin, davacının acil olarak operasyona alınması gerektiği, hasta ve yakınlarına izah edilmiştir. Bu esnada davacının sınırlı, acı çeken, bir an önce bu mevcut durumdan kurtulmak istediğini ifade eden tutum ve davranışlar sergilediğine poliklinik danışmanı da şahittir. Hastanın bilgilendirilmesi yapılmış, onam formları oğlu tarafından imza altına alınmıştır. Davacı ameliyathaneye alındıktan sonra anestezi işlemi yapılmış, davacının yaşlı olması sebebiyle ameliyatın uzayabileceği müvekkilce öngörülmüş ve ona göre tüm işlemler titizlikle gerçekleştirilmiştir. Adı geçen ameliyat karın ön duvarı üzerinden girilerek yapılmıştır. Davacının iddia ettiği gibi göğsünün açıldığı, ayrıca karın boşluğundan sol tarafa doğru kesildiği doğru değildir. Ameliyat esnasında karın içerisindeki bağırsakların ileri derecede yapışık halde olduğu görülmüştür. Ameliyat öncesinde de müşahede notunda olduğu gibi ileus + ventral fıtık ve batın sol tarafında kitle oluşturmuş halde tespit edilmiştir. Buradaki barsak yapışıklıkları giderilmiş, sol taraftaki barsak yapışıklıkları giderildiği esnada üroloji hekimi operasyona davet edilmiştir. Bu yapışıklıklar giderilmiş, sol böbrekte 15x15 cm çapında kist mevcut olduğu için bu kist boşaltılmış, bu esnada hastanın diğer böbreğinin sağlam ve çalışır olduğu kontrol edilerek üroloji uzmanının uygun görmesi ile ve onun tarafından sol nefrektomi işlemi yapılmıştır. Bu işlem hastanın ileriki zamanlarda karşılaşacağı sıkıntılar düşünülerek ve hastanın yararına olarak gerçekleştirilmiştir. Bu durum acil batın cerrahisi ders notlarında ve uzmanlık eğitimlerinde tekrar tekrar hekimlere anlatılan bir bilgidir. Dolayısıyla yapılan işlem tıbbi zorunluluk nedeni ile yapılmış ve hastanın menfaati düşünülmüştür. Tüm bilgi ve belgeler toplandıktan sonra yapılacak olan adli tıp incelemesinde müvekkilin herhangi bir kusur ve ihmalinin olmadığını anlaşılacağı kanaatindeyiz. Ameliyat bittikten sonra ameliyatta çıkartılan parçalar taşıma kabına konularak patoloji laboratuvarına gönderilmiştir. Bu esnada hasta yakınları çağrılarak bu parçaların hastaya ait olduğu, böbreğin hastalıklı yani ileri derecede kistik olduğu için alındığı kendilerine sözlü olarak anlatılmış ve bu parça (böbrek) onlara gösterilmiştir. Ameliyatta alınan böbrek patoloji uzmanı tarafından incelendikten sonra gönderilen rapor multikistik atrofik kronik pyelonefrit, tübüler atrofi, tiroidizasyon, intersitisyel fibrozis, kronik inflamasyon ve mikrokalsifikasyon olarak rapor edilmiş, yani alınan böbreğin böbrek kistine bağlı olarak çalışamayacak durumda olduğunu ve ayrıca kanser ile ilgili bir bulgu olmadığını müvekkil hasta yakınlarına anlatmıştır. Yine müvekkil gerek ameliyat öncesinde gerekse ameliyat sonrasında tüm olanları hasta yakını olan kişilerle (çocukları) ile paylaşmış ve onları bilgilendirmiştir. Ancak hasta yakınlarının ameliyattan önce ve sonra bu bilgileri hasta (babaları) ile paylaşıp paylaşmadıklarını bilmemektedir. Ayrıca davacı taraf, maddi ve manevi tazminat taleplerine gerekçe olarak bu ameliyat neticesi hastanın sol böbreğinin alın-

masından dolayı hastanın iş gücü kaybına uğrayarak ve idrarını tutamamaya toplumda rencide olduğu gerekçesine dayandırmaktadır. Öncelikle 70 yaşında olan davacının hangi işi yaptığını ve bu işe alınan böbreğinin nasıl bir şekilde engel olduğu açıklanmaya muhtaç bir konu olsa gerek diye düşünmekteyiz. Yine az çok tıp bilgisi olan bir kişinin de bilebileceği gibi kişinin böbreği ile idrarını tutamamak durumunun bir ilgi ve alakası yoktur. Bu durum çokça yaşlı kişilerde görülen bir durum olup, genelde prostat rahatsızlığından kaynaklanan sebeplerden ortaya çıkmaktadır. Keza hastanın diğer böbreği zaten sağlam olup, yaşamsal faaliyetleri yerine getirmektedir. Bu nedenle davacı tarafın tazminat taleplerini kabul etmemiz mümkün değildir. ...Yukarda arz ve izah edilen sebeplerle; açılan iş bu davanın reddine, yargılama giderleri ve vekalet ücretinin karşı tarafa yüklenmesine karar verilmesini saygılarımla arz ve talep ederim.

Genel Cerrahi uzmanı (ikinci savunması): Söz konusu hastayı ilk muayene ettiğimde epikriz formundaki tanı kısmında tıbbi olarak belirttiğim ventral herni rahatsızlığı teşhisi koydum. Bu teşhiste hastanın daha önce geçirmiş olduğu ameliyathane neticesinde karın ön duvarında fıtık tespit ettim, bu fıtık kasık bölgesinde fıtıklardan tamamen farklıdır. Şöyleki bu fıtığın etrafına karın içi organlar ve dokular, barsaklar girebilir, hastanın bu haliyle tıbbi olarak ileus dediğimiz yani barsak tıkanıklığı düşündüm. Çekilen ultrasonunda böbreği de içine alan bir kitle tespit edildiği, buna bağlı olarak hastayı ventral herni, ileus, intraabdominal kitle tanısıyla hastaneye tedavi için yatırdım. Fıtığın haricinde tespit ettiğim barsak tıkanıklığı ve kitlenin de tedavisini yapacağımı sözlü olarak ilettim. Ameliyat öncesinde de oğluna, ameliyat onam formunu imzalattım, daha sonra da hastayı ameliyata aldım. Hastanın ameliyatına başladım, fıtık tabakalarını geçtim, fıtık içerisinde ince barsak ansları fıtık kesesine yapışmıştı, yapışıkları giderdim, barsak pasajını sağladım, bu esnada intraabdominal kitleye ulaştım, 15cm çaplarında kistik bir yapıydı. Kitlenin natürünü ve kitlenin çevre ile olan ilişkilerini kontrol ettim, bu esnada kistik yapı boşaldı, aspirasyonla temizledim. Kistik yapının çıkarılması esnasında kontrolsüz bir kanama gözlemlendi. Kanama kontrol altına alınırken Üroloji doktoru ameliyathane içindeydi. Acilen operasyona davet ettim, yapılan değerlendirmede bunun böbrekten kaynaklı bir kist olduğu, böbrek yapısının düzensiz ve kistik yapıya devam etmesi gibi bilgilerle birlikte nefrektominin hasta için daha uygun olduğunu beyan ederek, hastanın hayati tehlikesini ortadan kaldırmak amacıyla nefrektomi işlemi usulünce yapıldı. Bu işlem tamamlanıp o bölgeye 1 adet dren konuldu, karının içindeki diğer organlar da gözlemlendi, barsak pasajı tekrar kontrol edildi, batin içerisine 1 adet dren konularak hastanın operasyonu sonlandırıldı. Ameliyatımız sonrasında ameliyatla ilgili gelişmeleri hastanın yakını olan kızı ve oğluna sözlü olarak anlatıldı, hayati tehlikesi kalktı, bundan sonraki sürecin takip edilerek kendisine bilgi verileceği anlatıldı. Kızı ve oğlu hastanın bu bilgiyi şimdilik kaldıramayacağını, tedavisinin gelişmesi sırasında söylenmesinin uygun olacağını söylediler. Hastanın tedavisi sırasında başka bir problem oluşmadı, iyilik haliyle taburcu edildi. Sonraki aşamalarda kontrol, muayene ve takiplerimi yaptım. Hasta ve yakınlarının gelişmeler sırasında herhangi bir iletişim problemi yaşamadım. Yapılan işlemler tamamen tıp kurallarına uygun olarak yapılmıştır. Hasta ve ailesi, tarafımdan sözlü olarak yeterince bilgilendirilmiştir. Hastada bulunan kist ameliyat öncesi tarafımdan tespit edilmiştir. Buna dair hastaya ve yakınlarına bilgi verilmiştir. Ancak kistin tedavisi ile ilgili süreç ameliyat esnasında karın boşluğu açıldıktan sonrasında değerlendirildiği için böbreğin alınması gerektiğine üroloji doktoru tarafından karar verilmiştir. Muayene sırasında hastaya ultrason çektim, ultrasonda tespit ettiğim kist ultrason raporunda yazılıdır. Hastaneden dosya arasına gönderilen tedavi evrakının arasında bu rapor yoktur. Ancak ameliyat öncesi epikriz formunda tanı kısmında yazdığım rahatsızlıkları bu ultrason raporunda yaptığım tespit sonucunda yazdım.

Üroloji Uzmanı: Müvekkilin dava konusu olay bakımından gerek tazminat hukuku, gerek ceza hukuku, gerekse oluş açısından herhangi bir kusur ve sorumluluğu yoktur. Zaten bu bakımdan adı geçen olayla ilgili düzenlenen iddianamede müvekkile dönük bir suçlamada bulunulmamıştır. Bu davanın bekletici mesele yapılması elzemdir. Ameliyata konu operasyonu yöneten müvekkil olmayıp, söz konusu davacı şahıs müvekkilin hastası değildir (Ameliyatta ani gelişen tıbbi bir olay olması ve müvekkilin uzman olması sebebiyle yardımına başvurulmuş ve müvekkil yaptığı müdahale ile davacının hayatını kurtarmıştır). Müvekkilin davacının iddia ettiği olaylarda herhangi bir kusuru yoktur. Müvekkilin operasyon devam ederken geldiği an itibarıyla böbreğinin alınması tıbben acillik ve zorunluluk taşımaktadır. Olay tarihinde davacı Genel Cerrahi Uzmanı tarafından operasyona hazırlanarak ameliyata alınmıştır. Operas-

yon sırasında oluşan (Grade 3 renal travma) durumu sebebiyle müvekkil operasyona davet edilmiştir. Yani bu ana kadar müvekkil olayın içinde değildir. Müvekkilin geldiği an itibarıyla davacı hastanın hayati tehlikesi olup müvekkilin müdahalesi zorunluluk arz edecek vaziyettedir. Müvekkil geldiğinde davacı şahsın genel anestezi (uyutulmuş) altında olduğunu görmüş, müvekkile de hastanın onam formunun ve yakınlarının müsaadesinin alındığı söylenmiştir. Operasyonda yine müvekkile kist duvarının karaciğer, bağırsak ve sol böbreğe yapışık olduğu söylenmiştir. Müvekkile operasyon esnasında kist duvarının serbestleştirilmesi sırasında böbrekte (grade 3 travma) oluştuğu belirtilmiştir. Müvekkil geldiğinde kanama abondan devam etmektedir, hastanın hemodinamiğinin de bozuk olması sebebiyle acilen bir karar verilmesi gerekmektedir. Müvekkil ilk önce diğer böbreğin durumunu sormuş, sağlam olduğunu öğrenince oluşan hayati tehlike sebebiyle böbreği almıştır. Böylelikle kanama kontrol altına alınmış ve hayati tehlike ortadan kalkmıştır. Davacının böbreklerinden birinin alınmasına bağladığı sağlık sorunları, başka sebeplerden kaynaklanmaktadır. Davacı idrar kaçırma gibi sağlık sorunlarını yapılan operasyona bağlamaktadır ki bu doğru değildir. Davacının yaşı itibarıyla prostat veya mesane patolojilerinin olması kuvvetle muhtemeldir. Her şey bir tarafa müvekkilin müdahalesi davacının hayatını kurtarmıştır.

BELGELER

Özel Hastane Genel Cerrahi Servisi Tıbbi Tedavi-İşlem ve Girişimler için Bilgilendirilmiş Onam Formunda; 'Bana yapılacak olan ameliyat ya da cerrahi girişimin ne olduğu, cerrahi tedavi dışındaki alternatif tedavi yöntemleri, ameliyatın riskleri ve olası komplikasyonları tüm ayrıntılarıyla açıklandı. ...Yukarıda adı geçen ameliyat ya da cerrahi girişimin ve doktorların ameliyat sırasında gerek gördükleri takdirde yapacakları ameliyat veya cerrahi girişimlerin yapılmasına izin veriyorum...' şeklinde kayıtlıdır.

Özel Hastane tıbbi belgelerinde; "Halsizlik, yorgunluk, aşırı kilo kaybı şikayeti ile başvurduğu, karın ağrısı, bulantı, kusma, karında şişlik ve ağrı şikayetlerinin 5 gündür devam ettiği, batın muayenesinde her iki böbrekte kist, batında yaygın hassasiyet, karında 10x10cm.lik kitle, ateş:36.2, TA:110/60 mmHg, Nbz:77, USG'de ventral herni, ileus, intraabdominal kitle tespit edildiği, ventral herni + ileus + intraabdominal kitle (akut batın) tanısına varıldığı, akciğer grafisinde her iki akciğer parakardiyal alanlarda nodüler görünüm izlendiği, oğlu tarafından Genel Cerrahi Servisi Tıbbi Tedavi-İşlem ve Girişimler için Bilgilendirilmiş Onam Formunun imzalanmış olduğu, Genel Cerrahi uzmanı ve Üroloji Uzmanı onaylı ameliyat raporunda; "ETGA altında göbek üstü altı insizyonla tabakaların geçildiği, eksplorasyonda jejunum seviyesinde intraabdominal kitle, baskı ve yapışıklık hali mevcut olduğu, yapışıklıkların giderildiği, bağırsak pasajı geçişi sağlandığı, batın içi diğer organlar salim bulunduğu, intraabdominal kitle Üroloji uzmanı tarafından değerlendirildiği, sol böbrekte 15x15cm çapında kist tespit edildiği, kist usulünce boşaltıldığı, ancak bu esnada kistin böbrekle ilişkisi ve kanama kontrolü sağlanması zorluğu nedeniyle nefrektomi yapılmaya karar verildiği, usulünce nefrektomi yapıldığı, kanama kontrolünü takiben 1 adet dren konduğu, peritonun kapatıldığı, batın içi temizliği ve bağırsak pasajı sağlandıktan sonra tabakalar kapatıldığı, fasya üzeri dekode edildiği, prolen mesh uygulandığı, hemovak diren konularak tabakalar kapatıldığı"nin kayıtlı olduğu,

Tüm batın USG raporunda; "Her iki böbrek normal anatomik lokalizasyonda ve normal boyutlardadır. Parankim kalınlıkları normal sınırlardadır. Parankim ekojeniteleri normaldir. Konturları düzgündür. Her iki böbrekte solid kitleye rastlanmamıştır. Her iki böbrekte taş ya da ektazi izlenmemiştir. Sağ böbrekte 85mm ve daha küçük, sol böbrekte 118mm ve daha küçük çaplı basit kortikal kist görünümleri mevcuttur. Perirenal alanlar tabiidir. Mesane konturu ve duvar kalınlığı normaldir. Lümen içerisinde patoloji saptanmamıştır. Prostat normal boyutlarındadır, parankim yapısı ve ekojenitesi tabiidir. Epigastriumda barsak segmentleri içeren herniasyon poşu mevcuttur. Sonuç: Bilateral renal basit kortikal kistler, tüm batın kadranslarında barsak segmentlerinde dilatasyon + sıvı içeriklerinde artış, epigastriumda herniasyon şeklinde kayıtlıdır.

BİLRİKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu (1): Kişinin 19.10.2010 tarihinde yapılan USG sonucunda, ventral herni + ileus + introabdominal kitle, akut batın tanıları ile genel cerrahi uzmanı tarafından ameliyata alındığı, eksplorasyonda yapışıklıklar giderilerek bağırsak pasajı geçişi sağlandığı, sol böbrekte 15x15cm çapında kist tespit edilerek boşaltıldığı, kistin böbrek ilişkisi ve kanama kontrolü amacıyla nefrektomi yapılmasını Üroloji Uzmanı ile birlikte yapılan değerlendirme sonucunda karar alınarak sol nefrektomi yapıldığı,

preop daha ileri düzeyde bir radyolojik tetkik, batın BT yaptırılarak ameliyata alınması ve gerekiyorsa böbreğe müdahale açısından operasyon öncesi bu konuda aydınlatılmış onamının alınmasının gerekli olduğu oy birliği ile mütalaa olunur.

İTİRAZ

Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Adli Tıp Anabilim Dalı'nın Bilimsel Görüş Raporunda; "...Sonuç: Tüm tıbbi belgelerin ve ifadelerin değerlendirilmesi sonucu; 1- Hekimin hastası ile görünen ya da görünmeyen tıbbi işlemler için yaptığı sözleşme alelade sözleşmelere benzememektedir. Sözleşme anında hekimin yapacağı iş kesin olarak ve özellikle belirlenemez. Ancak, hastanın kendisi yapılacak tedavi hakkında hekime güvenmek suretiyle onun becerisine ve ehliyetine inanmak suretiyle sonucu iyileştirecek tıbbi müdahale yapmasını ister. Hekim muayenesi yaptıktan sonra, yapılacak tıbbi tedavi ve müdahale meydana çıkar, ancak hasta hekimin dediğinin yapılmasına rıza göstermek zorunda değildir. Bu bir sözleşmeden ziyade durum saptaması halidir. Ameliyat yapılırken beklenmeyen halin çıkması halinde cerrahın müdahaleyi yapması onun bilgi, tecrübe ve inancına bırakılmıştır. 2- Hastanın yapılan muayenesinde ve yapılan tetkiklerde fitik ve ileus batında kitle tanısı konduğu, bu durumun acil girişim gerektiren bir hastalık tablosu olduğu bilinen tıbbi bir gerçektir. 3- Hastadan tıbbi girişim için onam alındığı, onam metninde "ek ameliyat veya cerrahi girişimlerin yapılmasına izin veriyorum" denilerek çıkabilecek yeni durumlar için onam verildiği görülmektedir. Ameliyat sınırlarının genişletilmesinde hastanın yararı olduğunda onama gerek olmamasına rağmen onam formunda ameliyat sınırlarının genişletilmesine dair onam verildiği belirlenmiştir. 4- Adli Tıp Kurumu raporunda belirtilen hastaya batın BT yapılmadığı görüşü, uygun bir görüş olmayıp, hastaya ameliyat öncesi US yapılmış olduğu, ancak bu tetkik, Adli Tıp Kurumu raporunda değerlendirilmediği, mevcut tetkiklerle gerekli tanısı konmuş bir hastaya ilave tetkik yaptırmanın kusur olarak değerlendirilmesi tıbbi yaklaşıma uygun bir görüş değildir. Adli Tıp Kurumu raporunda ameliyat öncesi yapılan batın ultrasonu incelenmemiş, doktorun ifadesi değerlendirilmemiş olması nedeni ile de eksik işlem yapılmıştır. 5- Çıkarılan böbreğin yapısı dikkate alındığında (böbrek multikistik, atrofik, kronik pyelonefrit) çıkarılması gereken bir organ olduğu, çıkarılmadığı takdirde mevcut kistlerin kendi kendine kanayabileceği ve hastanın yaşamını tehlikeye sokabilecek riskler oluşturacak yapıda olduğu görülmektedir. 7- Adli Tıp Kurumu raporunda böbreğin çıkarılmasının hatalı bir işlem olduğu belirtilmeyerek, böbreğin çıkarılmasının dolaylı olarak uygun girişim olduğu belirtilmektedir. Kişide fitik, ileus (tıkanıklık), batında kitleye yönelik cerrahi girişim sırasında 15x15cm'lik kistin patlaması hekimin ameliyat öncesi öngörebileceği bir durum değildir. Keza ameliyat öncesi ultrason raporunda kistin büyüklüğü 11.8cm olarak değerlendirilmiştir. Ameliyat sırasında yapışıklıklar, ileus tablosu ve fitiğin onarılması sırasında bu kistin patlaması bir komplikasyon olarak değerlendirilebilecek bir durum olup, bu durum izin verilen risk alanı içinde değerlendirilmek durumundadır. Buna benzer batın ameliyatlarında benzer durumlarla sıklıkla karşılaşmaktadır. Hekim ortaya çıkan komplikasyon sonrası Üroloji uzmanını çağırarak, böbreğin çıkarılmasına Üroloji uzmanı karar vermiştir. Hekim bu yaklaşımı ile hastaya gerekli özeni gösterdiği anlaşılmaktadır. 8- Hekimin cerrahi işlem sırasında hastanın yararına ameliyat sınırlarının genişletilebileceği alışlagelmiş tıbbi bir yaklaşım olup hekimin eyleminde kusurlu bir yaklaşım bulunmadığı, hekimin ameliyat sınırlarını genişletmesi hastanın zarar görmesine değil ileride çıkabilecek sorunlar açısından hastanın yararına bir tıbbi yaklaşım olduğu kanaatine varılmıştır".

Adli Tıp Kurumu (2): Dosyada mevcut tıbbi evraka göre Özel hastane tarafından kişi adına düzenlenmiş, oğlu tarafından imzalanmış, genel cerrahi servisi tıbbi tedavi-işlem ve girişimler için bilgilendirilmiş onam formunda; 'bana yapılacak olan ameliyat ya da cerrahi girişimin ne olduğu, cerrahi tedavi dışındaki alternative tedavi yöntemleri, ameliyatın riskleri ve olası komplikasyonları tüm ayrıntılarıyla açıklandı. Yukarıda adı geçen ameliyat ya da cerrahi girişimin ve doktorların ameliyat sırasında gerek gördükleri takdirde yapacakları ameliyat veya cerrahi girişimlerin yapılmasına izin verdiğinin' kayıtlı bulunduğu, sorulduğu üzere böbreğe müdahale açısından operasyon öncesi hasta ve yakınlarının aydınlatılması yükümlülüğünün ihmal edilmediği oy birliği ile mütalaa olunur"

Adli Tıp Kurumu (3): Davacının halsizlik, yorgunluk, aşırı kilo kaybı, 5 gündür devam eden karın ağrısı, bulantı, kusma, karında şişlik ve ağrı şikayetleriyle davalı sağlık kuruluşuna başvurması üzerine, davalı hekim tarafından şikayetlerine yönelik gerekli muayene ve tetkiklerin yapıldığı, yapılan muayene ve tetkiklerinde ventral herni + ileus + intraabdominal kitle (akut batın) tespit edilerek herniotomi,

bridektomi, intraabdominal kist (böbrekle ilişkili kist) eksizyonu ameliyatı yapılmış olduğu, ventral herni + ileus + intraabdominal kitle (akut batın) için yapılan cerrahi girişimler arasında söz konusu ameliyat şeklinin uygulanan yöntemlerden biri olduğu, ameliyat esnasında sol böbrekte 15x15cm çapında kist tespit edildiği, kist usulünce boşaltıldığı, bu esnada kistin böbrekle ilişkisi ve kanama kontrolü sağlanmasının zorluğu nedeniyle nefrektomi (böbreğin alınması) yapılmasının tıbben gerekli ve uygun olduğu, sol nefrektomi materyalinin patolojik incelemesinde; 'multikistik, atrofik kronik pyelonefrit (tübüler atrofi, tiroidizasyon, interstisyel fibrozis, kronik inflamasyon ve mikrokalsifikasyon)' tespit edildiği, patoloji raporunda tarif edilen bulguların dava konusu ameliyat esnasında tanımlanan bulguları destekler nitelikte olduğu, bu tür ameliyatlardan sonra söz konusu klinik şikayetlere neden olan bulgularda tam düzelme olmayabileceği, sonraki süreçte ortaya çıktığı bildirilen idrar tutamama yakınması ile dava konusu ameliyat arasında tıbben nedensellik bağının bulunmadığı cihetle; kişinin tedavisine katılan sağlık görevlilerinin uygulamalarının tıp bilimince genel kabul görmüş ilke ve kurallara uygun olduğu, dolaşısıyla ilgili sağlık çalışanlarına atfi-kabil kusur bulunmadığı, dava konusu olayda hastanın veya yakınlarının yeterli şekilde aydınlatılıp aydınlatılmadığı ve bu doğrultuda hasta onamının alınıp alınmadığı konusunda tarafların beyanları arasında çelişkilerin bulunduğu, bu hususun adli soruşturma ile açıklığa kavuşturulmasının mahkemenizin takdirinde olduğu oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Özkan Polat, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Ameliyat öncesi tanı için yapılan incelemelerin yeterliliği konusunda yorumlarınız nelerdir?

Hasta ilgili hekim tarafından ileus + ventral herni + intraabdominal kitle + akut batın tanıları ile yatırılarak ameliyat edilmiştir. Mevcut ultrasonografi raporunda intraabdominal kitle olarak yorumlanabilecek bir ifade yoktur. Özetle bilateral renal kistler ve epigastriumda herniasyon olarak rapor edilmiştir. Bu haliyle ileri bir tetkike ihtiyaç yoksa da, tedavi eden hekimin kist dışında intraabdominal kitleye yönelik kuşkusu devam ediyorsa, ultrasonografi yorumlarının operatör bağımlı olabileceği gerçeğinden hareketle Batın tomografisi istenmesi gerekirdi. Zira tedavi eden hekim ifadesinde de ısrarla intraabdominal kitle tanısını vurgulamıştır.

2-Teknik olarak batın ameliyatında böbrek travmasını nasıl izah edersiniz?

Bu olgu için mevcut batın içi sorunun (herni kesesinin ve yapışıklıkların) sol böbreğe ulaşıp bir kitle oluşturması söz konusu değildir. İlgili hekim batın içindeki sorunu giderdikten sonra sol renal kiste müdahale etmiştir. Kist duvarının serbestleştirilmesi ve açılması esnasında parankimde oluşan laserasyon kanamaya yol açabileceği veya hilus civarında arter/ven yaralanmasının bu duruma yol açabileceği düşünülmektedir.

3-Bu dosya hakkında bilirkşi raporunuz nasıl olurdu?

İlgili hekimin Genel Cerrah olması göz önüne alındığında mevcut batın içi patolojiyle direkt bir ilişkisi olmayan sol renal kiste müdahale etmesinin sorgulanması gerekir. Bu müdahale, uzmanlık alanı itibarıyla uygun değildir. Ancak, eğer endikasyon görüyorsa böbreğe müdahale etmeden önce üroloji konsültasyonu istenmesi gerekirdi. Zira basit böbrek kistlerinin tedavisinde açık cerrahi günümüzde ön planda değildir. Bunun ilgili uzman tarafından değerlendirilmesi gerekir. Kaldı ki akut batın düşünülen ve opere edilen bir hastada buna yönelik işlemden sonra, aciliyeti olmayan bir başka girişim yapılması ameliyata ilişkin komplikasyonları ve morbiditeyi artırıcı bir işlem olarak görülebilir.

3.2.4 HIPOALDESTERONİZM TANISI NEDEN KONULAMAMIŞ? SORUMLUSU KİMDİR?

TALEP

Sağlık Bakanlığı Vekilinin davalı doktor aleyhine verdiği dava dilekçesinde; Ölen Hasta varisleri tarafından, Sağlık Bakanlığı aleyhine, hizmet kusuruna dayanılarak maddi ve manevi tazminat istemi ile İdare Mahkemesinde dava açılmış ve yapılan yargılama sonucu davacıya ödeme yapılmıştır.

Devlet Hastanesi'nde görev yapan davalı görevini yerine getirirken kusurlu davranarak idareyi tazminat ödemek zorunda bıraktığından, ödenen tazminatın rücuen tahsili için iş dava açılmıştır. Olayda kusurluların tespiti istenmektedir.

İDDİA

Kızımın karın ağrısı, bulantı ve kusması mevcuttu. Devlet hastanesinde üroloji uzmanına gittik. Üroloji uzmanı muayene etti, tetkikler istedi. İdrar yollarında iltihap olduğunu söyleyerek ilaç verdi. Ancak daha sonra kızımın karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri arttı. Bu kez Devlet Hastanesi'ne götürdük, acil serviste ağrı kesici ve serum yapıldı, biraz düzelince eve gönderildiler. Aynı gün gece rahatsızlığının iyice artması üzerine tekrar hastaneye götürdük, acilde aynı hekimin kızımı muayene etti, genel cerraha gönderdi.

Genel cerrah muayene etti, tetkikleri değerlendirdi. Genel cerrah, böbrekte sorun olmadığı, kadın hastalıkları uzmanının da sorun bulamadığını, geriye tek apandisit ihtimalinin kaldığını, yüzde doksan dokuz sorunun bu olduğunu, bu yüzden ameliyat olması gerektiğini söyledi. O gece kızımın ameliyat oldu, ameliyat sonrası ağrıları devam etti, doktor normal dedi, 2-3 gün tedavi gördü, bir ara koluna girerek 2-3 adım yürütmeye çalıştık, dayanamadı ve yatırdık, sonraki gün kızım fenalaştığı ve komaya girdi, kan kustu, elleri kaskatı oldu, doktorlar Üniversiteye sevk etti, boş yer olmayınca Özel Hastaneye sevk edildi, ambulansın inmeden bir doktorun birtakım ölçümler yaptı, kolor 103'e düşmüş dedi, yoğun bakıma alındı, boş yer bulunması üzerine tekrar üniversite yoğun bakımına yatırıldı, burada öldü.

SAVUNMA

Üroloji Uzmanı (Hevlet Hastanesi): Bayan hasta karnın sağ orta ve alt bölgelerinde ağrı şikayetleriyle polikliniğine başvurmuştu. İdrar ve kan tahlili yapıldı. Hastanın kan sayımının normal, idrar tahlilinde 12-15 lökosit, l-2 eritrosit olduğu tespit ettim. Hastayı üriner enfeksiyon tanısıyla gözlem altına alınarak %5 Dekstroz 500 cc içine 1 ampul novaljin, 1 ampul molit ampul koyularak damardan verdik. Hasta 1,5-2 saat sonra rahatlayınca, hastaya proksacin 750 mg tablet 2x1, pyelseptil capsül 3x1, buskopan plus 3x1, lansor kapsül 1x1 reçete edilerek gönderdim. Daha önceden taş düşürdüğünü ifade ettiği için Direkt üriner sistem grafisi çektirdim ve herhangi bir taş olmadığını tespit ettim. Bunlarla yetinmeyip hastaya Üriner ultrasonografi istedim. Aynı gün içerisinde yapılan ayrıntılı ultrasonografi, yine aynı gün tarafından değerlendirildi ve tamamen normal olduğu, böbreklerde herhangi bir taş olmadığı tespit ettim. Böbrek fonksiyonlarının bozuk olduğunu düşündürecek "böbreklerde şişme, iltihap, küçülme, tek böbrekli olma, idrar yapamama, az idrar yapma) herhangi bir patoloji olmadığı için üre, kreatinin, elektrolit istemeye gerek görmedim. Kaldı ki yattığı dönemde bir sürü rahatsızlık geçirmesine rağmen yoğun bakımda bakılan biyokimya tahlillerinde üre, kreatinin normal olması doğru yaptığının ispatıdır. Hasta antibiyotik kullandığı ve için, idrar kültürü göndermedim. Hasta yine aynı gece acil polikliniğine başvurmuş, hasta değerlendirilmiştir. Burada yapılanlarla ilgili bilgim mevcut değildir.

Sonuç olarak; Hastanın şikayetleri ve tetkiklerini değerlendirdiğimde idrar tahlilinde idrar yolu iltihap bulguları olduğu, kan tahlilinde börek iltihabı düşündürecek bir beyaz küre yükselmesi ve ateş olmadığını, direkt röntgeninin ve ultrasonografisinin de tamamen normal olduğunu tespit ettim. Tetkikler ışığında hastada idrar kesesi iltihabı haricine başka hiçbir ürolojik bulguya rastlamadım. Hastayla tüm irtibatım bundan ibarettir.

Genel Cerrahi Uzmanı: Nöbetçi genel cerrah olarak hastanedeyken, acildeki arkadaşlar hastayı gönderdiler, muayene sonrası hastayı yatırdım, Nisaiye konsültasyonu istediğim, herhangi bir problemi olmadığını söyleyince akut apandisit olacağı düşüncesiyle ameliyat teklif ettim, saat gece 1.30'da ameliyata aldım, nöbeti devrederek eve gittim, ertesi gün mesaiye gelince hastanın ufak-tefek şikayetlerinin olduğunu öğrendim. Ayakta direk batın grafisi çektirdim, SGOT, SGPT, ALP, bilubin tahlilleri istedim, anormallik olmadığını gördüm, mesai bitiminde ayrıldım, o gece fenalaşmış, sabah nörolog başındaydı. Ani gelişen bilinç kaybını anlamak için BT istedi, bilinç kaybının devam etmesi üzerine Tıp Fakültesi'ni aradık, yer olmayınca Özel Hastaneye sevk ettik, ancak buradan da Tıp Fakültesi'ne sevk ettiklerini öğrendim, hasta burada vefat etmiş. Hastanın fenalaşmasının yapılan ameliyatla ilgisi yoktur, bilinç kaybı nedeni konusunda kesin bir fikrim de yoktur, üzerime düşeni yapmaya çalıştım.

BELGELER

USG: Bilateral böbrekler normal lokalizasyonlarında ve anatomik konfigürasyonlarında izlendiği, üriner varyasyon ya da renal hipoplazi, renal ektopi, malrotasyon, füzyon gibi anomaliler saptanmadığı, Bilateral pelvikaliksiyel sistemler normal genişlikte, lokal ya da jeneralize toplayıcı sistem dilatasyonu izlenmediği, toplayıcı sistem içerisinde ürolitiazis ile uyumlu kalkül imajı saptanmadığı, Bilateral böbreklerde kortikal, paraplevik ya da peripelvik yerleşimli kist bulunmadığı, polikistik böbrek hastalığı ile uyumlu bulgu ayırt edilemediği, hemanjiom, anjiomyolipom ya da diğer bir renal kitle lezyonu gözlenmediği, Her iki böbreğin parankim ekojeniteleri Grade 0 olup normal düzeyde, medikal renal hastalıklar ile uyumlu parankimal ekojenite artışı izlenmediği, bilateral böbreklerde kortikal ya da medüller nefrokalsinozis ya da kalsifikasyon bulunmadığı, Pyelonefrit ile uyumlu olabilecek nefromegali, parankimal kalınlık artışı, parankimal ekojenite azalması, kortikomedüller ayırım kaybı, lobar nefroni, parankimal ya da perirenal abse formasyonu, pyonefroz saptanmadığı, Mesane normal duvar kalınlığı ve duvar yapısına sahip, mesane içeriği normal olup idrar yolu enfeksiyonuna sekonder olabilecek idrar sedimenti, mesane duvar kalınlaşması bulunmadığı, kronik infravezikal obstrüksiyon ile uyumlu olabilecek mesane duvar kalınlığı artışı, trabekülasyon, mesane kapasitesinde azalma gözlenmediği, Bilateral üreterovezikal bileşkeler intakt olup obstrüksiyon nedeni olabilecek kalkül ya da diğer bir patoloji bulunmadığı, Sonuç/Yorum; normal sınırlarda üriner sistem ultrasonografi bulguları olduğu belirtilmiştir.

Devlet Hastanesi Belgeleri:

Kan sayımı (Ameliyat öncesi): WBC:9.29, Rbc:3.54, Hb:10.9, Hct:30., plt;211,

Ayaktın direkt batın grafisi: Normal

Ameliyatı notu: Mc Burney kesisi ile karın açıldı, apendix hiperemik ve ödemli, apendektomi yapıldı, karın içi temizlendi ve kapatıldı.

Kan tahlilleri (Ameliyat sonrası): WBC:15, RBC:3.45, Hb:10.7, Hct:27.2, plt;245

Kan tahlilleri (Ameliyat sonrası 1. Günde ani bilinç kaybı geliştiği zaman): Glukoz:90, üre:15, AST:92, ALT:29, ALP:142, T.bil;1.08, D.bil;0.26, l.bil;0.82, amilaz;47, Ca:7,1, Na:106, K:3,5, Cl:69.

Nöroloji konsültasyonu: Bir gün önce apendektomi nedeni ile opere olan olgunun bu sabah karın ağrısı ve bulantı sonrası kasılma ardından bilinç kaybı olduğu (nöbet?), bu nedenle konsulte edilen olgunun bilinç kapalı, E1, M5, V1 olarak değerlendirildi, IR +/-, pupiller izokorik, taraf bulgu yok, hastada öncelikle status epileptikus?, hipotansif ensefalopati düşünüldü, 2 kez Diazem amp. İV yapıldı, 750 mg. Epdantoin amp. İV yapıldı ancak bilincinde açılma olmadı, kranial BT'nin artefaktlı olup değerlendirildiği kadarıyla patoloji saptanmadı, ileri tetkik ve tedavi amacıyla sevk edildi.

BT: Her iki ambiyent sistemde hiperdansite (SAK?), serebral sulkuslarda silinme ile uyumlu beyin ödemi,

Özel Hastanesi'nin Belgeleri: Yoğun bakım endikasyonu ile getirildi. Epikriz ve tetkiklerinde; Na:106, Cl:69 olduğu, kranial BT'de; SAK?, beyin ödemi bulguları üzerine LP yapıldı, mikroskopik ve biyokimyasal tetkik istenmekle birlikte BOS makroskopisinde hemoraji izlenmedi, BOS berrak-bulanık (hafif) görüntüde, Sürrenal USG planlandı, kontrol tetkiklerinde; Na:100,8, K;2,61, Mg;0,61, P;0,90, Cl;71, idrarda Na;95,20 bulundu. Etyolojide primer veya sekonder hipoaldesteronizm düşünüldü. Entoksikasyon? Hastanın geliş ve son bulgular; IR yok/yok, ICR; +/-, ağırlı uyaranlara yanıt yok, GKS:3, pupiller dilate, spontan solunum yok, mekanik ventilasyonda; %60 O2 ile PCV modda, pH;7,47, PCO2; 22,3, PO2;125, 1,5 saatli tedavi; %3 NaCl 40 ml/h, Ulcuran amp. 3x50 mg., Bemix amp. 3x1, C vit amp. 2x1, Rocephin 1 g. 2x1, Prednol 40 mg. 3x1, Dopamin enf. 5mg/kg/dk., İzolayt 60 ml/h uygulandı. Daha sonra hasta tıp fakültesine sevk edildi.

Tıp Fakültesinin Tıbbi Belgeleri: Karın ağrısı, bulantı, kusma şikayetleri ile Devlet Hastanesi'nde akut batın tanısı konularak apendektomi ameliyatı yapılmış, operasyondan sonra hastada bilinç bulanıklığı gelişmiş, çekilen kranial BT şüpheli SAK olarak değerlendirilmiş, aynı gece sabah saat 06:00 sularında bilinç kapanması ve solunum arresti gelişmiş, hasta entübe edilerek özel bir hastaneye sevk edilmiş, aynı gün oradan da yoğun bakım ünitesine alınmış.

Hasta yoğun bakıma alındığında bilinç kapalı, glaskow koma skoru 3, entübe, ışık refleksi yok ve inotrop desteği (Dopamin 5 mcg/kg/dk) alıyor, tansiyon arteriyel alınamıyor, hasta hipotermik, kan biyokimyası sonuçlarında ciddi düzeyde elektrolit imbalansı mevcut, Na:107, K;3, Ca:6,1, Cl;80, BUN:7, Kreatinin;1, Glukoz;60, Hb;9,8, Wbc:4000, Plt;168.000.

Mekanik ventilatöre bağlandı, spontan solunumu yok, CVP kateteri, arteryel katater takıldı, hastanın yoğun bakıma geliş kan gazı; PO₂:99,3, PCO₂:12,9, PH; 7,6, BE; -5,6, Lactat;67, HCO₃; 19,3, CVP:5 mm/Hg.

Dosyası incelendiğinde; tarihinde çekilmiş kranyal BT sonucunda her iki ambiyent siternde hiperdansite (SAK), serebral sulkuslarda silinme ile beyin ödemi olarak değerlendirildiği, Beyin cerrahisi bölümünden konsültasyon istendiği, suboptimal çekilen BT sonucunda; SAK lehine bulgu saptanmadığı, inotrop desteği sağlandığı, Dopamin'e ek olarak Adrenalin (01 mcg/kg/dk) infüzyonu başlandığı, tansiyonları 110/50, gün boyu yaklaşık 110/50 seyrettiği, elektrolit imbalansı düzeltilindiği, %3 Serum Sale 20 cc/h den açıldığı, % 0,9 NaCl, 100 cc/h, kalsiyum 5 meq/h den açıldığı, kontrol elektrolit değerlerine göre idame sıvısı verildiği, idrar çıkışları saatlik takip edildiği, vücut external ısıtıcılarla ısıtılmaya çalışıldığı, vücut ısısı normal sınırlara getirildiği, kan şekeri regülasyonu yapıldığı, kan şekere göre kristalize insülin infüzyonu açıldığı, aralıklı kan şekeri ölçümleriyle regülasyon sağlandığı, servise kabulünden 3 saat sonra ağırlı uyarana üst ekstremitelerde ekstansör yanıt alındığı, Daha sonra ağırlı uyarana yanıt alınmadığı, ağırlı uyarana deserebre flexör yanıt alındığı, saat deserebre ekstansör olduğu, pupiller fix dilate, ışık refleksi olmadığı, elektrolitleri ve ısısı normal olduğu, hastaya apne testi yapıldığı, apne testi sırasında pCO₂;54 mm/hg da 2 adet spontan solunum olduğu, aynı gün beyin sapı uyarılmış potansiyellerine (BAEP) bakıldığı, sonuçta 90 dB bilateral verilen Klık uyarana yapılan BAEP incelemesinde tüm latanslarda BAEP yanıtları elde edilemediği, saat 17:00'de Dopamin 20 mcg/kg/dk., Adrenalin 0,1 mcg/kg/dk, Noradrenalin 0,2 mcg/kg/dk alırken tansiyonları labil seyrettiği (50/30, 90/40), saat 00:10'da tansiyon arteriyel değerleri 40/20 olduğu, bradikardisi geliştiği, 0,5 mg. Atropin, 3 mg. Adrenalin yapıldığı, bradikardisi ve hipotansiyonu düzeldiği, ağırlı uyarana yanıt alınmadığı, glaskow koma skoru 3 olarak değerlendirildiği, kardiyak arrest geliştiği, 3 mg. Atropin, 8 mg. Adrenalin, 60 mg. Aritmal %2 yapıldığı, ventriküler fibrilasyona girdiği, defibrile edildiği, kardiyak masaj yapıldığı, resusitasyona yanıt alınmadığı, saat 01:30'da exitus kabul edildiği kayıtlıdır.

Otopsi Raporu: Otopsi bulguları ve tıbbi belgelere göre kişinin ölümünün elektrolit imbalansı ve bunun uygun tedavi edilmemesi sonucu gelişen komplikasyonlardan meydana gelmiş olduğu kayıtlıdır.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Bulantı, karın ağrısı ve kusma şikayeti ile giden, sağ alt kadranda hassasiyet olan hastada akut apandisit düşünülerek apendektomi yapılmasının endikasyonunun doğru olduğu, ancak ameliyat sonrası hastaneye geliş şikayetleri aynen devam etmesine rağmen kan elektrolitlerinin hiç araştırılmamış olduğu ve mevcut patoloji anlaşılmadan hastanın sevk edildiği, başvurduğu hastanede gerekli tetkikler yapılarak uygun tedaviye başlandığı, ancak geç kalındığı geri dönüşümsüz evreye girdiği için hastanın muhtemelen dehidratasyon ve elektrolit dengesi bozukluğundan kaybedildiği, bu nedenle Devlet Hastanesi'nde ameliyat sonrası yapılan takip ve tedavinin tıp kurallarına uygun olmadığı oy birliği ile mütalaa olunur.

Yüksek Sağlık Şurası: Dosyadaki bilgi, belge ve bulgular değerlendirildiğinde; böbrek taşı kırma öyküsü olan hastaya üre, kreatinin ve elektrolit baktırmadan hastayı evine yollayan Üroloji Uzmanı kusurlu olduğuna, preop hazırlık döneminde böbrek taşı öyküsü olan hastada gereken tetkikleri (üre, kreatinin, elektrolitler) yaptırmadan ameliyata alan Genel Cerrahi Uzmanı kusurlu olduğuna şuramızca oy birliği ile karar verildi.

Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı öğretim üyeleri bilirkişi raporu: Hastanın üroloji uzmanı tarafından yapılan değerlendirmede de USG ve Direkt Üriner Sistem Grafisi çekirildiği ve idrar yolu enfeksiyonu düşüldüğü ve daha önce düzenlenen tedaviye ağrı kesici ilave edildiği, otopsi raporunda ölümlü izah edecek üriner sitemle ilgili herhangi bir patoloji tarif edilmediği, Adli Tıp Kurumu ölüm nedeni olarak otopsi bulguları ve tıbbi belgelere göre kişinin ölümünün elektrolit imbalansı ve bunun uygun tedavi edilmemesi sonucu gelişen komplikasyonlardan meydana gelmiş olduğunun belirlendiği, Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu'nun ölüm nedeni konusundaki görüşüne katıldığımızı, hastanın ölümünde asıl kusurun, ameliyat sonrası şikayetlerin devam etmesine rağmen hastaya zamanında gerekli tetkiklerin yapılmaması ve uygun tedavinin başlanmaması olduğu, kan elektrolitlerinin hiç araştırılmamış olması ve hastada mevcut patoloji anlaşılmadan sevk edildiği, başvurduğu hastanede gerekli tetkikler yapılarak uygun tedaviye başlandığı, ancak geç kalındığı, geri dönüşümsüz evreye girdiği, için hastanın muhtemelen dehidratasyon ve elektrolit dengesi bozukluğundan kaybedildiği, bu nedenle Devlet

Hastanesinde ameliyat sonrası yapılan takip ve tedavinin tıp kurallarına uygun olmadığı, üroloji uzmanı hastadan BUN, kreatinin ve elektrolitlerin istenmesi gereksiz olduğu, hekimin üre, kreatinin ve elektrolit bakılmasının gerekliliği konusundaki sorumlu tutmasının literatür bilgisi ile uyumlu olmadığını, kişinin ölüm süreci ile ilgili olarak üroloji uzmanının kusurlu olduğu kanaatine varmasının tıbbi bilgilerle uyumlu olmadığı sonucuna varılmıştır.

TEMYİZ DİLEKÇESİ

Genel Cerrahi uzmanı vekilinin temyiz dilekçesinde özetle; "Dosyada mevcut Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Dairesinin raporunda müteveffanın otopsi bulguları ve tıbbi belgelere göre ölümünün, kişinin elektrolit imbalansı ve bunun uygun tedavi edilmemesi sonucu gelişen komplikasyonlardan meydana geldiği belirtilmiştir. Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Dairesinin raporunda ise" bulantı, karın ağrısı, ve kusma şikâyetleri ile giden ve sağ alt kadranda hassasiyet olan hastada akut apandisit düşünülerek apandisit ameliyatı yapılmasının doğru olduğu, ancak ameliyat sonrası hastaneye geliş şikâyetleri aynen devam etmesine rağmen kan elektrolitlerinin hiç araştırılmamış olduğu ve mevcut patoloji anlaşılmadan hastanın sevk edildiği hastanede gerekli tetkikleri yapılarak uygun tedaviye başlandığı, ancak geç kalındığı, geri dönülmez evreye girdiği için hastanın kaybedildiği.." değerlendirilmiştir.

Yargılama sürecinde toplanan kanıtlar ve dinlenen tanık beyanları ile birlikte Yüksek Sağlık Kurulu'na gönderilen dosya ile ilgili olarak düzenlenen rapor'da özetle "..böbrek taşı kırma öyküsü olan hastaya üre; kreatinin ve elektrolit baktırmadan hastayı evine yollayan Üroloji Uzmanı kusurlu olduğuna, preopat hazırlık döneminde böbrek taşı öyküsü olan hastada gereken tetkikleri (üre, kreatinin, elektrolitler) yaptırmadan ameliyata alan gel cerrahi uzmanının kusurlu olduğuna." karar verildiği belirtilmiştir.

Dosyada mevcut bilgi ve belgeler ve raporlar bir arada değerlendirildiğinde esas hakkında savunmamızda da sunduğumuz gibi aşağıdaki sorunların irdelenmesi gerekmektedir.

Birinci sorun; Müvekkilin Apandisit tanısının doğru olup olmadığıdır. Bu konu Adli Tıp 3. İhtisas Kurulu'nun raporu ile tartışmasız bizimde çözüme kavuşturulmuştur. Bu raporda aynen " bulantı, karın ağrısı, ve kusma şikâyetleri ile giden ve sağ alt kadranda hassasiyet olan hastada akut apandisit düşünülerek apandisit ameliyatı yapılmasının doğru olduğu.." belirtilmiştir.

İkinci sorun; Yüksek Sağlık Kurulu Raporunda müvekkilin kusurlu olduğuna gerekçe olarak gösterilen Apandisit Ameliyatı öncesi (üre, kreatinin, elektrolitlerin) tetkiklerinin yapılmasının fen ve teknik olarak zorunlu olup olmadığı konusudur. Bu noktada Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Dairesinin dosyada mevcut raporu ile Yüksek Sağlık Kurulu raporu arasında çelişki vardır. Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Dairesinin raporunda "..ancak ameliyat sonrası hastaneye geliş şikâyetleri aynen devam etmesine rağmen kan elektrolitlerinin hiç araştırılmamış olduğu.." belirtmek sureti ile bu tetkiklerin ameliyat sonrası şikâyetlerinin aynen devam etmesi nedeni ile yapılması gerektiği söylenmektedir. Yüksek Sağlık Kurulu raporunda ise "preop hazırlık döneminde böbrek taşı öyküsü olan hastada gereken tetkikleri (üre, kreatinin, elektrolitler) yaptırmadan.." demek sureti ile Böbrek taşı öyküsü olup apandisit ameliyatı olması gerekenlerde bu tetkiklerin yapılmasının zorunlu olduğu anlamı çıkmaktadır. Bu durum iki rapor arasında çok temel bir çelişkinin varlığını ortaya koymaktadır. Bu çelişkinin giderilmesi çok önemlidir.

Hasta takriben bir yıl önce böbrek taşı kırdırılmıştır. Akut Apandisit'in patlamasının ölümüne yol açtığı bilinen bir olgudur. Bu nedenle de en acil ameliyatlardandır. Ve bu nedenle gece hasta ameliyata alınmıştır. Bu saatte; laboratuvar açık olmadığı için üre, kreatinin, elektrolit tetkiki yapmak fiilen mümkün değildir. Yasadaki ifadesi ile gece tetkik yapılacak "teknik alt yapı" yoktur. Bu fiili imkânsızlık nedeni ile ya hastanın apandisinin patlaması riski göze alınarak bu tetkiklerin yapılması ertelenecek ya da ameliyat yapılacaktır. Klinik ve acil şartlarda altta yatan ve çok nadir rastlanan bir sendromun tahmin edilmesi ve ön tetkiklerinin istenmesi mutlak bir uygulama değildir. Bu nedenle müvekkil ameliyat kararı vermiştir.

Üçüncü sorun; bu durumda Adli Tıp Üçüncü İhtisas Kurulu raporunda "ancak ameliyat sonrası hastaneye geliş şikâyetleri aynen devam etmesine rağmen kan elektrolitlerinin hiç araştırılmamış olduğu.." gerçeği ve tesbiti ile doğal olarak karşılaşıcağız.

Öncelikle bu aşamada Hastanedeki çalışma koşulları nedeni ile yalnız müvekkil yoktur. Müvekkil ameliyat sonrası sabah saat: 09.00 da ayrılmış, ertesi günü sabah saat:09.00 da gelmiştir. Bu sürede hasta ile görevli ve nöbetçi başka genel cerrahi uzmanları ilgilenmiştir. Ertesi günü sabah müvekkil hastaneye gelmiş ve hastayı gördüğünde bazı şikâyetlerinin devam ettiğini söylemiş, bunun üzerine direkt

karın grafisi, akş, sgot, sgpt, alp, bilirubin tahlilleri istemiş, bu grafi ve tahlil sonuçları hastada anormal bir durum göstermediği için müvekkil daha ileri bir tetkik ihtiyacı duymamıştır. Bu nedenle; üre, kreatinin, elektrolitlerin tetkiki yapılmamıştır. Hastanede; Genel Cerrahi Servisinde sürekli 24 saat süre ile Genel Cerrahi Nöbeti tutulmakta ve serviste sürekli Genel Cerrahi Uzmanı bulunmaktadır. Postop dönemindeki yakınmalar nedeni ile nöbetçi Genel Cerrahi Uzmanları da hastayı muayene etmişler, ancak şikâyetlerinin nonspesifik olması ve postop dönemde görülebilir şikâyetler olması nedeni ile üre kreatinin ve elektrolitlerin tetkikini düşünmemiş, semptomatik tedavi uygulamışlardır. Müteveffa hastaneye yatıp cerrahi müdahale geçirmeden önce değişik sağlık merkezlerine götürülmüş ve çok sayıda hekim tarafından muayene edilmiş, ancak hiçbir hekim hastada hiponatremi olabileceğini düşünüp bunu tesbite yönelik tetkik istememiştir. Bu da hastadaki şikâyetlerin hiponatremiye özel olmadığını göstermektedir. Sabah müvekkil hastaneye geldiğinde hastanın başında Nöbetçi Genel Cerrahi Uzmanı ve onun daveti ile gelen icapçı Nöroloji Uzmanını görmüş hastada gelişen bilinç kaybı nedeni ile Nöroloji Uzmanı tarafından Beyin tomografisi istenmiş, hasta ambulansla gönderilerek özel bir merkezde beyin tomografisi çekilmiş, şuur bozukluğunun devam etmesi nedeni ile Nöroloji Uzmanı tarafından yoğun bakım ünitesi olan bir hastaneye gönderilmek istenmiş, Tıp Fakültesi Hastanesi yoğun bakım Ünitesinde yer bulunmaması üzerine Özel hastaneye sevk edilmiş, oradan da tekrar Tıp Fakültesi hastanesine gönderilmiş, burada yoğun bakım ünitesinde vefat etmiştir.

Dördüncü sorun: Yüksek Sağlık Şurası raporunda “..böbrek taşı kırma öyküsü olan hastaya üre, kreatinin ve elektrolit baktırmadan hastayı evine yollayan Üroloji Uzmanı kusurlu olduğuna, preopat hazırlık döneminde böbrek taşı öyküsü olan hastada gereken tetkikleri (üre, kreatinin, elektrolitler) yaptırmadan ameliyata alan genel cerrahının kusurlu olduğuna karar verildiği belirtilmiştir. Bu durumda aynı olay nedeni ile birden fazla kişinin kusurlu olması nedeni ile ikisi hakkında yargılamanın birlikte yapılması ve kusur derecelerinin tesbitinin gerekip gerekmediğinin tartışılması gerekir.

Adli Tıp Kurumu (2): Kişinin Üroloji Uzmanı tarafından muayenesinin yapıldığı, gerekli tetkikleri istendiği, mevcut şikâyetlerine yönelik ürolojik açıdan uygun tanı konularak uygun tedavilerin uygulandığı, yapılan uygulamaların tıp kurallarına uygun olduğu cihetle; kişinin tedavi, muayene, takip ve tedavisinde görev alan Üroloji Uzmanına atfı kabil kusur bulunmadığı oy birliğiyle mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Dr. Elif Şenocak Taşçı, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

1- Hipoaldosteronizm nedir? Semptom ve bulguları nelerdir.

Hipoaldosteronizm, hem böbrek hem de kolonda potasyum sekresyonunu uyaran mineralokortikoidlerin eksikliği nedeniyle ortaya çıkan bir durumdur. Aldosteron salınımında azalma nedeniyle ortaya çıkabileceği gibi aldosterona duyarlılık nedeniyle de meydana gelebilir. Böbrek yetmezliği veya non-steroidal antiinflamatuvar ilaç, anjiyotensin inhibitörü, heparin, beta-blokör gibi neden olabilecek ilaç kullanımı olmayan hiperkalemi ve normal anyon gapli metabolik asidoz saptanan hastalarda akla gelmesi gereken bir tanıdır. Hiponatremi kompansatuvar mekanizmalar nedeniyle nadiren görülür. Hipoaldosteronizm şüphesi olan durumlarda aldosteron, renin ve kortizol seviyelerinin ölçümü tanı koymada yardımcıdır. Semptomlar nonspesifik olabileceği gibi genellikle hiperpotasemiye sekonder halsizlik, bulantı-kusma, bradikardi, taşipne, kas felci ve flask paralizi, derin tendon reflekslerinde depresyon ortaya çıkabilir. (Becker, Kenneth L. Principles and Practice of Endocrinology and Metabolism. Philadelphia, Lippincott, Williams & Wilkins, 2001. 785-790.)

2- Bu dosyadaki vakada ortalama bir hekim bu semptom ve bulgularla hipoaldosteronizm ayırıcı tanıda düşünmeli midir?

Hipoaldosteronizm genellikle dirençli hiperkalemi varlığında akla gelmesi gereken bir tanıdır. Vakada hastada derin hiponatremi ve normokalemi (takiplerinde hipokalemi) olduğunu görüyoruz. Ayrıca takiplerde hiponatremiye hipoglisemi ve hipotansiyon eşlik etmektedir. Hipoaldosteronizm izole mineralokortikoid eksikliği iken Addison hastalığı, glukokortikoid ve mineralokortikoid eksikliklerinin beraber izlendiği sıklıkla otoimmün kaynaklı bir hastalıktır. Aldosteron eksikliğine bağlı hipotansiyon, hiponatremi

mi (%88) mevcuttur. %60 vakada hiperkalemi eşlik eder. Vakada başvuru şikayetleri olan karın ağrısı, bulantı, kusma Addison hastalığında sıklıkla görülür. Bu nedenle hipoadosteronizmde daha olası olarak Addison hastalığının ayırıcı tanıda düşünülmesi uygundur. Ayrıca stres durumlarında hipotansiyon ve sıvı açığının hakim olduğu Addison krizi tablosu görülebilir. Vakanın postop takiplerinde rastlanan derin hipotansiyon ve hiponatremi, Addison krizinin bir sonucu olarak karşımıza çıkıyor olabilir. (UpToDate. Lynnette K Nieman. Primary Adrenal Insufficiency, Definition, clinical sign and symptoms and treatment. 2014.)

3- Bu dosya hakkında bilirkşi raporunuz nasıl olurdu?

Adli tıp kurumunun raporunda üroloji uzmanının kusurlu bulunmadığı, apendektomi endikasyonunun doğru olduğu ancak ameliyat sonrası hastaneye geliş şikayetleri aynen devam etmesine rağmen kan elektrolitleri hiç araştırılmadığı için hastanın muhtemelen dehidratasyon ve elektrolit dengesi bozukluğundan kaybedildiği, bu nedenle Devlet Hastanesi'nde ameliyat sonrası yapılan takip ve tedavinin tıp kurallarına uygun olmadığı belirtilmektedir. Hastada eş zamanlı, apandisit ve Addison Hastalığının varlığı ya da apandisit sonrası Addison tablosunun gelişmesi ihtimal dahilindedir. Ancak mevcut dosya bilgileri ile bu konuda yorum yapılamaz. Hastanın geliş şikayetleri elektrolit dengesizliğinden de ortaya çıkabileceğinden acile gelişinde ayırıcı tanıda elektrolit dengesizliği düşünülerek tetkik istenmeliydi. Hastanede gece şartlarında biyokimyasal tetkik istenememesi bir sistem-yönetim sorunudur. Bu konu idari yönden incelenmelidir. Apendektomi acil operasyon olduğu için operasyon öncesi kan elektrolitlerinin değerlendirilmesi zaruri değildir, ancak takip eden dönemde hastanın şikayetlerinin gerilememesi ve hastada bilinç kaybı geliştiğinde dahi elektrolit değerlerinin araştırılmamasından takip eden hekimlerin sorumluluğundan bahsedebiliriz.

3.2.5 KİST Mİ HİDRONEFROTİK BÖBREK Mİ?

İDDİA

Müvekkil, karın ağrısı şikayeti ile 25.03.2013 tarihinde Devlet Hastanesi'ne müracaat etmiş, yapılan üst abdominal MR incelemesi batın sol üst kadrani tama yakın dolduran yaklaşık 21x16 cm boyutlarında kistik sinyal gösteren, IVKM sonrası çepersel opaklaşma paternine sahip, orta hat yapılarını hafif sola, sol böbreği süperiora deplase eden kistik lezyon tespit edilmiş ve müvekkil 16.04.2013 tarihinde ameliyat edilmiştir. Ameliyatın başarılı geçtiği müvekkile söylenmiş ve müvekkil taburcu edilmiştir. Müvekkil, 03.07.2013 tarihinde Devlet Hastanesi'nde yapılan tüm abdomen US incelemesinde sol böbreğin opere edildiğini, yani ameliyatla alındığını tam olarak öğrenmiştir. MR incelemesinde her iki böbrek normal yerleşim ve büyüklük gösterdiği, konturları düzenli olarak izlendiği tespit edilmiştir. Yani ameliyat öncesi müvekkilin her iki böbreğinin de bulunduğu ve de sağlıklı oldukları tespit edilmiştir. Müvekkilin ameliyat esnasında sağlıklı olan sol böbreği alınmış ve gizli şekilde sol böbrek yok edilmiştir, belki de organ olarak satılmıştır, tüm bu soruların savcılık soruşturması sonunda cevaplanmasını umuyoruz. Alınan böbreğin patoloji laboratuvarına gönderilmediği de olarak ibraz ettiğimiz patoloji incelemesinden de anlaşılmaktadır. Neticede sağlıklı olup da ameliyatla alınan böbreğin akıbetinin ne olduğu hala tarımızdan bilinmemektedir.

Müvekkil, genç yaşta tek böbrek ile yaşamak zorunda bırakılmıştır, ilkokul mezunu olan müvekkil beden gücüne dayalı işlerde bugüne kadar çalışa gelmiş olup, tek böbreğinin olmaması nedeniyle müracaat ettiği işyerlerinden de red cevabı almaktadır. Müvekkilin olay sonrası yaşadığı stres (iş başvuruları, başvuru formunda tek böbrek olduğunun belirtilmesi zorunluluğu nedeniyle reddedildiğinden) herhangi bir işe de girememiş olması nedeniyle artarak devam etmektedir. Müvekkilin yaşam sağlığını ve tüm çalışma hayatını etkileyen, zorlaştıran hukuka ve insan haklarına aykırı olarak, aynı zamanda suç teşkil edecek şekilde yapılan işlem nedeniyle çalışma gücünün azalması, kazanç mahrumiyeti zımında (fazlaya ilişkin haklarımızı saklı tutarak) şimdilik 20.000 TL maddi ve bedensel bütünlüğünün ihlali ile yaşamını zorlaştıracak, belki de kısaltacak şekilde tek böbrekle yaşamaya mahkum olması nedeniyle manevi zararlarının telafisi zımında 300.000 TL manevi zarara davalı idarenin mahkum edilmesine karar verilmesi için iş bu davayı açmak zarureti iktiza etmiştir.

Müşteki 2. ifadesi: Doktor bana sende MR sonucuna göre kist var dedi. Seni ameliyat etmemiz lazım dedi. Ameliyat sonrası bana hiçbir bilgi vermedi. Yaklaşık ameliyattan 2 ay sonra patoloji raporunu aldım. Doktor beye gösterdim. Doktor bey raporu inceledi, bana odaya geç, USG ile sana bakacağım dedi. Karnıma ultrason yaptı. Ya dedi senin doğuştan sol böbreğin yoktu, ya da böbreğin çürümüş, biz de almış olabiliriz dedi. MR sonucunda iki böbreğim de sağlam gözüküyordu. Bana sadece kistin var deyip ameliyat edip, daha sonra sol böbreğimin de alınmış olması ve bu konuda tarafıma hiçbir bilgi verilmemesi beni şüphelendirdi. Ben de sol böbreğimin yanlışlıkla alındığını düşünüyorum, bu konunun aydınlatılması için her türlü yasal hakkımı kullanacağımı beyan ediyorum.

SAVUNMA

Davalı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun dilekçesinde; "...Dava dosyasına sunulan belgelerin tetkikinden de anlaşılacağı üzere, davacıya karında şişlik şikayeti ile Devlet Hastanesine müracaatı üzerine gerekli bütün tıbbi muayene ve müdahaleler yapılmıştır. Davacının, sol böbreğinin alınması işleminde de tıbbi bir hata bulunmamaktadır. Nitekim, konu ile alakalı olarak düzenlenen Ön İnceleme Raporu'nda; 'Elimizdeki MR ve patoloji raporları müşteki, tanık ve ön inceleme yapılan doktor ifadeleri ve hastanemizde müştekiye yapılan işlem ve tahliller doğrultusunda; çekilen üst abdominal MR kesitlerinin yanlış değerlendirilmesi, varolan kitlenin çürümüş, işe yaramaz ve kistleşmiş hidronefrotik-atrofik sol böbrek olduğunu rapor etmesi gerekirken sol böbreği sağlam demesi ve sol böbreği deplase eden mezenter veya omental kist olabilir yönündeki saptaması hem hekimi hem de hastayı yanıltmıştır. Burada operasyonu yapan hekim tıbbi açıdan gerekeni yapmış, çürümüş, kistleşmiş işe yaramaz sol böbrek dokusunu çıkartmış fakat MR sonucuna bağlı olarak hastaya sol böbreğinin çürüdüğünü ve onu çıkaracağı yönünde bilgi vermesi gerekirken yanlış ve eksik bilgi vermiştir. Hasta operasyona bağlı hiçbir komplikasyon yaşamamıştır, ilk aşamada dahi çürümüş kistleşmiş hidronefrotik atropik sol böbrek tanısı konmuş olsaydı Doktor yapacağı operasyon yine aynı olacaktı' tespitlerine yer verilerek, ameliyat esnasında tespit edilen ve çalışmayan sol böbreğin alınmasının tıbbi açıdan uygun olduğu kanaatinde bulunulmuştur.

Genel Cerrahi Uzmanı: Hasta bana karın ağrısı, nefes darlığı, karında şişlikle müracaat etti. Kendisini yapmış olduğum muayenede karnın sol tarafını tamamen dolduran bir kitle tespit ettim. MR'ı istedim. MR sonucunda mezenter kist ya da omental kist tespit edildi. Ben de bu ameliyatı yapabileceğime kanaat getirdim ve yaptım. Batından içinde yaklaşık 5 lt sıvı olan büyük bir kistik kitleyi başarı ile çıkarıp patolojiye gönderdim. 2 ay sonra patoloji raporuyla birlikte geldi. Ben bir baktım, hidronefrotik atrofik sol böbrek olduğu rapor edilmiş. Ben o zaman anladım ki almış olduğumuz kistik doku halk tabiriyle çürümüş sol böbrekmış. Hastaya sol böbreğinin çürümüş olduğunu aldığımız kitlenin çürümüş böbrek olduğunu izah ettim. Fakat anlamadı.

BELGELER

Üst abdominal MR raporu: Her iki böbrek normal yerleşim ve büyüklük göstermekte olup konturları düzenli olarak izlenmektedir. Kortikomedullar ayırım net olarak yapılmakta, parankim ve kollektör sistem sinyal dağılımları normal olarak izlenmektedir. Kolektör yapılarında ektazi, böbreklerde yer kaplayıcı lezyon izlenmemiştir. Üreterlerde genişleme saptanmamıştır. Perirenal yağlı doku sinyal intensitesi korunmuştur. Renal arter ve ven lümenleri normal genişlikte ve serbest olarak izlenmektedir. Batın sol üst kadrani tama yakın dolduran yaklaşık 21x16 cm boyutlarında kistik sinyal özellikleri gösteren, IVKM sonrası çepersel opaklaşma paternine sahip, orta hat yapılarını hafif sola, sol böbreği süperiora deplase eden kistik lezyon izlenmektedir (Mezenterik kist?, Omental kist?).

BİLİRKIŞI RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Karında şişlik yakınmasıyla başvuran hastaya çekilen kontrastlı üst batın MR'ın Kurulumuzca incelenmesinde 'batın orta hattın solunda yaklaşık 16x20 cm boyutlarında T1 hipo, T2 hiperintens periferik kontrast tutulumu gösteren düzgün konturlu ince cidarlı kistik lezyon izlendiği, sol böbreğe ait görünüm izlenmediği'nin tespit edildiği, bahse konu MR'ın raporunda 'her iki böbreğin normal yerleşim ve büyüklük göstermekte olup konturları düzenli olarak izlenmektedir' şeklinde belirtilmesinin tıbbi bir eksiklik olduğu, aynı raporda 'Batın sol üst kadrani tama yakın dolduran yaklaşık 21x16

cm boyutlarında kistik sinyal özellikleri gösteren lezyon (mezenterik kist?, omental kist?)' tarif edilmesi üzerine davalı Genel Cerrahi Uzmanı tarafından 'kist eksizyonu' ameliyatı yapılmış olduğu, tarif edilen kistik kitle için yapılan cerrahi girişimler arasında söz konusu ameliyat şeklinin uygulanan yöntemlerden biri olduğu, ameliyat esnasında ve sonrasında herhangi bir komplikasyon tanımlanmadığı, ameliyat esnasında alınan kistik kitlenin patolojik incelemesi sonucunda düzenlenen raporda "Tanı: Parankiminde fokal alanlarda atrofi ve inflamasyon bulguları gösteren hidronefrotik böbrek dokusu ile uyumlu histopatolojik ve makroskopik bulgular." şeklinde kayıtlı olduğu, dolayısıyla ameliyat sırasında çıkarıldığı bildirilen kistik kitlenin, anatomik yapısı ve fonksiyonel kapasitesi ileri derecede bozulmuş hidronefrotik ve atrofik böbrek dokusu olduğunun anlaşıldığı, tarif edilen kitlenin özellikleri dikkate alındığında, böbrek dokusu olduğunun ameliyat sırasındaki makroskopik değerlendirme ile anlaşılamayabileceği ve bu kitlenin eksize edilerek vücuttan çıkarılmasının tıbben doğru olduğu, ameliyat öncesinde veya esnasında söz konusu kitlenin böbrek dokusu olduğunun anlaşılması halinde de tedavi şeklinin değişmeyeceği, yapılan operasyon ile hastaya zarar verilmemiş olduğu cihetle; dava konusu olayda davalı Genel Cerrahi Uzmanı uygulamalarının tıp bilimince genel kabul görmüş ilke ve kurallara uygun olduğu, dolayısıyla ilgili hekime atfı-kabil kusur bulunmadığı oy birliği ile mütalaa olunur.

Tıp Fakültesi Öğretim üyesi:

1- Preop çekilen MR in raporunda hidronefrotik böbrek kist olarak değerlendirilmiş, böbrekler normal olduğu belirtilmiştir. MR görüntülerinde sol böbreğin olmadığı, kistik kitlenin hidronefrotik böbrek olduğunu ortalama bir radyoloji uzmanı tarafından tanınması gerekir. Bu nedenle MR görüntülerini değerlendiren radyoloji uzmanının uygulamasının tıbbi hatadır.

2- Batın sol üst kadranı tama yakın dolduran kistik lezyonların ayırıcı tanısında hidronefrotik böbrek, böbrek kisti yer alması ve bunlara yönelik değerlendirilme yapılması genel tıbbi bilgidir. Ayırıcı tanıyı yetetrince ve uygun bir şekilde yapmadan hastayı ameliyat eden genel cerrahın uygulamaları hatalıdır.

3- Hastanın kistik hale gelmiş böbreğinin alınmış olması nedeniyle hasta zarar görmemiştir. Önceden tanı doğru konulsaydı dahi aynı ameliyatın yapılması gerekecekti.

DEĞERLENDİRME

Uz. Dr. Bircan Mutlu, Giresun Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Radyoloji uzmanı raporlarında her vakaya tanı koymak zorunda mıdır? Radyoloji uzmanı hatalı olup olmadığı nasıl belirlenir?

Radyoloji uzmanı raporlarında her zaman kesin tanı koyamaz. Mevcut bulguları sıralar ve bilgisi, tecrübesi ölçüsünde olası tanıları sıralar ve yeterli fikri oluşmadıysa ilave ek görüntüleme yöntemleri önerir. Meslekte her branşta olduğu gibi zaman zaman radyoloji uzmanları da yanılabilir, bilgisi, deneyimi yetersiz olabilir, iş yoğunluğundan dolayı da eksik veya yanlış rapor yazabilir. Bu onun açısından tıbbi hata mıdır? Malpraktis midir? Örn: Herhangi bir cerrahın yanlışlıkla organa komşu damarı yaralaması gibi (örneğimizdeki cerrah yetersiz tecrübeden de damarı kesmiş olabilir, yorgunluk ve dikkatsizlikten de yeterli özeni göstermeyip kesmiş olabilir. Tıpkı radyoloji uzmanının yanlış raporu yeterli mesleki tecrübesi olmadığından veya özensizlik, dikkatsizlik sonucu yazabileceği gibi.)

Tıp pratiğinde her veri bulmacanın (puzzle) bir parçası gibidir. Bu parçaların tümünü birleştirip, resme geniş bakmak en son kararı verecek kişinin sorumluluğundadır. Burada bizim vakamızda esas sorumluluk genel cerrahıdır.

Radyoloji uzmanının hatası olup olmadığı vaka bazında değerlendirilebilir. Örneğimizde MR CD'leri farklı hastanelerde (eğitim araştırma hastanesi, üniversite hastanesi, devlet hastanesi) çalışan 15 uzmana gönderilir ve rapor yazmaları istenir. CD'yi yorumlayanların %60'ı (bu sınır %70-80 de olabilir) lezyona kist derse ilk bakan radyoloji uzmanı hatasız kabul edilir. %60'ı hidronefrotik böbrek derse ilk bakan radyoloji uzmanı hatalı kabul edilir.

2- Radyoloji uzmanının hatası durumunda klinisyen sorumluluğu ne olur?

Radyoloji uzmanı hatalı da olsa esas sorumluluk son kararı veren klinisyendedir. Yanlış rapora bağlı yanlış cerrahi yapılmışsa kusur 2/8 radyoloji uzmanında, 6/8 cerrahta olmalı.

Örnek senaryo: 45 yaşında kadın hastanın BT'sinde radyoloji uzmanı piyonefrozu, taşlı, perirenal kirlenmesi olan pelvik böbreği pelvik komplike kist? kitle? teratom? diye yorumladı ve kadın doğum uzmanı/genel cerrah kitle eksizyonu yapıyorum diye nefrektomi yaptı. Esas sorumluluk kimde? Ameliyatı yapan kişide olmalı; çünkü temel tıp eğitimi içinde anomaliler, malformasyonlar konusu işlenmekte ve kitle şüphesi yanında ektopik böbrek de düşünülmemelidir.

3- Bu vaka hakkında bilirkişi görüşünüz nasıl olurdu?

Kararım adli tıp kurumunun bilirkişisi ile aynı olurdu. Ancak farklı bir görüş şöyle de diyebiliriz:

Hidronefrotik, atrofik böbrekten şüphelenilse ve Renal DMSA Sintigrafisi istense ve böbreğin %10-15 çalıştığı raporlansa, hastaya sol böbreğinin az çalıştığı söylene ve yapılabilecekler arasında sol basit nefrektomi ve takip seçeneği sunulsa, belirgin rahatsızlık veren şikayet, tekrarlayan enfeksiyonlar, şiddetli ağrı gibi durumlar gelişirse böbreğin alınması gerektiği bilgisi verilse hasta belki de takip seçeneğini seçmek isterdi. Bizim vakamızda hastanın bu seçme şansı, kendi sağlığı ve organı hakkında karar verme hakkı elinden alınmış olmuş. Ancak hastaya zarar verilmediğinden ve hidronefrotik atrofik böbreğe nefrektomi bir tedavi seçeneği olduğundan kararım adli tıp kurumunun bilirkişisi ile aynı olurdu.

4- Radyoloji uzmanının hatalı raporundan sadece hasta mı zarar görür?

Burada hatalı rapordan dolayı yapılan cerrahi işlem hastaya zarar vermemiştir ancak cerrahı çok yıpratmıştır. Çalışkan, sorumluluk alan, hastaya yardım etmek, sağlığına kavuşturmak niyetinde olan cerrahın mesleğini icra ederkenki motivasyonunu azaltmıştır, hastayla cerrahi karşı karşıya getirmiş ve davalık olmuşlardır. Cerrah bu dava sürecinde işini yapamaz olmuş ve mahkemelere gitmek, ifade vermek ve savunma yazmak zorunda kalmış, maddi ve manevi olarak yıpranmıştır. Bu durumda cerrah radyoloji uzmanına tazminat davası açabilir mi?

3.2.6 PATOLOJİYE GÖNDERMEMENİN SONUÇLARI: TIBBİ UYGULAMADA YÖNETİM SORUNLARI

İDDİA

Yan tarafımda ağrı ve idrar şikayetleri ile doktora gittik. Doktor sol böbreğimin çürümüş olduğunu ve alınması gerektiğini söyledi. Kabul ettik. Ameliyat yapılarak sol böbreğim alındı. Alınan böbreğim de örnek olarak kavanoza alınarak tahlile gönderilecekti ben hastanede yatarken alınan böbreğim kavanozda benim odamda 4 gün boyunca kaldı, eşim doktora böbreğin tahlil için niçin gönderilmediğini sormuş doktorunda göndermesem de olur cevap vermesi üzerine eşim mutlaka tahlil amacıyla patolojiye gönderilmesini istemiştir, doktor gereğim yaparız diyerek eşime cevap vermiştir.

Ameliyattan sonra ağrılarım devam etti, bir hafta sonra yine aynı hastaneye kontrole gittim, Beni ameliyat eden doktor olmadığı için başka bir doktora muayene oldum, beni ultrasona gönderdi, hiçbir şeyimin olmadığını, ağrılarımın nedeninin geçirdiğim ameliyatın psikolojik etkisinden kaynaklandığını söyleyerek bana ilaç yazarak eve gönderdi.

Bir yıl kadar sonra tıp fakültesine gittim. Burada yapılan biyopsi sonucunda kanser teşhisi konulmuş. Eğer ilk gittiğim ve ameliyat olduğum özel hastanede erken teşhis yapılırsa idi, benim tedavime daha erken başlanılıp daha kısa sürede sağlığıma kavuşurdum, Özel Hastanede böbreğimi tahlile göndermeyen doktor görevini ihmal etmiştir.

"Davacı babam olur. Ameliyattan çıktıktan sonra şişede aldıkları parça olduğunu söyledikleri böbreği de getirdi odada kavanoz ile getirdi. Annem daha önce ameliyat olup parça patolojiye götürüldüğünden parçayı sorduk doktor gerek yok ameliyat gayret başarılı geçti dedi. Ameliyattan sonra ağrılarım devam ettiği için başka hastaneye gittik 3-4 gün yattı oradan da Tıp Fakültesi Hastanesine sevk edildi orada şüphelendiler iğne ile biyopsi yaptılar. Burdaki doktorlar babamın ilk ameliyat tahlil raporunu istediler. Hastaneye patoloji belgesini istedikleri için bizzat gittim görevli memur ile konuştüğümde kendilerinde olmadığını söylediler anlaşmalı tahlil yaptıkları laboratuvar varmış ora ile irtibat kurdular onlarda kendilerinde hastanın böbreklerinin olmadığını söylediler böylece patolojiye gönderilmediği ortaya çıktı. Tıp Fakültesi Hastanesinde babamın ameliyattan önce dahi kanser olduğu, bize söylenmediği ortaya çıktı"

Hastanın ameliyat materyalini patolojiye göndermeyerek teşhis konulmaması, hastalığın ilerlemesi ve hastanın ölümüne sebep olan hekim görevini ihmal etmiştir. Maddi manevi tazminat talep edilmektedir.

SAVUNMA

Hastaya yapılan ultrasonografide ileri dercede hidronefroz mevcuttu. Yapılan IVP de böbrek fonksiyon göstermiyordu. Böbreğin çalışmaması nedeninin radyolojik tetkiklere dayanarak büyük bir olasılıkla böbrek kanalında tıkanıklığa yol açarak böbreğin iflas etmesine yol açan bir tümör olduğu bilgisi hasta yakınlarına aktarılmıştır. Hasta yakınları kanser olayının hastanın moralinin bozulmaması için hastadan gizlenmesi konusunda şahsımdan ısrarda bulunmuşlardır. Hasta ailesine, Böbrek kanseri kesin teşhisinin ameliyattan sonra çıkartılacak materyalin patolojik incelemeyle netleşeceği bilgisi detaylı olarak izah edilmiştir.

Hastaya üreter tümörünün standart tedavisi olan nefroüretrektomi ve parsiyel sistektomi uygulanmıştır. Ameliyattan sonra servise ameliyat materyali ile alınan hastaya standart patoloji uzmanı olmadığından materyeller bir ücret karşılığında özel bir patoloji laboratuvarına veya ücretsiz devlet hastanesi patoloji laboratuvarına hasta yakınları ile gönderiliyordu. Hasta ücreti kabul etmeyince, hastaya ön tanıyı gösteren patoloji istek formu verilmiş ve materyelin kendilerine verilen formla Devlet hastanesine gitmesi söylenmiştir.

Patoloji formu iki nüsha hazırlanır. Üst nüsha hastaya verilir, alt nüsha hastanın dosyasına konur. İkinci nüsha hastanın dosyasındadır. Bir hekim patolojik istemi nasıl yapması gerekiyorsa o işlem eksiksiz bir şekilde yapılmıştır.

BELGELER

Özel Hastanenin tıbbi belgeleri: Solda künt vasıflı lomber ağrı halsizlik, kilo kaybı olduğu, 3 aydır yakınmaları mevcut olduğu üreterde obstrüksiyon yapan kitle saptandığı, sol üretral tümör tanısı ile yatırıldığı, sol flank kesi ile retroperitoneal bölgeye girildiği böbreğin parankimini kaybettiği ve belirgin hidronefrotik olduğu, üreter alt uca kadar diseke edildiği, böbrek fasia ile beraber üreter total olarak ve mesane kafı enblok halde çıkarıldığı, dren konularak katlar kapatıldığı, postop 2. gün dreni çekildiği, genel durumu iyi olan hasta postop 3. gün önerilerle taburcu edildiği

Hasta adına düzenlenmiş patoloji istem formunda; "sol üreter üst bölümde 2x2 cm.lik papiller tümöral oluşum ve nonfonksiyone böbrek" yazılı olduğu...

Tıp fakültesi hastanesinin (Nefrektomiden 1 yıl sonra) belgelerinde, toraks ve tüm abdomen BT'de sol nefrektomili olguda sol paraaortik yaygın lenf nodu kitleleri, üreter trasesinde psoas önünde ve üreterde mesane içerisinde TM kitleleri, her iki akciğerde met ile uyumlu kitle, sağ iliak kemikte nodüler sklerotik lezyon (pelvis renalis (TCC) transizyonel cell ca nedeniyle opere olguda nüks + met ile uyumlu bulgular), intraabdominal kitle biyopsisinde, bulguların yüksek dereceli TCC metastazı ile uyumlu olduğu ve karsinoma metastazı tanısına varıldığı,

Onkoloji polikliniğine yazılan konsültasyon isteminde 10 ay önce nefrektomi yapıldığı, o döneme ait patolojik inceleme yapılmadığı, BT'de her 2 akciğerde metastatik lezyonlar ve sol paraaortik ve psoas önünde nüks kitle olduğu, iğne biyopsisi sonucunda TCC metastazı ile uyumlu olduğu. Sitotoksik kemoterapi açısından değerlendirme istendiği. Yapılan değerlendirme sonucunda metastatik mesane kanseri + Akciğer + Kemik metastazı tanısı ile Gemistabin (1+8+15) Karboplatin (3 haftada bir) Zometa (3-4 haftada 1) uygun görüldüğü, kemoterapi uygulandığı,..eks olduğu..

BİLİRKİŞİ GÖRÜŞÜ

Adli Tıp Kurumu-1: Operasyon esnasında çıkarılan parçanın patolojik incelemesinin yaptırılması gerekirken bunun yapılmamış olmasının eksiklik olduğu, tıbbi belgelerde kayıtlı laboratuvar veriler ile klinik bulgulara göre kişinin hastalığının ağırlığı ve seyri dikkate alındığında zamanında patolojik inceleme yapılması halinde dahi kurtulmasının kesin olmadığı" mütalaasına varıldı.

İTİRAZ

Davalı vekilinin itiraz dilekçesinde "Sayın adli tıp kurumunca raporun 6.maddesinde yazılı olduğu üzere hastanın dosyasında hasta adına düzenlenmiş doktor imzalı patoloji istem formunda;sol üreter üst bölümde 2x2 cm.lik papiller tümoral oluşum ve nonfonksiyone böbrek" yazılı olduğu tespit edilmiştir. Müvekkilimin o dönem çalışmış olduğu hastanesinde patoloji laboratuvarı olmadığından hasta da hastane ile anlaşmalı laboratuvarın ücretini ödemek istemediğinden müvekkilim Devlet Hastanesi'ndeki laboratuvarında bu tetkikin yaptırılması için bu belgeyi düzenlemiştir. Hekim olarak müvekkilimin görevi ameliyatta çıkan materyalin hastanede patolojiye gönderilmesi gerektiğini söylemektir. Ameliyat sonrası hastadan alınan materyalin hastanede patoloji laboratuvarına ücretli gönderilmesi hekimle ilgili bir husus olmayıp, görev ve sorumluluk dahilinde bir durum olarak tanımlanamadığından hekime bu konuda bir sorumluluk yüklenmeyeceği açıktır. Ameliyatın yapıldığı hastanede patoloji laboratuvarının olmaması hekimden kaynaklı bir durum olmayıp, hastane ile ilgili bir durumdur. Bir üroloji uzmanı uzmanının, cerrahın hastadan alınan materyali başka bir ildeki laboratuvara götürme veya aynı ildeki başka bir hastanedeki laboratuvara götürme veya aynı ildeki başka bir hastaneye götürme ve kişisel olarak takip etme görevi yoktur.

Operasyon esnasında çıkarılan parçanın patolojik incelemesinin yapılmamış olmasının eksikliği ameliyatı yapan doktor olan müvekkilimden kaynaklanmamaktadır. Müvekkilim hastane yöneticisi değildir. Çalışmış olduğu hastanede patoloji laboratuvarının olmaması, ameliyatta alınan parçanın hastane tarafından başka bir laboratuvara gönderilmemesinde ne müvekkilimin kusuru vardır ne de müvekkilimle bağlantısı vardır. Yetki ve görev kapsamında olmadığından dolayı müvekkilime isnad edilecek bir kusur yoktur. Sayın adli tıp kurumu tarafından yapılacak olan olası kusur tespitinde kanaatimizce mahkemenin ara kararında da belirtildiği üzere önce laboratuvara gönderilmemeden kimin sorumlu tutulacağı belirlenmesi lazımdır. Bir çalışan ve doktor olarak müvekkilimin mi, yoksa hastanenin mi yoksa anlaşmalı laboratuvar ücretini ödemeyen ve çıkan parçayı devlet hastanesine götürmeyen hasta yakınlarının mı? Müvekkilim açılan ceza davasında beraat etmiştir. Yapılmış olan ameliyatla hastanın mevcut durumu arasında iliyet bağı bulunmamıştır. Bu nedenle açılmış olan davanın REDDİNE karar verilmesini arz ve talep ederiz"

Adli Tıp Kurumu-2: Operasyon esnasında çıkarılan parçanın patolojik incelemesinin yaptırılması gerekirken bunun yapılmamış olmasının eksiklik olduğu, bu eksiklikten ameliyatta çıkartılan materyallerin kayıt edilmesi, patolojiye gönderilmesi veya hastaya verilmesi gerekirse bunun doktor direktifi ile hastaya teslim edilmesi ve direktif ve teslimin kayıt altına alınarak yapılması gerekirken yapılmamasından hastane idaresinin sorumlu olduğuna, tıbbi belgelerde kayıtlı laboratuvar verileri ile klinik bulgulara göre kişinin hastalığının ağırlığı ve seyri dikkate alındığında zamanında patolojik inceleme yapılması halinde dahi hastanın kurtulmasının kesin olmadığına karar verildi.

DEĞERLENDİRME-1

Prof. Dr. Haluk Erol, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Hasta için yapılan ayırıcı tanı çalışmaları değerlendiriniz?

Hasta yakınlarının dilekçesinde: "yan ağrısı ve idrar yakınmaları" olduğu ifade edilmektedir. Hekim savunmasında ise USG ile ileri derecede hidronefroz saptandığı ve IVP yapıldığı, bunda da fonksiyon görülmediği ifade edilmektedir. Savunmada bu işlev kaybının üreteri tıkayarak iflaza yol açmış bir tümör olabileceği ve bu ön tanının hasta yakınlarına paylaşıldığı ifade edilmektedir.

Sunulan bilgiler, asıl hasta kayıtlarının tümünü yansıtmadığından ve hukuk bilimi çerçevesindeki bir özetini içerdiğinden bu maddede, "yapılması gereken", mevcut kılavuzlar eşliğinde sunulacaktır ve en sonunda mevcut bilgiler ışığında görüş özetlenecektir.

İfade edilen ön tanı "üreter malignitesi" olduğuna göre bu konuyla ilgili kılavuz bilgisi özetlenmelidir. (Avrupa Üroloji Derneği Kılavuzundan alınmıştır)

En sık görülen semptom hematüridir (idrarda kan bulunması: görülen veya tetkik ile saptanan) ve oranı %70-80 civarındır (kastedilen idrar yakınması bu olabilir). Yan ağrısı %20-40 oranındadır ve %10-20 oranında da kitle ele gelebilmektedir.

Hastanın başvurusunda öncelikle ultrasonografi yapılmıştır. Yan ağrısı ve hematüri için bu yaklaşım uygun gözükmektedir. Ancak "ileri derecede hidronefroz" tanındıktan sonra IVP çekilmesi gerçekçi olmasa gerektir. Olmayan parankimin işlev göstermeyeceği beklenmelidir. Dolayısı ile bu işlev kaybı, görüntülemenin yetersiz (yararsız) olmasını işaret etmektedir. Üreter malignitesi öngörüldüğüne göre yapılması gereken yaklaşım önerileri kılavuzlarda şöyle bildirilmektedir:

- 1) Sitoloji alınmalıdır (A seviyesi öneri)
- 2) Sistoskopi yapılmalıdır (A seviyesi öneri)
- 3) BT ürografi yapılmalıdır (A seviyesi öneri)

Bunların yetersiz ve ayırt edici olmaması durumunda da

- 1) Üreteroskopi ve biyopsi alınması (C seviyesi öneri)
- 2) Retrograd ürografi yapılması (C seviyesi öneri) düşünülebilir.

Bunların herhangi birinin yapıldığına dair bilgi bulunmamaktadır. Dolayısı ile tanıya ve ayırıcı tanıya yönelik "yapılması önerilen" aşamaların yapılmamış olduğu söylenebilir. Ancak tüm bu girişimler tanı ve ayırıcı tanı için olup, sonradan yapılacak tedavinin gerekçesini (medikal ve yasal anlamda) oluşturmak içindir. Bu itibarla hekim savunmasında yer aldığı üzere "tümör olasılığı" varılması gereken ön tanıdır ve varılmış görülmektedir.

Kanıtlanmamış bu ön tanı nedeniyle yapılan girişim, ifade edildiği kadarı ile doğru gözükmektedir. Böbrek, üreter ve mesane girişinin çıkartılması standart yaklaşımdır ve yapılmıştır. Bu aşamada da öncelikle mesanenin tümör açısından değerlendirilmesi A seviyesi bir öneridir ve yapılmamıştır. Nihayet organ kaybına yol açan bir girişimin gerekçelendirilmesi için medikolegal açıdan "zorunlu" olan histopatolojik tanı konusunda da yeterince ısrarcı olunmadığı düşünülebilir.

Tıbbi yaklaşım sadece tanı ve tedavi ile sınırlı değildir, yaklaşımın başarısı için takip esastır. Ancak bunun sağlanması sadece ve tamamen hekimin sorumluluğunda olmasa gerektir. Hastanın ifadesinde, devam eden şikayetler nedeniyle aynı kuruma başvurduğu, ancak kendi hekimi dışında bir hekim tarafından değerlendirildiği anlaşılmaktadır. Durumu tam olarak bilmeyen (yeterli tıbbi kayıt ve dokümantasyonun eksik olması veya hekimin yaklaşım tercihi nedeniyle) bir diğer hekim tarafından ultrasonografi yapıldığı (bu konuda belge sunulmamıştır) ve psikolojik gerekçelerle ilişkilendirildiği de ifade edilmektedir.

Görüşüm: Tanı ve ayırıcı tanı için yeterli ve doğru yaklaşım sergilenmemiştir. Tedavi seçeneği, ifade edildiği kadarıyla (piyes incelenmediğinden yapılanın ne olduğunu kesin söylemek mümkün değildir), doğru gözükmektedir. Takip sorumluluğu hakkında bir suçlama ve savunma söz konusu değilse de medikolegal açıdan alınması gereken tedbirlerin alınmadığı ve yeterince ısrarcı olunmadığı kanaatindeyim.

2- Alınan parçanın patolojiye gönderilmesi kimin sorumluluğundadır? Ameliyattan alınan parçanın sonucunu kim takip etmelidir?

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından yazılmış olan SKS-Hastane (Versiyon-5; Revizyon-00) adlı kitabında (1.Baskı: Ankara, Temmuz 2015 ISBN: 978-975-590-558-7), "Tanı amaçlı alınan dokuların güvenliğine yönelik düzenleme bulunmalıdır" denilmektedir. Değerlendirme ölçütü olarak:

- Cerrahi uygulama sırasında tanı amaçlı alınan doku örnekleri doğru ve eksiksiz olarak etiketlenmelidir.
- Etiketle asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır: Hasta adı-soyadı / Doğum tarihi / Cinsiyet / Örnek alınan organ/bölge / Örneğin alınış şekli
- Doku örneklerinin transferi ve ilgili laboratuarlara teslim edilmesine ilişkin kurallar belirlenmelidir.
- İlgili çalışanlara eğitim verilmelidir.

Söz konusu olguda, hastanenin patoloji departmanı olmadığı anlaşılmaktadır. Özel Hastaneler Yönetmeliği'nin 28. maddesinin (Laboratuvar ve radyoloji hizmetleri) – (Değişik: RG-15/2/2008-26788) (Mülga birinci fıkra: RG-1/7/2014-29047) (Değişik ikinci fıkra: RG-1/7/2014-29047) d- fıkrasında (Patoloji laboratuvarı): "Özel hastaneler hizmet vereceği uzmanlık alanının gerektirdiği patoloji laboratuvarını kurabilir." denilmektedir. Buradan anlaşılacağı üzere patoloji laboratuvarı açık – açmama konusu, idarenin imkân, ilgi alanı ve stratejisi çerçevesinde serbest bırakılmış gözükmektedir. Bu durumda patolojik örnek

alma ve bu örneği uygun bir merkeze ulaştırma sorumluluğu konusunda mevzuat olarak kesin ve bağlayıcı bir hüküm bulunmamaktadır.

Ancak aynı maddenin, aynı fıkrasının devamında (Değişik altıncı fıkra: RG-11/3/2009-27166): Özel hastanelerin bünyesinde bulunması zorunlu laboratuvarların dışında olan ve faaliyet gösterilen uzmanlık dalları için gerekli bulunan laboratuvar ve radyoloji hizmetleri hizmet satın alma yoluyla, müstakilen faaliyet göstermek üzere ilgili mevzuat uyarınca ruhsatlandırılan veya diğer özel hastaneler bünyesinde ruhsatlı olan veyahut kamu kurum ve kuruluşları bünyesinde kurulan laboratuvarlardan karşılanabilir. Bu yönde hizmet satın alınması durumunda bununla ilgili belgeler, faaliyet iznine esas belgeler ile birlikte sunulur, denilmektedir. Devamında ise:

Özel hastanenin hizmet satın alması durumunda aşağıdakilere uyulması zorunludur:

- a) Hizmetin bu yol ile karşılandığı hususunda hastaya ve/veya yakınlarına tetkik istenilmeden önce bilgi verilmesi,
- b) Hastadan, laboratuvar tetkikini talep eden özel hastanede numune alınması,
- c) Numunenin, tetkiki gerçekleştirecek laboratuvara hasta veya yakınları ile gönderilmemesi,
- d) Laboratuvar veya radyoloji tetkikini gerçekleştiren kurum veya kuruluş isminin ve adresinin tetkik sonuç raporunda yer alması,
- e) Tetkik sonuçlarının, hizmet satın alınan kurum veya kuruluş tarafından gecikmeksizin güvenli bir şekilde gönderilmesi,
- f) Özel hastane haricinde, tetkik yapılacak kurum veya kuruluş tarafından hastadan tetkik için ayrıca bir ücret talep edilmemesi.

Hizmetin, satın alma yoluyla gördürülmesi halinde, hizmeti alan hastane ile hizmeti veren kurum veya kuruluş, bu uygulamadan ve sonuçlarından müştereken sorumludur; denilmektedir.

Söz konusu olguda tam olarak bir "hizmet alımı" söz konusu değilse de strateji düzenleyicilerin sürece bakışı için, bu işleyişlerde hizmet sunan hekimi değil hizmet sunan kurumu sorumlu tutulduğu söylenebilir.

Olgudaki sürecin bir diğer boyutu tarafların farklı yorumlar yaptığı aşamadır:

Hasta yakınları, alınan böbreğin tahlile gönderilmesini talep ve takip ettiklerini ancak hekimin geçirttiğini ima etmektedir. Bu ihmale yönelik bir belge veya kanıt söz konusu değildir.

Hekim tarafından ise hastalığın malignite olması ihtimali konusunda bilgi verildiği, sonucun kesinleşmesi için patolojik inceleme gerektiğinin izah edildiği, hastanenin imkanları ve işleyişi hakkında (patoloji laboratuvarı olmadığı, ücretli olarak özel bir merkezde veya ücretsiz olarak devlet hastanesinde gönderildiği) bilgi verildiği ve bu ifadenin belgesi olarak, istem formunun doldurulmuş olduğu savunmada sunulmuştur. Savunma bilgisinde ayrıca, hasta yakınlarının tanı ve süreci gizleme eğilimlerine de vurgu yapılmaktadır.

Sonuç olarak:

Hekimin sorumluluğu parçanın alınması (uygun şekilde ve yeterli miktarda) ve alınan parçanın bir sonraki aşamaya gerekli bilgi verilerek iletilmesi noktasında bitmektedir. Parçayı alan hekim, ameliyat hemşiresini (genellikle ikinci aşama, ameliyata katılmış olan scrub hemşiredir) parçanın akıbeti konusunda bilgilendirmeli ve doğru etiketlenmesi için bilgi vermelidir. Bu parçalar steril olmayan (ameliyata katılmış olmayan) bir yardımcı sağlık personeline (asistan, sirküler hemşire veya ameliyathane personeli gibi) teslim edilerek, bu kişi tarafından uygun şekilde (fiksator, serum fizyolojik veya kuru olarak; ameliyat sırasında veya hemen bitiminde) uygun birime intikal ettirilmelidir. Bu konuda gerekli kişilere gerekli eğitimin verilmesi hastane yönetiminin sorumluluğudur.

Bu basamaklar, mevcut insan kaynağı veya imkânlar çerçevesinde, kurumlar arası farklılık gösterse de hekimin sorumluluğu en fazla "ilgili istem/bilgi formunun bizzat doldurulması" ile son bulmaktadır. Tüm bu düzenlemelerin oluşturulması, uygulanması ve kontrol edilmesi ise hastane üst yönetiminin sorumluluğudur.

Olgu özelinde, hekim doğru ve yeterli parçayı almış; Gerekli formu doldurmuş ve hastayı bilgilendirmiş gözükmektedir.

Bu belgenin bir eşinin hasta yakınlarına imza karşılığı verilmesi ve epikriz notunda durumun açıklanması ("alınan parça, hastanemizde patoloji laboratuvarı bulunmadığından ve herhangi bir hizmet alımı

servisi sağlanmadığından, devlet hastanesine götürülmek üzere hasta yakınlarına- isim/tarih-verilmiştir" gibi yapılmamıştır.

Bunun dışında hastanın takibine yönelik tıbbi kayıt bilgisi de yoktur (veya mevcut evraklar içinde sunulmamıştır). Aslında böyle bir hastanın takibi, patoloji sonucuna göre şekillenmektedir. Kemoterapi gerekliliği için bu şarttır. Bu eksikliğin tıbbi takipten sorumlu hekim tarafından hissedilmesi, hasta yakınlarının uyarılması ve en azından kendi çabasına rağmen hasta yakınlarının uyumundan kaynaklanan eksiklikler için, durumu belgelemek üzere tıbbi kayıtlara not düşmüş olması beklenmelidir. Ancak bu konuda (en azından bize sunulan bilgilerde) bir belge söz konusu değildir.

Bir diğer boyut da, hasta yakınları tarafından "dört gün boyunca hasta başında beklediği" ifade edilen kavanozdaki böbreğin akıbetidir. Formol içinde olduğu düşünülen bu piyesin bozulması söz konusu olmadığından, taburcu aşamasında ne olduğunun araştırılması da sürece ışık tutabilecektir.

Görüşüm, patoloji parçasının incelenmeye gönderilmemiş olmasında hekim sorumlu olmadığı yönündedir. Hastane yönetimi gerekli önlemleri almakla sorumlu kılınmıştır. Sonucun takibi konusunda önce sürecin tıbbi dokümantasyonu açısından hekimin yeterli tedbir almadığı (hastaya evrakların imza karşılığı verilmesi ve sürece yönelik-başka hekimlerin de takip edeceği-standart protokolün kayıt altına alınmaması gibi) kanısındayım.

3- Zamanında tanı konulsa idi sonuç değişir miydi?

Aslında tanı, zamanında (tedavi girişimden önce) ön tanı olarak ön görülmüştür. Ancak kanser cerahisinin temeli olan evreleme, ne klinik olarak ne de histopatolojik olarak gerçekleşmemiştir. Bu net bir eksiklik ve kusurdur, çünkü tedavinin tamamlanması ve takibin şekillenmesi için bu bir zorunluluktur.

Bu sorunun cevabını mevcut bilgilerle kesin olarak vermek mümkün değildir. Tedavi öncesi ve tedavi sonrasına (özellikle histopatolojik bilgi) yönelik bilgi mevcut değildir. Ancak yüksek risk faktörü olarak kılavuzlarda yer alan hidronefroz ve tümör büyüklüğünün 1 cm'den fazla olması bilgisi mevcuttur.

Radikal nefroürektomi ve mesane girişinin eksizyonu (ki bu tedavi yapılmış gözükmemektedir) dışında kılavuzlarda Lenf nod eksizyonu (C seviyesi öneri) ve mesane içine kemoterapötik instilasyonu (B seviyesi öneri) önerilmektedir. Sistemik kemoterapi için olumlu etki beklense de kanıtlanmış bir yarar henüz gösterilmemiştir. Nitekim bu olgu için histopatolojik tanı olmadığından zaten böyle bir uygulama mümkün de değildir. Radyoterapinin ise yeri yoktur.

Kılavuzlar ışığında üst sistemin ürotelial karsinomu (biyopsi ile varılmış olan tanı budur) olgularında pT2 veya pT3 aşamada 5 yıllık yaşam şansı %50'den azdır, daha ileri kanser için ise bu oran %10'un altındadır. Daha sonra eklenecek adjuvan kemoterapi ile dahi nüks görülme oranı %50'nin altındadır.

Görüşüm: 10 ay gibi kısa bir sürede yaygın metastaz (ki bunların daha önceden ne oranda söz konusu olduğu veya olmadığı bilinmemektedir) geliştiğinden hareketle ve hekim raporunda yer alan hidronefroz ve tümör boyutu dikkate alındığında, hastalığın tanı zamanında yüksek risk grubunda olduğu kanısı oluşmuştur. Bu aşamadaki bir üst üriner sistem ürotelial karsinomunun olumlu bir prognoza sahip olmadığı bilinmektedir. Dolayısıyla sonucun değişmesi mümkün gözükmemektedir.

4- Mevcut bilirkişi raporlarının değerlendiriniz.

Bilirkişi raporlarının mevzuat ve kılavuz gibi genel kabul gören belgelerle desteklenmesinin gerektiğine inanıyorum. Yukarıda görüşüm olarak sunduğum bilgiler ve öncesinde verdiğim kaynaklar benim raporumun esasını oluştururdu.

DEĞERLENDİRME-2

Prof. Dr. Ali İhsan Taşçı, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Ayırıcı tanı için yapılan çalışmaların klasik bilgi ve klavuz bilgilerine göre değerlendirir misiniz?

Hastaya ait belgelerde şikayetler ve bulguların kayıt edilmediği görülmektedir. Sadece yan ağrısından bahsedilmiş. Hematüri olup olmadığı da bilinmemektedir. Yan ağrısı nedeniyle gelen hastada önce ağrının ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Kayıtlarda ayırıcı tanı çalışması yapıldığını gösteren belge mevcut de-

ğildir. Hastaya ultrasonografi istenmiş ve hidronefroz olduğu görülmüş ardından IVP çekilerek böbreğin fonksiyonu olmadığı tespit edilmiştir. Bundan sonra yapılması gereken ayırıcı tanı hidronefrozun ve fonksiyon kaybının ayırıcı tanısını yapmaktır. Üriner obstrüksiyona taş, tümör basıları, konjenital nedenler sıklıkla neden olmaktadır. Hekim nefroureterektomi, parsiyel sistektomi yaptığına göre önceeya den ürotelyal kanser olabileceğini düşünmüştür. Ancak operasyondan önce ön tanı görüntüleme yöntemleri ile daha fazla araştırılmıyordu. Böylece hasta daha doğru bilgilendirilir, takibi de buna göre yapılabilirdi.

2- Alınan parçanın patolojiye gönderilmesi kimin sorumluluğundadır?

Ameliyatta alınan parçaların teslim alınma, laboratuvara gönderilme ve değerlendirme süreçleri hastane işletim-yönetim sisteminin sorumluluklarından biridir. Ameliyathane ve patoloji laboratuvarları işleyiş prosedürlerinde bu konu ile ilgili uyulması gereken kurallar belirtilmiş olmalıdır.

Genelde ameliyattade alınan tüm parçalar ameliyathanede kayıt altına alınır, istem formu hekim tarafından doldurulur ve patoloji laboratuvarına teslim edilir. Bu işleştten ameliyathane sorumlu hekim ve hemşiresi sorumludur. Ameliyathane işleyiş kurallarının ve sorumlularının belirlenmemiş olması halinde hastane üst yönetimi sorumludur.

Hasta veya hekim parçanın kurum dışında başka bir laboratuvarada incenmesini istediklerinde parça kendilerine imza karşılığında teslim edilir.

3- Ameliyattan alınan parçanın sonucunu kim takip etmelidir? Olayda parçanın laboratuvara gitmemesinden kim sorumludur?

Normal şartlarda ameliyat olan, bir organ veya dokusu alınan kişi bunun ne olduğunu, sonuçlarını takip eder. Ancak her hastadan bu bilinç beklenemeyebilir. Bu nedenle doktor ameliyat öncesi ve sonrası hastasını bilgilendirmeli, patoloji raporu için kontrole gelmesini sağlamalıdır.

Hekim çıkartılan parçanın patolojiye gitme talimatını vermekten, patoloji istek formunu yazıp ameliyathane sorumlusuna teslim etmekten sorumludur. Ameliyathane sorumlusu da bu parçaları patoloji laboratuvarına teslim etmekten sorumludur. Bu süreçlerin nasıl olması gerektiği yönünde prosedürler kullanılmaktadır. Bunlar kalite yönetim sisteminin bir parçası haline gelmiştir.

Bu olayda hasta ve ailesinin iddasına göre alınan parça kavanozda hasta odasına gelmiş, burada 4 gün müddetle kalmış, hekim ise patolojiye gönderilme konusunu önemsememiştir. Hekime ise patoloji istek formunu yazdığını, parçaları laboratuvara götürmelerini istediğini ancak hasta ailesinin götürmediğini iddia etmektedir. Hangisinin doğru olduğunu bilmiyoruz ve durum ancak hukuki süreçlerle aydınlatılabilir.

Ameliyathanede alınan parçalarla ilgili kayıt sisteminin olmadığı anlaşılmaktadır. Bu nedenle idare "işleyiş düzenleme, risklere karşı tedbir alma" gibi temel yönetim sorumluluklarından bazılarını yerine getirmediğinden sorumlu tutulabilir. Hekimde hastasını ve ailesini olayın ciddiyeti ve önemi konusunda yeterince aydınlatmadığı anlaşılmaktadır.

4- Zamanında tanı konulsa idi sonuç değişir miydi?

Metastatik olmuş değişici epitel hücreli kanser, bir yıl önce tanısı konulsaydı kür dahil olmak üzere, daha olumlu sonuçlar elde edilebilirdi. Buna karşın, ilk müracaat zamanında tanı konulsaydı dahi sonuç yine aynı olabilirdi. Bu iki ihtimal arasında, şüphesiz erken tanının hastanın yararına olacağı tartışılmaz. Bu nedenle tanı gecikmesi hastanın zarar görmesine neden olmuştur. Ancak hastanın ölümü tek başına tanı gecikmesi nedeniyle olmuş gibi bir iddiada bulunmak doğru değildir. Mahkemeler meydana gelen zararın hata veya eksiklikle ilişkisini (illiyet bağı) bilmek için bilirkişi görüşü isterler. Ancak bu olayda olduğu gibi bazen kesin hüküm vermek mümkün değildir.

5- Mevcut bilirkişi raporlarını değerlendirir misiniz? Bilirkişi olarak sizin raporunuz nasıl olurdu?

Adli tıp kurumunun her iki raporunda da operasyon esnasında çıkarılan parçanın patolojik incelemesinin yaptırılması gerekirken bunun yapılmamış olmasının eksiklik olduğu belirtilmekte, birinci raporda eksikliğin sorumlusu hakkında yorum yapılmazken ikinci raporda eksikliğin hastane idaresinden kaynaklandığını belirtilmektedir. Hastane idaresi hasta hizmetleri, idari ve teknik süreçlerinin tamamının yönetilmesinden sorumlu olmalıdır. Zamanında tanı konulsaydı dahi hastanın kurtulmasının kesin olmadığı görüşü de zamanında tanının hastanın faydasına olacağını reddetmemektedir.

DEĞERLENDİRME-3

Doç. Dr. Hakan Ertin, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

1- Bu tür olaylara yol açan etmenler nelerdir?

Tıbbi malpraktis vakaları incelendiğinde çoğu kez doktor ile hasta arasındaki iletişimsizlik, hastaya kimi gerekli açıklamaların yapıl(a)mamış olması ve sağlık hizmetlerinin organizasyonundaki hatalar dikkat çekmektedir. Bu vaka, bir malpraktis örneği olarak karşımızdadır. Tıbbi malpraktis, doktorlar gibi sağlık çalışanlarının mesleki uygulamaları sırasında ihmalkarlıkları ya da mesleki beceri eksikleri nedeniyle zarar, yaralanma ya da ölüme yol açmaları olarak tanımlanır (1). Dikkatsizlik ve/veya ihmal sık karşılaşılan nedenlerdendir. Bu vakada da iddialar ihmal üzerinde yoğunlaşmaktadır. Burada en öne çıkan husus, hasta ile doktor arasındaki kusurlu bilgilendirme süreci gibi görünmektedir.

2- Bilgilendirme nasıl yapılmalıdır?

Doktor ya da diğer sağlık çalışanlarını mesleki hatalar yapmaktan koruyan en önemli önlem, tedaviye başlamadan önce karşılarındaki hastayı hastalığına ve tedavisine dair bilgilendirerek ondan uygulanacak tıbbi prosedürler için onam almaktır. Bu onam alım süreci usulünce gerçekleşirse birçok tıbbi malpraktis vakası hiç ortaya çıkmayacak ve doktorlar suçlanmaktan kurtulacaktır. Ancak ülkemizde bu bilgilendirme, gereğince yapılmamaktadır. Ve bu gerçek hakimlerce bilindiğinden, tıbbi malpraktis suçlamaları ile mahkemeye intikal eden dosyalarda hakimler onam belgesi olsa bile davayı reddetmemekte ve görüşmeye devam etmektedirler. Kimi kez ameliyatlardan önce bazen hemşire bazen de bizzat doktor tarafından basılı bir belgenin hastaya hızlıca imzalatılması şeklinde alınan onam, gerçekten de kabul edilebilir nitelikte değildir. Ayrıca bilgilendirme süreci hastadan hastaya farklılıklar gösterebilir; örneğin eğitilmiş bir hasta ile eğitim düzeyi düşük bir hastanın bilgilendirilme biçimi aynı olamaz. Oysaki bu tür hazır, matbu belgeler tüm hastalar için aynıdır ve tüm hastalar tarafından imzalanmaktadır. Ama tıp etiğinin temel prensiplerinden biri olan özerklik prensibi (2) gereğince doktor, hastasının verdiği bilgileri anladığından emin olmalıdır. Tedavi seçeneklerini hastasına sunmalı ve nihai karar üzerinde hastanın görüşleri belirleyici olmalıdır. Özerklik prensibi, yani hastaların kendi kararlarını kendileri vermeleri, günümüzde giderek daha çok önemsenmektedir.

3- Ciddi hastalıklarda bilgilendirilmiş onam alım süreci nasıl işler?

Ciddi hastalıkların söz konusu olduğu vakalar aynı zamanda özerklik prensibinin en fazla ihlal edildiği vakalardır; bunlar ahlaken ve hukuken çok karmaşıktır. Ülkemizde –bu vaka dosyasında da görüldüğü üzere– özellikle kanser tanılarında hasta yakınları tanının hastadan saklanmasını talep etmektedirler. Burada iki husus önümüze çıkar; hastaların hastalıkları ile ilgili bilgileri onlara ait bir sırdir ve bunları başkalarına aktarmamız ancak hastanın izni olursa mümkün olur. Türk Ceza Kanunu Madde 134, 137 ve 258 meslek sırlarının açıklanışı ile ilgili yasaklar getirmektedir. Ancak gerek Hasta Hakları Yönetmeliği gerekse Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi bu konuda bir açık kapı bırakmaktadır. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi Madde 14’te “Tabip ve dış tabibi, hastasına ümit vererek teselli eder. Hastanın maneviyatı üzerine fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimali bulunmadığı takdirde, teşhise göre alınması gereken tedbirlerin hastaya açıkça söylenmesi lâzımdır. Ancak, hastalığın, vahim görülen akıbet ve seyrinin saklanması uygundur” diye geçmektedir. “Hastanın maneviyatı üzerine fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimali bulunmadığı takdirde” ifadesi tersten okunduğunda, yani hastalığın artması ihtimali bulunuyorsa, prognostik bilgilerin hastadan saklanması caizdir gibi görünmektedir. Bu tür tanılar hastanın ruhsal yapısı üzerinde kötü etki yapabilir ve doktor bu maddeyi, immün sistemin stresten olumsuz etkileneceği öngörüsüne dayanarak tanıyı hastadan saklamasının uygun olacağı biçiminde yorumlayabilir. Hasta Hakları Yönetmeliği de buna benzer bir madde (Madde 19) içermektedir: “Hastanın manevi yapısı üzerinde fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimalinin bulunması ve hastalığın seyrinin ve sonucunun vahim görülmesi hallerinde, teşhisin saklanması caizdir.” İlgili dosyada da görüldüğü üzere hasta yakınları kanser tanısının saklanmasını istemiştir. Ancak burada hukuki bir tartışma yapmak mümkündür. Hastanın kendisinin bilmediği sırrı TCK bağlamında sorunlu görünmektedir.

4- Sağlık hizmetlerinin organizasyonu bağlamında neler söylenebilir?

Bu vakada sağlık hizmetlerinin organizasyonu ile ilgili sorunlar açıkça görülmektedir. Patolojik incelemenin özel kurumda yapılmasının talep edilmesi, ödeme sorunu, incelenecek materyalin hastaya teslim edilip devamında takip edilememesi ciddi aksaklıklardır. Savunmada “*müvekkilim hastane yöneticisi değildir*” ifadesi burada oluşan aksaklıkların idari-organizasyonel tarafına vurgu yapmaya yönelik olsa gerektir. Aynı kurumda patoloji birimi olmaması, olsa bile raporların gecikmesi nedeniyle doktorlar tarafından da tavsiye edilen özel kurumlarda inceleme istekleri, hata riskini artıran önemli faktörlerdir. Aynı kurum içine patoloji birimi olması ve materyalin hastaya teslim edilmeden bu işlemin hastane görevlileri tarafından yapılması birçok sorunu önleyecektir. Sağlık hizmetlerinin organizasyonu ile ilgili bir diğer husus da doktorların fazla sayıda hasta ile karşılaşmalarıdır. Bu durum doktorların hastalarını takip edebilmelerini güçleştirmektedir. Bu vakada doktorun hastasını takip edip patolojik materyalin yerine ulaşım ulaşmadığını sorması beklenebilir; ancak ülkemizdeki kaotik sağlık yapılanması göz önünde bulundurulduğunda bunu beklemek fazla iyimserce olacaktır.

Ele alınan bu dosyada hastanın yeterince bilgilendirilmediği ve takip edilmediği görülmektedir. Bu gibi dosyalar sağlık çalışanları için hukuken olumlu sonuçlanabilir; ancak aynı kişilerin vicdanen rahatlamaları kolay değildir.

1- Merriam-Webster Medical Dictionary. Bkz. <http://www.merriam-webster.com/dictionary/malpractice>

2- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics, 7. Ed. Oxford: Oxford University Press; 2013:100-150. A

DEĞERLENDİRME-4

Doç. Dr. İlhan Geçit, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Hastanın tedavisini üstlenen hekimin hastalığın tanısı ile ilgili eksik bıraktığı bir yön var mıdır?

Tanı anında üst üriner sistemde TCC düşünüldüğü ve bu tümör böbrekte fonksiyon kaybına yol açacak kadar sistemi tıkadığına göre (2x2 cm); preoperatif veya perioperatif hastaya sistoskopi yapılarak mesane de olası bir TCC odağı değerlendirilmeliydi. (Zigeuner, R., et al. Urothelial carcinoma of the upper urinary tract: surgical approach and prognostic factors. Eur Urol, 2008. 53: 720.)

Ayrıca tanı sürecinde hem tüm batın hem de AC için kontrastlı BT istenerek olası bir patolojik lenf nodu ve AC met açısından değerlendirilmeliydi. Ve ek olarak tüm vücut kemik sintigrafisi de istenebilirdi. (Sobin L., et al., TNM Classification of Malignant Tumours. Urological Tumours. Renal Pelvis and Ureter. UICC, 2009, Wiley-Blackwell.)

2- Hastanın tedavisini üstlenen hekimin hastalığın tedavisi ile ilgili eksik yaptığı bir yön var mıdır?

Tümörün çapı ile üreter lümeni kıyaslandığında (2x2cm) bu tümörün muhtemelen üreterin intima tabakasının dışına geçmiş olabileceği disseksiyon sırasında değerlendirilmeliydi.

Olası bir ileri evre tümörü yakalayabilmek veya tam bir evreleme yapmak için lenf nodu örneği alınmalıydı. (Fajkovic, H., et al. Prognostic value of extranodal extension and other lymph node parameters in patients with upper tract urothelial carcinoma. J Urol, 2012. 187: 845.)

Böylece hastalığın evrelemesi daha doğru yapılarak yaygınlığı tespit edilerek ek tedavi protokolü daha net oluşturulabilirdi. Bu tümörün prognostik faktörleri önem sırasına göre tümör evresi ve derecesi, eşzamanlı (concomitant) karsinoma in situ (CIS); yaş, lenfovasküler invazyon, tümör yapısı, yaygın tümör nekrozu, moleküler belirteçler, tümör yeri ve cinsiyettir (EAU guideline, üst üriner sistem tranzisyonel hücreli tümörleri).

Bu ameliyatta altın standart tedavi olan radikal nefroüretrektomi ile cuff eksizyonu yapılmıştır ancak tedavinin bir parçası ve ideal evrelemeye yönelik lenf nodu disseksiyonu da yapılmalıydı.

Ayrıca metastatik hastalıkta radikal nefroüretrektomi sadece palyatif amaçlı olarak yapılmakta, onkolojik faydasının olmadığı belirtilmektedir. Bu nedenle doktor öncelikle metastaz taraması yapılmalıydı.

(Margulis, V., et al. Outcomes of radical nephroureterectomy: a series from the Upper Tract Urothelial Carcinoma Collaboration. Cancer, 2009. 115: 1224.)

3- Hastanın ameliyat spesmeninin patolojiye gönderilmeyişi hastalığın seyrini-prognozunu nasıl etkileyebilir?

Patoloji spesmeni gönderildikten sonra sonuca göre hastalığın tanısı ve evrelemesi yapılmalıdır. Hem metastaz hem de yüksek nüks riski nedeni ile hastalığın yakın takibi yapılmalıdır. (Bagley, D.H., et al. Ureteroscopic laser treatment of upper urinary tract neoplasms. World J Urol, 2010. 28: 143.)

4- Bu dosya hakkında bilirkşi raporunuz nasıl olurdu?

Şayet yukarıda bahsedilen görüntüleme yöntemleri ve sistoskopik inceleme yapılabilseydi, hastalığın prognozu hakkında daha fazla bilgi sahibi olabilirdi. Bunun sonucunda hekim hastanın cerrahi spesmenini gönderme konusunda daha titiz ve ısrarcı olurdu.

Ayrıca tanı anında olabilecek olası bir eşzamanlı metastazı daha net ortaya koyabilirdi. Akabinde ise cerrahi sonrası muhtemel bir ek tedavi konusunda hastaya öngörü sağlayabilirdi. Ve sonuçta şikayete konu olan tedavideki gecikmeye neden olmayabilirdi.

Spesmen gönderilerek çıkan patoloji sonucuna göre tedavi başlansa idi, prognoz yavaşlayabilir hatta kür sağlanabilirdi. Ancak spesmenin gönderilmemesi ile hastalığın tam adı ve evrelemesi yapılamamış ve buna göre ek tedavi ve takibi yapılmamıştır. Hastalığın seyri kendi akışına bırakılarak hasta tedavisiz kalmıştır. Sonuçta da bir yıl gibi kısa bir sürede hasta metastatik hale gelmiş ve eks olmuştur. Dolayısıyla hekim burada kusurlu olduğu kanaatine varılmıştır.

3.2.7 GERÇEKLEŞTİRİLEMİYEN NEFREKTOMİ

İDDİA

Hasta annesi: Kızımı böbrek rahatsızlığı sebebiyle Devlet Hastanesine tedavi edilmek üzere götürdüm, Devlet Hastanesi Üroloji Uzmanı böbreklerinden sağ tarafta bulunan böbreğin çalışmadığını, bununda ancak küçük bir operasyonla hal edilebileceğini söyleyerek kızımı ikna etti, aynı gün içerisinde kızımı ameliyata alarak 3 saat 20 dakika süren bir operasyon yaptı, ameliyathane çıkışında bana dönerek “ben ameliyatı başaramadım, hiç bir işlem yapmadan açtığım yarayı kapattım” diyerek yanımdan uzaklaştı, kızım ameliyattan bu güne kadar sürekli olarak rahatsızlanmaktadır, daha sonra kendisine kızımın rahatsızlandığı için başvuru yaptığım zaman sekinin yapması gerektiğini belirttim, kendisi defol git buradan diyerek beni kovmuştur, kızımın sağ tarafında 15 cm’lik bir yara izi bulunmaktadır, kızımı bir kadavra olarak kullanan ve hiç bir müdahalede bulunmayan şüpheli doktordan davacı ve şikayetçiyim.

Hasta: Ben rahatsızlanmam nedeni ile Devlet Hastanesine tedavi için gittim. Üroloji doktoru “senin böbreğin çürümüş ve böbreğini almamız gerek” dedi, biraz korkmuştum ve tedirgin olmuştum. Bunun üzerine bana “Korkacak bir durumun olmadığını, ufak bir operasyon olacağını, tehlikeli bir durumun olmadığını ve kısa zamanda sağlığını kavuşacağını” demesi üzerine ameliyat olmayı kabul ettim. Ameliyatta sonradan öğrendiğim kadarı ile 3 saat üzerinde kalmışım. Ben narkozun etkisi ile uyuyordum. Ve bu süre içerisinde neler yaşandı bilmiyorum. Narkozun etkisinden kurtulduktan sonra bana “ameliyatı yapamadım, beceremedim, böbreğe müdahale etmeden yarayı kapattım” dedi. Hastane de 1 hafta kadar kaldım. Burada bir ağrım /oktu. Eve gönderdikten sonra ağrılarım artmaya başladı. Babam ağrılarımın artması nedeni ile beni sevk yaptırmak için hastaneye gittiğinde babamı yanından kovmuş ben buna tanık değilim, sadece babamdan duydum. Sevk yapmaması nedeni ile sevsiz olarak Üniversite Araştırma Hastanesine gittik. Yapılan tahlillerden sonra böbreklerimin sağlıklı ve kullanımda olduğunu rahatsızlığımın nedeninin Karaciğer de ufak bir kitle olduğunu ve bundan dolayı rahatsızlandığımı söylediler. Ben böbreğimin sağlıklı olmasına rağmen yanlış tahlil yaparak böbreğimi almaya çalışan ve ameliyat eden doktordan davacı ve şikayetçiyim.

SAVUNMA

Hasta ve annesi ile birlikte batın USG ve batın BT ile geldiler. Onları inceledim, konulan teşhiste hastanın sağ böbreğinin ileri derecede genişlemiş olduğu ve fonksiyon gören kısmının incelendiğine yönelik bilgiye ulaştım, ben emin olmak için yani böbreğin çalışıp çalışmadığını öğrenmek için hastaya IVP filmi ve kan kreatin düzeyini ölçtürdüm, bu testler sonucunda hastanın sağ böbreğinin fonksiyonunu yerine getirmediği kanaatine vardım, durumu hasta ve annesine söyledim, hastanın sağ ağrısı şikayetinin bu sebeple olabileceğini söyledim, gerekli bilgileri, olabilecek problemleri anlattım, böbreğin yerinden alınmasının uygun olacağını söyledim, bunun yan etkileri ve ameliyatın risklerinden de bahsettim, nihayetinde ameliyat kararı aldık, hastayı ameliyata gerekli hazırlıkları yaparak aldım, gerekli kesiyle böbreğe ulaştım, böbreğin karaciğerle ileri derecede yapışık olduğunu gördüm, böbreğin ana damarları karaciğer tarafından örtülmüş olduğu için böbreğin karaciğere zarar verilmeden yerinden çıkartılması mümkün görünmüyordu, genel cerrahiye bakan doktoru çağırdım, beraber baktık, herhangi bir müdahale yapmadan ameliyatı sonlandırma kararı aldık, kesiyi kapatıp diktik, hasta 1 günlüğüne yoğun bakımda takip edildi, 3 gün ise üroloji servinde kaldı, ameliyat yaklaşık 2 saat sürdü, hasta taburcu edildikten sonra 10. gün dikişlerini aldık, hastayı halsiz gördüğüm için ailesine 1 ay sonra gelmelerini gerektiğinde daha donanımlı bir hastaneye yönlendireceğimi söyledim. Hastanın babasına ameliyat sonrası herhangi bir zaman diliminde bağırmadım, kendisine “defol git” diye bir söz söylemedim, olayla ilgili tamamıyla herhangi bir ihmal veya görevi kötüye kullanma gibi bir eylemde bulunmaksızın görevimi yaptım, herhangi bir suç işleme kastım da bulunmamaktadır, bütün işlemler usulüne uygun olarak yapılmıştır.

4-Özel Mediza Hastanesi 09.02.2012 tarihli tüm batın USG raporunda; “Karaciğer normal konum ve boyutlardadır. Parankim eko şiddeti normal sınırlardadır. Sınır veren kitle saptanmadı. Vasküler yapıları, koledok ve intrahepatik safra yolları normal izlenmektedir. Dalak normal konum ve boyutlarında olup, parenkim ekoları homojen ve normal sınırlardadır. Belirgin sınır veren kitle lezyonu saptanmamıştır. Safra kesesi lumem ve duvar kalınlığı normaldir. Her iki böbrek normal konumdadır. Sağ böbrek pelvikaliksiyel sistem grade 4 ektazik izlenmiş olup sağ böbrekte kortikomedüller diferansiasyon kaybolmuştur. Sağ böbrek parankim ekojenitesi grade 2 artmıştır, parankim kalınlığı belirgin incelmıştır. Sol böbrek boyutları 127x62 mm boyutlarında ölçülmüş olup sol böbrek boyutları kompansatuar hipertrofiye sekonder artmıştır. Parankim ekojenitesi ve parankim kimliği normaldir. Taş/yada kitle izlenmedi. Sol böbrekte pelvikalikseal sistem normaldir. Mesane boş olduğundan değerlendirilemedi. Uterus orta hatta olup, myometrium homojen izlenmektedir.” kayıtlı olduğu,

BELGELER

Batın BT: Sağ böbrek pelvikaliksiyel sistem grade IV ektazik izlenmiş olup sağ böbrek kortikomedüller diferansiasyon izlenmemektedir. Yine sağ böbrek parankim kalınlığı incelmış olup 1 mm'nin altına düşmüştür. Sağ böbrek parankim ekojenitesi grade 1 artmıştır. Sol böbrek boyutları 127x62 mm boyutlarında ölçülmüş olup kompansatuar hipertrofiye sekonder artmıştır. Parankim ekojenitesi ve parankim kalınlığı normaldir. Sol böbrek pelvikaliksiyel sistem normal olarak değerlendirilmiştir.

Devlet Hastanesi Tıbbi Belgeleri: Sağ yan ağrısı ve dispne şikayeti ile başvurdu, öncesinde yapılan USG'de sağ böbrek poşe, atrofik sol böbrek kompensatriz hipertrofik izlendi, BT'de sağ böbrek pelvikaliksiyel sistemi grade 4 ektazik gözlemlendi, İVP yapıldı, sol böbrekte grade 1 kaliektazi izlendi, sağ böbrek sınırları net ayırt edilemedi, post kontrast çekimde birkaç adet kalikte dolum görüldü, kreatinin 0.75, hasta sağ nefrektomi planlanarak yatırıldı.

Ameliyata alınarak toniz laparotomi yapıldığı ameliyat notunda; “GAA lokal saha temizliği ve steril örtüm sonrası sağ flank pozisyonunda subkostal kesi ile katlar usulüne uygun geçilip retroperitona girildi. Üreter bulunup asıldı. Böbreğe ulaşıldı. Böbreğin peritona yapışık olduğu görüldü ve peritondan sıyrıldı. Karaciğerin segment 7-8 den böbreğin superioruna, anterioruna ve kısmen posterioruna ileri derecede yapışık olduğu izlendi. Renal pedikül karaciğer tarafından örtüldüğü için pediküle ulaşılamadı. Perop genel cerrahi konsültasyonu istendi. Yapılan konsültasyon sonucu operasyonda segmentektomi ve/veya hepatektomi de gerekebileceğinden operasyon sonlandırıldı.

Tıp Fakültesi batın BT raporu. Karaciğer sağ lob 6. segmentte 82x64 mm ebatlarında hipodens kistik lezyon izlendi (paraziter kist?). Sağ böbrek inferior yerleşimli olup rotasyon yetersizliği mevcuttur.

Bilateral renal pelviste dilatasyon mevcuttur. Sağ sürrenal lojda paravertebral alanda metalik opasite izlendi.

Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği epikriz notu: Karın ağrısı şikayeti ile başvurdu, karaciğer kisti tanısıyla yatırıldı, perkütan kist tedavisi yapıldı, takiplerinde şikayetleri geriledi, poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Kişinin yapılan tetkikleri ile sağ böbrekteki patolojinin ne olduğunun net olarak belirlenemediği, böyle bir durumda hem tanı hem de tedavi için batının açılabileceği, kişiye tanı konulabilmesi için yapılan işlemlerin tıp biliminde genel kabul görmüş ilke ve kurallarına uygun olduğu, kişinin tedavisinde görev alan hekime atfı kabil kusur tespit edilmediği oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Uz. Dr. Uğur Yücetaş, Dr. Mehmet Gökhan Çulha,
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Klasik ve klavuz bilgilerine göre nefrektomi endikasyonları nelerdir?

Klasik bilgilerimize göre konvansiyonel radyolojik tetkiklerde boyutu küçülmüş, parankimi incelmış ve sintigrafik değerlendirmede fonksiyonu %20'den az olan böbrekler için atrofik böbrek tanımlaması kullanılmaktadır. Aτροφik böbrekli olgularda yan ağrısı, tekrarlayan üriner enfeksiyon veya kontrol edilemeyen hipertansiyon varlığında nefrektomi endikasyonu olduğu bilinmektedir (Campbell-Walsh Urology 11'th Edition). Ayrıca böbrek travması, konjenital ya da edinsel anomali veya kistlerin varlığında; böbrek veya üreter tümörlerinde de nefrektomi gerekir (EAU Guidelines, Renal Cell Carcinoma Guideline, 2016).

2- Nefrektomi kararı verilmesi halinde hangi incelemeler yapılmalıdır?

Nefrektomi kararı verilmesi için böbreğin fonksiyonunun net olarak bilinmesi gerekmektedir. Bu vaka olduğu üzere ultrasonografide grade 4 hidronefroz bulunması tek başına nefrektomi kararı için yeterli değildir. Hastanın tıbbi öyküsünde yan ağrısının, idrar yolu enfeksiyonu semptomlarının olup olmadığı sorgulanmalı ve ayrıntılı değerlendirme yapmak için böbrek fonksiyonlarını göstermede en iyi test olan DMSA (Dimerkaptosüksinik asit) sintigrafisi çekilmesi gerekmektedir (Campbell-Walsh Urology 11'th Edition).

3- Yukarıdaki bilgiler ışığında bu vaka için uygulamaları yorumlayınız?

Bu vakada sağ yan ağrısı ile başvuran hastada görüntüleme sonuçlarına bakılarak nefrektomi kararı verilmiştir. Hem ultrasonografide hem de batın tomografisinde sağ böbrek boyutunun azaldığı, parankiminin incelendiği, parankim ekojenitesinde grade 2 düzeyinde artış olduğu ve grade 4 hidronefroz görüldüğü raporlanmıştır. Bu bulgular hekimi atrofik böbrek tanısına yönlendirmiş ve böbrek fonksiyonunu göstermek üzere IVP çekimi gerçekleştirilmiştir. İntravenöz pyelografi sonucu "Sol böbrekte grade 1 kaliktaki izlendi, sağ böbrek sınırları net ayırt edilemedi, post kontrast çekimde birkaç adet kalikte dolmuş görüldü" şeklinde yorumlanmış ve aynı gün nefrektomi planlanmıştır. Hastanın anamnezinde ağrının ne zaman başladığı, şiddeti, karakteristiği, üriner sistem enfeksiyonu olup olmadığı, çocukluk aşamasında üriner sistem ile ilgili yakınmasının olup olmadığı bilinmemektedir. Ultrasonografi ve tomografi bulguları atrofik böbrek ile ilgili ipuçları vermekle beraber böbrek fonksiyonunun belirlenmesi gereklidir. Yapılmış olan IVP'nin belirli süreler gözetilerek hatta obstrüksiyon durumunda daha geç görüntüler alınarak yorumlanması gerekir. Dosyadaki IVP yorumu bu konuda net değildir.

Dosyadaki ameliyat notuna bakıldığında yan pozisyonda subkostal kesi yapıldığı, retroperitoneal bölgede üreter askıya alınarak böbreğe ulaşıldığı ve böbreğin peritona yapışık olduğu belirtilmiş. Renal pediküle ulaşılabilmesi nedeniyle genel cerrahi konsültasyonu istenmiş. Üroloji pratiğinde atrofik böbrek cerrahisinde etraf dokulara olan yapışıklıklar nedeniyle diseksiyonda zorlanıldığı fazlasıyla de-

neyimlenmiş bir husustur. Burada cerrahın tecrübesindeki eksiklik, doğru planlarda çalışılmaması, uygun olmayan cerrahi ekipman gibi yetersizliklerden ötürü nefrektominin en önemli noktası yani pedikül kontrolü sağlanamamıştır. Dosyadaki bilgilerden tahmin edildiği üzere karaciğer komşuluğunda tahminen gerçekleşmiş bir kanama, genel cerrahın de dahil olduğu bu süreci daha da zor ve stresli kılmış ve nefrektomiye devam edilememiştir.

4- Bu dosya hakkında bilirkişi raporunuz nasıl olurdu?

Görüntüleme yöntemlerindeki bulgular hastada atrofik bir sağ böbreğe işaret etmektedir. Ancak nefrektomi endikasyonunda şüpheye yer bırakmamak için böbrek fonksiyonunu daha net olarak belirleyebilecek sintigrafik değerlendirme daha uygun olurdu. Planlanan operasyon ile ilgili olası risklerin hasta ile paylaşılmış olmasının yanı sıra bu konuda hastaya karar vermesi için yeterli sürenin de tanınmış olması daha iyi olurdu. Operasyonda her ne kadar amaçlanan hedef gerçekleştirilmemiş olsa da böbrek ve komşuluğundaki karaciğer ile ilgili patolojiden dolayı genel cerrahi konsültasyonu istenmesi doğru bir yaklaşım olmuş ve bu vakada "önce zarar verme" ilkesine uygun davranılmıştır. Bu bağlamda hekimin tecrübesi ile ilgili bir eksiklik olduğu yadsınamaz ancak tanı ve tedavi sürecinde hekimin hastasına zarar vermeme ilkesinden sapmadığı aşikardır.

3.2.8 SONDA KOMPLİKASYONUNUN HESABINI KİM VERECEK?

TALEP

Ateşli silahla yaralanma sonunda hastanede sonda takılan hastada daha sonra uretra darlığı gelişmiştir. Uretra darlığının tıbbi bir hatadan olup olmadığının, silahla yaralanmayla illitetinim bulunup bulunmadığının değerlendirilmesi ve rapo edilmesi talep edilmiştir.

SAVUNMA

Göğüs Cerrahisi Uzmanı: Göğüs duvarında ateşli silah yaralanması ile acil polikliniğine başvuran hastaya göğüs tüpü drenajı takıldı, 1500 cc üzerinde göğüsten hemorajik drenajı olan hasta acil operasyona alındı, bütün operasyonlarda olduğu gibi hastanın takibi amacıyla operasyondan önce idrar sondası takıldı, operasyondan sonra servis takiplerinde medikal problemi olmayan hastanın şifa ile taburcu edildi.

BELGELER

Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin epikriz raporu: Kişinin silah yaralanması ile geldiği, nefes darlığı mevcut olduğu, dinlemekle sağ bazalde solunum seslerinin azaldığı, ameliyat notunda; gaa'da sağ hemitoraksa tüm torakostomi+kapalı su altı drenajı uygulandı, hemotoraksı olan kişiye acil torakotomi yapıldı, sağ akciğer alt lob içinde bir adet kurşun çekirdiği çıkarıldı, toraks içindeki hematoma boşaltıldı.

Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin üretrografi raporu: Kişide transüretal yol ile verilen kontrast madde sonrası alınan görüntülerde; penil üretra proksimalinde ve daha az belirgin olmak üzere üretra orta kesimde darlıklar izlendi.

Sağlık Merkezi'nin epikriz raporu: Kişiyi daha önceden internal üretrotomi yapılmış, son 1 aydır darlığı tekrarlamış, darlığın sebebinin ise vurulma nedeni ile üretral kataterli kalmış olduğu şeklinde kayıtlı olduğu görüldü. Yapılan ameliyat; gaa litotomi pozisyonunda yapılan üretroskopide membranöz üretrada sfinkterin 1 cm distalinde yaklaşık 1 cm uzunluğunda dar segment internal üretrotomi ile kesildi, ardından üretra bujilerle 30 f dahil dilate edildi, 20 f foley sondanın rahatlıkla takıldı ve işleme son verildi.

Hasta 10 gün sondalı kalacak, sonda çekildikten sonra hidrolik distansiyon ve self dilatasyon eğitimi önerildi, şifa ile taburcu oldu

Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin Üroloji muayene formu: 3 sene önce tüfekle yaralanma sonucu tedavi aşamasında sonda takılarak takip edilen kişide idrar yaparken zorlanma şikayetinin başladığını, 2 kere opere olan kişinin bulguları düzelmiş ancak tekrar başlamış, üretrografi-

de penil üretra proksimalinde kontrast geçişine izin veren darlık, penil membranöz üretra bileşkesinde darlık, mesaneye yavaş dolum olarak değerlendirildi, kişide tekrarlayıcı üretra darlığı mevcut olduğu dolayısıyla tam tedavi olamayabileceği görüşü bildirildi.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Travma sonrası acil operasyon gerektiği şartlarda idrar çıkımının kontrolü amacıyla foley sonda takılmasının rutin bir uygulama olduğu, sonda takılmasını takiben gelişen bu tip girişimler sonrasında gelişen "üretra darlığının" her türlü özene rağmen oluşabilen ve herhangi bir tıbbi kusur ya da ihmal izafe edilemeyen "komplikasyon" olarak nitelendirildiği, üretral darlığın sonda takılması dışında gelişmesi yönünden herhangi bir travmatik etken tanımlanmadığı, her ne kadar üretral darlığın bir tıbbi ihmal ve kusura bağlı olmadan meydana geldiği belirlenmiş ise de sonda takılmasının dava konusu ateşli silah yaralanması nedeniyle uygulandığı, bu nedenle üretral darlığı ile dava konusu ateşli silah yaralanması arasında illiyet bağı bulunduğu, mütalaa olunur.

SAVUNMA

İtiraz: Adli Tıp Kurumunun raporunda davacıda meydana gelen üretra darlığının müvekkil tarafından taksirle yaralanması sonucu meydana geldiği ve yaralanma olayı ile davacıda ortaya çıkan üretra darlığı arasında illiyet bağının bulunduğu belirtilmiştir. Ancak raporda belirtilen görüşe katılmak mümkün olmadığından itiraz etme gerekliliği ortaya çıkmıştır. Bu raporda, sondanın takılması nedeni ile davacıda üretra darlığı meydana geldiği, sondanın takılmasına da müvekkilin davacıyı omzundan yaralanması gösterilmiş ve bu nedenle de uygun illiyet bağının olduğu kabul edilmiştir. Ancak illiyet bağı olgusunun bu derece genişletilmesi hakkaniyete aykırı olacağı gibi, müvekkilin sebep olmadığı hastalıktan dolayı tazminat ödemeye mahkum edilmesi sonucunu doğuracaktır. Hiç kimse, kendi hareketinin neden olmadığı, kendi hareketinin sonucu olmayan bir neticeden sorumlu tutulamaz. Müvekkilin sorumlu tutulabilmesi için, neticenin müvekkilin meydana getirdi hareketin eseri olması, üçüncü kişinin ya da bir raslantının eseri olmaması gerekir. Özellikle mağdurun ve" üçüncü bir kişinin nedensel sürece katıldığı durumlarda, bu kişilerin tamamen özgür ve kendi sorumluluk alanlarında kalan davranışlarının müvekkile yükletilmesi de mümkün olmayacaktır.

Davacıda meydana gelen üretra darlığı hastalığının müvekkillere izafe edilemeyeceği çok açıktır. Üretra darlığı; dışarıdan alınan travmalar sonucu ya da idrar kanalında meydana gelen enfeksiyon nedeniyle meydana gelmektedir. Sondanın hatalı takılması sonucu da oluşabileceği belirtilmiş ise de yanlış sonda takılmasının kusurunun müvekkillere yükletilmesi mümkün değildir. Müvekkiller tarafından üretra darlığına neden olacak bir eylem gerçekleştirilmemiş olup, meydana gelen neticede kusuru olan kişiler sondanın yanlış takılması ya da sonda takılması sonucunda enfeksiyonun oluşmasına sebebiyet veren kişilerdir. Müvekkilin istemeden davacıyı omzundan yaralaması tek başına üretra darlığının meydana gelmesine sebebiyet vermemektedir. Adli Tıp Kurumunun raporunda her ne kadar sondanın takılmasında doktorların kusurunun olup olmamasının önem arz etmediği söylene de bu hususa katılmak mümkün değildir. Zira omzundan yaralanan davacının tedavisi sürecinde herhangi bir sorun ortaya çıkmamış olup, sağlıklı bir şekilde hastaneden çıkmıştır. Aradan uzun bir süre geçtikten sonra ise üretra darlığının meydana gelmesinde müvekkillerin sorumlu tutulması haksız olup kabul edilmesi hakkaniyete ve de adalete aykırı olacaktır. Zira meydana gelen kaza nedeni ile müvekkiller de son derece üzülmüşler ve tanık beyanlarından da anlaşılacağı üzere her daim davacıların yanında olmuşlardır. Ancak davacıların daha sonradan yaralanma ile ilgisi olmayan hastalıktan dolayı müvekkillere karşı işbu tazminat davasını açmaları müvekkilleri daha da çok üzmiştir.

Adli Tıp Kurumunun tanzim etmiş olduğu rapor yetersiz olup, yüzeysel olarak hazırlanmıştır. Üretra darlığına nelerin neden olacağı üzerinde durulmadığı gibi, davacının omzundan tedavisi bittikten uzun süre sonra bu hastalığın çıkmasının kesin olarak geçirdiği operasyona bağlanıp bağlanamayacağı da net değildir. Üstelik davacının daha önceden de idrar yapmakta zorlandığı, idrar sorunlarının olduğu bilinmektedir. Bu durumda üretra darlığı hastalığının ortaya çıkmasının ne kadar süreye yayılacağı da net şekilde ortaya konmalıdır. Zaten önceden var olan ya da oluşmaya başlamış olan hastalık sonda takılması sonucunda artmış veya kendini açıkça belli etmiş olabilir. Bu ihtimalin bulunup bulunmadığı da araştırılmalı ve net şekilde ortaya konmalıdır. Zira hastalık bir anda çıkmayıp, belli süreye yayılıyor

olabilir. Bu durumda da müvekillere kusur zıfefe etmek mümkün olmayacaktır. Kaldı ki sondanın yanlış takılmasından dolayı meydana gelmiş olsa bile, müvekillere kusur yüklenmesi mümkün olmayacaktır. Çünkü sondanın yanlış takılmasına sebebiyet veren sondayı takan kişilerdir.

Sonuçta; Adli Tıp Kurumu Raporundaki aleyhe olan beyanlar kabul edilmeyerek, itirazlarımız doğrultusunda ek rapor alınmasını, müvekillerin hastalığının ortaya çıkmasında kusuru olmadığından haksız açılan davanın reddedilmesini talep ederim, denildiği bildirildiğine göre,

Adli tıp Kurumu 2. Rapor: Tedavi sürecinde zorunluluk nedeniyle takılan sondaya bağlı gelişen uretra darlığı herhangi tıbbi hataya bağlı olmayan, her türlü dikkat ve özene rağmen ortaya çıkan bir zarar yani bir komplikasyondur. Uretra darlığı yaralama olayının direk sonucu olmamakla birlikte, silahla yaralanmanın sonucunda zorunlu olan tedavinin bir sonucudur. Başka deyişle tedavi sonucu ortaya çıkan indirek olaydır. Bu nedenle silahla yaralanma ile illiyeti mevcuttur.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Zafer Aybek, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Tedavinin komplikasyonu failin eylemi ile ilişkilendirilmiştir. Bu konuda yorumlarınız nasıldır?

İdrar yolları için kullanılan kateterlere bağlı komplikasyonlar enfeksiyöz, non enfeksiyöz veya kateterin uygun şekilde görevini yapamaması şeklinde tanımlanabilir.

Çıkarılan idrar miktarı takibi, idrar yapamama veya postoperatif yara iyileşmesi döneminde üriner sistemin devamlılığı amacıyla kullanılır. Üretra darlığı herhangi bir nedenle oluşan inflamatuvar sürecin sikatrize olması sonucu ortaya çıkar. Kullanılan kateterin cinsi bu süreçte önemli olabilir. Silikon kateterlerin latex kateterlere oranla daha az inflamatuvar reaksiyon oluşturduğu gözlemlenmiştir. (Talja M, Korpela A, Järvi K. Comparison of urethral reaction to full silicone, hydrogen-coated and siliconised latex catheters. Br J Urol. 1990 Dec;66(6):652-7). Kardiyak cerrahi yapılan olgularda kısa süreli kateterizasyonlarda daha az sıklıkla üretral darlık gelişmesi sebebiyle silikon kateterlerin kullanılmasını önermişlerdir. (Ferrie BG, Groome J, Sethia B, Kirk D. Comparison of silicone and latex catheters in the development of urethral stricture after cardiac surgery. Br J Urol. 1986 Oct;58(5):549-50.). Diğer bir faktör kateterin kalınlığıdır. Daha küçük kalibreli kateterlerin daha az sıklıkla üretra darlığı oluşturduğu vurgulanmıştır. (Katz G, Milgater E, Landau Y, Borman JB. Prevention of urethral strictures following coronary artery bypass graft surgery. Urology. 1992 May;39(5):433-5). Diğer bir konuda kateterizasyonun travmatik yapılabildiği ve kateterli kalış süresidir. Travmatik kateterizasyon konusunda deneyim dışında önemli faktör de kateterin sertliğidir. Sertlik travmatik kateterizasyon riskini artırabilir. (Hendlin K, Meyers J, Monga M. Foley catheter characteristics: predicting problems. J Endourol. 2009 Jan;23(1):169-71). Önemli noktalardan biri bunların dışında özellikle takip amacıyla takılan kateterin gerçekten gerekli olup olmadığıdır.

Görülebileceği üzere oluşan üretra darlığının sonda işlemi ile ilişkilendirilebilmesi için yukarıda belirtilen kateterin hangi maddeden yapıldığı, kalınlığı, kalış süresi, travmatik yapılabildiği gibi belirtilen sebepler hakkında dosyada yeterli bilgi bulunmamaktadır. Diğer önemli bir nokta sonda işlemin gerekli olup olmadığıdır. Bu bilgilerin dosyada olmaması nedeniyle bir kanaat oluşturmak mümkün değildir.

2- Bu dosya hakkında bilirkişi raporunuz nasıl olurdu?

Darlığa neden olabilecek kateterle ilgili bilgiler belirtilmemiş olsa da genellikle takip amacıyla takılan kateterler ince kalibreli ve kısa süreli kateterlerdir. Kateterizasyon işlemi hekim tarafından vakaların büyük kısmında sorun yaratmadan kolaylıkla uygulanır. Ayrıca yukarıda belirtilen nedenler her hastada acil ortamda kayıt altına alınması mantıklı görülse de pratik açıdan kolay değildir. Bu gözle bakıldığında kayıt yapılması gereken birçok başlık bulunabilir. Örneğin hemşirenin taktığı damaryolu ile oluşabilecek bir komplikasyonda takılan kateterle ilgili birçok kayıt yapmak gerekir. Bu liste yapılan tetkikler, verilen tedaviler göz önünde bulundurulduğunda çok uzun bir liste oluşturur ve hekimlik mesleğini icra etmekte zorluğa ve tedirginliğe yol açar. Ancak hekim sonda işleminde bir sorun yaşadığında bunu kayıtlarında ifade eder. Dosyasında sonda uygulamasına ilişkin bir sorun yaşandığına ait bir bilgi görülmemiştir.

Adli tıp kurumunun raporunda da bu durum ifade edilmekle birlikte yine de hukuki açıdan ilişkilendirilmiştir. Bunun doğru bir yaklaşım olmadığını düşünüyorum. Bu bulgular ile bu işlemde hekimin sorumlu tutulmaması gerektiği kanısındayım.

3.2.9 AMELİYAT ÖNCESİ KARDİYOLOJİ KONSULTASYONU İSTENMELİ MİDİR?

TALEP

1968 doğumlu kişiye sol böbrek taşı nedeniyle 28/11/2013 tarihinde 6 saat süren perkütan nefrolitotomi ameliyatı yapılmıştır. Doktorların kalp rahatsızlığı olduğunu bilmesine rağmen ameliyat öncesi kardiyoloji konsültasyonu yapmaksızın ameliyat yapmaları ve bu nedenle hastanın kalp krizi geçirecek ölmesine sebep olmaları nedeniyle doktorlar ve görevliler şikayet edilmektedir. Maktüle uygulanan teşhis ve tedavinin tıp kurallarına uygun olup olmadığı, ameliyatta görevli doktor ve görevlilerin ihmalinin bulunup bulunmadığı, uygulanan tedavi ile maktülün ölümü arasında illiyet bağı bulunup bulunmadığı hususlarında rapor düzenlenmesi istenmektedir.

İDDİA

28.11.2013 tarihinde müvekkilin eşine perkütan nefrolitotomi ameliyatı yapılmış, yaklaşık 6 saat süre ile ameliyata maruz kalmıştır. Ameliyat sırasında kalp krizi geçiren hasta vefat etmiştir. Mütevaffa kalp rahatsızlığı olduğu bilinen bir hastadır. Daha önce kalp angiosu çekilmiş ve bazı damarlarının tıkalı olduğu bilinmektedir. Ayrıca Beloc ve Atacand isimli ilaçları kullanmaktadır. Müteveffanın bu rahatsızlığını bilen şüpheliler, ameliyat öncesi bir kardiyoloji konsültasyonu almaksızın işleme girişmişler ve çok uzun süren ameliyat sebebiyle müvekkilin eşinin kalp krizi geçirecek ölmesine sebep olmuşlardır. Keza ameliyat anestezi izlem formuna bakıldığında, hastanın tansiyonunun saat 12:40'dan itibaren anlamlı olarak düştüğü görülmektedir. Buna rağmen ameliyat sürdürülmüş, diğer bir deyişle gereğinden fazla uzun sürmüş ve böylelikle hastanın kalp krizi geçirmesine neden olunmuştur.

SAVUNMA

Üroloji uzmanı: Şahıs sol yan ağrısı şikayeti ile başvurdu. Yapılan muayene ve tetkiklerde sol böbrek pelvis renalis böbrek idrar yolu çıkımın da 2x3 cm ve alt grup da 1,4 ve 0,7 cm lik iki adet toplam üç adet taş olduğu görüldü. Hastaya perkütan ameliyatı önerildi. Hastaya ameliyat ile ilgili bilgilendirme ve onam formu verilerek ameliyatın yapılma şekli, genel riskleri, ameliyat ve ameliyattan sonra oluşabilecek ölüme kadar gidebilecek yan etkiler anlatıldı. Hastanın hipertansiyon ve kalp hastalığı olduğu, başka bir hastanede takip edildiği kontrollerde anjiyo yapıldığı kardiyoloğun sadece tıbbi tedavi önerdiği, beloc ve atacand isimli ilaçları kullandığı olduğu öğrenildi. Ameliyat öncesi yapılması gereken tetkikleri yapılarak hasta anestezi polikliniğine yönlendirildi. Anestezi polikliniğinden onay alındı. 4 ünite kan hazırlandı. Uygun antibiyotikler yapıldı 28/11/2013 de standart perkütan nefrolitotomi ameliyatı yapıldı. Böbreğe konulan kataterle ilaçlı opak verilerek böbrek toplayıcı sistemi sağlam olduğu herhangi bir problem olmadığı ve taş kalmadığı gözlemlendi. Ameliyatın sonunda anestezinin kan basınçlarının düştüğü söylendi. Derhal her türlü tıbbi müdahaleye başlandı. 2 ünite kan takıldı. Hastanın tansiyon düşmesinin kanamaya bağlı olabileceği düşünülerek genel cerrahi konsültasyonu ile karın ve retroperitona iğne ile girilerek kanama olup olmadığı kontrol edildi. Kanama olmadığı anlaşıldı. Kalp Damar Göğüs Cerrahisi akciğere sıvı ve kanama olup olmadığını kontrol amacıyla akciğer iğne ile kontrol edildi. Sıvı ve kanama gözlemlenmedi. Kardiyoloji konsültasyonu neticesinde hastanın kan basınçlarının düşmesi ve tüm tıbbi tedaviye rağmen yükselmemesinin sebebinin posterior MI olduğu anlaşıldı. Hastaya acilen anjiyografi yapılmak üzere kardiyoloji Kliniğine devir edildi. Olay hakkında suçlamaları kabul etmiyorum.

Anestezi uzmanı (Hastaya anestezi uygulayan): Hastayı diğer anestezi doktorumuz gördü. Anestezi alabileceğine karar verildi. Anestezi onamları alındı. Bunun üzerine bende hastaya genel anestezi vererek uyuttum. Daha sonra 09:40 başlayan ameliyat 13:00 e kadar stabil olarak devam etti. Bu saatten sonrada hastanın tansiyonunda düşüşler oldu. Bu konuda cerrahi ekipler uyarıldı. Ameliyat sonlandırıldı. Hasta sırt üstü pozisyonuna geçirildi. Anestezi açısından daha ileri girişimler yapıldı. Daha sonra şahsın kalbi kısa süreli durdu ve tarafımızdan çalıştırıldı. Kardiyoloji uzmanımız gelerek acilen hastanın anjiyoya

alınması gerektiğini söyledi, hasta kalbi çalışır vaziyette anjiyoya alındı. Bu aşamadan sonra ben eşlik etmedim. Yapılması gerek bütün müdahaleler hastaya fazlasıyla yapıldı. Olay hakkında suçlamaları kabul etmiyorum.

Anestezi uzmanı (Ameliyat öncesi hastanın değerlendirmesini yapan): Anestezi öncesi değerlendirmede hipertansiyon dışında bilinen bir hastalığı olmadığını, hipertansiyon nedeniyle ilaç olarak beloc ve atakant kullandığını, ek bir şikayetin olmadığını, fonksiyonel kapasitesi iyi, üç kat merdiveni rahat çıkabildiğini anjina ve efor dispnesi öyküsü olmadığını öğrendim. Hastanın özgeçmişinde daha önceden yapılan koroner anjiyografi öyküsü olduğu, anjiyografisinde lezyon olmadığını söylendi. Hastanın preoperatif değerlendirme için hemogram biyokimyasal parametreleri koagülasyon faktörleri ve EKG si istendi, İstenen tüm tetkiklerde patoloji saptanmadı. Tüm bu bulgular eşliğinde perkütan nefrolitotomi yapılması planlanan hastaya ASA2 riskle opere olabileceğini belirttim. Hastanın kardiyak hasta olarak değerlendirildi. Preoperatif EKG normaldi. Avrupa anestezi Derneği ve Türk Anesteyoloji ve Reanimasyon Demeği tarafından kabul edilen anestezi uygulama kılavuzlarında, kardiyak hastalarda uygulanacak laboratuvar tetkikler, kardiyoloji Konsültasyonu ve ileri kardiyak tetkik gereği hastada kardiyoloji konsültasyonu gereğinin bulunmamaktadır. Hasta revaskülarizasyon operasyonu geçirmemiş, hastaya stent yerleştirilmemiş, hastada büyük klinik risk faktörü bulunmamakta, hastada ortak klinik risk faktörü bulunmamakta, küçük klinik risk faktörleri dahi bulunmamaktadır. Bunlara göre ek kardiyoloji konsültasyonu ve/veya ileri kardiyak tetkik gereği bulunmamaktadır. Hastanın preoperatif değerlendirmesini dünyaca kabul edilen bilimsel gerçekler ve kılavuzlara göre yaptım.

Kardiyoloji uzmanı: Acil bir durum olması sebebiyle ameliyathaneye indim. Ameliyathaneye girdiğim anda hastanın kalbi durdu. Elektro şok verdik. Kalbini çalıştırdık. Kalp krizi geçirmiş olabileceğini düşündük. Acil EKG çekip bunu teyit ettik. Bu esnada hastanın tansiyonu düşüktü. Hasta acil kalp krizi geçirdiği için anjiyo yapıp tıkalı damarını açmak vasıtasıyla hastanın klinik durumunun düzelebileceğini düşündük. İvedilikle anjiyo laboratuvarına aldık. Bu esnada asansörde de elektro şok vererek duran kalbini tekrar çalıştırdık. Anjiyoya aldığımızda nabızı düşük olduğu için önce geçici kalp pili taktık. Anjiyosunu yaptık. Bu esnada ameliyathaneden itibaren hastanın tansiyonun yükselmesi ve kliniğin düzelmesi için gerekli ilaçlar verildi. Anjiyo sırasında sağ damar tam tıkalı saptandığı için balon ve stent işlemi uygulandı. Damar açıldı. Diğer damarlarında da darlıklar vardı. Bu damarın açılması ile tansiyon yükselmeye başladı. Hastaya koroner perfizyon sağlamak amacıyla intra aortik balon pompası da takıldı. Hasta takip ve tedavisinin devamı için genel yoğun bakıma çıkarıldı. Hasta devredildi. Bu olay üzerinden uzun zaman geçmesinden dolayı detayları tam hatırlamıyorum. Hatırladıklarım bunlardan ibarettir.

BELGELER

Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinin 22.10.2013 3 (pre operatif dönemde) tarihli epikrizi: Yakınması Öyküsü göğüs ağrısı. 15 gün önce efor testi iskemi açısından pozitif olan hasta acil koroner angiografi amacıyla yatırıldı. Efor anginası(+), efor dispnesi(-). Yapılan acil koroner angiografi sonucu; RCA %30, OMI %80, LAD %40 plaklı Sonuç: Medikal tedavi önerildi.

Laboratuvar tetkikleri (preoperatif): İdrar tetkiki: Dansite 1010, PH:7, nitrit ve protein negatif, eritrosit 14-15, lökosit 4-5. Hemogramda WBC:8.23, HGB:16.3, HCT:48.3, PLT:316.

Özel Hastane Üroloji Kliniğinin 28.11.2013 tarihli tıbbi evrakı: Yakınması sol yan ağrısı. Tetkiklerde sağ böbrekte 5x4 mm ortada 4x2mm taş. Sol grade 1 hidronefroz sol renal pelvisde 9 ve 11 mm 2 adet taş mevcut. Dizüri, pollaküri, noktüri, üriner enfeksiyon, ateş, akut pyelonefrit öyküsü yok. IVP de sol böbrek pelvis renalis taşı 2x3 cm altında 14 ve 7 mm 2 adet taş mevcut. PCNL önerildi. Özgeçmişde ASKH + angio + HT + DM - KOAH, Ameliyat yok. Alerji yok. Beloc ve Atacand kullanıyor, aspirin yok. Bulgular; Kostovertebral açı hassasiyeti yok böbrekler ele gelmiyor loj hassasiyeti yok, ureter traseleri serbest, suprapubik kitle hassasiyet yok penis testis epididim skrotum normal, RT'de Grade1 benign prostat palp edildi. Klinik tanı/ön tanı; Böbrek ve ureter taşı.

Ameliyat notu: Perkütan nefrolitotomi: GAA'da sol ureter orifisden sensör kılavuz tel atıldı, üzerinden 7F ucu açık ureter kateteri skopi kontrolünde taşın üzerine geçirilerek böbreğe bırakıldı. Hasta supin pozisyona çevrildi. Skopi kontrolünde ureter kateterinden 50cc opak verilerek toplayıcı sistem görüntüldü. Alt polden 18 G perkütan iğne ile girildi, idrar geldiği gözlenince sensör kılavuz tel böbreğe atıldı, pelvise yönlendirilemedi, daha sonra sensör klavuz telin sistem dışına çıktığı gözlendi, bunun üzerine

orta polden akses uygulandı, sensör klavuz tel yine taşta takılarak üretere geçirilemedi, bunun üzerine üst kaliksten girişim yapıldı sensör klavuz tel üretere atıldı, üzerinden 30F'e kadar skopi kontrolünde dilate edildi, nefroskop kılıfı yerleştirildi, nefroskopla girildi, pelvise yönelerek 3x3cm taş gözlemlendi, oldukça sert ve zor kırılan taş kırıldı, parçalan taş forsepsi ve yıkama ile temizlendi, akabinde diğer kalikslerdeki taşlar da alındı. Skopi kontrolünde büyük taş kalmadığı küçük rezidü kaliks taşaları kaldığı izlendi, işlemin uzaması ve kanama nedeniyle operasyona son verilerek 18F reentry nefrostomi kateteri konuldu. Peroperatif kanama dışında sorun olmadı, hasta uyandırılırken anestezi tarafından kan basınçlarının düştüğü ve her türlü tıbbi müdahaleye rağmen bir türlü yükselmediği belirtildi. 2 ünite kan takıldı, yapılan mükerrer hemoglobin sonuçları stabil geldi (10,9). Hidro ve ponömotorax açısından skopi ile kontrol edildi. Kalp damar cerrahisi iğne ile girerek kontrol etti herhangi bir sorun saptanmadı. Kardiyoloji ile konsülte edildi. Posterior MI tanısı konularak acil anjio yapılmak üzere kardiyolojiye devir edildi. Yapılan anjioda 3 damar tıkalı olduğu görülerek 2 damara stent takıldı, yoğun bakıma alındı takipte arrest geçiren hasta yapılan tüm müdahalelere rağmen geri döndürülemedi.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Bilirkişi (öğretim üyeleri): Kişiyi gerekli preoperatif tetkik ve konsültasyonlarının yapıldığı, kişide preoperatif anestezi hasta değerlendirme formunda göğüs ağrısı, aritmi, çarpıntı, dispne şikayetlerinin olmadığı, 22.10.2013 tarihinde yapılan acil koroner angiografi sonucunda medikal tedavinin önerilmiş olduğu dikkate alındığında kişiden ameliyat öncesi kardiyoloji konsültasyonu istenmeyebileceği, ameliyatın usulüne uygun olarak yapıldığı, ameliyat sonlarına doğru gelişen arreste gerekli müdahalenin yapıldığı, kişide tespit edilen ileri derecedeki kalp-damar hastalığının önceden öngörülemeyebileceği ve ölümün gelişen komplikasyonlar (myokart infarktüsü) sonucu meydana gelmiş olduğu cihetle ölümden kişinin tedavisine katılan doktor ve yardımcı sağlık personeline kusur atfedilemeyeceği oy birliği ile mütalaa olunur.

Adli Tıp Kurumu: Hastaya konulan tanı, ameliyat endikasyonu, yapılan ameliyat tıbbi uygun olduğu, ancak kişinin ameliyat öncesi anjiosuna göre medikal tedavi önerilmiş olmakla beraber, bu önerinin ameliyat planı olmayan durum için verildiği, ameliyatın kalp için risk oluşturup oluşturmadığı yönünde değerlendirme istemeyen üroloji uzmanının, preoperatif dönemde hastayı değerlendiren anestezi uzmanının ve ameliyatı uygulayan anestezi uzmanının tıbbi uygulamalarının hatalı olduğuna karar verildi.

DEĞERLENDİRME

Dr. Mehmet Akif Erdöl, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği
Prof. Dr. Erdoğan İlkay, İstinye Üniversitesi, Liv Hospital, Kardiyoloji Kliniği

A- PREOPERATIF DEĞERLENDİRME

Kalp dışı operasyonlarda aşağıda belirtilen 5 önemli risk faktöründen sadece stabil iskemik kalp hastalığı hastada mevcuttur

- İskemik kalp hastalığı (stabil iskemik kalp hastalığı) mevcut,
- İnsülin kullanımı yok,
- Kalp yetmezliği yok,
- Kreatinin seviyesi bilinmiyor. Kreatinin değerleri bilinmemekle birlikte laboratuvar değerleri normal olarak belirtilmiştir

Hastaya yapılacak ürolojik operasyon orta risk grubundadır. Bu grup işlemlerde işlem sırası ve sonrasında 30 günlük arrest-miyokard enfarktüsü riski %1-5 olarak tanımlanmıştır.

Stabil iskemik kalp hastalığı ve orta risk cerrahi işlemde ilave araştırma çoğu zaman önerilmemektedir.

Bu hastanın Kardiyolog tarafından değerlendirilmesinin istenmesi klas IIb olarak belirtilmektedir.

Hastanın 1 ay içinde Koroner anjiyografi (KAG) endikasyonu incelendiğinde efor anjinası nedeniyle KAG uygulaması var. KAG de, LAD de %40, RCA da %30, OM1 de %80 darlık ile ispatlı koroner arter hastalığı mevcuttur.

Bu damar yapısı ile RCA ve LAD darlıkları hemodinamik olarak anlamsız lezyonlardır. LAD lezyonu lokalizasyonu raporda izlenmemektedir.

Hasta 3. kata ağrısız çıkıyor (3 kat çıkıyor, efor kapasitesi > 4 met). Koroner arter hastası olsa dahi stabil tabloda spect gated klas IIb endikasyondur. Yani yapılmaması tarafı daha ağırdır. Bu bakımdan Anestezist yaklaşımı kılavuzlara uygundur. Tıkalı damar, LAD proksimal, veya dominant sağ proksimal yerleşim olmadıkça cerrahi girişim öncesi revaskularizasyon (bu hastada obtus lezyonu için), operasyon sırası ve sonrası olaylara etkisi yoktur. Bu yüzden kılavuzlarda PCI, gerekirse operasyon sonrası önerilmektedir. Spect gated çalışmalarında 2 den fazla damar beslenme alanında iskemik, %20 den büyük iskemik miyokardium varlığı, operasyon ve sonrası ölüm ve MI oranında artışa neden olmaktadır. Hastanın KAG raporu lezyonların yüzdesi FFR için bile endikasyon sınırında değildir. Bu aşamaya kadar anestezi uzmanının yaptığı bir tıbbi hata veya kılavuz dışı öneri yoktur.

Hastanın anamnezinde aldığı ilaçlar beta bloker ve ARB (Kandesartan) dir. Perioperatif Beta bloker kullanımı ile ilgili POISE, DECREASE, POBBLE çalışmalarında genelde artmış mortalite-stroke oranı bildirilse de, POISE çalışmasında; bilinen koroner arter hastalığı veya en az 3 risk faktörü olan hastalar ile yüksek cerrahi riski olan hastalara 100 mg metoprolol verilmiştir. Olası MI veya non-fatal arrest 30 günde %17 azalmıştır. Ancak stroke 2 kat artmış, fatal mortalite %33 artmıştır. Hipotansiyon daha sık izlenmiştir. Post-hoc analizde hipotansiyonun, ölüm ve stroke riskini artırıcı ana belirleyici olduğu gözlenmiştir. DECREASE çalışmasında, doz titrasyonunun önemi sorgulanmıştır.

Beta blokerlerin perioperatif devamı, bu ilacı alan hastalarda hipotansiyon veya bradikardi yoksa devamı klas I endikasyondur, yani verilmesi önerilmektedir. Bu konuda, bu hastada ilacın daha önceden kesilmesine gerek yoktur, devamı klas I endikasyondur. Konsülte eden Anestezi uzmanı kılavuza göre doğru yapmıştır.

Hastanın diğer ilacı Kandesartan (Atacand) ARB; anestezi altında hipotansiyon riski taşımaktadır. Özellikle de birlikte beta bloker kullanılması durumunda daha belirgindir. Operasyonun tipi ve süresi belirtilmeksizin geçici ARB kesilmesi Klas IIa olarak önerilmektedir. Yani kesinlik yok, doktora bırakılmış bir öneridir.

Bu aşamaya kadar konsülte eden Anestezi uzmanının yaklaşımı, tıbbi eksiklik ve yetersizlik içermektedir. Ama bu ikili kombinasyonda hipotansiyon riski yönünden daha dikkatli olunması ve ortalama kan basıncının operasyon süresince iyi takip edilmesi gereklidir

Operasyon öncesi hastanın anestezi uzmanınca değerlendirilmesi güncel tıp verilerine uygun olarak yapılmıştır.

B- OPERASYON SÜRECİ

Operasyon süresince EKG monitorizasyonu Klas I öneri olup bu hastada yapılmıştır. ST segmentinin takibinde standart öneri V5 derivasyonu olsada yeni verilerde V4 de ST segmentinin takibinin iskemik olayları belirlemede daha spesifik olduğu belirtilmiştir. Spesifik derivasyon takibi doktora bırakılmış bir uygulama önerisidir. 12 lead izleme sadece yüksek risk hastalarda önerilmektedir. Bu hasta için gerekli değildir.

Invaziv sağ basınç takibi orta risk hastalarda önerilmemektedir. Rutin uygulama artmış komplikasyonla birlikte dir.

Bu operasyonun başlangıcı 10:40 dir. Normal şartlarda operasyon süresi ortalama 2-2.5 saat iken operasyon süresi 6 saate uzamıştır. 30 dk aşan derin anestezide post-op komplikasyonları artırmaktadır. Ortalama kan basıncında %20 den fazla düşme veya ortalama kan basıncının 60 mmhg nin altında 30 dk dan daha uzun devam etmesi kardiak komplikasyon oranlarını artırmaktadır. Bu hastanın kan basıncı anestezide göre 13 de hasta avukatına göre 12.40 da düşmeye başlamıştır. Hastanın ortalama kan basıncı yüzde kaç düşmüş ve bu değere 60 mmHg nin altına ne zaman düşmüş ve ne kadar bu seviyede kalmış olduğunun bilinmesi operasyon sırasındaki anestezi uzmanının tıbbi yetersizliğinin olup olmadığına karar vermek için son derece önemlidir. Çünkü bu hastanın kombine aldığı antihipertansif ilaçları (ARB ve beta bloker kombinasyonu) hipotansiyon açısından önemli bir risk faktörü olup hastanın operasyon süresince ortalama kan basıncının takibine bu açıdan da önem göstermek gerekir. Beta bloker çalışmalarında artmış ölümün en önemli nedeni olarak oluşan hipotansiyon gösterilmiştir. Hastanın

hb girerken 16 üroloji uzmanı operasyon sırasında Hb değerini 10.9 olarak belirtmiştir ki buda 5 birimlik Hb düşüşü ie major kanma varlığını göstermektedir. Bu aşamda amaca yönelik tedavi, sıvı replasmanı kan basıncı kontrolü klas1 endikasyondur.

Uzamış anestezi, süresi tam bilinmeyen hipotansiyon, operasyonun stres etkisi koroner akım azalması, trombojenite artışı, plak yırtılmasını ve trombozu doğurmuştur. Otopsi çalışmalarında da bunu destekler veriler literatürde gösterilmiştir.

Bu veriler eşliğinde operasyonun beklenenden uzun sürmesi ve olası hipotansiyon, miyokard enfarktüsü ve aresti doğurmuş operasyon süresince bu hastada kan basıncının nasıl takip edildiğinin bilinmemesi operasyon da görevli anesteziistin tıbbi yeterliliği ve hatasının olup olmadığı konusunda karar vermemizi engellemiştir.

- 1- Operasyon öncesi değerlendirmede anesteziist güncel tıp verilerine göre davranmıştır
- 2- Operasyon sırasındaki anesteziistin hastaya yaklaşımı yukarda yazdığım konulara yaklaşımının dosyadan anlaşılammaması nedeni ile karar verilememiş bu konuların incelenmesi önerilmiştir
- 3- Konsultasyon yapan ile operasyon içindeki anesteziist farklı olması sakınca doğurmaz eğer hasta operasyonu yönetecek anesteziiste iyi aktarılmış ise bu sakınca teşkil etmez. Önemli olan operasyon öncesi bir bilgi akışının sağlanacağı tıbbi bir ortamın var olmasıdır.

3.2.10 HASTANIN MUAYENE EDİLİP EDİLMEDİĞİ TARTIŞMASI VE ATLANAN AKUT BATIN

TALEP

Kardiak arrest gelişen ve ölen 1986 doğumlu kişi hakkında düzenlenmiş adli ve tıbbi belgeler değerlendirilerek Devlet Hastanesinde görevli doktorların kusuru/ihmali bulunup bulunmadığı sorulmaktadır.

İDDİA

Müvekkilimizin oğlu şüpheli doktorların görevlerini suistimal etmeleri sonucu ve tıp kuralları ile asya bağdaşmayacak davranışları sonucu ölmüştür. Doktorun ifadesinde açıkça kabul edilen gecikme sonucu ölmüştür. Doktorun beyanının son kısmı aynen şu şekildedir: "Eğer tomografi sonucu, normalde tüm hastanelerde olduğu gibi çalıştığım Devlet Hastanesinde yarım saat içinde verilese bu hastaya zamanında müdahale edilip hayatı kurtarılabilirdi. Oysaki tomografi raporu 3 gün sonra verilmiştir."

Kaymakamlık makamınca eksik soruşturma yapılmıştır. Şikayet dilekçemizle birlikte isim ve adreslerini bildirdiğimiz tanıklarımızdan sadece 2 kişi dinlenmiş, olaya bizzat tanık olan müteveffanın eşi ve diğer tanık dinlenmemiştir. Şüpheli doktorların her ikisinin de ifadelerinde hastanın fiziki olarak muayenesinin yapıldığı belirtilmiştir. Oysa dinlenen tanıklar doktorların fiziki hiç bir muayene yapmadığını ifade etmişlerdir. Dinlenmemiş diğer tanık hastanın eşinin tarafımıza verdiği bilgi de bu yöndedir. Soruşturmanın kilit noktalardan biri radyoloji sonucunun verilmesinde yaşanan gecikmedir. Şüpheli doktor tarafından tomografiye sevk edilen hastanın tomografi raporu 3 gün sonra çıkmış ve böylece zamanında müdahale edilememiştir. Şüpheli doktor beyanında: "Ben hastadan istenmesi gereken tomografiyi istemişim. Tomografinin çekilme ve raporlarım süresi radyoloji bölümünün iç işleyişi ile belirlenmekte ve benim kontrolüm altında gerçekleşmemektedir. Bt/ konuda radyolojiden de uyarı telefonu veya her hangi bir geri dönüş almadım. Radyoloji kliniği tarafından bt de saptanan tablo ile ilgili her hangi bir kanaldan uyarılsaydım muayene bulgusu olmamasına rağmen hastayı ilgili branş olan genel cerrahiye yönlendirmekte tereddüt etmezdim" demiştir. Şüpheli doktor sorumluluğu Radyoloji Bölümü'ne yüklemektedir. Oysa idari soruşturma safhasında hiç bir şekilde Radyoloji Bölümü ile ilgili bir inceleme ve araştırma yapılmamış, Radyoloji kayıtları da incelenmemiştir. Bu yönüyle de soruşturma eksik yürütülmüştür.

Şüpheli doktorun ağır kusuru açıktır. Müteveffa şüpheli doktorun odasına tekerlekli sandalye ile getirilmiştir. Hastayı gören şüpheli doktor, "niye tekerlekli sandalyede oturuyorsun, senin birşeyin yok kalk ayağa, sadece böbrek taşın var, senin oturman değil yürümen ve bol bol su içmen lazım, şimdi ilaç yazıyorum, evine git ve ilaçlarını kullan" diyerek hastayı sözde muayene etmiştir. Doktor hastayı fiziki bir muayeneye tabi tutmamış oturduğu yerden bile kalkmamıştır. Doktorun doğrudan reçete yazması üze-

rine, hastanın eşi, çok kötü olduğunu, ayağa bile kalkamadığını belirterek adeta yalvarırcasına “lütfen bize yardım edin” deyince doktor cevaben “iyi tamam tomografi istiyorum gidin çektirin ve rapor çıkınca rapor ile bana tekrar gelin” diyerek görüşmeyi sonlandırmıştır.

Hasta, aynı gün eşi ile birlikte aynı hastanenin Radyoloji Bölümüne müracaat etmiş orada tomografisi çekilmiş ve buradaki görevlilerce, “rapor 3 gün sonra ancak çıkar iş yoğunluğu çok, 3 gün sonra gel raporu buradan al” denilmiştir. Ancak haata, devlet hastanesinde çekilen bu tomografi sonucunu maalesef hiç görememiş ve doktorların yanlış teşhis ve tedavisi ve ayrıca gerekli tıbbi araçların zamanında kullanılmaması sonucu vefat etmiştir.

Hasta tomografi sonrası eşi ile birlikte, çaresizlik içinde “ağrıdan kıvrana kıvrana” tekrar eve dönmüştür. Ancak ilerleyen saatler içinde daha da ağırlaşmış, soğuk soğuk terlemeye ve titremeye başlamış ve baygınlık geçirmiştir. Daha sonra ise kaldırıldığı başka bir hastanede gerçek durum ortaya çıkmış ve Üniversite hastanesinde yapılan ameliyat sonrası vefat etmiştir.

Hastanın doktor kurbanı olduğu açıktır. Gerek hastaneye ilk müracaatında şüpheli acil servis doktorunun koyduğu teşhise göre ve gerekse daha sonra üroloji uzmanının teşhisine göre hastadaki rahatsızlığı sebebi böbrek veya böbrek taşı değildir. Hastanın bağırsak sisteminde delinme (duodenal ülser perforasyonu ve peritonit durumu-karın içi iltihap) meydana gelmiş bu durum hastayıhayati tehlike içine sokmuştur. Şayet hasta acil servise müracaat ettiğinde gerekli tıbbi teşhis ve tedaviler doğru yapılırsa, acil tomografi ve ultrason çekilse, sonucunda da derhal ve hiç vakit geçirmeden ameliyat edilse idi ölmeyecekti. Oysa acil servis doktoru hastaya sadece ağrısı için serum yolu ile ağrı kesici vermiş, kan ve idrar tahlili istemiştir. Serum bittikten ve tahliller çıktıktan sonra acil doktoru hastaya böbrek taşı düşürdüğünü söylemiş, korkulacak bir şey olmadığını, bol bol su içmesi gerektiği ancak rahatsızlığı Üroloji Dalı kapsamına girdiği için Üroloji Bölümünden randevu alması gerektiğini söyleyerek hastayı eve göndermiştir. Karın ve mide ağrısı şikayeti ile gelen hastaya hiç bir özel muayene yapmadan ve ultrason dahi çekirmeden, sadece ağrı kesici vermek ve serum taktırmakla yetinmiş, şikayetler devam etmesine rağmen, uzman doktor (ya da icapçı doktor) çağırmamış ya da en azından hastaneye yatışını ya da başka bir hastaneye acil olarak şevkini sağlamadan hastanın eve dönmesine neden olarak hastanın durumunun ağırlaşmasına ve geri dönüşü olmayan sürece girmesine neden olmuştur.

Hasatın tekrar geri gelmesi üzerine gece nöbetçi olan diğer acil seviş doktoru da aynı şekilde hastaya ağrı kesici iğne yapmış ve serum taktırmış, gündüz ürüloji bölümüne müracaat etmesi gerektiği belirtilerek yine eve göndermiştir.

Üroloji uzmanı ise, hastayı sözde muayene etmiş (!) olması, tekerlekli sandalye üzerinde ve iki büküm kendisine müracaat eden hastasına yerinden bile kalkmadan ve fiziki bir inceleme ve muayene yapmadan sadece acil serviste yapılan tahlillere bakarak “senin böbreğinde taş var, reçete yazıyorum bu ilaçları hemen al ve kullanmaya başla ve günde en az 3 litre de su iç” diyerek yanlış teşhis ve tedavi uygulaması, yazdığı yanlış ilaçların ve bol bol su içme yönündeki yanlış talimatının hastanın rahatsızlığını daha da kötüye sevk etmiş olması, eşinin ısrarı ile tomografiye sevk ettiği hastanın yatarak takibi yapılması gerekirken eve gönderilmesine neden olması, acil tomografi talep edilmesi gerekirken acil kodu ile tomografi talebinde bulunulmaması, asla birer basit ihmal olarak değerlendirilemez.

Soruşturma izni verilmemesi kararına dayanak soruşturma raporunda ifadesine yer verilen üroloji uzmanı ölüme neden olan bulgunun muayene sırasında olmadığını sonradan geliştiğini, kendi teşhisinin Böbrek taşı yönünde olduğunu iddia etmiş ve Kaymakamlık kararı da çoğunlukla bu savunmaya göre tesis edilmiş ve doktorun tıbbi bir hatasının olmadığı belirtilmiştir. Oysa hastanın bir gün sonra başka bir hastanede yapılan muayenesinde böbrek taşı olmadığı bağırsak sistemindeki delinme sebebiyle ve yanlış teşhis ve tedavi sonuca ölüme sürüklendiği ortaya çıkmış ameliyat sonrası ise ölmüştür.

Şüpheli doktorun ifadesinde, hastanın tomografiye şevkinden sonra, hasta yakını tarafından tomografi cd’si kendisine getirilmediği ya da Radyoloji tarafından durumun kesdisine bildirilmediği yönündeki beyanlarının da hukuki değeri yoktur. Hastaya, şüpheli doktorlar tarafından yanlış teşhis konulmuş, böbrek taşı olmamasına rağmen böbrek taşı teşhisi ile vakit geçirilmiş, bol bol su içmesi tavsiye edilmiş, böbrek taşı teşhisi konurken, basit ve hemen sonuç alınan ultrason veya acili tomografi dahi çekilmemiştir. Hasta, mide ve karın bölgesindeki ağrıyı işaret etmesine rağmen ve yan kısımlarında (böbrek hizasında) hiçbir ağrı şikayeti de yokken, gerek acil servis doktorları ve gerekse üroloji uzmanı şüpheli doktor bu durumu bile nazara almaksızın doğrudan reçete yazmış ve hastaya bol bol su içmesi talimatı verilmiştir.

Oysa hastanın içtiği her bir damla su onun durumunu daha da kötüleştirmiş, mide ve bağırsak hareketi, içilen fazla su ile daha da hareketlenerek hastalık ölümcül aşamaya geçmiştir. Dahası şüpheli doktor üroloji uzmanının verdiği yanlış ilaçlar da durumu daha kötüye sevk etmiş ve hasta ölüm döşeğine doktor eli ile yatırılmıştır.

Yaşanan bu süreçte hasta, doktorların ihmal veya basit bir savsaklaması ile değil bilinçli taksir teşkil eden hareketleri ile ölmüştür. Acil servis doktorları, meydana gelen ölümden ağır kusurludur. Zira yeni mezun ve henüz uzmanlığını yapmamış bir pratisyen hekim bile, açıklanan şikayetler ile kendisine başvuran bir hastaya, üstelik böbrek kısmında ağrı yokken ve ultrason bile çekilmeden doğrudan böbrek taşı teşhisi konmayacağını bilir. Şüpheli doktorlar ise tecrübeli doktorlardır. Keza uzman doktor olan şüpheli en azından acil tomografi istemesi ve 15-20 dakikada çıkacak tomografi sonucunu inceleyerek buna göre koyacağı teşhis doğrultusunda müdahale etmesi mümkün iken bunu bile yapmaması, yapmayı dahi düşünmemesi ihmalin de ötesinde bir durumdur.

Hasta yakını (1): Hasta hem komşum hem de teyzemin oğludur. Hastayı 09.08.2015 tarihinden yaklaşık 1 gün önce mide ağrısı olduğundan ve eşi yeni doğum yapmış olduğu için ben kendisini Devlet Hastanesine götürdüm. Akşam sularıydı. Hasta şikayetini acildeki doktora "şiddetli mide ağrısı ve kan işeme" olarak anlattı. Bunları duydum. Doktor hastayı muayene etmeden kan ve idrar tahlili ile röntgen istedi. Tahlilleri yaptırdık. Doktora gösterdim. Taş düşürdüğünü söyledi. Hasta çok ağrısı olduğunu söylediğinde, doktora iğne ve serum yaptıracağını söyledi. Serum bittiğinde zannediyorum 10.00-11.00 saatlerinde hastaneden çıktık. Ben hastayı evine bıraktım ve kendi evime gittim. Sabaha karşı 03.00-03.30 saatlerinde beni aradı, şiddetli ağrısı olduğunu söyleyerek hastaneye götürmemi istedi. Tekrar hastaneye gittik, başka bir doktorla karşılaştık. Bu doktora bizi muayene etmedi. Tahlillere baktı. Doktor "ben sonuçları bilmediğim için yanlış tedavi uygulamak istemiyorum, iğne ve serum yapalım." dedi. Ayrıca bize sabahleyin Üroloji polikliniğine başvurmamızı söyledi ve ultrason çekilmesini istedi. Ultrasonun saat 08.30 gibi açılacağını söylediler. Ben bu sırada işim olduğu için saat 06.30 gibi hastaneden ayrıldım, ama bir arkadaşım hastanın yanında durdu. Ancak ultrason için randevu alınması gerektiği söylendiğinden maalesef randevu alamadıklarından hastayı evine götürmüş, sabahı bir arkadaşımız hastanın evine giderek hastayı almış ve onu ultrason çektirmek için hastaneye götürmüş diye biliyorum.

Hasta yakını (2): Ben hastayı hastalığı sırasında 10.08.2015 tarihinde Aile Hekimliğindeki sedyenin üzerinde gördüm. Arkadaşımız kendisini hastaneden almış ve evine getirmiş, daha sonra ise ne maksatla gittiğini bilmiyorum ama aile hekimliğine gitmiş, beni arkadaşım aradı ve hastayı Aile hekimliğinden almamı istedi. Bende hastayı alarak evine getirdim. Eşinin o gün 182 nolu randevu hattından o gün için randevu alamadığını biliyorum. Hatta 1 hafta sonrasına gün almış, ama randevu boşaldığı için Salı günü saat: 10.30 randevusunu ayarlayabilmiş. Hasta 11.08.2015 tarihinde saat:09.00'da beni aradı kendisini hastaneye götürmemi istedi. Kendisini evden almaya gittim. Ancak yardımla yürüyebiliyordu. Eşiyile beraber kollarına girerek yürüttük. Hastanede Üroloji polikliniğine geldik. Ben içeri girdim. Hastamızın taş düşürdüğünü ve şu anda tekerlekli iskemlede olduğunu söyledim. Doktora bana "o kadar abartmayın, taş düşüren tekerlekli iskemlede mi olur" dedi. Kenan AY doktorun masasının karşısında karnını açarak tam ortayı göstererek ağrıyan yeri tarif etti ayrıca kan işediğini söyledi. Doktor hiç muayene etmedi. Doktor bey küçük bir kağıda iğne ve tomografi yazdı. Ben kendisine tomografi sonucunu hemen getireyim mi dedim. O da bana, zaten pazartesi falan sonuç çıkar deyince "cd'sini getireyim mi" diye sordum. Bana "hayır, raporla beraber getirirsin" dedi. Ağrısının da iğne ile kesileceğini söyledi. Ben hastaya tomografi ve iğne sırasında eşlik ettim. Tomografideki görevliler bana doktorun acil tomografi istemediğini bu nedenle hemen veremeyeceklerini söylediler. Hastanın durumu çok kötüydü. Daha sonra eve getirdim. Yine zorlukla iki kişi eve çıkardık. Bundan sonra kendisini görmedim. Hastaneye yattığını daha sonra öğrendim.

SAVUNMA

Üroloji Uzmanı: Ben her hastaya tam bir fizik muayene yaparım. Bu hastayı hatırlıyorum. Batın muayenesi normal, defans ve rebound yok, lomber hassasiyeti mevcuttu. Hasta bana acil servisten renal kolik ön tanısı ile gönderilmişti. Muayenede akut batın ile ilgili bir bulgu ile karşılaşmadım. Aksi halde hastanemizde 24 saat genel cerrah bulunmakta olduğundan kesinlikle ona gönderirdim. Ayrıca hastanın daha önce acilde yapılmış olan tetkiklerinde de akut batını destekleyecek herhangi bir bulgu bulunmamakta

olup, idrar analizinde hematürisi mevcuttur. Bu bilgiler ışığında bu vakada standart olarak istenecek olan tomografiyi de istedim. Tüm batın tomografisi üriner sistem taşları yönünden altın standart bir radyolojik inceleme olup aynı zamanda batın içi diğer patolojiler yönünden de bu tetkiki tercih etmekteyim. Dolayısıyla gerekli fizik muayene yapmış ve gerekli tetkiki de istemiş durumdayım. Ben hastadan istenmesi gereken tomografiyi istemişim. Tomografinin çekilme ve raporlanma süresi radyoloji bölümünün iç işleyişine göre belirlenmekte ve benim kontrolüm altında gelişmemektedir. Hastanemizin rutin işleyişinde hastanın çekilmiş olan tomografinin sonucu veya cd'ye çekilmiş hali gün içinde veya uygun diğer bir günde kontrol randevusu adı altında kayıt altına alınarak hasta veya hasta yakını tarafından (eğer hasta gelemeyecek durumda ise) doktora ulaştırılmaktadır. Bu hasta özelinde hastanın bana herhangi bir kontrol kaydı bulunmamakta ve hasta ya da yakını tarafından film cd si veya raporlu sonucun bana getirildiğine dair bir kayıt bulunmamaktadır. Bu konuda radyolojiden de uyarı telefonu veya herhangi bir kanaldan geri dönüş almadım. Ben bu hastada muayene ve tetkik sonuçlarına göre kesinlikle üriner sistem taşı düşünmüşüm. Buna yönelik tedavimi de vermişim. Akut batın tablosu benim muayenemden sonra gelişmiştir. Çünkü bunu muhakkak muayenede fark ederdim. Eğer hasta ve hasta yakını muayene ve klinik şüphem olmasa bile bana hastanın bt sinin cd veya sonucunu getirselordi ya da radyoloji kliniği tarafından bt de saptanan tablo ile ilgili herhangi bir kanaldan uyarılsaydım muayene bulgusu olmamasına rağmen hastayı ilgili branş olan genel cerrahiye yönlendirmekte tereddüt etmezdim.

Acil Hekimi (HK): Bu hastayı hatırlamıyorum. Ancak hastanenin verileri üzerinde yaptığım incelemede bu hastaya dair benim adıma yapılmış bir giriş olmadığını gördüm. Zaten otomasyon sisteminde de görüldüğü üzere hasta 09.08.2015 tarih ve saat 18.49'da ilk kez diğer arkadaşım tarafından muayene edilmiş olup, 09.08.2015 Pazar'ı 10.08.2015 Pazartesi'ye bağlayan gece saat:05.48'de tekrar aynı doktor arkadaşım tarafından görüldüğü tespit edilebilir.

Acil Hekimi (MED): Adı geçen hastayı ben muayene etmedim. Ben 09.08.2015 tarihinde Acil Polikliniğinde saat: 16.00-24.00 arasında görevliydim. Saat:24.00'ten sonra hastanede olmadığımdan bu hastayı muayene etmiş olamam. 11.08.2015'te sabah 08.00'de nöbete gelmiş bulunmaktayım. Bu tarihte hastayı muayene ettiğime dair bir kayıt bulunmamaktadır. Hastanın acilden muayene girişi kaydı yoktur. Hastanın Üroloji poliklinik kaydı bulunmaktadır. Bu enjeksiyon kaydının daha önceki günlerde yapılmış olan enjeksiyonun yanlış veri girişi sonucu benim üzerine kaydedildiğini düşünmekteyim.

Acil Hekimi (ED): Ben Devlet Hastanesinde acil serviste pratisyen hekim olarak görev yapmaktayım. Ben nöbetçi olduğum bir pazar akşamı hatırladığım kadarıyla 19.00 - 20.00 civarında müşteki yan ağrı şikayeti ile acile geldi. Ben de hastayı Yeşil 1 nolu Poliklinik odasında karın muayenesini yaptım. Defansı yoktu, rebound yoktu. Yine de akut batın şüphesi ile ilgili hastanemiz şartlarının elverdiği bütün tetkikleri, kan tetkikleri, idrar tetkiki ve röntgenini istedim. Sonuçları çıkana kadar hastayı müşahede altına aldım. Sonuçlarının çıkmasından sonra da tetkiklerini değerlendirdiğimde beyaz küresi 12.000'lerde idi. İdrarında yoğun eritrositi (48) adet mevcuttu. Aynı zamanda idrar tetkikinde orta düzeyde lökosit dediğimi enfeksiyonu gösteren bulgusu vardı. Ayakta düz karın grafisinde akut batın tablosunu düşündüren bir görüntü dikkatimi çekmedi. Bu arada hastanın müşahede esnasında ağrıları da rahatladığı için hastaya Pazartesi sabahı ürolojiye gelmesi için kaşeli bir kağıt verip yine de ağrıları tekrarlırsa sabaha kadar olduğumu söyleyerek hastayı taburcu ettim. Benden sonraki nöbet tuttuğum zaman dışında aynı gün içinde gece 03.00 - 03.30 arasında hastanemiz acil servisine yakınları ile müracaat etmişler. Benim dışımda ismini bilmediğim bir doktor tarafından muayene edilmiş ve uygulanan tedavi hakkında bilgim yoktur. Daha sonra hastanın nereye gittiği ne yaptığı konusunda da bilgim yoktur. Şikayet üzerine gelişen olayları öğrendim. Benim yaptığım tedavide herhangi bir eksiklik bulunmamaktadır. Eksiklik ve hata bulunduğunu düşünmüyorum. Her ne kadar şikayet dilekçesini veren avukat tarafından ultrason çekilmediği gibi bir ithamda bulunmuşsa da hastanemizde mesai sonrası ve hafta sonları radyoloji uzmanı bulunmadığından ultrason hizmeti verilememektedir. Bu nedenle ultrason çekilmemiştir. Suçlamaları kabul etmiyorum.

BELGELER

Devlet Hastanesinin 09.08.2015 tarihide yapılan laboratuvar tetkiklerinde; WBC:12.330, RC:5.299, HGB:16.3, HCT:48.5, ALT:11, Amilaz:48, AST:17, Direkt bilirubin:0.18, glukoz:100, kalsiyum:10.42, kreatinin:1, potasyum:4.2, sodyum:139, total bilirubin:0.75, üre:30, İdrar tetkikinde: PH:8.5, rek açık sarı,

dansite:1.021, bilirubin: negatif, eritrosit 2+, glukoz ve keton negatif, lökosit 1+, Nitrit negatif, protein:3 +, bakteri 9, eritrosit(hb) 48, kristal: 10, lökosit(esteraz) 8. Dikloron 25mg IM uygulandı.

Devlet Hastanesinin 10.08.2015 tarihli acil servis anamnez ve gözlem formunda; Karın ağrısı şikayetiyle getirildiği, TA: 120/80mmHg, nabız78, ateş 36.5 derece, SPO2:100, fizik muayenesinin normal olduğu, defans ve rebound olmadığı, genel durumu iyi, vital bulgular normal, Epigastrik hassasiyet, verilen tedavi ile rahatlayan hasta tetkik sonuçlarına göre aynı gün üroloji polikliniğine sevk edildi. Buscopan 20 mg ampul, Polifleks %0.9 izotonik 500 ml ML Dedeksalfin 50 mg ve Dramamine 50 mg 5 ampul ilaç tedavisi uygulandı.

Üroloji polikliniğinin muayenesinde; Acil serviste değerlendirilip renal kolik ön tanısı notu ile gelen hasta fizik muayenesinde batın normal, defans ve rebound olmadığı, bilateral lomber hassasiyet olduğu, hemogram v biyokimya normal TIT hematüri mevcut olduğu, Üriner CT ile taş evaluasyonu planlandığı, RV. BT ile kontrole gelecek.

Özel Hastanesinin 11.08.2015 tarih ve epikriz raporunda; Karın ağrısı, sol yan ağrısı, mide bulantısı şikayetleriyle getirildi, Acil serviste ilk tedavisi yapıldı, genel cerrahi bölümüne konsülte edildi.

11.08.2015 tarihli tetkiklerinde; ALT (SGPT):248, AST (SGOT):273, CRP (Turbidimetrik):65,3, Glukoz (AKŞ):60, Kreatinin: 4.3, Klor:92.1, Sodyum128,3.

Fizik ve Muayene Bulgularında; Batında yaygın hassasiyet tahta karın mevcut, barsak sesleri yok, genel durumu bozuk, soğuk terlemesi var, preşok halinde, facies peritonei mevcut. Çektirilen grafide diafragma altı serbest hava olup, USG'de batında loküle yaygın serbest mayii mevcut. TA:90/60 mmHg, nabız filliform

Klinik Süreç ve Tedavi: %5 DRL 1000cc, İsef Flokon İgr İv, Genta 160mgr 1x1 İv, Flagyl solüsyon 500mg 1x1 yapıldı.

Hastaya duodenal ülser perforasyonu ve peritonit durumu için ameliyat önerildi, hasta kendi isteği ile tedavi red formu imzalayarak hastaneden ayrılmak istediği için hastanemiz ambulansıyla tarafımızdan yoğun bakımlı bir merkeze götürüldü.

11.08.2015 tarihli ultrasonografisi: Sol böbrekte 100mm çapında kortikal kistmevut olduğu, batın içi yaygın ve belirgin internal ekolu serbest sıvı (mide perforasyonu?) izlenmektedir.

Üniversite Hastanesinin 11.08.2015 giriş ve 19.08.2015 çıkış tarihli epikrizinde;

Hasta acil serviste değerlendirildi. Bilinici bulanık 130 taşikardisi 70/40 tansyonu olan kreatinin 4.50 ast alt 258/250 inr 4 olan hasta muayenesinde rebound defans mevcut olması ve çekilen kontrastsız batın BT de batında yaygın hava ve sıvısı olan hastaya acil laparotomi önerildiği, GAA yapılan superior midline insizyonla cilt, cilt altı ve fasya geçilerek periton açıldığında bol miktarda duodenum içeriği ile karşılaşarak aspire edildi (3000 cc) ve batın içi yıkamalar yapıldı. Sonrasına yapılan explorasyonda duodenum 1. Kıta ön yüzünde yaklaşık 1.5cmlik perforasyon alanı saptandığı, takiben perfore alana 2/0 ipeklerle 4 adet transverse suture geçilerek ayrı ayrı klemplerle askılara alındı ve suture edildi. Sonrasında omental doku patch yapacak şekilde arasında bırakılacak geçilen sutureler bağlanarak Grahamm-Patch onarımı gerçekleştirildi. Onarım hattında 400cc çift uçlu hemovak dren yerlestildi. Batın içi 6000cc sf ile yıkandı berrak geldiği görüldüğü, hemostaz sonrası fasya no 1 loop PDS ile kontinue, cilt stapler ile kapatıldığı, İntraoperatif inotrop ihtiyacı olan hasta entübe olarak anestezi yoğun bakımına devredildi.

11.08.2015 tarihli alt abdomen BT raporunda; Batında yaygın serbest sıvı ve serbest hava (Görünüm GİST perforasyonuna sekonder izlenebilir. Klinik eşliğinde değerlendirilmesi önerilir.

11.08.2015 tarihli üst abdomen BT raporunda; Batında yaygın serbest sıvı ve serbest hava (Görünüm GİST perforasyonuna sekonder izlenebilir. Klinik eşliğinde değerlendirilmesi önerilir.

Klinik seyrinde:

11.08.2015 günü hasta entübe staradin infüzyonu aldığı, P SIMV desteğinde, peptik ulcus perforasyonu ön tanılı hastaya PPI infüzyonu başlandığı, enfeksiyona konsülte edildiği,

Dış merkez tetkiklerinde Kre:4.3 Üre:127 Ast:273 Alt:248. 4 gündür Genta kullanıyormuş, CRP:65.3 rutin tetkikleri gönderildiği, medikasyonu planlandığı,

12.08.2015 günü TA:113/80 KH:120/DK SPO2:%100 akciğer sesleri rahat eşit/doğal batın pansumanlı, diürez yeterli, kısıtlı, NG'den enteral beslendiği, steradin infüzyonu aldığı, GKS:15 IR:+/+,

13.08.2015 günü ASV modda MV desteği aldığı, entübe, GKS:10 Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin, Breviblok infüzyonu aldığı, TA: 126/81 MMHG nabız:122/dk sP02:%100,

14.08.2015 günü İradin Adrenalin Dobutamin infüzyonu aldığı, TA:100/55 KH:100 SP02:%86 akciğer sesleri eşit kaba, batin pansumanlı, CVHDF yapıldığı,

15.08.2015 günü (hasta sedatize)GKS:4+E+6, IR+/, pupiller izokorik. entübe, P-SIMV MV desteğinde SA02:%97. solunum sesleri eşit, CVVHD-Cİ CA uygulandığı, TA: 123/85, NBZ:95/DK. Steradin Adrenalin, Octostim, Precedex, pantpas İnfizyon aldığı, batin pansumanlı,

16.08.2015 günü KS:3E6 IR:+/+ pupiller izokorik, entübe, P-SIMV modda MV desteği aldığı, S02:96 sol sesleri eşit, CVVHD-Cİ CA uygulandığı, TA:133/83 NB:125. Steradin Dobutamin Adrenalin, Octosim Pantpas Trental İnf. Aldığı, batin pansumanlı, sağ juguler ven kat. sol femoralde diyaliz kat, sol brakial art. kat. Mevcut, diürez,

17.08.2015 günü GKS:(sedatize) İR +/+ pupiller izokak:TA:110/70 NBZ :104 02%100 entübe P.SIMV Modda MV desteğinde akciğer sesleri eşit, batin pansumanlı diürez yok. CVVHD aldığı, ASV İnf aldığı, parenteral beslendiği,

18.08.2015 günü TA:141/74 NABIZ:101 SP02:%100 GKS:3+E+6 IR:+/+ pupiller izokorik, entübe, ASV modda MV desteğinde, akciğer sesleri eşit, batin pansumanlı diürez yok, CVVHDF aldığı, parantel beslendiği, perijevik dolaşımı bozulan, embulekturi yapılan hastaya DIC tanısı konulup, hematoloji bölümü tarafından heparin infüzyonu başlandığı, Noradrenalin ve Vasopressin infüzyonu aldığı, PLT:68 olan hastaya 1 Ü AFF. Trombosit verildiği, kontrol PLT:120 INR:2.25 olan hastaya 4Ü TDP verildiği, Noradrenalin inf. maksimum doza çıkılmasına rağmen hastanın hipotansif seyretmesi üzerine adrenalin inf başlandığı, kontrol hemogramda HB:8, PLT 38:000 olması üzerine 1 Ü Aferez ve 1 Ü Es transfüzyonu yapıldığı, Adrenalin infüzyon dozu da maksimuma çıktığı, hasta 3 lü inotrop altında hipotansif seyrettiği, hastanın CVVHDF stoplandığı,

19.08.2015 günü Noradrenalin+ Adrenalin+Vasopressin Maksimum doz altında kardiyak arrest gelişen hastaya toplamda 10 mg Adrenalin puşe ve 45 dakika CPR yapılmasına rağmen yanıt alınmadığı, hasta 04:45 te exitus kabul edildiği,

Hasta adına düzenlenmiş 11/08/2015 tarihli ilaç reçetesinde: Pyeloseptyl 30 kapsul günde 3x1, Buscopan plus 20 film günde 2x1, Elektra 25mg 20 FTB günde 3x1.

Dosyada mevcut CD'ler Adli Tıp İhtisas Kurulu Radyoloji üyesi tarafından incelendi: 09/08/2015 ADBG: Patolojik bulgu olmadığı

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Ön incelemeci: 11/08/2015 tarihinde adı geçen hasta üroloji polikliniğinde üroloji uzmanı tarafından muayene edilmiştir. Yine hastada akut batin bulgularım düşündürecek fiziki muayene bulgularına rastlanmamıştır. Hastadan renal kolik ön tanısı ile batin tomografisi istenmiş fakat sonuç doktor tarafından aynı gün değerlendirilmemiştir. Sonrasında dosyadan da anlaşıldığı üzere hasta Özel bir Hastaneye başvurmuştur. Bu aşamaya kadar olan Devlet Hastanesi tarafından yapılan iş ve işlemlerde herhangi bir tıbbi hata olmadığına dair kanaate oy birliği ile varılmıştır.

Adli Tıp Kurumu:

1- Zamanında otopsi yapılarak dokularda makroskopik, histopatolojik ve toksikolojik araştırma yapılmamakla birlikte adli dosyada mevcut belgelere göre, kişinin ölümünün Peptik Ulcus perforasyonu ve gelişen komplikasyonlar sonucu meydana gelmiş olduğu,

2- Adli dosyada mevcut belgelere göre, Kişinin acil serviste muayenesinin acil hekimi tarafından yapıldığı, şikayetlerine yönelik uygun tetkik ve grafilerin istendiği, medikal tedavi verildiği, tetkiklerinde hematüri tespit edilen kişinin üroloji polikliniğibe yönlendirildiği, yapılan işlemlerin tıp kuaralların uygun olduğu cihetle acil hekimine atfı kabil kusur bulunmadığı,

3- Adli dosyada mevcut belgelere göre 11.08.2015 tarihinde Üroloji polikliniğine başvurduğu, muayenesinde; batin normal, defans ve rebound olmadığı, bilateral lomber hassasiyet olduğu, hemogram ve biyokimya normal TİT hematüri mevut olduğu, Üriner CT ile taş evaluasyonu planlandığı, RV, BT ile kontrole gelecek şekilde kayıtlı olduğu dikkate alındığında, Kişinin üroloji uzmanı tarafından muayenesinin yapıldığı, daha önceki tetkiklerin incelendiği, hematüri dışında patolojik bulgu olmadığı, tanı için Tomografi istendiği, bunun uygun olduğu, ancak kişinin tomografdi sonucu tekrar üroloji uzmanına getirmediği cihetle üroloji uzmanına atfı kabil kusur bulunmadığı oy birliği ile mütalaa olunur.

Öğretim Üyesi Bilirkişi: Hastanın 9.08.2015 (Pazar günü) tarihinde saat 18.40 de ilk kez 10.08.2015 tarihinde (pazartesi günü) saat 05.48 da ikinci kez acil polikliniğe görüldüğü ve yaklaşık saat 08.30 da hastaneden ayrıldıkları, 11.08.2015 tarihinde (Salı günü) yaklaşık saat 10.30 da üroloji polikliniğine müracaat edildiği, aynı gün özel hastaneye müracaat edildiği ve klinik tablonun akut batın olduğunun anlaşıldığı ve saat 16.35 de tedaviyi red belgesi imzalayarak üniversite hastanesine sevk edildiği anlaşılmaktadır.

Hastanın acil polikliniğe müracaatlarında direk batın grafisinde de anormallik görülmediği dikkate alındığında klinik tablonun oturmadığı akut batın tanısının konulmadığı, acilde görevli hekimlerin hastayı üroloji uzmanına sevk ettikleri dikkate alındığında acil hekimlerin uygulamalarında tıbbi hata olmadığı, ancak hastanın 11.08.2016 tarihinde yaklaşık saat 10.30 da üroloji uzmanı tarafından görüldüğü, aynı gün öğleden sonra özel hastanede ileri evrelere ulaşmış akut batın tanısının konulduğu dikkate alındığında üroloji uzmanının hastada ayırıcı tanı yapmadığı ve adli olarak ispatı halinde hastayı muayene etmediğinden uygulamalarının tıbbi hata olarak değerlendirildiğine karar verildi.

DEĞERLENDİRME

Uz. Dr. Arda Atar, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Hastanın muayene edilmeden muayene bulgularının yazılmasını yorumlayınız?

Tanık ifadelerinde hastanın üroloji polikliniğine başvurusu sırasında genel durumunda bozukluk olduğu, tekerlekli sandalye ile ve iki kişinin yardımı ile geldiği, şikayetinin de batın orta hattında şiddetli ağrı olduğu belirtiliyor. Hastanın taş ağrısında beklediğimiz kolik karakterde, yan taraftan kasıklara doğru uzanım gösteren bir ağrı tariflemeyi; daha çok batın orta hatta lokalize, ani başlangıç gösteren, önceki 2 gün içerisinde acil servise iki kere gitmesini gerektirecek şiddette bir ağrı ile başvurduğu anlaşıyor.

Üroloji uzmanının daha çok idrar tetkikinde saptanan eritrosit varlığını göz önüne alarak taş tanısına yoğunlaştığı ve radyolojik tetkikleri acil olarak istemediği anlaşıyor. Oysa mevcut karın ağrısı gerek başlangıç şekli, şiddeti ve lokalizasyonu itibarı ile üriner sistem taş hastalığı ile çok uyumsuz. Üroloji polikliniğine şiddetli karın ağrısı ile başvuran hastanın mutlaka batın muayenesinin yapılması ve akut batın tablosunun ayırıcı tanıya alınması gerekliliği şüphesizdir. Akut batın şüphesi olan bir hastanın da mutlaka Genel Cerrahi konsültasyonunun yapılması gerekir.

Hastada acil servise başvuru anında klinik tablonun oturmamış ve tanının konulamamış olması muhtemeldir. Üroloji uzmanının kendi ifadesinde, kendinden önce hastayı değerlendiren acil hekimlerinin tanı atlamadığını, hastada akut batın olmadığını, peptik ulcus perforasyonunun ve oluşturduğu tablonun da kendi muayenesinden sonra geliştiği belirtilmektedir. Bu ifade, akut batın tanısında acil hekimlerinin bir ihmalinin olmadığını üroloji hekimi tarafından kabul edildiğini de göstermektedir.

Değerlendirmekte güçlük yaşadığımız üroloji uzmanının hastayı muayene edip etmediği konusu hukuki sürecin sonunda anlaşılacaktır. Bu hastada acil üriner sistem BT incelemesinin istenmesi ve hemen sonuçlandırılarak taş şüphesinin ortadan kaldırılması üroloji uzmanının sorumluluğundadır. Hastaya ağrı kesici yapılmasının akut batın bulgularını gizleyeceği de akılda tutularak böyle bir durumda tanı kesinleşmeden ağrı kesici verilmemesi gerekirdi. Hastanın muayene edilmeden muayene edilmiş gibi dosyasının doldurulması, kendinden sonra dosyayı inceleyen hekimin ayırıcı tanıya gitmesini zorlaştıracaktır. Adli olarak bu durumun ispatı halinde hem hastanın ayırıcı tanısını yapmama hem de başka bir hekimin tanı koymasını güçleştirme sebeplerinden durumun tıbbi hata olarak değerlendirilmesi kanaatindeyim.

2- Hastanın ilk muayenelerinde akut batın olmadığını söylemek mümkün mü?

Karın ağrısı ve hematüri ile başvuran genç bir hastanın muayenesinde herhangi bir özellik olmaması halinde batın ultrasonografisi ile değerlendirilmesi, radyoloji uzmanı nöbette olmaması halinde ise en azından genel cerrahi uzmanına danışılarak eğer kreatinin sonucu normal ise Kontrastlı ve Kontrastsız Abdominopelvik BT ile değerlendirilmesi gerekirdi. Tam kan sayımında lökosit düzeyinin normal olması ve ADBG sonucunun normal olması hastadan Genel Cerrahi konsültasyonu istememek için yeterli

görülmemeliydi. Bu da mümkün değilse bu imkanların olduğu başka bir hastaneye yönlendirilebilirdi. Hastanın bir sonraki gün radyoloji tetkikleri (USG, BT) yapılabilirdi. Hastanın akut batın tablosunun acil polikliniğinde ilk başvuru sırasında (09.08.2015) ayırıcı tanısının mevcut tetkikler ile yüksek duyarlılıkla ortaya konması mümkün değildir. Görüntüleme yöntemlerinden ADBG akut batını dışlamak için yeterli değildir. (Gans SL, Stoker J, Boermeester MA. Plain abdominal radiography in acute abdominal pain; past, present, and future. International Journal of General Medicine. 2012;5:525-533).

3- Bu hasta hakkında bilirkşi raporunuz nasıl olurdu?

Üroloji polikliniğine karın orta hattında şiddetli ağrı ve idrarda kanama ile başvuran acil servis hekimi tarafından renal kolik ötanısı ile yönlendirilen hastanın ayırıcı tanısında akut batın ilk olarak düşünölmeli, batın muayenesi yapılmalı ve ürolojik acil patolojiler (taş, üriyer obstrüksiyon) görüntüleme yöntemleri ile dışlanmalıdır. Hastaya üriyer sistem BT tetkiki acil olarak istenmeli ve taş dışlandıktan sonra akut batın açısından Genel Cerrahi ile konsölte edilmelidir.

Üriyer Sistem BT tetkikinin acil olarak istenmediği ve hastanın yetersiz bilgilendirildiği anlaşılmaktadır. Hastanın muayene edilmediğinin iddası ile üroloji hekiminin hasta dosyasına muayene bulgularını yazmış olduğuna dair bilgiler uyuşmamaktadır ve durum adli süreç sonunda belli olacaktır. Üroloji hekiminin hastadan acil olarak BT tetkiki istememiş olması ve hastayı Genel Cerrahi ile konsölte etmemesi hastanın tanısının gecikmesine yol açmıştır. Hastaya aynı gün içerisinde ileri evreye ulaşmış akut batın tanısı (peptik ulcus perforasyonu) konulması (11.08.2015, saat 16:45) üroloji uzmanının muayenesi sırasında (11.08.2015, saat 10:30) da tabloya dair bulguların saptanabilmesinin mümkün olduğunu düşündüremektedir. Ayırıcı tanıya erken gidilmesinin hastanın yararına olacağı kesin olmakla birlikte uygun cerrahi tedaviye rağmen hastanın kesin kurtulamayabileceği de reddedilemez. Hastanın muayene edilmediğinin kanıtlanması halinde bu durum tıbbi hata olarak değerlendirilmelidir.

3.3 AYDINLATMA VE ONAM

3.3.1 ÜRETER TAŞI İÇİN URS GİRİŞİMİNDE TURP: ONAM SORUNU?

İDDİA

05.10.2012 tarihinde böbreklerimde sıkıntı olmasından dolayı Özel Hastaneye başvurdum. Kontrolerim yapıldıktan sonra doktor böbrekte taş var 5 dakikada alırım diye beni ameliyata aldı. Ameliyat sırasında lokal anestezi olmasından dolayı bilincim açıldı. Ameliyatın uzun sürmesi hasebiyle doktora neden bu kadar uzun sürdü dediğimde bana prostatın kapalı alayım dedi. Ben de zorunlu olacağına inandırıldığımdan dolayı alın hocam dedim. Ancak ameliyat sırasında prostatın alınmasının sonuçları bana anlatılmadı. Alelacele prostatım alındı. Bu ameliyatın alelacele yapılmasının tek sebebi maddi amaçların güdülmesidir. Bundan bir ay sonra idrar şikayetlerim arttı ve tekrar bir kezre daha ameliyat edildim. Sonradan öğrendiğime göre prostatım hayati fonksiyonlarımı ciddi şekilde etkileyecek seviyede kötü değılmış. Yani prostatımın bu şekliyle kalması hayati fonksiyonlarımı etkileyemeyecek seviyedeymiş; bu amaçla aldığım doktor raporlarını da sayın makamınıza sunuyorum. Mevcut ameliyat sonucunda cinsel hayatım tamamen bitmiştir. Bu nedenle de özellikle manevi anlamda tamamen çökmüş durumdayım.

SAVUNMA

Üroloji uzmanı: Şikayetçi böbrek taşı ağrısı ve idrar şikayetiyle başvurdu. Yapılan tetkikler sonucunda böbrek taşından operasyon önerde kabul etmesiyle ameliyat alındı, işlem esnasında prostatın büyük olduğu idrar yolunu tıkaması neden ile taşın kapalı yöntemi ile yapılabilmesi için prostatın alınması gerektiği görüntülü olarak hastaya ameliyat anında anlatıldı, hastanın onay vermesi sonucu prostata kapalı yöntem ile müdahale edildi ameliyat esnasında olabilecek sıkıntılar hakkında hastaya detaylı bilgi verilmedi yüzeysel bilgiler verildi onay sonrası vaka gerçekleşti, iki gün sonra hasta taburcu edildi kesinlikle hastanın onayı olmadan bu cerrahi işlem yapılmadı, bu olaylara vaka sırasında hazırda bulunan anestezi uzmanı ve hemşirelerimiz şahittir, ayrıca ameliyat sonrası yüzde 3-5 oranında penisde sertleşme sorunu

olabiliyor ancak tamamen bu ameliyat bağlı olması mümkün değil, hastanın şikayeti yüzde 60-70 psikolojik olduğunu düşünüyorum, ben doktor olarak görevim yaptım, suçlamaları kabul etmiyorum.”

Ameliyat hemşiresi: Olay günü şikayetçi şahsı ameliyata alındı, doktor gerekli müdahaleyi yaptıktan sonra hastaya prostat büyümüş idrar yolunu kapattığını ve alınması gerektiğini söyleyerek hastaya onay verip vermeyeceğini sordu, hastadan ameliyat anında onay verdiği izin doktor gerekli işlemi yaptı, ameliyat başarılı oldu herhangi bir sorun yaşanmadı, sonraki süreçte neler yaşandığını bilmiyorum ancak olay anında hasta prostatın alınmasına onay verdiğiine şahidim.

BELGELER

USG raporu: Böbrekler normal boyutta ve lokalizasyondadır. Parenkimkalınlıkları doğaldır. Her iki böbrek parenkim ekosu fizyolojiktir. Bilateral kalkül veya kitlesel bir lezyon saptanmamıştır. Sağda renal sinüs ekolarında artış izlendi. Sağda belirgin pelvikaliektazi izlendi (üreter taşı?). Mesane dolu iken yapılan incelemede, mesane konturları düzgündür. Cidar kalınlığı doğaldır. Lümen içi patolojik bir oluşum saptanmamıştır. Prostat boyutları artmıştır (42x50x43mm, 46gr, BPH). Konturları düzgündür. Transabdominal olarak parenkim ekosu homojendir.

Batın BT raporu: Sağ üreter alt uç trasesinde kalkül yada kalsifikasyona ait olup olmadığı belirlenemeyen milimetrik boyutta opasite görülmektedir.

Özel Hastane 05.10.2012 yatış ve 07.10.2012 çıkış tarihli epikriz raporu: “Sağ yan ağrısı, idrarda yanma, sık idrara çıkma, idrarda kanama olması ve karın ağrısı şikayetleri ile başvurduğu, üç yıldan beri prostatizm ve 15 günden beri sağ renal kolik tanımladığı, hastanın yapılan tetkiklerinde sağ üreter taşı ve BPH saptandığı, sağ URS ve TUR-p uygulanmak üzere yatışı yapıldığı, aynı gün Üroloji Uzmanı tarafından ameliyata alındığı, ameliyat notunda; “SAA’da yapılan sağ URS” de sağ orta üreterdeki 5 mm taşta litotripsi uygulandıktan sonra 26 fr sheatle çalışıldı. Orta derecede hiperplazik, trilobler benign görünümlü prostat adenomlarına TUR-P uygulandı. 22 Fr foley üretral yoldan takıldı.” Kayıtlıdır.

Özel Hastane 30.10.2012 tarihli hasta özeti: Opere BPH ve sağ üreter taşı hasta, sık idrara çıkma, idrarda yanma ve idrarı tam boşaltamama şikayeti ile başvurduğu, yapılan muayene ve tetkiklerin sonucunda Aksef, Monurolo, Esplus ve Rantudil reçete edildiği ve poliklinik kontrolü önerildiği” kayıtlıdır.

Devlet hastanesi 28.11.2012 tarihli tüm batın USG raporu: “.. Sağ böbrek lokalizasyonu tabii, konturları düzgün, boyutları normaldir. Parankim kalınlığı ve ekosu normaldir. Santral eko yapısı tabiidir. Sağ böbrekte kitle kalkül. pelvikalisiel ektazi saptanmadı. Sol böbrek lokalizasyonu tabii, konturları düzgün, boyutları normaldir. Parankim kalınlığı ve ekosu normaldir. Santral eko yapısı tabiidir. Sol böbrekte kitle, kalkül pelvikalisiel ektazi saptanmadı. Mesane konturları düzgün olup duvar kalınlığı normal sınırlardadır. Lümen ekosu homojen olup lümen içinde patolojik oluşum saptanmadı. Prostat 28 cc boyutlardadır, hafif heterojen ekoda izlenmektedir.”

Özel Hastane 30.11.2012 yatış ve 01.12.2012 çıkış tarihli epikriz raporu: “Opere BPH ve sağ üreter taşı hasta, sık idrara çıkma, idrarda yanma olması, idrarı tam boşaltamama, ince idrar yapma olması ve kasıklarda ağrısı şikayetleri ile başvurduğu, hastanın yapılan tetkiklerinde BPH ve üretral stenoz saptandığı, TUR-p ve internal üretrotomi uygulanmak üzere hastanın yatışının yapıldığı, 30.11.2012 tarihinde ameliyata alındığı, ameliyat notunda; “SAA’da yapılan üretroskopide bulböz üretrada 1 adet stenoza internal üretrotomi uygulandıktan sonra rezidüel prostat adenomlarına TUR-p uygulandı. 22 fr foley takıldı.” kayıtlı olduğu, ameliyat sonrası takiplerinin yapıldığı, 01.12.2012 tarihinde sondası çekilip taburcu edildiği, çıkarılan prostat dokusu 05.12.2012 tarihi patoloji raporunda adenofibromyomatöz hiperplazi olarak değerlendirildiği” kayıtlıdır.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Tıp fakültesi Üroloji Anabil Dalı Görüşü: “İlgili yazınıza istinaden; adı geçen şahsın ürolojik fizik muayenesi normal infravezikal herhangi bir şikayeti yoktur. Libido ve ereksiyonu normal, hasta retrograd ejakülasyon olduğunu ifade etmekte, bu durum hastanın yaklaşık 1 yıl önce geçirdiği TUR-P operasyonun bir sonucu olarak gelişmiş olabilir (TUR-P ameliyatları sonrası yaklaşık %70 oranında retrograd ejakülasyon oluşabilir). Gereği bilgilerinize arz olunur.”

Adli Tıp raporu(1): Özel Gözde Hastanesine sağ üreter taşı ve BPH tanısı ile yatırıldığı,05.10.2012 tarihinde sağ URS ve TUR-p ameliyatı uygulandı, 30.11.2012 tarihinde BPH ve üretral stenoz nedeniyle tek-

rar yatırıldığı, TUR-p ve internal üretrotomi uygulandığı, bu ameliyatlar sonrasında retrograd ejakülasyon geliştiği anlaşılan 60 yaşındaki kişi hakkında düzenlenmiş adli ve tıbbi belgelerin incelenmesi sonucunda;

Üreter taşları şiddetli ağrıya neden olduğu gibi idrar akımını engelleyerek böbreklerde hasar oluşturabileceği, bu nedenle üreteri tıkayan bu taşların çıkarılmasının gerektiği, üreter taşlarının çıkarılmasında cerrahi yöntemlerin kullanılabilmesi, endoskopik taş kırma yöntemi bu amaçla sıklıkla kullanıldığı, yaşlanma ile birlikte erkeklerde benign prostat hiperplazisi (BPH) ve ona bağlı alt üriner sistem semptomlarının giderek arttığı, BPH ile ilişkili ileri yaşta erkeklerin çoğunda idrar yapma sorunlarının oluştuğu, medikal tedaviye cevap vermeyen BPH cerrahi olarak tedavi edilebileceği, TURP, BPH cerrahisinde kullanılan yöntemlerden biri olduğu, ameliyat sonrasında BPH'nın tekrarlayabileceği, aynı zamanda bütün BPH ameliyatları sonrasında retrograd ejakülasyon görülme oranının yüksek olduğu, kişide oluşan tablonun her türlü özene rağmen oluşabilen her hangi bir tıbbi kusur ya da ihmal izafe edilemeyen "komplikasyon" olarak nitelendirildiği, kişiye konulan tanı ve yapılan ameliyatların tıp biliminin genel kabul görmüş ilke ve kurallarına uygun olduğu, kişinin tedavisinde görev alan sağlık çalışanlarına atfi kabil kusur tespit edilmediği oy birliği ile mütalaa olunur.

Adli Tıp raporu(2): Üreter taşı nedeniyle spinal anestezi altında ameliyata alınan, ameliyat sırasında prostatın büyük olduğu görülerek, ameliyat esnasında prostat ameliyatı için onam alınan hastada, prostat ameliyatı endikasyonu konulması klasik tıbbi kurallara uygun olmadığı, hastadan prostat ameliyatı için alınan onamın "aydınlatılmış onam" kurallarına uygun olmadığı, bu nedenlerle tıbbi hata olduğuna, ameliyattan sonra gelişen uretra darlığı ve retrograd ejakülasyonun denedi dışı boşalma olmamasının komplikasyon olarak değerlendirildiğine karar verildi.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Bülent Erkurt, Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Bu dosyada dasece onam değil aynı zamanda tanı ve endikasyon sorunları mevcuttur. Onam sorunu ile ilgili olarak değerlendirmeniz nasıldır?

EAU 2016 yönergelerine göre 6 mm. Altındaki "yeni tanı konmuş" üreter taşlarının hemen "aktif çıkartılmasının" önerilmemesi öneri seviyesi A ve kanıt düzeyi 1a olarak belirtilmiştir. Enfeksiyon, dirençli ağrı ve böbrek fonksiyonlarında bozulma olmayan hastalarda medikal atım tedavisi 1 ay süre ile önerilmektedir. Mevcut öykü ve taş boyutuna göre hipotansiyon ve retrograd ejakülasyon gibi ilaç yan etkilerinin anlatılması sonrasında alfa bloker tedavisi önerilebilirdi.

Yine de üreter taşına bağlı şiddetli renal kolik taşın boyutundan bağımsız olarak bir an evvel aktif taş çıkartılmasını gerektirebilir ve bu tamamen üroloğun kararıdır. Bu karara yönelik objektif kriterler yoktur.

Prostatın cerrahi tedavisine karar verebilmek için medikal öykü, prostat fizik muayene bulguları, semptom skoru, yaşı gereği psa değerleri, akım testi, işeme günlüğü, idrar sonrası rezidü idrar miktarı gibi karar verdirici bilgiler raporda yer almamaktadır. Bu eksiklikler cerrahi tedavi kararında eksiklik olarak tanımlanabilir. Kaldığı renal kolik gibi üriner sistem işeme dinamiğini bozan bir hastalık esnasında prostatizm bulgularının dikkate alınması ve tedavi edilmesi yanıtıcı olabilir. USG' de septanan 46 gr. prostat büyüklüğü ve ameliyat esnasında endoskopik görünümün acil prostat tedavisi kararı için yeterli olmadığı kanısındayım. Ayrıca acil olmayan bir cerrahiye uygulayarak hastanın davranış tedavisi ve medikal tedavi gibi daha masum tedavi alternatiflerinin denenmesi şansını elinden almaktadır.

Prostat tedavisi için onam formu olmadığından TUR prostatektomi tedavisinin başarı ve olası yan etkileri hakkında hasta bilgilendirilememiştir. TUR prostatektomiye ait üretra darlığı, inkontinans, kanama, tekrarlamaya olasılığı, erektil disfonksiyon ve retrograd ejakülasyon gibi istenmeyen yan etkilerin hastaya doğru ve ayrıntılı tanımlanması ve bu bilgilerin onam formunda yer alma gerekliliği aşikardır. Bu hem hastayı hem de hekimi koruyan hukuki bir gerekliliktir. Bu formun varlığı şaibe ve tartışmaları yaşatmayacaktır.

2- Bu dosya hakkında bilirkışı görüşünüz nasıl olur?

Üreter taşının yol açtığı renal kolik ile hastaneye başvurduğunu belirten hastanın ifadesine karşın Üroloji uzmanı kolik ağrılarının yanı sıra prostatizm yakınmalarının da başvuru gerekçesi olduğunu raporunda belirtmiştir.

Taburcu raporunda TUR prostatektomi ve üreterorenoskopik taş tedavisi yapmak amacı ile yatırıldığını halbuki savunma raporunda ise ameliyat anında prostat büyüklüğünün hastaya anlatılarak sözel onay aldığı yer almıştır. Prostat büyüklüğünün üretere erişim sağlamayı engellediği bilgisi raporda yer almadığı gibi ameliyat hemşiresinin ifadesinde de yer almamaktadır. Bu farklılıklar çelişkili görünmektedir.

Üreter taşı nın 5 mm boyutunda olduğu ve başvuru günü endoskopik tedavi kararı alındığı, TUR prostatektomi kararının ise ameliyat anında endoskopik görüntüye göre karar verildiği anlaşılmaktadır.

Tedavi gereklilikleri ve onam formu eksiklikleri haricinde uygulanan üreter taşı tedavisinin başarı ile uygulandığı anlaşılmaktadır. Üreter taşının üreteroskopik tedavisi sık uygulanmakta ve dramatik başarılar elde edilmektedir. Transüretal prostat rezeksiyonu sonrası üretra darlığı gelişmesi veya rest doku varlığı yine hemen her TUR Prostatektomi cerrahisinde rastlanabilen ve komplikasyon olarak tanımlanabilecek sonuçlardır. Cerrahi özensizlik veya cerrahi hatalı uygulama olarak değerlendirilemez.

Bilirkişi raporundan anlaşıldığı kadarıyla hasta cinsel hayatım tamamen bitmiştir ifadesini retrograd ejekülasyon için kullanmaktadır. Hastanın ereksiyon sorunu olmadığı belirtilmektedir.

Sonuç olarak tanı ve onam formu sorunu vardır. Bunlar yok sayıldığında ameliyat uygulamasının kabul görmüş yöntemlerle yapıldığı ve istenmeyen sonuçları içinde sadece üretra darlığının yer aldığı ve bu sonucunda komplikasyon olarak değerlendirilmesi gerektiği kanısındayım.

Ameliyat anında hastadan onay alınmasının tıbbi etiğe aykırı olduğu kanısındayım. Seçici olarak tanımlanan bir tedavinin ameliyat anında hastaya sorulması doğru değildir.

En iyi niyetli karar ve en becerili cerrahi uygulansa bile ayrıntılı onam formunun olmaması tanı, tedavi ve sonrası aşamasında cerrahi suçlu konuma sokmaktadır.

3.3.2 BİLGİLENDİRME VE ONAMDA ÖNEMLİ OLAN HASTANIN NE ANLADIĞIDIR

İDDİA

Oğlumun şiddetli kasık ve bel ağrısı nedeniyle Devlet Hastanesine başvurduk. Tetkikler sonucunda karninin sol alt kısmında nereden kaynaklandığı bilinmeyen 110x60 mm boyutlarında bir kitle tespit edildi. Üroloji Uzmanı "küçük bir operasyon" yaparak "bu kitleden parça alacağını" söyledi. Alınan parçayı özel aracımızla söylenen labaratuvara götürdük. Götürdüğümüz parçanın tespit edilen "kitle"den alındığını sanıyorduk. 4 gün sonra patoloji sonucunu alarak doktora getirdik. Kötü huylu tümör olduğunu, onkoloji Kliniğine gitmemiz gerektiğini söyledi. Biz Ankara'ya gittik. Doktorlar sol yumurtalığının alınmış olduğunu söylediler. Bunları işitince dünyamız yıkıldı. Biricik oğlum Emre hem bir organını kaybetmenin acısını hem de bizden habersizce "Aydınlatılmış Hasta Onam Formu" alınmadan ameliyat yapılmasına ve bu muameleye çok üzülmüştür. Oğlumun sol yumurtalığının ailemin ve benim bilgim ve rızam dışında alınmış olması ruh halimizi bozmuş, oğlum Emre'nin ağır depresyon almasına sebep olmuştur. Benim, ailemin ve oğlumun rızası dışında alınan ve bizim için hayati öneme haiz olduğunu düşündüğümüz oğlumun sol yumurtalığının tamamen alınması hasta hakları' yönetmeliğine aykırı olup doktor hakkında soruşturma açılmasını arz ve talep ederim.

SAVUNMA

Üroloji uzmanı: Hastanın sol lomber ağrısı vardı. Usg istedim. Sol böbrek lojunda dev kitlesi olması üzerine MR çektirdim. Bu kitlenin testis kanseri metastazi olduğu düşüncesi ile hastaya radyoloji uzmanı ile beraber scrotal ultrason yapıldı. Testis tümörü olduğunu tespit ettik. Hasta ailesine tek tedavisinin o testisin alınması olduğunu bu operasyondan sonra ilave tedavilerin mutlaka gerekeceğini anlattım. Hastaya ve ikiz kardeşine de hastaneye yatış dosyası çıkarken testisin alınması gerektiği daha sonra ileri tedavilerin gerekebileceğini söyledim. Hasta onay formunu okuyarak imzalamalarını istedim. Kardeşi ve kendisi imzaladı. Hasta taburcu olduktan sonra epikrizlerini verdim. Onlar Ankara'ya gitmişler kemoterapi yapılmış. Kemoterapi sonrası kontrol için ve kalan tedavinin devamı için 2-3 kez bana müracaat ettiler kemoterapi uygulanması için 2 kez hastaneye yatırdım.

Radyoloji uzmanı: Hastaya skrotal renkli doppler ultrasonu yaptım. Zaten daha önceki batin MR tetkiklerinde sol böbrek lojunda dev kitlesi olan hasta da sol testiste tümoral kitle lezyonu olduğu anlaşıldı. Buna istinaden üroloji uzmanı hastanın yakınlarına hastalığın ne olduğu hakkında ve neler yapılması gerektiği hakkında gerekli bilgiyi verdi.

BELGELER

Devlet Hastanesi Epikriz: Sol lomber ağrı şikayetiyle hastaneye yatırıldı, yapılan ultrasonografide sol retroperitoneal bölgede sol böbrek alt ucu hizasında 101x59 mm boyutlarında lobüle kontürlü heterojen ekojenitede kitle saptanması üzerine Batın MRI çekildiği, MR'da 115x80 mm boyutlarında septali içinde solid kistik alanlar içeren solid komponentleri düşük düzeyde kontrast tutulumu içeren sınırları düzgün kapsül formasyonu gösteren kitle tespit edildiği, daha sonra yapılan testis muayenesinde sol testis alt polde kontur düzensizliği yapımayan sertlik saptandı. Yapılan scrotal USG de testis alt polünde kapsüle uzak 2 cm'lik tümoral oluşum görüldü.

AFP:17.8 BHCG:0.3 olarak ölçüldü, diğer biyokimyasal değerler normal sınırlardaydı. Akciğer grafisinde patoloji yoktu. Yüksek inguinal orşiektomiye karar verilerek hastaya genel anestezi altında 02.06.2008 tarihinde yüksek orşiektomi yapıldığı, patolojik incelemeden sonra sonucu Teratom+Embriyoner Karsinom olarak rapor edildi, hastaya akciğer CT ile birlikte onkoloji konseyine başvurusu önerildi.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Hastaya konulan tanı buna yönelik yapılan ameliyat tıp kurallarına uygundur. Testisinde tümörü olan hastanın bu testisini almak tedavi için bir zorunluluktur. Zaten tıp kurallarına göre testis kanseri tanısında biyopsi yapılmaz. Testis, çevresindeki dokular ve kordonla beraber çıkarılır. Hastada yapılan işlem bu şekilde yapılmıştır. Hasta bilgilendirme ve onam formunda da bu şekilde yazılmıştır. Olayda tıbbi hata yoktur.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Kamil Fehmi Narter, Kartal Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Testis tümörü tanısında, tedavisinde yapılanlar tıp kurallarına uygun olmasına ve hasta onam belgelerinin imzalatılmasına rağmen hasta ve ailesi neden haberim olmadan testisini aldılar gerekçesiyle şikayetçidir. Metastatik testis kanserli hasta testisini aldı diye şikayet etmesi beklenmez. Şikayetçi ise aydınlatmada sorun mu var iye düşünmeliyiz. Sizce aydınlatma nasıl olmalıdır ve bu dosyada neler eksik yapılmıştır?

'Aydınlatılmış onam' adı üzerinde iki kavramdan oluşmaktadır. Birinci kavram olan 'aydınlatma' çift yönlü hasta ve hekimin de aktif süreçte yer alması gereken bir eylemdir. Bu doğrultuda hastanın aydınlanabilme ve hekimin aydınlatabilme kabiliyetleri de süreci belirler. Maalesef bunun bir net sınırı yoktur, işin daha sıkıntılı noktası ise ispat yükünün, asimetric hekim hasta hukuki ilişkisinden dolayı Türk hukuk sistemi tarafınca hekime sorumluluk olarak yüklenmesidir. Her ne kadar artık Sağlık Bakanlığı'nca şekli bir format yayınlansa da içeriğinin düzenlenmesi, hekime, hastanelere ve uzmanlık derneklerine düşmektedir. Bazı yabancı ülkelerde ispat yükü iddia makamı olan hasta da bırakılmış ve doktorun o eylemi yapmadığının ispatı hastadan beklenir olmuştur. ABD gibi bazı ülkelerde ise sorun oluşturan sınırlarının net olmadığı 'aydınlatma' eyleminin kanıtı olarak, hekim hasta aydınlatılmış onam görüşmesinin hastanın uyarılması sonrası yapılan video kayıtları ile ispatı yoluna gidilmiştir. Ülkemizde hastalığa özgü detaylı onam formlarına hastanın el yazısı ile 'bana hastalığım, tedavi metotları, olası yan etkiler, alternatif tedavi seçenekleri detaylı ve anlaşılır bir şekilde anlatıldı ben de hür irademle okudum ve anladım' gibi bir ibare yazması ve sonra mümkünse şahit eşliğinde imza altına tarih, saat ve yer belirtilerek alınması önerilmektedir. Bunun birkaç nüshasının olması idealdir. Zaten sorun aydınlatma kavramının ispat yükündedir, onam kavramı ise zaten ispatı imza verilmesi ile mümkün olan bir eylemdir. Acil durumlarda aydınlatılma ve onamın aranmaması, çocuklar da mümkünse her iki ebeveynin olaya eşitiraki gibi detaylar olayın alt ve özellikli iştiraklerini oluşturmaktadır.

2- Bu dosya hakkında bilirkişi raporunuz nasıl olurdu?

Bu olayda da hasta kendisinin aydınlatılmadığını ve onamının olmadığını iddia etse de bilirkişi raporunda aydınlatılmış onamının olduğu, radyoloji uzmanının şahitliğinde ise detaylı bilginin hasta yakınlarına verildiği anlaşılmaktadır. Sorun yukarıda kısaca sunulan aydınlatma eyleminin ispat yükümlülüğüdür ve halen ciddi tartışmalı bir konudur. Bu kadar ciddi bir hastalıkta, yaklaşık 10 cm'lik bir retroperitoneal kitlesi olan, bu durumu biyokimyasal ve radyolojik olarak saptanan, radikal inguinal orşiektomi dışında ivedi ve kesin bir eylemi gerektiren durumda ailenin bilgilenmemiş ve hatta aydınlanmamış olması çok olağan değildir. Biyopsi ise tek testisli hastalar gibi çok özellikli durumlarda uygulanan, bu gibi durumlarda rutin ortalama bir hekimin icra şekli değildir. Şekli şartları karşılayan ve olası içerik şartlarını da karşıladığı kuvvetle muhtemel bir 'aydınlatılmış onam' vakasında ben de bu olay nezdinde hekime kusur yüklemeydim.

3- Bu vakada onam aileye mi imzalatılmalıydı?

Vakanın yaşı verilmemiş, hekim hastanın ve kardeşinin imzaladığını beyan ediyor. Yaşı küçük (18 yaş altı) ise ailesinin (anne baba) imza vermesini öneririm.

3.3.3 ATROFİK BÖBREK ÜRETERİNDE TAŞ: TEDAVİDEN ÖNCEKİ DURUMUN BELGELENDİRİLMESİNİN ÖNEMİ

İDDİA

Böbrek ve idrar yollarındaki ağrılar nedeniyle doktor gitti. Yapılan incelemelerden sonra böbreğimde ve mesanesinde taş tanısı konuldu. Kapalı ameliyat yapılacağı söylendi. Fakat kapalı ameliyatta sonuç alınamayınca açık ameliyat yapılmış. Ameliyat yapan hekimler mesane kesesindeki taşın alındığı fakat böbrekteki taşın küçük olması ve ikinci ameliyatın riskli olması nedeniyle böbrekteki taşın alınmadığı söylediler. 8 ay sonra kontrol için başka hekime muayene oldum, mesanesindeki alındığı belirtilen taşın alınmadığı halen mesanemde bulunduğunu öğrenm, ayrıca böbreğimin küçük ve çalışmadığını söylediler. İdrarda çıkmakta zorlanıyorum. Sol böbreğim sağa göre belirgin şekilde küçülmüş. Çekmiş ve çekecek olduğum acılardan dolayı psikolojik olarak zarar gördüm. Zamanında böbreğim ameliyat edilseydi böbreğim kurtulabilirdi.

SAVUNMA

Hastaya operasyon öncesi dönemde IVP+Alt abdomen BT tetkiki yapıldı. Tetkiklere göre hastanın sol böbrek ameliyat öncesi dönemde de atrofik ve hidronefrotikti. Mesanede olduğu iddia edilen taşın ise yine bu tetkiklere göre sol üreter alt ucundaydı. Hastaya sol üreter alt uç taşı tanısıyla üroloji servisine yatırıldı, ürolitotomi operasyonu yapılarak üreterdeki taşın çıkartıldı, taşın boyutu göz önüne alındığında bu yaklaşım (açık operasyon) ürolojik litaretüre uygundur. Hastaya konulan taniya uyumlu tıbbi tedavi ve ameliyat yapılmıştır. Tıbbi hizmet kusuru ve ya bir hekim hatasının mevcut değildir.

BELGELER

Epikriz: Böbreklerde ağrı ve idrar yapmada güçlük çekme şikayeti ile başvurdu, sol üreter alt uç taşı tanısı konuldu, yapılan ameliyatta; gibson insizyonu ile katlar geçildi üreter distal uçta taş palpe edildi, üreterolitotomi ile taş alındı, komplikasyon gelişmedi, hastaya reçete verilerek taburcu edildi.

IVP raporu: "Sağ böbrek 11 cm, sol böbrek 8 cm, sol böbrek konturları düzensiz olup parankim kalınlığında sağ böbreğe göre inceleme mevcut, sol böbrek pelvisi ektazik, sol böbrek alt polde yaklaşık 6x4mm boyutta bir iki adet taş izlendi, görünüm hidronefrotik atrofik böbrekle uyumludur. Solda üreter alt uçta yaklaşık 3x1 cm boyutlarında bir adet taşa ait dansite izlendi (sol üreter taşı).

BT raporu: Sol böbrek boyutları pelvis konfigürasyonu, korteks kanalı doğal olup üreter trasesinde patolojik dansite izlenmedi, sol böbrekte hipoplazik görünüm mevcut olup kortekste ortalama 5-6 mm kadar izlenen incelmeler dikkati çekmekte, topalayıcı sistemleri deforme görünümde olup orta derece dilatasyon mevcut, pelvis inferiorunda 5 mm çaplı kalkül izlendi, üreter trasesinde yapılan değerlendirmede;

sol üreter alt uç lokalizasyonunda mesaneye girmeden 15x7 mm boyutlu üreter alt uç taşı ile uyumlu dansite mevcuttur.

Kontrastsız BT (Ameliyattan 3 yıl sonra): Sol böbrek 84x32x31 mm ebatında olup korteksi ince ve sağa göre küçük olduğu, sağ böbrek 110x65x60 mm olup kompensatuar büyük olduğu, sol böbrek alt polde 7x6 mm ebatlı distal üreterde 12x10 mm üretrovezikal bileşke 10x11 mm ebatlı toplam 3 adet kalkül dikkati çekmektedir.

BİLİRKİŞİ RAPOLARI

Adli tıp kurumu: Kişiye yapılan ameliyatın endikasyonunun mevcut olduğu, büyük üreter alt ucu taşları kapalı ameliyatla alınamadığında açık ameliyatla alınabileceği, hastanın böbreğinin ilk ameliyatında da atrofik olduğu, ancak durumun hastaya açıklanmadığı, atrofik böbrek üreterindeki taşın alınması hastanın böbrek fonksiyonları belgelendirilseydi açık taş ameliyatı yapılmayabileceği, bu dedenle tıbbi uygulama hatası mevcut olduğuna karar verildi.

DEĞERLENDİME

Doç. Dr. Bilal Eryıldırım, Kartal Dr. Lütfi Kırdar eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Atrofik böbrek üreterindeki taş nasıl yaklaşılmalıdır?

Öncelikle söz konusu böbrek fonksiyonlarının (serum, kontrastlı görüntüleme ve sintigrafik inceleme ile) planlanan işlem öncesinde mutlak değerlendirilmesi gereklidir. Elde edilen sonuçlar hem uygulanacak operasyonun gereklilik ve şeklini belirleyecek hem de yapılan işlemin daha sonradan böbreğin fonksiyonel durumu üzerindeki pozitif veya negatif etkilerini karşılaştırma imkanı verecektir. Obstrükte ve büyük üreter taşlarında zaman içinde hidroüreteronefroz ve obstrüksiyon devam ederse böbrekte atrofi meydana gelir. Bu böbreklerde fonksiyon da ciddi oranda gerileyebilir. Mevcut böbrek fonksiyonu üreter taşına müdahale konusunda bizim kararımıza yön verecektir. Non-fonksiyone bir böbrekte üreter taşına (klinik problem yaratmıyorsa; hipertansiyon, tekrarlayan enfeksiyonlar vs.) müdahale edilmeyebilir. Ancak azalmış olsa bile fonksiyone olduğu gösterilen böbrekte obstrüksiyonu gidermek temel amaç olmalıdır. Bu hastalarda böbrek korunmalı, böbreği fonksiyonel ve yapısal açıdan negatif yönde etkileyecek patolojiler (taş hastalığı, obstrüksiyon, kistik hastalıklar vs) düzeltilmelidir.

Operasyon öncesi böbreğin mevcut yapısı ve fonksiyonel durumu ile operasyon sonrası gelişebilecek olumsuz durumlar hasta ile detaylı olarak paylaşılmalı kendisine imzalı onam formu ile mutlaka bildirilmelidir.

2- Hastanın durumu hakkında bilgilendirilmediği görüşüne katılıyor musunuz? Aydınlatma konusunda değerlendirmeniz nasıldır?

Evet katılıyorum, Hastanın bilgilendirmesi konusunda daha özenli ve dikkatli davranılabilirdi. Atrofik bir böbrek ile tedavi amaçlı ilgilenen üroloji uzmanının böbrek fonksiyonlarını (serum, kontrastlı görüntüleme ve sintigrafik inceleme ile) planlanan işlem öncesinde mutlak değerlendirilmesi gereklidir. Elde edilen sonuçlar hem uygulanacak operasyonun gereklilik ve şeklini belirleyecek hem de yapılan işlemin daha sonradan böbreğin fonksiyonel durumu konusundaki pozitif veya negatif etkilerini karşılaştırma imkanı verecektir.

Hastanın mevcut durumu, yapılacak operasyon ve muhtemel sonuçları hasta ile detaylı olarak paylaşılmalıdır. Bu hasta özelinde, böbreğin mevcut yapısı ve fonksiyonel durumunun bazı olumsuz problemler taşıdığı kendisine izah edilerek imzalı onam formu ile bildirilmeli idi. Bu tür hastalarda yeterli bilgilendirme yapılmadığı takdirde, operasyon öncesi böbreğin fonksiyon ve yapısı hakkında bilgisi olmayan hasta takip incelemeleri sırasında meydana gelecek olumsuz bir durum karşısında, bu durumun işlem ile bağlantılı olduğu suçlaması ile karşımıza gelebilir.

3- Bu dosya hakkında bilirkişi raporunuz nasıl olurdu?

Kişiye yapılan ameliyatın tedavi endikasyonu doğrudur. Büyük ve impakte üreter taşlarında açık operasyon yapılabilir. Böbrek alt kaliks taşların da acil tedavi endikasyonu yoktur.

Ancak; Hastanın sol böbrek fonksiyonlarının sol üreteri obstrükte eden taş nedeniyle azalmış olabileceği (BT: sol böbrekte hipoplazik görünüm mevcut olup kortekste ortalama 5-6 mm kadar izlenen incelmeler dikkati çekmekte, toplayıcı sistemleri deforme görünümde olup orta derece dilatasyon mevcuttur. IVP: Sol böbrek 8 cm, sol böbrek konturları düzensiz olup parankim kalınlığında sağ böbreğe göre inceleme mevcut, sol böbrek pelvisi ektazik, sol böbrek alt polde yaklaşık 6x4mm boyutta bir iki adet taş izlendi, görünüm hidronefrotik atrofik böbrekle uyumludur.) ve böbrek fonksiyonunun operasyon sonrası düzelmeyebileceği hastaya detaylı şekilde anlatılmalı ve bu durum bilgilendirilmiş onam formu ile kayıt altına alınmalıydı.

Hastanın sol böbrek alt kaliks taşları için müdahale düşünülmemiştir. Bu durumda, taşların varlığı ve zaman içinde üretere düşerek obstrüksiyon yaratabileceği konusunda hasta uyarılmalı ve düzenli takiplere çağrılmıydı.

Hastaya operasyon öncesi ve sonrası yeterli bilgilendirme yapılmamış olması ve bunun kayıt altına alınmaması hem tıbbi etik hem de hasta hakları açısından kusura temel teşkil eden bir durum olup ilgili üroloji uzmanının bu açıdan ihmali ve kusuru olduğu görüşümdedir.

3.3.4 STRES İNKONTİNANS AMELİYATINDA LABİOPLASTİ: ONAM SORUNU

TALEP

İdrar kaçırma yakınmasıyla başvurduğu Devlet Hastanede Üroloji uzmanı tarafında yapılan ameliyat esnasında habersiz ve gereksiz yere genital bölgesindeki dudakların kesilmiş olduğunu ve bundan ruhsal olarak etkilendiğini iddia eden 37 yaşındaki müştekinin cinsel organında kist olup olmadığı, varsa kistin alınması için cinsel organının dudaklarının kesilmesinin tıbbi bir zorunluluk olup olmadığı, ameliyatı gerçekleştiren hekimin kusuru olup olmadığı ve mesleğinin gerçeklerini yerine getirip getirmediği sorulmaktadır.

İDDİA

İdrar kaçırma sorunu nedeniyle Devlet hastanesinde üroloji uzmanına başvurduğum, muayene edilip yatırıldım, ameliyata alındım, ameliyat esnasında bir hemşirenin doktora "klitorisine zarar verme" dediğini duydum. Eve geldikten sonra genital bölgesimdeki dudakların kesilmiş olduğunu fark ettim ve psikolojisi bozuldu, idrar kaçırma problemimde de halen devam etmektedir.

Ameliyattan önce cinsel organlarımda herhangi bir şişlik yoktu, şayet varsa ameliyat öncesinde bilgi verilip, yazılı muvafakatimin alınması gerekirdi, hasta yatış formuna imzasım alınmadı, bilgisayardan çıkan ameliyat raporunda el yazısı ile yapıldı. İl inceleme raporunu aynı hastane hekimine hazırlatıldı. Şayet müdahale gereken bir durum ortaya çıkmış olsaydı davalı hekim Kadın Doğum Uzmanına danışması gerekirdi.

SAVUNMA

Hastayı idrar kaçırma nedeniyle ameliyatı planladım. Hasta cinsel organı dudaklarından birindeki şişliğin de alınmasını talep etti.

Hasta sistorektozele bağlı idrar kaçırma (stres inkontinans) tanısıyla ameliyata alındığı. Müştekinin genital bölgedeki şişliğin alınması isteğini de hatırladım. Colporofi anterior ve posterior uygulandı, üretra şerit şeklinde match ile asıldı (TOT operasyonu). Sağ labium majustaki kist şeklindeki fibrotik sertliği çıkarmak için 1 cm. rezeke ettim, simetriyi sağlamak için sol labium majustanda 1 cm. rezeke ettim, klitorisine dokunmadım.

BELGELER

Devlet Hastanesi'nin müşahada evrakı: "Üroloji uzmanı tarafından stres inkontinans tanısıyla yatırıldığı, 3 yıldan beri idrar kaçırma yakınması olduğu, 3 çocuklu olduğu, yapılan muayenesinde üretra normal, sistorektosel vagen sağ labium majusta nodüler sertlik mevcut olduğu, preop tetkik ve anestezi konsültasyonlarının müteakip spinal anestezi altında ameliyata alındığı, vagen mea-kollum arası insiz-

yonla mukoza prepare edildiği, şerit meç ile üretra açıldığı, vagen mukozasının fazlası prepare edilip dikildiği, vagen alt duvarındaki fazla doku prepare edilip çıkarıldığı, (colparafi post) foley sonda konulduğu, vagen sağ labium majusta içte sertlik mevcut olduğu, bu nedenle labium majuslar bilateral 1 cm. rezeke edilip sütür uygulandığı, tedavisi düzenlenip taburcu edildiği" yazılıdır.

Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlarıca düzenlenmiş rapor: Trasobtura-tör üretropeksi ve sistorektosel ameliyatları geçirmiş hastanın her iki labio minüsün dış yüzeylerden sü-türe edilmiş olduğu görüldü. Bunun labioplastiye bağlı olabileceği düşünülmüştür.

Adli Tıp Muayenesi: İdrar kaçırma sorununun devam ettiğini, izinsiz olarak cinsel organının dudak-larının kesilmiş olduğunu, dokunmakla ve cinsel ilişki esnasında ameliyat yerinde ağrı olduğu, halen psikiyatrik tedavi gördüğünü beyan etmektedir. Nörolojik muayenesinde valsava sırasında idrar kaçırdığı görüldü, başkaca nöropatoloji saptanmadı. Psikiyatrik muayenesinde; elindeki kitapla ilgili detaylı bilgi verdi, yaşadığı olayı unutamadığını, hastanede kendisiyle-sünnet oldu-diye alay edildiğini, 5 yıl önce kocasıyla ayrıldığını, 3 doğum yaptığını, 3 kez evlendiğini, 1. ve 2. evliliğinin resmi olduğunu, ilk eşi tarafından sinüziti nedeniyle terk edildiğini, 2. eşinin parasını yiyip 5 ay sonra 1 aylık gebeyken terk ettiğini, 3. eşi ile çocuğu olduğu için evlendiği, 8 yıl evli kaldıklarını ve bir çocukları olduğunu beyan etti.

Kadın doğum Anabilim Dalı'nın raporunda; perine ve vulva doğal olduğu, vagina ön duvarında colporafi anterior arkada perinorafiyeye bağlı her biri 2 cm.lik insizyon nedbesi, fursette solda 2 cm.lik insizyon nedbesi, sağ medio lateralde (eski epizyotomiye ait?) insizyon nedbesi mevcut, collum yana yırtık ve temiz, corpus normal, adneksler serbest olduğu, USG'de uterus 42x82 mm ebadında, myometrium homojen, endo-metrium 7.3 mm ve düzenli, sağ over 25x11 sol over 28x16 mm. olarak izlendiği olduğu belirtilmiştir.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Ön inceleme raporu: Stres inkontinans nedeniyle transobturator üretropeksi + sistorel tamiri + labioplasti yapılmış olduğu anlaşılmıştır. Hekimin kusuru olmadığı cihetle soruşturma izninin verilmesi gerektiği kanaatindeyim.

Adli Tıp Kurumu: Kişinin stres inkontinans teşhisi ile yapılan müdahalenin tıp kurallarına uygun olduğu, labium majus'taki kitleye müdahale açısından kişide oluşan bir zarar tespit edilmediği, ancak hastanın rızası konusunda hekim ve hastanın ifadeleri arasında çelişkiler bulunduğu ve bu hususun mahkemenizce aydınlatılmasının uygun olacağı oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME-1

Doç. Dr. Cemal Göktaş, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Aydınlatılmış onam kriterleri nelerdir. Bu olayda aydınlatma ve onam uygun mudur?

Öncelikle onam formlarıyla ilişkili olarak karşımızdaki hastanın sosyoentellektüel düzeyini cerrahi girişim yapacak bir hekim mutlaka tesbit etmelidir. Kendimizin izah ettiğimizi düşündüğümüz sayısız hastadan sıfır geri dönüşüm veya alakasız tam aksi geri dönüşüm aldığımız tecrübemizle sabit mutad bir durumdur. Bunun yanında onam formlarında yer alan tıbbi terimler ve uzun cümlelerin varlığında düşünülecek olursa tıbbi sonuç olarak hasta memnuniyetsizliği sözkonusu olduğunda birçok problemde beraberinde gelebilecektir.

Bu durumlarda şahsi uygulamam genelde derneklerimizin ortak kabul ettikleri formlara hastanın el yazısıyla kendisine şifai açıklamada yaptığımızı yazdırmaktır. Bunun dışında özellikle yaptığım bir uygulama hastalığın mahremiyetine zarar vermeyecek şekilde mutlaka aileden olması tercihen enaz bir iki kişinin huzurunda da bilgilendirme yapmak yani luzum halinde şahit olabilecek insanları temin ediyorum. Bu olayın özelinde kanaatime göre TOT ile ilgili onam yeterli ancak labiumlara yapılan müdahale ile ilgili onam yetersizdir.

2- Bu dosya hakkında bilirkışı raporunuz nasıl olurdu?

Sonraki muayenede stres inkontinansın devam ettiği belirlenmiş olsa da yapılan TOT ameliyatında bir kusur yoktur. Ancak labiumdaki kistin eksizyonunda hiç olmazsa perop bir kadındağum konsultasyonu yapılabilirdi. Ayrıca kist öntanlı eksizyon materyalinin patolojisi de yoktur.

Diğer labiuma plasti amacıyla yapılan eksizyon için yeterli tecrübe sahibi olması hususunun sorgulanması gerekir. Dolayısıyla acemi olunan bir durumda memnuniyetsizlik riski daha yüksek olmuştur.

DEĞERLENDİRME-2

Yard. Doç. Dr. Güven Bektemür,

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

1- Aydınlatılmış onam kriterleri nelerdir. Bu olayda aydınlatma ve onam uygun mudur?

Konu ile ilgili uluslararası ve ulusal mevzuata baktığımızda;

Dünya Tabipler Birliği tarafından 1981'de yayımlanan Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi, 3. maddesinde "Hasta yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra önerilen tedaviyi kabul veya reddetme hakkına sahiptir."

Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi'nin yayımlanmasından ardından, 1994 yılında Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bürosu'na Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi (Amsterdam Bildirgesi) kabul edilmiştir. Hekimin aydınlatma yükümlülüğü Bildirge'nin "Bilgilendirme" başlıklı ikinci bölümünde düzenlenmiştir. Bu bölümde hastaların, kendileri ile ilgili tüm tıbbi gerçeklerin, önerilen tıbbi müdahaleler ve her türlü müdahalenin olası risk ya da yararları, tedavi olmamanın sonuçları, alternatif tedavi yöntemleri, tanı ve tedavinin gidişi gibi konularda tam olarak bilgilendirme hakkına sahip olduğu (m.2.2), bilgi vermemenin hasta üzerinde açık ve olumlu bir etkisi olacak ise bilgilendirmenin kısıtlanabileceği (m.2.3), bilgilendirmenin tıbbi terimlerden arındırılarak hastanın anlayabileceği şekilde yapılması gerektiği (m.2.4) ve bilgilendirilmekten vazgeçme hakkı (m.2.5) düzenlenmektedir. "Onay" başlıklı üçüncü bölümde ise aydınlatılmış onamın tıbbi müdahalenin ön koşulu olduğu vurgulanmakta (m.3.1); ayrıca hastanın tıbbi müdahaleyi durdurma ve reddetme hakkına sahip olduğu, ancak bunun sonuçlarının hastaya mutlaka açıklanması gerektiği düzenlenmektedir (m.3.2).

Türkiye tarafından 2003 yılında kabul edilen Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi (İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi)'nde de hastanın aydınlatılma hakkı ve her tür tıbbi müdahaleden önce aydınlatılmış onam alınması gerektiği üzerinde önemle durulmuştur. Sözleşmede hastaya önceden müdahalenin amacı, niteliği, sonuçları ve tehlikeleri hakkında uygun bilginin verilmesi gerektiği; tıbbi müdahalenin, hastanın müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş bir şekilde onam vermesinden sonra yapılabileceği; ayrıca ilgilinin onamını her zaman geri alabileceği düzenlenmiştir (m.5).

Anayasamızın 17. Maddesinde; Tıbbî zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbî deneylere tâbi tutulamaz.

Anayasa dışında ayrıca, Medeni Kanun ve Borçlar Kanunu'nda yer alan genel düzenlemelerde de aydınlatma yükümlüğünün hukuki dayanaklarını bulmak mümkündür.

Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 70. maddesinde "Tabipler, dış tabipleri ve dişçiler yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahtı hacirde ise veli veya vasisinin evvelemerde muvafakatini alırlar." hükmü ile hekimin aydınlatma yükümlülüğü zımnen düzenlenmektedir.

1998 yılında yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nde de (Resmi Gazete Sayısı: 23420)

Madde 15-(değişik:RG-8/5/2014-28994) Bilgilendirmenin Kapsamı

Hastaya;

a) Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği,

b) Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi,

c) Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri,

ç) Muhtemel komplikasyonları,

d) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri,

e) Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri,

f) Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri,

g) Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği, hususlarında bilgi verilir.

Madde 18-(Değişik: RG-8/5/2014-28994) Bilgi Vermenin Usulü
Bilgi, mümkün olduğunca sade şekilde, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden, hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak anlayabileceği şekilde verilir.

Hasta, tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından tıbbi müdahale konusunda sözlü olarak bilgilendirilir. Bilgilendirme ve tıbbi müdahaleyi yapacak sağlık meslek mensubunun farklı olmasını zorunlu kılan durumlarda, bu duruma ilişkin hastaya açıklama yapılmak suretiyle bilgilendirme yeterliliğine sahip başka bir sağlık meslek mensubu tarafından bilgilendirme yapılabilir.

Hastanın kendisinin bilgilendirilmesi esastır. Hastanın kendisi yerine bir başkasının bilgilendirilmesini talep etmesi halinde, bu talep kişinin imzası ile yazılı olarak kayıt altına alınmak kaydıyla sadece bilgilendirilmesi istenilen kişilere bilgi verilir.

Hasta, aynı şikayeti ile ilgili olarak bir başka hekimden de sağlık durumu hakkında ikinci bir görüş almayı talep edebilir.

Madde 26-(Başlığı ile birlikte değişik: RG-8/5/2014-28994) Rıza Formu

Mevzuatta öngörülen durumlar ile uyumsuzluğa mahal vermesi tibben muhtemel görülen tıbbi müdahaleler için sağlık kurum ve kuruluşunca 15 inci maddedeki bilgileri içeren rıza formu hazırlanır. Rıza formunda yer alan bilgiler; sözlü olarak hasta hastaya aktarılacak rıza formu hastaya veya kanuni temsilcisine imzalatılır. Rıza formu iki nüsha olarak imza altına alınır ve bir nüshası hastanın dosyasına konulur, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilir.

Şeklinde düzenlemeler mevcuttur. Yukarıdaki olgumuzda hasta ve hekimin ifadelerine bakıldığında sözlü onam konusunda çelişkiler mevcuttur. Yazılı onamla ilgili bir kayıttan da bahsedilmemektedir. Hastane idarelerinin yukarıdaki mevzuatlar çerçevesinde hastadan alınacak yazılı onamlarla ilgili prosedürleri tanımlamaları ve mücbir haller dışında operasyon öncesi yazılı onam alınmasını sağlamalıdır.

3.4 HASTA GÜVENLİĞİ

3.4.1 SPONGİOMAYI KİM UNUTTU?

İDDİA:

Davacı Vekillerinin dilekçesinde; “Müteveffa böbreklerdeki mevcut rahatsızlık nedeniyle Tıp Fakültesi Üroloji A.D. başvuru yapmış **(1. hastane)**, sol böbrekte 9 cm çapında kitle saptanarak ameliyat edilmiştir. Bu ameliyat sonrasında karın ağrısı ve kusmanın başlaması üzerine başka bir ildeki Tıp Fakültesinde **(2. hastane)** yatışı yapılmış, tetkik, tahlil, film ve grafileri alınıp gerekli tedavisi yapıldıktan sonra çıkışı yapılmıştır. Ancak karın ağrısı ve kusma şikayetlerinin bir türlü geçmemesi ve durumunun her geçen gün kötüleşmesi üzerine başka bir ildeki Tıp Fakültesinde **(3. hastane)** yatışı yapılmıştır. Bu hastanenin epikriz raporunda “hastanın karın ağrısı ve gaita çıkaramama şikayetiyle başvurduğu, genel durumu kötü, BT’sin de herniasyonla uyumlu görünüm saptanması üzerine hasta ameliyat planı ile acil şartlarda kabul edildi” denilmiştir. Hasta bu hastanede 10/07/2013, 14/07/2013 tarihlerinde ve daha sonra çeşitli tarihlerde birçok defa ameliyat geçirmiştir. Müvekkilin 14/07/2013 tarihli olarak yapılan (son hastanede ikinci ameliyat) ameliyatında ait gazlı bez çıkarılmıştır. Gazlı bez ilk gidilen hastanede **(1.hastane)** 28/03/2013 tarihinde yapılan ameliyatta unutulmuştur.

SAVUNMA

Üroloji uzmanı (1.hastane): Hasta böbrek tümörü ön tanısı ile operasyona alındı, operasyona laparoskopik olarak başlandı, ancak tümürlü böbrek dokusunun üst polünün çevre dokulara çok yapışık olması ve bir miktar kanaması nedeniyle açık operasyona geçilmesine karar verildi. Sol flank subkostal insizyon ile katlar geçilerek böbreğe ulaşıldı, tümürlü böbrek dokusunun çevre dokulardan künt ve keskin diseksiyonlar ile sıyrıldı ve çıkartılıp vücut dışına alındı, kanama kontrolü sağlandı, operasyon esnasında herhangi bir komplikasyon görülmedi. Genel olarak gazlı bez, ped, cerrahi alet sayımı ameliyat sorumlu hemşiresi tarafından yapılmaktadır ve bunu takiben katlar kapatılmaktadır. Bu vakada da aynı şekilde uygulama yapıldı, sayımın tam olduğu ameliyat sorumlu hemşiresinden teyit edildikten sonra

katların usulüne uygun olarak kapatıldı. Laparoskopik ameliyatlar 5 ve 10 mml'lik trokarlar vasıtasıyla yapılır ve gazlı bez kullanılması teknik olarak mümkün değildir. Laparoskopik operasyondan sonra açık operasyonda retroperitoneal alanda çalışıldı, dolayısıyla ince barsakların (jejunum ve ileum) bulunduğu alanda çalışılmadı. Hasta 18/04/2013 tarihinde cerrahi şifa ile taburcu edildi. Hasta 04/05/2013 tarihinde kontrole geldiğinde herhangi bir şikayetinin olmadığını söyledi. Hastanın patoloji raporu papiller tip renal hücreli kanser olarak rapor edildi. Daha sonra müteveffayı hiç görmedim. Davacıların tazminat davasını açması üzerine, mevcut mahkeme dosyasından, önce komşu ildeki Tıp Fakültesine başvurduğunu (2.hastane) öğrendim. Burada yapılan tüm batin ultrasonografisinde batında herhangi bir kitle veya gazlı bez saptanmamış. Hasta burada 19/06/2013 tarihinde subileus ön tanısı ile yatırılmış ve bir adet tüm batin ultrasonografisi, 8 adet ayakta direkt batin grafisi, 1 adet kontrastlı ayakta direkt batin grafisi çekilmiş, bu tetkiklerin hiç birinde gazlı bez veya gazlı beze ait olabilecek bir görünüm saptanmamıştır. Burada operasyon önerilmiş fakat operasyonu kabul etmediğinden taburcu edilmiştir. Taburcu tarihinden sonra 10 gün süre ile hiç bir sağlık kuruluşuna başvurmadığı anlaşılmıştır. Hasta daha sonra başka bir Tıp Fakültesine (3.hastane) karın ağrısı, gaz gaita çıkaramama şikayetleri ile başvurmuş, burada takip edilirken distansiyonun gelişmesi ve çekilen oral + iv opaklı tüm batin bilgisayarlı tomografisinde herniasyon ile uyumlu görünüm saptanması üzerine 10 Temmuz 2013 tarihinde barsak adezyonları (bantlar) ön tanısı ile eksploratif laparotomi operasyonuna alınmıştır. Bu operasyon öncesinde çekilen oral+iv opaklı tüm batin bilgisayarlı tomografisinde terminal ileum düzeyinde barsak herniasyonuna bağlı mekanik obstrüksiyon ve kronik pankreatit dışında patolojik bir bulgu saptanmadığı, batin içerisinde gazlı bez veya herhangi bir yabancı cisim görülmediği rapor edilmiştir. 10 Temmuz 2013 tarihinde yapılan eksploratif laparotomi operasyonunda teknik olarak batin içerisindeki tüm organlar ve barsaklar araştırılır. Nitekim epikriz notlarında; proksimal ileum ve jejunum seviyesinde iki adet perforasyon tespit edildiği ve primer olarak onarıldığı, batin içi yıkayıp temizlendiği, bu ameliyatta batin içerisinde gazlı bez veya herhangi bir cisim bulunmadığı belirtilmektedir. Hasta bu hastanede 14 temmuz 2013 tarihinde ikinci bir operasyona alınmış, ileojejunal segmentte perforasyon ve gazlı bez bulunduğu, ayrıca bu gazlı bezin kendi yaptıkları ameliyatta değil de 10 Temmuz 2013 tarihinde yapılan ilk ameliyattan kalmadığı iddia edilmiştir. Bu iddialar hiç bir şekilde gerçeğe bağdaşmamaktadır. Sözü edilen gazlı bezin hiç bir resmi kaydı bulunmamakta, gazlı bez, incelenmesi amacıyla ne Adli Tıba ne de patolojiye gönderilmemiş, dolayısıyla, bulunduğu iddia edilen gazlı bezin ne boyutları ne de herhangi bir özelliği hakkında resmi bir inceleme veya resmi bir kayıt mevcut değildir. Sadece Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde ard arda birçok kere opere eden ameliyat ekibinin iddiaları ve yorumları mevcuttur

Üniversite Rektörlüğü savunması (1.hastane): "Gazlı bezin bulunduğu Tıp Fakültesi Hastanesinde (3.Hastane) çekilen 09/07/2013 tarihli bilgisayarlı tomografi ayrıntılı raporun ardından sonuç kısmında "İnce bağırsak anslarında terminal ileal segment düzeyinde mekanik intestinal obstrüksiyon (intemal hemi?), kronik pankreatit ile uyumlu bulgular, intraabdominal serbest sıvı" şeklinde son derece detaylıdır. Üç radyoloji uzmanı tarafından onaylanmış bu raporda hiçbir şekilde gazlı bezden bahsedilmemektedir. Detayları açıklanan BT raporuna rağmen Adli Tıp Kurulu'na davetli radyolog "sol böbrek lojunda transvers çapı 5 cm ölçülen heterojen yapıda, komşu barsak anslarından daha kalın duvar yapısı izlenen" şeklinde retrospektif (geriye dönük olarak) bir yorum yapmıştır. Bu yorum "hastanın klinik ve cerrahi öyküsü göz önüne alındığında " şeklinde tıbbi kanıtlara ve kesin bulgulara dayanmayan ifade ile birleştirilmiş, hiçbir şekilde gazlı bezin olduğuna dair objektif bir kanıt olmamasına rağmen kişilerin düşüncelerine ve yorumlarına dayalı olarak kesin bir karar belirtilmiştir. 10/07/2013 tarihli ilk ameliyat notu hiçbir şekilde temin edilememiştir. 14/07/2013 tarihli ikinci ameliyat notu da temin edilememiştir. Kayıtlarda ameliyat notu olmadığı halde bu ameliyatta gazlı bez çıkarıldığı iddia edilmektedir. Ayrıca çok dikkat çekici bir husus da bu iki ameliyatı yapan doktorlara ulaşılamaması ameliyatlar konusunda bilgi alınamaması ve gerekçe olarak da bu doktorların genel cerrahi ihtisasını yapan asistan hekimler olup, ihtisaslarını tamamlayarak ayrılmış olduklarının gösterilmesidir.

Spanç, pet, gazlı beze ilişkin olarak ise şu hususa dikkat edilmesi gerekmektedir. Söz konusu ameliyat esnasında spanç, pet, gazlı bez, cerrahi alet sayımı yapıldığı, ameliyat sorumlu hemşiresinin tuttuğu tutanakta pet ve spanç sayımının tam olduğu ifade edilmektedir. Yapılan sayımda ameliyatta kullanılan toplam pet ve spanç sayısının verilmiş olması, spanç ve pet sayısında eksik olmadığı anlamına gelmektedir.

Sonuç olarak; bizim hastanede yapılan ilk ameliyat sonu kontrollerde saptanmayan, Haziran 2013’de yapılan (2.hastane) tetkiklerinde saptanmayan, 09/07/2013 tarihinde çekilen ve üç radyolog tarafından değerlendirilip onaylanan batın BT sinde saptanmayan, son hastanede (3.hastane) 10/04/2013 tarihinde yapılan ilk ameliyatta saptanmayan, özellikle istenmesine rağmen ameliyat notu, fotoğraf, film, patoloji raporu, durum tespit tutanağı v.b. gibi bir somut kanıtla varlığı ortaya konamayan, 14/07/2013 tarihinde yapılan ikinci ameliyata atıfla bir asistanın devir notunda spongioma adı verilerek birkaç kelime ile bahsedilen bir yabancı cismin daha sonra varlığından bahsetmek hayatın normal akışı ve temel tıbbi bilgilere uymadığı gibi mantık silsilesi içerisinde açıklanması da mümkün görülmemektedir. Bir an için 14/07/2013 tarihinde yapılan ameliyatta yabancı cisim saptandığı kabul edilse bile bunun 10/07/2007 tarihinde yapılan ve gazlı bez varlığından hiç bahsedilmeyen ilk operasyonda kalmış olabileceği gerçeği son derece aşıkardır. Hastanın hastaneye başvurmaya sebep olan şikayetleri batın içindeki yapışıklıklardan kaynaklanabilecek herniasyon ve mekanik obstrüksiyona bağlı olabilir, bu klinik tablonun oluşması için yabancı cisim olması gerekmez, tıbben sık rastlanan bu durum konunun uzmanları tarafından gayet iyi bilinir.

BELGELER:

Tıp Fakültesi (1.hastane) 28/03/2013 tarihli operasyonda kullanılan malzeme listesinde; “A.travmatik ipek; giren 2-çıkan 1, serbest ipek; giren 3-çıkan 3, 0 vicryl; giren 3/3-çıkan 3/3, uzun tampon 20, PED=30, Kompres 3, Spongostan 2, kateter ucu 1, aspiratuar dreni 1, Eldiven (7,5/8); giren3/13-çıkan 3/15 olduğu,” şeklinde belirtildiği,

Tıp Fakültesinin (3. Hastane) 09/07/2013 tarihli tıbbi belgelerinde; “Karın ağrısı gaz gaita çıkarmama şikayetleri ile başvurdu, takip edilirken distansiyonun gelişmesi üzerine BT çekildi, herniasyonla uyumlu görünüm saptanması üzerine ameliyat planı ile kabul edildi. Fizik muayenede genel durumu kötü, bilinci açık, oryante, koopere. Hasta servise kabul edildikten sonra distansiyonun artması üzerine acil şartlarda ameliyata alındı, ameliyatta proksimal ileum ve jejenum seviyelerinde iki adet perforasyon saptandı ve primer olarak onarıldı, batında kirlenme saptanması üzerine batın yıkandı, hastanın post op. takiplerinde vital bulgularının stabil olmaması, distansiyon tablosunun devam etmesi üzerine hastanın tekrar 14/07/13 tarihinde ameliyata alındı, bu ameliyatta hastanın daha önce nefrektomi olduğu lojda ileojejal segmentte perforasyona sebep olacak şekilde barsak segmentinin tamamen içine penetre olmuş bir adet spangioma saptandığı ve spangioma çıkartılarak bu segment rezeke edildi, ileoileal uç uca anastomoz yapıldı, batının yıkandı, çıkarılan dokunun patolojiye gönderildi, Tıp Fakültesi Patoloji Ana Bilim Dalının raporunda Makroskopi; “dalak” kayıtlı materyalde 139 gr ağırlığında, 10x9x3 cm boyutlarında splenektomi materyali olduğu. Dalak kapsülü rüptüre olup 11x6x0.7 cm boyutlarında omental yağ dokusunun bu alanda kapsüle yapışık ve fibrin izlendiği görüldüğü. “ hasta adı kayıtlı materyal”; 28 cm uzunluğunda bir ucu 3 cm, diğer ucu 2,5 cm çapında, 6 cm uzunluğunda bir ucu 4 cm, diğer ucu 3 cm çapında ve 2 cm uzunluğunda her iki ucu 3,5 cm çapında 3 adet barsak segmentidir. Seroza alacalı yeşil-krem renklidir, duvarı kalınlaşmıştır. En uzun fragmanda serozada yaygın fibrin eksudasyonu mevcut olup en yakın cerrahi sınırdan 10 cm ve 14 cm mesafede iki odakta duvarda perforasyon mevcuttur. Spesimen uzun eksenli boyunca açıldığında mukozada ödem izlenmiştir.

Ameliyat sonrası izlemlerinde hastanın genel durum bozukluğu devam etmesi, yaygın karın içi enfeksiyon ve obstrüksiyon bulgularının devam etmesi üzerine 19/07/13 tarihinde hastaya eksploratif laparotomi yapıldı, ameliyat sırasında ilk ameliyatta saptanan perforasyon bölgesine konan primer sütürlerden kaçak olduğu, batın içinin çok kirli olduğu ve yıkandığı, distaldeki anastomozun bozularak uç ileostomi mukoz fistül ameliyatı yapıldığı, proksimaldeki kaçırın jejenumun primer onarımı çok proksimalde kaldığı için rezeksiyon tercih edilmeyerek bu segmentin eksteriorize edildiği, barsak duvarında yaygın ödem ve yaygın intraabdominal enfeksiyon tablosunun mevcut olması üzerine karın ön duvarı bogota olarak kapatıldığı, hastanın bogotasının düzenli olarak yıkandığı, fakat hastanın eksteriorize edilen segmentteki kaçığının devam etmesi, barsak ödeminin gerilememesi ve intraabdominal enfeksiyonunun gerekli antibiyotik tedavisine rağmen düzelenmesi sebebiyle bogotanın kapatılmadığı, takiplerinde sepsis tablosu gelişen, hipotansif seyreden hastaya dopamin-dobutamin infüzyon tedavisi başlandığı, nazogastrik sonda ile takip edilen hastanın gastrointestinal sistem kanamasının başladığı, DIK tablosu gelişen hasta eks oldu.

Adli Tıp Kurulunun yazısı ile sorulan hususlarda Tıp Fakültesi (3.hastane) Hastanesinin cevap yazısında;

1- Hastanenin ameliyat listeleri incelendiğinde, 10/07/2013, 14/07/2013, 19/07/2013, 22/07/2013, 28/07/2013 ve 01/08/2013 tarihlerinde toplam altı ameliyat geçirdiği belirlenmiştir. Bilgisayar sistemindeki mevcut bu bilgilerin çıktıkları ilişiktir. Bu ameliyatların bilgisayar sisteminde kayıtlı kısa ameliyat notlarından 10/07/2013 ve 14/07/2013 tarihli ameliyat notları bulunamamıştır.

2- 10/07/2013 tarihinde ameliyatı gerçekleştiren ekip genel cerrahi ihtisaslarını yapan asistan hekimler olup ihtisaslarını tamamlayarak kurumumuzdan ayrılmışlardır. Bu kişilerin bilgilerine ulaşılamamıştır. Asistan devir notunda yazdığına göre, proksimal ileum ve jejunum seviyesinde 0,5 cm ila 1 cm çaplı iki adet perforasyon mevcuttu ve karın içi kirliydi. Bu perforasyonlar primer olarak onarıldı. Hastanın yatmadan önce geçirdiği bir ameliyatta karın içinde kalan spanç'ın 10/07/2013 tarihli ilk ameliyatta fark edilememesinin nedeni ile ilgili bir kayıt bulunamamıştır. 14/07/2013 tarihli ikinci ameliyatta bahsi geçen spanç tespit edilmiştir. Yine aynı devir notundaki ifadeye göre bu spanç tamamen bağırsak lümeni içine girmiş halde bulunmuştur. Spanç içinden, bu tür malzemelerin x ışınları tarafından görülmesini sağlayacak radyoopak iplik (Raytex) çıkmamıştır. Kayıtlarda, ikinci ameliyatta bulunan spanç'ın fiziki özellikleri, boyutları ile ilgili bilgi mevcut değildir. Spanç'ın histopatolojik incelemeye gönderilmiş olduğuna dair bir kayıt yoktur.

3- Ameliyatların spanç sayım listelerinin fotokopileri ilişiktir.

10/07/2013 tarihli obstrüksiyon ameliyatında ameliyata başlarken ve sayım sonu toplamları aynı olup 40 raytex, 8 gaz kompressi, 10 ufak spanç kullanıldığı, alet ve spanç sayımının tam olduğu kayıtlıdır.

14/07/2013 tarihli perforasyon ameliyatında=raytex=20+20, gaz kompres 8, ufak spanç 4x4 10adet, 1. ve 2. sayım sonu toplam 40 raytex, 8 gaz kompres, 10 ufak spanç kayıtlıdır. Ayrıca **spanç sayımı bir spanç fazlasıyla** kapatılmıştır şeklinde yazmaktadır,

4-14/07/2013 tarihli ikinci ameliyatta neden olan splenektomi yapıldığına ait bir kayıt bulunamamıştır. Bu ameliyatı yapan hekimler o tarihte ihtisas yapmakta olup ihtisas süreleri bitip kurumumuzdan ayrıldıkları için bilgilerinize ulaşılamamıştır. Ancak, patoloji raporu okunduğunda çıkartılan dalağın kapsülünün yırtık olduğu ve dalakta kanama olduğu bildirilmektedir. Bundan, ameliyat sırasında dalak kapsülünün yırtık olduğu ve dalakta kanama olduğu belirtilmektedir. Bundan, ameliyat sırasında dalak kapsülünün iatrojenik olarak yırtıldığı, ortaya çıkan kanamanın durmadığı ve sonuç olarak splenektomi yapılmak zorunda kalındığı anlaşılabilir." şeklinde kayıtlıdır.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu mütalaası:

Mevcut tıbbi belgelere göre; 28/03/2013 tarihinde Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesinde böbrekte kitle nedeniyle nefrektomi ameliyatı yapılarak 18/04/2013 tarihinde taburcu edildiği, taburcu sonrası yoğun karın ağrısı ve kusmalarının olması nedeniyle 09/07/2013 tarihinde başvurduğu Tıp Fakültesinde 10/07/2013 tarihinde yapılan ameliyatta proksimal ileum ve jejunumda iki adet perforasyon tespit edildiği post op takiplerinde vitallerin stabil olmaması ve distansiyon tablosunun devam etmesi üzerine 14/07/2013 tarihinde ameliyata alındığı ve ileojejunal segmentte barsak segmentinin tamamen içine penetre olmuş bir adet spongioma saptandığı, post op izlemlerinde yaygın karın içi enfeksiyon ve obstrüksiyon bulgularının devam etmesi üzerine birkaç ameliyat daha geçirdiği ve 22/08/2013 tarihinde öldüğü, zamanında otopsi yapılarak iç organ değişimleri araştırılmamış olmakla birlikte tıbbi belgelerde kayıtlı klinik ve laboratuvar verilerine göre; kişinin ölümünün barsak perforasyonu ve gelişen komplikasyonlar sonucu meydana gelmiş olduğu,

Tıp Fakültesinde 14/07/2013 tarihinde yapılan ameliyatta saptanan spangiomanının barsak segmentine penetre olmuş şekilde tarif edilmiş olduğu, nefrektomi ameliyatı sonrası 10/07/2013 tarihine kadar geçen sürede kişide mevcut klinik tablo ve ayrıca 09/07/2013 tarihli çekilen Batın BT'nin Kurumumuz Radyoloji uzmanı üyesi tarafından yapılan tetkikinde, sol böbrek lojunda transvers çapı 5 cm ölçülen heterojen yapıda komşu barsak anslarından daha kalın duvar yapısı izlenen, klinik ve cerrahi öyküsü göz önüne alındığında 14/07/2013 tarihli operasyonda çıkartılmış olduğu söylenen spangioma ile uyumlu olabilecek görünüm saptandığı hususları birlikte değerlendirildiğinde bu spancın 28/03/2013 tarihinde yapılan nefrektomi ameliyatı esnasında unutulmuş olduğu,

Nefrektomi ameliyatı sonrası, ameliyat esnasında kullanılan malzemelere yönelik yapılan sayım gösteren belgeye göre ameliyat esnasında kullanılan tampon ped, kompres spongostan gibi malzemelere ait ameliyata giren ve çıkan şeklinde bir ayırım yapılmaksızın toplam kullanılan sayı şeklinde bildirimde bulunmuş olması dikkate alındığında yapılan sayım işleminin tıp kurallarına uygun olmadığı oy birliği ile mütalaa olunur.

Üniversite Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı Bilirkişisi:

Tıp fakültesinde (3. Hastane) yapılan ikinci ameliyat hakkında asistan devir notunda ve gaz sayım tutanağında "sayımın 1 adet gaz fazla" ibaresinden unutulmuş bir gazın varlığı ve bu gazın bu ameliyatta tespit edildiği anlaşılmaktadır.

Unutulan gazlı bez olayında unutulmanın hem yapılan nefrektomi ameliyatında (1. Hastane) hem de son hastanede (3. Hastane) yapılan akut batın ameliyatında olması mümkündür. Bahsi geçen her iki hastanede de ameliyat sonu gaz sayımının da tam olduğu belgelerden anlaşılmaktadır. Radyopak işaretlemenin olmadığı gazlı bezlerin görüntüleme yöntemleri ile tespit edilemeyebilir ve bu nedenle dosyada bahsi geçen tomograflerin belirleyici değildir. Hastanın klinik gidişi hem unutulmuş gazlı bez hem de barsak tıkanmalarında benzer olabilir. Bu nedenlerle gazın hangi ameliyatta unutulduğuna dair kesin kanıt elde edilememiştir.

Son hastanede yapılan iki ameliyat ekibinde de uzman hekim mevcut değildir ve ekip sadece asistanlardan oluşmuştur. Ayrıca iki ameliyatın da raporlarına ulaşılamamıştır. Ameliyat ekibinde uzman hekimin olmaması ve ameliyat raporlarının bulunamaması Üniversite yönetiminin ve ilgili Anabilim Dalının sorumluluğunu göstermektedir.

Davalı tarafın aldığı uzman görüşü:

"Hastanın ölümüne sebebiyet verdiği belirtilen karında gazlı bez unutulmasına yönelik olarak tüm dosyada objektif bir belirti ya da delilin mevcut olmadığı, Hastanın Tıp Fakültesi Hastanesinde (3.hastane) gerçekleştirilen ilk ameliyatında akut karın tablosu olarak öngörülen ileus tablosuna yönelik olarak yapılması gereken eksplorasyonun klasik genel cerrahi kurallarına göre tatbik edilmemiş olduğu. Yine ilk ameliyatta karın tanınal amaçla batın içinin kirli olarak belirlenmesine rağmen bu tür durumlarda yapılması şart olan ve barsakların tamamının incelenmesini gerektiren işlemlerin yapılmadığı ve bu tür klinik tablolarda (kirli batın) barsaklara dikiş atılmaması olarak genel kabul gören durumun burada ihmal edilerek barsaklara dikiş atılması sureti ile onarımın gerçekleştirilmiş olduğu, bunun da tüm batın içi barsak parçalarının incelenerek değil de sadece ilk başta tespit edilen barsak deliklerine yönelik olarak tatbik edilmiş olduğu,

Hastanın Tıp Fakültesi Hastanesine ilk başvurduğunda genel durumunun bozulmamış olduğu, mevcut olan klinik tablonun sepsis tablosu olmadığı, bu durumun hastanın Tıp Fakültesi Hastanesi'nde tatbik edilen ilk ameliyatındaki yanlış ve eksikliklerden sonra gelişmiş olduğu. Her ne kadar Tıp Fakültesi'nde gerçekleştirilen ikinci ameliyatta bulunduğu iddia edilen ancak sonrasında objektif olarak ispat edilerek ortaya konulamayan gazlı bez unutulması durumunun var olmasının kabul edilmesi durumunda, söz konusu gazlı bezin nefrektomi yapılan ameliyattan ziyade Tıp Fakültesi'nde gerçekleştirilen ilk ameliyatta unutulmuş olacağı, çünkü söz konusu gazlı bezin ilk Tıp Fakültesi'nde (1.hastane) gerçekleştirilen ameliyatta unutulmuş ise bu durumun son Tıp Fakültesi'nde (3.hastane) gerçekleştirilen ilk tanınal amaçlı karın incelenmesi ameliyatında tespit edilmesinin bekleneyeceği, bunun tespit edilememesinin ve bu gazlı bezin sebebiyet verdiği ifade edilen barsağın önemli bir bölümünü etkileyen hasarın belirlenmemesinin genel cerrahi uygulamaları açısından mutlak bir hata olarak değerlendirileceği, her ne kadar Adli Tıp Kurumu tarafından rapor tanzim edilirken dosyaya iletilen radyografik görüntülerde ameliyat sahasında belirlenen değişikliklerin spanç ile uyumlu olabileceği geriye dönük yorum biçiminde belirtilmiş olsa da, söz konusu görüntülerin spanç varlığı dışı başka durumlara da oluşabileceği, ameliyat sonrasında ortaya spançın varlığı net ve objektif olarak konulamamasından, söz konusu radyolojik imajın spanç varlığı lehine değerlendirilmesinin hatalı olduğu, ayrıca bilgisayarlı tomografi filmlerinin Radyoloji Anabilim, Dalı'nda görevli iki radyoloji uzmanı ve bir radyoloji doçenti tarafından değerlendirildiği ve raporda gazlı beze ait bir görünüm saptanmadığı. Adli tıp raporunda ifade edilen ve spanç sayımına yönelik olarak belirtilen yorumun varsayım üzerine oturtulmuş olduğu, söz konusu ameliyat işlemlerin-

de malzeme sayımı bakımından herhangi bir noksanlık ya da uygunsuzluğun söz konusu olmadığı, Davanın idari yargıda görülmesi gerektiği, Tıp fakültesi (3.hastane) yükümlülüğü altında olan kayıt tutma konusunda eksikliklerin davalıya yüklenemeyeceği,

Davalının sorumluluğu kabul edilse bile nedensellik bağının ortaya konulması gerektiği, Davalının tıp hukukunda geçerli güven prensibi karşısında, başkasının görev alanında olan sayım işleminden sorumlu tutulamayacağı" belirtilmektedir.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Metin Öztürk, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Üçüncü ameliyatta tespit edilen gazlı bez ilk ameliyatta unutulmuş olabilir mi?

Maalesef hastanın tedavisinde ve kayıtlarının saklanmasında iç içe geçmiş çok sayıda hata mevcuttur. Vakanın birçok hastaneye baş vurmuş olması, tümünün ifadelerinin elde olmaması, eldeki ifadelerde çok önemli soruların cevaplarının bulunmaması ve kayıtların düzgün tutulmamış veya yok edilmiş olması dosyanın bu haliyle değerlendirilmesini güçleştirmektedir.

Birinci hastanedeki hekim arkadaşımız ifadesinde nefrektomiye laparoskopik olarak başladığını, böbrek üst polünün sıyrılmasında yaşanan zorluklar ve kanama nedeniyle daha sonra açığa dönüldüğünü ifade etmektedir. İlave olarak açığa dönüldükten sonra retroperitoneal alanda çalışıldığını, dolayısıyla gazlı bezin nefrektomi ameliyatında kalmış olamayacağını iddia etmektedir. Bu ifadeden laparoskopinin transperitoneal yapıp yapılmadığı tam anlaşılmamaktadır. Eğer transperitoneal başlandı ve üst polün sıyrılması aşamasına kadar ilerlendi ise artık retro ve transperitoneal alanlar birleşmiş demektir ve gazlı bez bahsedilen alanda bulunabilir. Bu durumun resmi ameliyat notundan net olarak tespit edilmesi gerekir. Yine aynı hekim arkadaşımız ifadesinde ameliyat sonrası herhangi bir problem olmadığı izlenimi vermekte ancak neden hastanın ameliyat sonrası 21 gün yattığını açıklamamaktadır. Bu durumun da sorgulanması gereklidir.

2- İkinci hastanede yapılan işlemler hastanın gidişatını etkilemiş olabilir mi?

Dosyada ikinci hastanede ileus nedeniyle operasyon önerildiği ancak hastanın kabul etmediği şeklinde muğlak ve teyit edilmemiş bir bilgi vardır. Bu bilgi doğru ise kanımca değerlendirme üzerinde etkisi olacaktır ve bunun da netleştirilmesi gereklidir. Bu amaçla, mutlaka ikinci hastanede kayıtlar temin edilmeli ve ifadeler alınmalıdır.

3- Ameliyatta gazlı bez veya diğer malzemelerin unutulmaması için alınması gereken önlemler nelerdir?

Hastada gazlı bez veya enstrüman unutulması medikolegal çekinceler nedeniyle sıklıkla bildirilmektedir. Yine de literatürde 1/700 ile 1/18000 arasında rakamlardan söz edilmektedir (1). Bu oranların ideal rakam olan sıfıra yaklaştırılması için ameliyatın baştan sona ciddi bir iş ve ekip işi olduğunu aklıda tutmak gerekir. Acil şartlar, kanama, obezite, ameliyat akışında beklenmedik değişiklikler ve ameliyat ekibi arasındaki az iletişim spangioma riskini artırmaktadır (2,3). Gazlı bez unutulmuş vakaların çok büyük kısmında önceki ameliyattaki gaz sayımının tam olarak bildirilmesi, bu sayımın yeterince ciddi yapılmadığını düşündürmektedir (4). Bu sayımda en ufak bir tereddüt durumunda bütün işler durdurularak öncelik sayıma verilmeli, yine bulunamazsa film çekilmelidir. Gazlı bezlere radyolojik işaret konulması, hem sayım sırasında tespit edilmesini hem de postoperatif erken dönemde fark edilmesini sağlayacak ve daha düşük komplikasyonla hastaya müdahale edilebilecektir. Son yıllarda gazlı bezlerin radyofrekans ile tespit edilmesi için çalışmalar yapılmaktadır (5). Ayrıca gazlı bezler için barkodlu sisteme geçilmesi de gazlı bezlerin daha kontrollü kullanımı sağlamaktadır (6). Unutulmuş gazlı bezden şüpheleniliyorsa seçilecek yöntem Bilgisayarlı Tomografi (BT) olmalıdır. Direkt Üriner Sistem Grafisi de (DUSG) sıklıkla kullanılır ancak radyopak işaretleyiciye rağmen %10-25 yanlış negatif sonuçlar bildirilmiştir (7). Bazen Manyetik Rezonans İnceleme de (MR) bu amaçla kullanılabilir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığının yayınladığı "Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi" sadece gazlı bez sayımı konusunda değil, ameliyathane işleyişinin tüm aşamalarının düzenli halde çalışması için rehber niteliğindedir. Bu rehber tüm hastanelerimizde uygulanmalı ve tüm ekip bu işleyişten sorumlu tutulacağını bilmelidir (8).

4- Gazlı bez unutulduğu tespit edildiğinde yaklaşım nasıl olmalıdır?

Unutulmuş gazlı bez tespit edildiğinde hasta ve yakınları dürüstçe bilgilendirilmeli ve seçenekler tartışılmalıdır. Hasta asemptomatik olsa bile gazlı bezin bir an önce çıkarılması ilk seçenektir.

5- Gazlı bez unutulmuş ise bu tabloyu açıklar mı?

Literatürden biliyoruz ki unutulmuş gazlı bezin klinik gidişi tamamen asemptomatik olarak yıllarca kalmasından, erken dönemde septik şok ve ölüme kadar giden tablo arasında herhangi bir yerde olabilir (7). Dolayısıyla her ne kadar bu klinik gidiş kesinlikle unutulmuş gazlı bez varlığını gösterir denemese de, bir gazlı bez varlığında oluşabilecek bir tablodur. Bu nedenle sadece klinik tabloya bakarak bu konuda hüküm vermek doğru olmaz. Yine literatürden biliyoruz ki unutulmuş bez kronik enfeksiyona ve buna sekonder olarak fistüllere ve barsak perforasyonuna neden olabilir (9).

6- Hastanede ameliyat raporlarının bulunmamasını nasıl değerlendirmeliyiz? Hastanenin kayıt tutma ve arşivleme zorunluluğu nelerdir?

Vakamızda özellikle üçüncü hastane ile ilgili olarak çok ciddi ve çok sayıda kayıt tutma hatası mevcuttur. Bu durumun gerçekten kayıt tutma hatası mı yoksa hatalarını örtmek için kayıtların yok edilmesi mi olduğu belli değildir ve kanımca başlı başına bir idari soruşturma konusudur. Herkesçe bilinmelidir ki "Sağlık hizmeti sunan özel ya da tüzel kişiler, ister kamu kurumu ister özel kurum olsun kendisine başvuran herkesin tıbbi kayıtlarını tutmakla yükümlüdür. Bu başvuruların tanı veya tedavi amaçlı olması durumu değiştirmez." Üstelik üçüncü hastanenin konu ile ilgili savunmalarından, ilk iki ameliyata asistanların girdiği, kim olduklarının bilinmediği, ulaşılamadığı, başlarında sorumlu uzman bulunmadığı ve dolaylı olarak asistanların hangi kıdemde olduğunun bile bilinmediği anlaşılmaktadır.

7 -Acil olarak yapılan ekplotif laparotomi ameliyatında barsaklarda perforasyon tespit edildiği ve primer olarak onarıldığı belirtilmektedir. İkincisinde gazlı bez alındıktan sonra bu barsak segmenti rezeke edilmiş ve ileoileal uç uca anastomoz yapılmış. Bu ameliyatların hastanın klinik durumuna uygunluğunu değerlendirir misiniz?

Üçüncü hastanede uygulanan primer onarım yöntemi kesin yanlış olmasa da tartışılmalıdır ancak tüm barsakların dışarı alınıp taranması muhtemelen varsa bir gazlı bezin bulunmasını sağlayacaktır ki bu yapılmamıştır ve hatadır. Dosyadan ilk ameliyatta gazlı bez tespit edilmediği anlaşılmaktadır. Üstelik üçüncü hastadaki ikinci ameliyatta tespit edildiği söylenen gazlı bezin varlığının da objektif bir kanıtı yoktur. Üç aylık bir asistan hekim kronik enfekte bir hematoma veya beklemiş pıhtılaşmayı kolaylaştırıcı malzemeyi kolaylıkla beklemiş gazlı bezle karıştırabilir. Ameliyatta uzman bulunup bulunmadığı tespit edilemediğinden ve hangi kıdemdeki asistanın ameliyata girdiği belirlenemediğinden bu ihtimal dışlanamaz.

8- Bu olayda bilirkşi olsanız nasıl yorum yapardınız?

Kanaatimce ilk hastanenin uygulamalarında hata yapılmış olsa bile mevcut dosya ile ispatlanamamaktadır. Üçüncü hastane ise çok sayıda hata yapmıştır. Daha önce başka hastanedeki ameliyatta gaz unutulduğu iddiası havada kalmıştır. Üçüncü hastane de hastanın klinik gidişatı konusunda elinden geleni yapmıştır. Başka bir söylemle en azından hastanın hayatını kaybetmesine neden olacak tıbbi bir hata yaptıkları ispatlanamamaktadır. Ancak kayıtların tutulması konusunda kabul edilemez ciddi açıkları vardır. Bu durum soruşturulmalı ve gerekirse ilgililer cezalandırılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Gibbs VC, Coakley FD, Reines HD. Preventable errors in the operating room: retained foreign bodies after surgery. *Curr Probl Surg.* 2007 May;44(5):281-337.
2. Gawande AA, Studdert DM, Orav EJ, Brennan TA, Zinner MJ. Risk factors for retained instruments and sponges after surgery. *N Engl J Med.* 2003 Jan 16;348(3):229-35.
3. Jackson S, Brady S. Counting difficulties: retained instruments, sponges, and needles. *AORN J.* 2008 Feb;87(2):315-21.
4. Porteous J. Surgical counts can be risky business! *Can Oper Room Nurs J.* 2004 Dec;22(4):6-8, 10, 12.
5. Inaba K, Okoye O, Aksoy H, Skiada D, Ault G, Sener S, Lam L, Benjamin E, Demetriades D. The Role of Radio Frequency Detection System Embedded Surgical Sponges in Preventing Retained Surgical Sponges: A Prospective Evaluation in Patients Undergoing Emergency Surgery. *Ann Surg.* 2016 Oct;264(4):599-604.

6. Greenberg CC, Diaz-Flores R, Lipsitz SR, Regenbogen SE, Mulholland L, Mearn F, Rao S, Toidze T, Gawande AA. Bar-coding surgical sponges to improve safety: a randomized controlled trial. *Ann Surg*. 2008 Apr;247(4):612-6.
7. Hariharan D, Lobo DN. Retained surgical sponges, needles and instruments. *Ann R Coll Surg Engl*. 2013 Mar;95(2):87-92.
8. https://kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/2014/21072015_guvenli_cerrahi_uygulama_rehberi.pdf (son erişim 29.09.2016)
9. Colak T, Olmez T, Turkmenoglu O, Dag A. Small Bowel Perforation due to Gossypiboma Caused Acute Abdomen. *Case Rep Surg*. 2013;2013:219354.

3.4.2 TURP ESNASINDA KOTER YANIĞI

İDDİA

Davacı vekilinin dilekçesinde; prostat ameliyatında sağ ayağına takılan cihazdan dolayı müvekkilinde 2.derece koter yanığı geliştiği, şikayetçi oldukları belirtilmektedir.

SAVUNMA

Şikayette bulunan ilgili hasta özel muayenehaneme gelmiştir. Hastayı muayene edip gerekli tetkikleri yaptım, hastanın prostattan ameliyat olmasına karar verdim. Bu işlem için hastadan muayene ücretini aldım, hastanede ameliyat olması gerektiğini söyleyerek hastaneye gönderdim. Ameliyat öncesi ve sonrası başka bir ücret talep etmedim. Ameliyat öncesi prostat ameliyatı için gerekli aletler hastaya bağlandı. Hastaya prostat ameliyatı problemsiz olarak gerçekleştirildi. Ameliyattan sonra hasta sedyeye alındığında sağ bacak baldırında 3x5cm.lik kızarıklık olduğunu gördüm, hasta servise alınarak pansuman yapıldı, 1 gün sonra yanık yerinin nekroz olduğu görülünce plastik cerrahisinden konsültasyon istendi. Pansuman malzemeleri için rapor düzenlenerek prostat ile ilgili hiçbir şikayeti kalmayan hasta yanık pansumanı evde yapılmak üzere taburcu edildi.

Araştırmalarım sonucu aynı tarihte üç hastada daha koter plağına bağlı yanık olduğunu, hastane tarafından arızalı olduğu söylenen koter plaklarının değiştirildiğini öğrendim.

BELGELER

Ameliyat Raporu: SAA'da litotomi pozisyonunda 26 F kateter girildi, tam obstrüksiyon yapan prostat mevcut olup, mesane mukozası orifis doğal olduğu, 60dk.da 30gr. Prostat rezekle edildi, 22 F 3 yollu foley üretral katater konuldu, operasyona son verilip hasta sedyeye alınınca sağ bacak tibia posteriorunda, koter plağının temas ettiği bölgede 5x6cm. hiperemik alan olduğu görüldü, pansuman yapıldı.

Başhekim: İlimiz Sağlık Müdürlüğü'nün yazısını aldım ve konuyla ilgili cevaplandırılması istenen hususlara ilişkin gerekli açıklama yapılmış olup, aşağıda belirtilmiştir.

1-Söz konusu koter cihazının markası X'tir.

2-Koter cihazının bakım ve kalibrasyonuna ilişkin herhangi bir belgeye rastlanılmamıştır.

3- Söz konusu Koter Cihazı olay öncesi ameliyatlarda kullanılmış olup, olay sonrası ameliyatlarda da kullanılmaya devam edilmiştir. Cihaz olaydan sonra kalibrasyon şirketince kalibre edilmiştir. Şirketçe cihazın yapılan elektriksel güvenlik testi ve kalibrasyonunda cihazda kaçak ve değerlerinde bir problem olmadığı, problemin elektro koter cihazına ait hasta plağından kaynaklandığı belirtilmiştir. Koter cihazı halen kullanımdadır.

4-Koter cihazının hangi yardımcı sağlık personeli tarafından yerleştirildiği belli değildir" denildiği,

5-Yapılan araştırmada tıbbi sarf malzemesi olarak kullanılan koter plağının muhtelif zamanlarda alımı yapıldığı, vakada kullanılan koter plağının markası olmayıp en son alımların X Ltd.Şti'den yapılmıştır.

Muayene Raporu (Adli Tıp İhtisas Kurulu): Prostat ameliyatı sırasında sağ bacak alt 1/3 bölgede arka yüzde yaklaşık 4-5cm.lik diz arka yüzde skartrize yanık skarı, bacak femoral bölge üst 1/3 bölgeden greft için tam kat deri alındığı saptanmıştır.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu

1-Ameliyat sırasında kullanılan koter cihazının düzgün çalışır durumda olduğunu gösteren düzenli teknik bakımlarının yapılması gerektiği, bunun yapılmamasının idarenin eksikliği olduğu,

2- Koter cihazı kullanımında uygun koter plağının alınıp alınmadığının teknik şartnamenin ve muayene komisyon raporlarının adli tahkikatla incelenerek aydınlatılması gerektiği,

3- Koter plağının kim tarafından nasıl yerleştirildiği de bilinmemekle birlikte baldır altına konulabileceği, ameliyatı yapan hekimin bacakta kızarıklığı tesbit ederek uygun konsültasyonu isteyerek gerekli tedavinin yapılmasını sağladığı mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Ziya Akbulut, Uz. Dr. Mustafa Soytaş, Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Hasta güvenliğinin ameliyathaneleri ilgilendiren kısmında hangi güvenlik konuları mevcuttur? Dikkat edilmesi gereken noktalar nelerdir?

Hastaların gerek ameliyat amaçlı gerekse medikal tedavi maksatlı hastanede kalış süreçlerinde hastanın hastaneye gelişinden taburcu olacağı ana kadar takip ve süreci denetleme yetkisi primer hekimine aittir. Bu süreçte hekim, hastanın servis ve ameliyathane hemşiresi, hastane personeli ve diğer çalışanlarla birlikte ekip çalışması yaparak hastanın kaliteli ve güvenli hizmet almasından sorumludur.

Hastanın ameliyathane sürecinde genel olarak şu hususlara dikkat edilmeli ve yerine getirilmelidir;

- Ameliyathaneye hasta girişinin yapılması için yatış vb. protokol işlemlerinin tamamlanmış olması gerekir
- Hastanın anestezi uzmanı tarafından değerlendirilmiş olması gerekir
- Hastanın ameliyat ve anestezi işlemlerine ilişkin onamlarının en az 1 gün önceden olmak kaydıyla alınmış olması gerekir
- Hastanın ameliyat gömleği giydirilmiş, bonesi takılmış, kimlik belirleyici kol bandı takılmış olması gerekmektedir
- Hastanın protez diş, takı vb. metal aksesuarlarının çıkarılmış olarak ameliyathaneye gelmesi gerekir
- "Ameliyat Öncesi Hasta Hazırlığı Talimatı"na uygun olarak hazırlıkları tamamlanan hasta "Ameliyathaneye Hasta İsteme Formu" doldurularak ameliyathaneye istenir. Hasta Ameliyathaneye "Kurum İçin Hasta Transfer Prosedürü" ne uygun olarak transfer edilir. Hasta kesinlikle yürüyerek veya tekerlekli sandalye ile ameliyathaneye getirilmez
- Hasta ameliyathane hemşiresi ve anestezi teknikeri ile birlikte "Hasta Kimlik Bilgilerinin Doğrulanması Prosedürü" ne uygun olarak teslim alınır
- Hastanın ameliyat öncesi hazırlığı, Güvenli Cerrahi Uygulama Prosedürü" ne uygun işaretleme yapıp yapılmadığı, yapılacak ameliyata özel onam formu, "Anestezi ve Sedasyon Öncesi Bilgilendirme ve Onam Formu", "Anestezi Öncesi Değerlendirme Formu" kontrol edilir ve "Güvenli Cerrahi Kontrol Formu" imzalanarak hasta transfer koridorundan içeri alınır
- Ameliyat odası hazır ise teslim alınan hasta, doğrudan ameliyat salonuna ve ameliyat masasına alınır
- Ameliyat salonu hazır değil ise hasta uyanma/derlenme odasına alınır. Derlenme odası hemşiresinin gözetiminde kalır
- Ameliyata alınan hastanın sedyesi/yatağı daha önceden belirlenmiş alanlarda bekletilir. Hasta sedyesi/yatağına salon numarası yatağın üzerine konulur
- Ameliyatı tamamlanan hasta, anestezi teknikerinin kontrolünde derlenme odasına alınır. Servise alınana kadar, anestezi teknikeri kontrolünde takip edilir. Aldrete skoru değerlendirilmesi sonucuna göre, uygun olan hastalar, ilgili servis hemşiresi tarafından ameliyathaneden teslim alınır, "Kurum İçi Hasta Transfer Prosedürü" doğrultusunda servise transferi yapılır

Hastanın ameliyathaneye alındığı bu süreç içerisinde dikkat edilmesi gereken diğer hususlar şunlardır;

- Çocuk/yetişkin hastanın mevcut anksiyete yada gerginliğinin azaltılması maksadıyla uygulanan sedatif ajanlara(dormikum vb.) karşı allerji yada solunum baskılanması yaşayabileceği unutulmamalı ve nakil sürecinde hasta takip edilmelidir
- Yine mevcut ajan sebebiyle hastaların kontrolsüz hareketler sergileyerek sedyeden düşebileceği unutulmamalı ve hasta operasyon masasına alındıktan sonra tespit edilmelidir
- Hastanın antiembolik çorap gibi operasyon esnasında ve sonrasında olması gereken ekipmanları kontrol edilmelidir
- Hastada kullanılacak cihazların (koter cihazı, ısıtıcı vb.) kalibrasyonu operasyon öncesinde ameliyathane hemşiresi tarafından kontrol edilmelidir
- Cerrahi alan temizliği esnasında otomatik traş makneleri kullanılmalı, jilet vb. kesici aletlerden kaçınılmalıdır. Kesici aletler planlanan kesi hattı dışındaki hasta cildine yüzeysel yada derin hasar verebilir, skara sebep olabilir
- Operasyon esnasında hastada kullanılacak cihazlara(skopi vb.) göre operasyon masası ayarlanmalı, hasta uyuduktan ve pozisyon verildikten sonra daha fazla manüplasyondan kaçınılmalıdır
- Pozisyon verilme esnasında hastanın masaya ve destek ekipmanlarına temas eden uzuvları jel yastıklarla desteklenmeli, nöropraksiden kaçınılmalıdır
- Hastanın protez yada daha önceki operasyonları akılda bulundurulmalı ve pozisyon verirken dikkat edilmelidir
- Hasta örtüldükten sonra örtü altındaki kısımları(özellikle ekstremiteleri) ihmal edilmemeli, masanın yukarı yada aşağı hareketleri esnasında çevre ekipmanlarla bu uzuvların zarar görebileceği unutulmamalıdır
- Operasyon sonrasında spanç sayımı en az 3 kez olacak şekilde yapılmalıdır
- Patoloji formu bizzat hekim tarafından klinik bilgi eklenerek doldurulmalı ve ameliyathane hemşiresi transport ile görevlendirilmelidir
- Yabancı cisim, kültür-frozen materyalleri formları doldurularak gerekli departmanlara ulaştırılmalı, süreç takip edilmelidir
- Spinal anesteziye hastanın uyanık olması ameliyathane ekibini gaflete düşürmemeli, hastanın alt ekstremitelerini kontrol edemediği unutulmamalıdır
- Operasyon sonrasında hasta üzerinde rektal tüp, tespit sütürü, spanç gibi olmaması gereken malzemeler alınmalıdır
- Hasta yoğun bakım ünitesine teslim edilecekse odası-yatağı önceden rezerve edilmelidir
- Hasta yeterince derlenmeden ameliyathane odasından tahliye edilmemeli ve bu esnada kontrol edilmelidir. Bu süreçte hasta dren, transüretal sonda, damar yolu, nazogastrik sonda gibi ekipmanları çıkarabileceği ve kendine zarar verebileceği unutulmamalıdır
- Hasta derlendikten ve ağrı palyasyonu yapıldıktan sonra servis hemşiresine teslim edilmeli, bu esnada ürostomi-kolostomi torbası, dren, transüretal sonda, irrigasyon sıvısı, damar yolu, nazogastrik sonda, yara yeri ve özelliği gibi konularda servis hemşiresi bilgilendirilmelidir

2- Hasta güvenliğinin ameliyathaneleri ilgilendiren kısımda genel olarak sorumlular kimlerdir? Bu konuda mevzuat var mıdır?

Hasta güvenliğinin ameliyathaneleri ilgilendiren kısımda genel olarak sorumlular hastanın hekimi (cerrah ve anesteziist) ve hemşiresidir. Günlük pratikte uyulamadığı bilinse de sadece temizlik ve taşımadan sorumlu olan ameliyathane personeli sürecin başından sonuna kadar istihdam edilmektedir

3- Koteri plağını yerleştirmek, cihazın ayarlarını yapmak kimin görevidir? Anesteziist, cerrah, hemşire ve yardımcı personel açısından irdeleyiniz.

Koter plağının yerleştirilmesi görevi ameliyathane hemşiresine aittir. Sorgulaması ve gerekli uyarıları yapması görevi ise hekime aittir. Bu aşamada da ameliyathane personelinden faydalanılsa da hukuki yada vicdani herhangi bir sorumluluğu yoktur.

Koter ve Koter plağı ile ilgili tanımlamalar, uygulamalar, sorumluluk ve dikkat edilmesi gereken noktalar şunlardır;

Tanımlamalar:

Monopolar Koter: Elektrik akımı ile damarların yakılması, dokuların kesilmesi işlemlerini yapan cihazlardır. Elektrik akımı hasta üzerinde direkt olarak dolaşır. Karbonizasyona yol açar.

Bipolar Koter: Hastaya direkt elektrik akımı verilmez. Bipolar kalemin iki ucu arasında elektrik akımı dolaşır, çevre dokularda karbonizasyon olmaz.

Argon Koter: Elektrik akımı ve argon gazı karışımı ile elde edilen enerji sonucunda koterizasyon yapar. Püskürtme olarak kullanıldığından geniş ve yaygın kanamalarda yüzeysel koagülasyonu sağlar.

Radyofrekans Koter: Radyofrekans akımı ile çalışan koterlerdir. Monopolar gücünde çalışır ancak karbonizasyonu daha azdır.

Fore Striad: Ligasure; kanama kontrollü kesmede kullanılır. Dokudaki lifleri düşük ısıda füzyon enerjisi kullanılarak birbirine yapıştırır.

Uygulamalar, sorumluluk ve dikkat edilmesi gereken noktalar**Monopolar Koter**

- Monopolar ve argon koterde mutlaka disposable çiftli nötr plak kullanılmalıdır
- Koter plağı standartlara uygun, kalite-kontrol testlerinden onay almış ve bütünlüğü bozulmamış olmalıdır. Plak kalınlığı en az 0,5 mm olmalı ve dış kısmındaki yalıtkan segment korunmuş olmalıdır.
- Koter plakları te kullanımlık olmalı, birden fazla hastada kullanılmamalıdır
- Plağın yapışma yeri mümkün olduğunca kalbe en uzak ameliyat bölgesine en yakın olan ekstremitedir. Plak kaslı bölgeye yapıştırılmamalıdır
- Plağın yapıştığı yer skarlı, aşırı kıllı, kirli ve ıslak olmamalıdır. Plağın uygulanacağı cilt yüzeyi kirli ise povidon iyotlu fırça ile temizlenip, batın kompresi ile kurulanıp plak daha sonra yapıştırılmamalıdır
- Nötr plak kablosunun uzantısının hasta üzerine temas etmemesi sağlanmalıdır
- Nötr plağın hastanın cildine bütün yüzeyi ile tamamen yapışıp yapışmadığı kontrol edilmelidir
- Nötr plak hastada protez var ise protez, insizyon bölgesi ile plak arasında kalmamalıdır
- Monopolar kullanılan hastada masa parçaları, takı gibi dışardan herhangi bir metal teması olmadığından emin olunmalıdır
- Koter kablolarının gözle görülemeyen yırtıkları cilde ya da metal alete temasında yanık oluşmasına neden olacağından kabloların hasta üzerine direkt teması engellenmelidir
- Hasta ıslak zeminle temas etmemelidir
- Aynı hastada aynı anda iki farklı monopolar koter kullanılmamalıdır
- Tespit amaçlı kullanılan çamaşır penslerinin hasta cildine temas etmemesine dikkat edilmelidir
- Hastada kullanılan cerrahi aletler dikkatli kullanılıp; koter cilde dokunan ve kanayan bölgeyi tutan alet dışında bir alete temas etmemelidir
- Koter kaleminin kontrolsüz aktive edilmemesi için, koter kullanıldığı süre içerisinde koter cihazlarının sesli ya da ışıklı uyarı sistemleri ameliyat süresince açık tutulmalı, sesi tamamen kapatılmamalıdır
- Hastada ve cerrahi ekipte kalp pili olmamasına özellikle dikkat edilmelidir. Kalp pili olduğu durumda bilgi kartı verileri dikkate alınır ya da ilgili firmayla bağlantı kurulup koter kullanımına uyumu öğrenilmelidir
- Kalp piline uyumlu koter ile çalışılmalıdır
- Koter kullanımı sırasında eldivenlerin sağlam olduğundan emin olunup, yırtık ve delik olduğunda değiştirilmelidir. Aksi halde kullanıcılarda yanık oluşabilir
- Koter hasta üzerinde kullanılmadan önce ameliyathane hemşiresi tarafından test çalıştırması yapıp ve istenilen değerlere ayarlanmalıdır
- Aktif durumdaki koter kalemi hasta cildi üzerine bırakılmamalıdır
- Aktif koter kalemi hasta üzerine tespit edilmiş diğer cihaz kablolarından uzak tutulmalıdır
- Her cihazda olduğu gibi Koter cihazının üzerine de sıvı malzeme bırakılmamalıdır
- Hasta üzerinden, elektrik akımını iletme özelliği olan ıslak havlu, ıslak kompres gibi malzemeler uzaklaştırılmamalıdır
- Sistem ve bağlantı hatalarında cihaz uyarısına göre hareket edilmelidir

- Hekim ayarın yükseltilmesi talebinde bulunmadan ayarlar yükseltilmemelidir
- Cihazı kapatırken yüksek ayarda bırakılmamalıdır. 45-50 ayarında bırakılması bir sonraki hastanın güvenliği açısından önemlidir

Bipolar Koter

- Bipolar koter kullanımında nötr plak yapıştırmaya gerek yoktur. Bipolar ve monopolar aynı cihaz üzerinden birlikte kullanılacaksa nötr plak yapıştırılmalıdır
- Bipolar ya da monopolar koter kalem kordonları direkt çamaşır klempisi ile hasta üzerinde tespit edilmemelidir
- Kalp pilleri genellikle bipolar koter uyumlu olmalıdır. İlgili cerrah, gerekli gördüğü taktirde kalp pili olan hastalarda firmanın belirlediği uzmanların ameliyata gözlemci olarak katılmasını sağlamalıdır
- Argon koterler monopolar koter bağlantısı ile birlikte yapılmalıdır. Tüm koruyucu önlemler argon koter için de geçerlidir
- Radyofrekans leep koter için reusable nötr plak bağlantısı yapılır
- Radyofrekans koterler hasta güvenliği açısından monopolar koter gibi risk oluştururlar
- Radyofrekans koter kullanımında uç seçimi ve gücün ayarlanması hastadan hastaya farklılık göstermektedir
- Hekime cihazı kullanmadan önce güç ayarları için isteğinin sorulması gerekmektedir
- Hastada kullanılan koter ve plağın yapıştırılma bölgesi **"Ameliyathane Hasta Güvenliği Formu"**na kaydedilmelidir
- Koter kullanımına bağlı yanık gelişirse Kalite Koordinatörlüğüne **"Olay Rapor Formu"** ile olay bildirimini yapılmalıdır

Koter Cihazının Temizlik ve Dezenfeksiyonu

- Cihaz Temizliği başlamadan önce cihazın kapalı ve fişten çekilmiş olduğundan emin olunmalıdır
- Cihazın kasa kısmının temizliğinde alkol, eter gibi yanıcı maddeler kullanılmayıp temizlik yer ve yüzey dezenfektanı ile yapılmalıdır
- Kullanılan temizlik solüsyonunun cihazın içine kaçmamasına ve cihazın nemlenmemesine dikkat edilmelidir. Bu gibi durumlarda Biyomedikal Hizmetler Müdürlüğüne haber verilmelidir
- Temizlik sonrası cihaz kurumadan tekrar çalıştırılmamalıdır
- Ayak pedali üst yüzeyi dezenfektanla silinmelidir
- Nötr plak kablosu her kullanımdan sonra silinerek temizlenmelidir
- Bipolar koter uçları ve liga sure uçları merkezi sterilizasyon ünitesi yıkama odasına verilmelidir. Monopolar koter uçları tek kullanımdan uç kısmı sharp box kutusuna koter kalemi de tıbbi atık kutusuna atılmalıdır
- Bipolar koter kullanım sırasında temizlik ıslak gazı tutup bipolar çalıştırılarak yapılmalıdır
- Bipolar koter ucu merkezi sterilizasyon ünitesinde de sert bir materyal ile yapılmamalıdır

4- Güvenli cerrahi açısından TURP gibi endoskopik ameliyatlarda koter nereye, nasıl yerleştirilmeli, ameliyat süresinde nasıl izlenmeli, ayarları nasıl olmalıdır?

TUR-Prostat gibi koter ve irrigasyon sıvıları kullanılan endoürolojik ameliyatlarda koter plağı kalpten uzak, ıslanmayacak cerrahi sahaya yakın bir alana yerleştirilmelidir. Bunun için uyuk ön yüzü 1/3 distal kesimi uygundur. Genel üroloji pratiğinde de bu saha kullanılmaktadır. Ameliyat esnasında monopolar koter ayarları 100-80 aralığında olmalıdır. Bipolar koterde ise ayarlar 200-160 aralığında tutulmalıdır.

5- Koter cihazlarının bakımını, kalibrasyonunu ve güvenlik testlerini yaptırmak kimlerin sorumluluğundadır? Bunlar hangi zaman aralıklarında yaptırılmalıdır? Bunlarla ilgili mevzuatlar nelerdir?

Koter plağı ve koter cihazlarının bakımını, kalibrasyonunu ve güvenlik testlerini periyodik olarak yaptırmak ameliyathane sorumlu hemşiresi ve biyomedikal yetkilisi sorumluluğundadır. Bu testler 6 ayda 1 yetkili firmaya yaptırılmalı ve kontrol edilmelidir. Yine mevcut cihazların kalibrasyonu firma ve biyomedikal yetkilisi tarafından **"Elektriksel Güvenlik Testi"** çerçevesinde yaptırılmalıdır.

6- Koter plağının sorun oluşturduğu iddia edilmektedir. Bu görüşe katılıyor musunuz? Koter plakları nasıl olmalıdır?

Aynı gün içerisinde cihazdan bağımsız olarak aynı koter plağı kullanılan hastalarda yanıkların gelişmesi ve cihazın hala kullanılıyor olması koter plağının hatalı yada kalitesiz olduğunu akla getirmektedir. Koter plağı ve özelliklerinden yukarıda bahsedilmiştir.

7- Olayda teknik şartname ve muayene komisyon üyelerinin raporlarına atıfla suçlu aranmaktadır. Kurumunuzda koter plağı gibi malzemelerde şartnameler nasıl yazılmakta, muayene komisyonları nasıl işlemektedir.

Kurumumuzda kullanılan sarf malzemelerle ilgili hususlar hazır formlarla yapılmaktadır. Mevcut şartlara uymayan malzemeler kullanılmamaktadır.

Mevcut veriler ışığında sorumluluk satın alma süreci içerisinde yer alan yetkililere aittir. Hekim ve hemşirenin her ameliyatta koter plağının markasını, son kullanma tarihini ve şartnamesini inceleme şansı ve zamanı bulunmamaktadır. Teknik servis ve biyomedikal sorumluları cihazların rutin bakımını yapmalı, değerlendirildiğine dair bandrolü cihazlara yapıştırılmalıdır. Hekim ve ameliyathane hemşiresi de bu bandrolleri kontrol etmelidir.

Aynı gün içerisinde birinci hastada yanık geliştikten sonra ikinci ve üçüncü hastada da aynı koter ve koter plağı ile çalışılmasının mevcut süreç içerisinde ayrıca değerlendirilip sorgulanması gerekmektedir. Hukuki süreç içerisinde mevcut satın alma yetkililerine firmanın sorgulanması önem taşımaktadır.

3.4.3 URETRA YANIĞININ SORUMLUSU KİMDİR?

İDDİA

Müvekkilin uretrasındaki sorun nedeniyle davalı hekim tarafından stent takılmasının gerektiği, son çarenin bu olduğu, stent takılması ile sorunların düzeleceği söylenmiştir. Spiral metal tel olan stentin vücut sıcaklığında ısıtılan bir sıvı ile penis içine tatbik edildiği ve bu suretle vücutta sağlıklı bir şekilde yerleşip sertleşmekte olduğu, stentin ABD'de üretilmekte olduğu söylenmiştir. Stent temsilcisi şirketin yetkilisinin de dahil olduğu bir ameliyat gerçekleştirilmiştir. Ancak bu kişiler, ameliyat sırasında korkunç bir kusur ve ihmal ile stent takılırken stent ile birlikte penis içine tatbik edilmesi gereken sıvıyı 40 derece yerine 70 derece sıcaklıkla vererek tüm penisin testislerin kavrulmasına müvekkilimizin yanmasına neden olmuşlardır.

Müvekkilin, bir taraftan korkunç acılar çekmiş diğer taraftan da cinsel hayat, üremesi, sosyal hayatı ve iş hayatı sona ermiştir. Tekrar ameliyat edilen müvekkilin penisinden idrarın dışarı atılması imkansız hale gelmiş göbük deliğinin altından bir sonda ile içeriye girilmek suretiyle idrar dışarı alınarak hayatını sürdürmek zorunda kalmıştır.

Müvekkil son çare olarak tekrar normal yaşama dönebilmek umuduyla ameliyat eden doktorunun da yönlendirmesiyle ıslahı tıbben zor olan konunun dünya çapındaki yurt dışında bulunan bir uzmanına gitmiş ve uzman tarafından 5 saat süren bir başka operasyon yapılmıştır.

Uzun süre göbükten takılan sonda ile yaşamak zorunda kaldığından idrar kesesi büzülmüş ve idrar yolundan müteaddit operasyonlara maruz kalmış, sağlığına kavuşamamıştır. Şu anda müvekkilin penisini işlevsiz bir et parçasıdır, içten ve dıştan testislerle beraber yanmış durumdadır. Seks hayatı, üreme fonksiyonları, boşalması, penisten idrar atması tamamen imkansız hale gelmiş, penis sürekli inanılmaz sancılı durumdadır.

Müvekkilin mağduriyetine sebep olan, ameliyatı gerçekleştiren doktor, cihazın Türkiye temsilcileri, ameliyathane ekibi ve hastane yönetiminden şikayetçi ve davacıyız.

SAVUNMA

Üroloji uzmanı: Dava konusu girişimden bir yıl önce davacı müvekkilimize, mesane divertikülü tanısı ile gelmiş ve yapılan muayenesinde ayrıca prostat büyümesi de saptanmış ve kapalı prostat ameliyatı ve mesane divertikülüne açık ameliyat yapılmış ve şifa ile rahat idrar yaptığı görülerek herhangi bir cer-

rahi komplikasyon olmadan gönderilmiştir. Daha sonra yine idrar zorluğu oluşması ile ilgili müvekkili-mize başvurmuş, idrar kanalında darlık saptanarak internal üretrometri ve daralan dokulara tur ameliyatı yapılmış ve normal hayatına dönmüştür. Ancak idrar yolu darlığı nüksetmiş ve iki kez daha yapılan başarılı ameliyatlardan sonra davacının yine idrar yolu daralması şikayetleriyle gelmesinin davacının değişik bir sorunu olup olmayacağı hususunda davalıyı düşünmeye ve araştırmaya sevk etmiştir.

Davacıya müvekkili tarafından daha önce yapılan ve son derece başarılı olan hastanın şifa bularak evine gönderildiği operasyonlardan sonra idrar yolu daralması üzerine bu kez sorunun çözümü için başka bir yöntem uygulanması düşünülmüş ve davacının talebi ile müvekkilin araştırma yapmış sonuçta davacıya ısıya duyarlı özel bir stent tipinin uygulanmasına karar verilmiştir.

Davacının bu operasyonla ilgili olarak müvekkile yönelttiği yeterli araştırma yapmadığı, bilgi almadığı gerekli bilgi ve donanımına sahip olmadığı yönündeki iddialarının hiçbirisi doğru değildir. Bu stenti imal eden Amerikan firmasının Türkiye mümessilinin yetkilisinden gerekli tüm bilgileri almış daha sonra CD'ye kayıtlı uygulamalı video görüntülerini izlemiş, mümessil şirket yetkilisi tarafından bu tip stentin Türkiye'de 100 civarında hastaya uygulandığı ve çok başarılı sonuçlar alındığı da ayrıca beyan edilmiştir. Yine aynı yetkili stentin uygulanması esnasında firmadan stentle ilgili bilgi sahibi bir yetkilinin de mutlaka bulunması gerektiğini beyan etmiştir. Bu stentin uygulanma şekli açısından müvekkilin daha önce defalarca kez uyguladığı üretral stentlerden hiçbir farkı olmadığı belirtilmiştir.

Davacının ameliyatı hastanenin ameliyat ekibi ve stenti üreten Amerikan firmasının Türkiye mümessili firma yetkilisinin da katılımı ile gerçekleştirilmiş, stent davacının penisine yerleştirildikten sonra hemşire tarafından ısıtılarak getirilen steril sıvının ısısı mümessil firma yetkilisi tarafından kontrol edilmiş sıvının yeterli ısıda olmadığı bu kişi tarafından söylendikten sonra yeniden ısıtılarak getirilen sıvı yine mümessil tarafından kontrol edildikten sonra onun onayıyla davacıya uygulanmıştır. Steril sıvının uygulanması bu operasyonun ikinci aşamasıdır. Sıvının uygulanması esnasında ameliyat devam etmektedir çünkü önce stent vücuda uygulanmakta daha sonra sıvı tatbikine geçilmektedir. Müvekkil o esnada elleri steril ve çift eldivenli durumdadır dolayısıyla steril sıvının ısı kontrolü diğer ameliyat ekibi ve mümessil firma yetkilisi tarafından yapılmak durumundadır. Müvekkil stentin uygulanması ve sıvıyı enjekte etmekte herhangi bir kusuru yoktur, ameliyat esnasında sıvının ısısının kontrol edilmesiyle ilgili olarak da müvekkile atfedilebilecek hiçbir kusur ve ihmalin bulunmamaktadır.

Davalı Hastane: Davacı hasta doktor tarafından hastanemize davet edilmiş, hastane sadece ameliyathanesini kiralayan konumunda bulunmaktadır. Hatalı olduğu iddia olunan işlem ve operasyon hastane ekibi tarafından gerçekleştirilmemiş, ameliyatı yapan doktor hastanenin sürekli ve bordrolu kadrosunda yer almamaktadır. Davacının hastanenin ısıtıcısının sıcaklık gösterge fonksiyonunun bozuk olduğunu iddia hakkıdır. Kullanılan etüv cihazının kalibrasyon ölçümleri sürekli yapılmakta olup olay tarihinde de rutin olarak bu bakım ve kontrolleri yapılmış, görüleceği üzere sıcaklık gösterge fonksiyonunda hiçbir bozukluk olmadığı görülmektedir.

Ameliyat cerrahın kontrolündedir, hemşire cerrahın talimatlarını uygular. Hemşire ısıtılan sıvının hangi amaçla ne şekilde ve nereye uygulanacağını bilmekle yükümlü değildir. Isıtılmış sıvı u şayet sıvı fazla ısınmış ise sorumlun doktor ve firma temsilcisidir, hemşire ve hastanenin kusurları mevcut değildir.

Stent temsilcisi firma yetkilisi: Şirketin çalışanı olarak ithal edilen ve satılan ürünlerin teknik özelliklerini müşterilere bildirmekle sorumluyum. Özellikle cerrahi işlemler sırasında kullanılacak olan ürünün teknik kullanım prosedürleri söz konusu ürünü kullanmak isteyen cerraha iletilir. Cerrah ameliyathanede yaptığı tüm uygulamaları kendi sorumluluğu ve gözetimi altında yapar. Muhtemel kazalara karşı gerekli önlemleri almak ve bu önlemleri kontrol ederek uygulamakla sorumlu olan yegane kişi cerrahın kendisidir. Bu görev bir başkasına devredilemez ve cerrah sorumluluktan muaf tutulamaz. Benim görevim yalnızca ürünün teknik talimatlarını doğru olarak aktarmaktır. İmalatçı şirket tarafından hazırlanan talimat kılavuzunda steril sıvının vücut ısısında yani 40°C olması gerektiğini belirttim. Plastik torbanın dış yüzeyine dokunarak ve gerekli ısıda olmadığını hissederek getirilen ilk sıvının hiç ısıtılmadığını fark ettim (sıvının ısı kontrolü doktor tarafından yapılmalıdır) bu arada sıvını sterilitesini etkileyebilecek herhangi bir ısı ölçümü yapılmamıştı. Ameliyat hemşiresi sterilizatörlerinin ısı ayar fonksiyonunun bozuk olduğunu ve sıvıyı tekrar ısıttığını bildirdi. İkinci ısıtmadan sonra ısıyı manuel olarak ölçüldükten sonra ben operasyonu yapan cerraha ısısın çok yüksek olduğunu söyledim. Bu noktadan itibaren kontrollerin doktor tarafından yapılması gerekirdi. Ben hiçbir zaman sıvının ısısının 70°C olması gerektiğini söylemedim. Tıp doktorlarının ısı 70° olan bir sıvının hastaya uygulanmasının ciddi bir zarara yol açacağını bilmeleri

ve bu uygulamaya müdahale etmeleri gerekirdi. Ayrıca doktor, hastaya sistoskopi uygularken sıvıyla temas eden ilk kişidir. Sıvının ısısını hissettiği anda müdahaleyi durdurması ve sıvının ısısını kontrol etmesi gerekirdi. Bu zorunluluğa uyulmamıştır. Benim görevim yalnızca stentin uygulanmasıyla ilgili bilgiyi aktarmaktır. İşlem tamamen steril bir ortamda gerçekleştirilmektedir. Ben görevimi ameliyat sırasında steril olmayan koşullarda yapmaktayım ve su ısısının hassasiyetle ölçülmesi tamamen steril ortamda bulunan ameliyat ekibinin ve görevi kapsamındadır, ısıtma işlemini benim yapmam yada o ortama girmem mümkün değildir. Sıvıyla ameliyat masasının yanında steril koşullarda olan doktor ilgilenmeliydi.

BELGELER

Ameliyat hemşiresi tarafından düzenlenmiş olay raporunda; Ameliyat esnasında irrigasyonda kullanılmak üzere 40 °C SF istenmiş ve ısıtılmış sıvı verilmiştir. Firma yetkilisinin isteği ile irrigasyon mayisinin ısı 60°'a çıkarılıp doktor kontrolünde hastaya uygulanmıştır. Uygulamadan sonra penis başında yanık oluşmuştur.

Yurt dışı Tıp Merkezi'nin tercüme edilmiş epikrizinde; İstanbul'da kendisine yapılan bir termik genişletmeli prostat stenti uygulaması sırasındaki bir tıbbi kaza (üretra içine sıcak tuzlu enfüzyon girişi) sonucunda ön üretrasında komple bir oklüzyon anemneziyle başvurduğu, sistometri sistostomi bölgesinden sokulan kateterler yardımıyla gerçekleştirildiği mesane basıncının 160-165 ml'lik bir kapasiteye kadar sabit olduğu, bu kapasiteden sonra arttığı ve tuzlu sıvının kateterlerin çevresinden sızdığı anlaşıldığı, üretra meatusundan bir kılavuz tel geçirilmeye çalışıldığı ama başarı sağlanamadığı, kılavuz telin 3cm'den fazla ilerletilemediği, ardından bir retrograd üretrografi uygulandığı, ancak kontrast madde 3cm obliterasyonu aşacak kadar ilerleyemediği ve distal üretranın çok dar olduğu görülmüş olduğu, stentin sanal endoskopisinde prostatik üretranın tamamen oblitere olduğunu ortaya çıkardığı, genel anestezi altında, sistostomi bölgesinden esnek sistoskopi sırasında stentin tamamının proliferatif doku tarafından oblitere olduğu görülmüştür. Arka üretranın normal görünümü ve veru montanumun sağlam olduğu ancak, enjekte edilen kontrast ile üretranın neredeyse tamamının ileri derecede dar olduğu görülmüştür. Uretra antegrad ve retrograd endoskopilerel açılmaya çalışılmış nihayetinde 18 F silikon foley geçitilebilmiştir. Stente dokunulmamış ve sistostomisi de muhafaza edilmiştir.

İkinci ameliyatta stent ve sistostomi çıkartılmış, ameliyat sonrası dönem olumsuz geçmiş kontrol ziyaretlerinde hasta herhangi bir ateş yada testis ağrısı bildirmemiş ve sistostomi deliğinin tamamen kapandığının görülmüştür. Takiplerinde tüm üretrasını kapsayan bir radyolojik ve endoskopik muayenesinde üretrografisinde ön üretranın açık olduğu, bulbar segmente hafif düzensiz darlık olduğu ve mesane boynu stenozu bulunduğu, tespit edilmiş, mesane boynu 3 noktadan endoskopik olarak ensize edilmiş, izleyen yıl içinde hasta, üretrasını açık tutmak için 18 ve 20 F kateterler kullanmak suretiyle kendi kateter uygulamalarını kendisi yapar hale gelmiş günde bir kez uygulanan bir kateterizasyonlar daha sonra 2 yada 3 günde bir düşürülmüştür. Hastanın vücudunda kalıcı kateter bulunmadığı zamandan bu yana birkaç kez cinsel ilişkide bulunmaya çalışmış ancak penetrasyona yetecek sertliğe ulaşamadığı için başarısız olduğunu viagra kullanmak suretiyle ereksiyonlarının kalitesini artırdığını (ama hiçbir zaman tam sertliğe ulaşamadığını) ve sonunda penisinin başlangıçtaki yay biçimle ventral eğriliğinin S biçimindeki bir eğriliğe dönüştüğünü ifade ettiği, 26 Şubat 2004 tarihinde alınan ascending ve miksiyon sistoüretrogram üretranın hafif düzensiz ama açık olduğunu ve miksiyon sırasında mesane boynunun açıldığını gösterdiği, mesanenin küçük selüller içeren bir trabeküler yapıda bulunduğu miksiyon sonrasında artık idrar kalmadığı idrar akım gücü (uroflow) testinde Qmax değeri 28ml/sn bulunduğu, 27 Şubat 2004 tarihinde yapılan üretroskopide ön üretra normalden daha solgun renkte bir örtüyle kaplı olup bulbar üretranın bir kısmı normal ve mesane boynu tamamen açık olduğunu saptandığı ve önerilerde bulunduğu bildirilmiştir.

Adli Tıp Muayenesi: Kişi halen gece 3-4 kez idrar yapmaya kalktığını zor ve çatallı idrar yaptığını sabah ereksiyonu olmadığını ayda 1-2 kez penis yumuşak iken cinsel uyarıyla boşalma hissettiğini meni gelmediğini ve acı hissettiğini beyan etmiştir. 15cm.lik pfanenstiel insizyon nedbesi mevcut, penis sünnetli flask halde 6cm, çekilince 12cm, çevresi 8 cm olduğu palpasyonla içinde nodül bulunmadığı skrotum doğal, testisler skrotum içinde 6x4x3cm boyutlarında ve doğal kıvamda, epididimler doğal, vaz deferens her iki tarafta (+) perineal palpasyonla üretra trajesinin hassas olduğunun saptandı. Uroflowmetre, İVP, ürodinamik tetkiki ve idrar kültürü istenmesine karar verildi. Hastayı ürodinami işlemi anlatıldıktan sonra ürodinami kateterinin takılmasını uygun görmedi. UF+ PMR yapıldı, akım hızı 6.3 şenen hacim 179,3, rezidü 15cc.

BİLİRKiŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Gerçekleştirilen stent uygulamasında kullanılan sıcak sıvı ile penis ucu, scrotum cildi ve uretranın yanması sonucunda uretranın daralması ve fonksiyonunun bozulmasının tıbbi uygulama hatasından kaynaklandığı, kişideki mevcut şikayetlerden idrar yapma ile ilgili olanlar, hastada önceden mevcut olan uretra darlığı ve daha sonra uretranın yanması sonucu oluşan yeni darlıklarla ilgili olduğu, cinsel ilişkiye girememe, yetersiz ereksiyon gibi cinsellikle ilgili şikayetlerin üretral stent uygulaması ve uretra darlıkları ile illiyetinin olmadığı, sağlık personeli olmayan kişilerin (firma yetkilisinin) ameliyat ekibine dahil olup olmadığına adli tahkikatla belirlenmesi, eğer bu kişilerin ameliyata girip hastaya müdahale bulunduğu tespit edilirse hukuka uygun olmayan tıbbi müdahale sonucu zararın söz konusu olacağı, kullanılan stentin Türkiye'de kullanım izni olup olmadığına, Türkçe kullanım klavuzlarının olup olmadığına bilinmediğinden ithalatçı şirket hakkında değerlendirme yapılmadığı, idareye yönelik hizmet kusuru bulunmadığı, oy birliğiyle mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. M. Necmettin Atsü, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Üretra darlığında stent koyma endikasyonları nelerdir?

Üretrada iyatrojenik, travmatik ya da inflamatar süreçler sonrasında gelişen darlıkların tedavisinde, basit buji dilatasyonlarından, komplike üretroplastilere kadar uzanan spektrumda tedaviler uygulanmaktadır. Hangi yöntem kullanılırsa kullanılsın, üretra darlıkları, nüks riski yüksek patolojilerdir. Açık üretroplastilere alternatif, etkili ve minimal invaziv olması nedeniyle tercih edilen ve FDA'nın de onayladığı UroLume® stentlerle 1980'lerin sonlarında başlayan stent deneyimi, 1990'lı yılların ortalarında Memokath™ stentlerle devam etmiştir. Günümüzde ise gerektiğinde çıkarılabilen özellikte, dış kısmı biyouyumlu materyalle kaplı, içi nitinol spiralli Allium® stentler ön plana çıkmıştır. Bu jenerasyon stentlerin son temsilcileri ise uygulama kolaylığı sağlamak adına Thermo-Expandable (ısıyla açılan) özellikte üretilmiştir ve uygun ısıya ulaştıklarında şekil hafızalarına uygun şekilde son pozisyonlarını alırlar. Bu stentler daha ince kalibrasyonda üretradan yerleştirilebildikleri için günümüzde sıkça kullanılmaya başlanmıştır.

Başlıca endikasyonları;

- a- Cerrahi tedavi için uygun olmayan ve anestezi alamayacak durumda olan BPH ve lokal ileri prostat kanseri hastaları,
- b- Detrusor sfinkter dissinerjisine bağlı mesane çıkım obstrüksiyonları,
- c- Çeşitli nedenlere bağlı gelişmiş özellikte proksimal üretra darlıkları (Penil üretra darlıklarında öncelikli tedavi alternatifi değildir.)

2- Üretra darlığında kullanılan stent türleri, özellikleri ve uzun dönem başarıları nasıldır?

a- Kalıcı prostatik ve üretral stentler: Üretra lümeniyle bütünleşen, üretral epitel ile tamamen kaplanan ve normal şartlarda çıkartılması mümkün olmayan stentlerdir. Memotherm® ve Ultraflex® ısı ile açılabilir – genişleyebilir özelliktedir. Dış çaplarının 42 F olması en önemli avantajlarıdır. Böylece, gerektiğinde içlerinden sistoskop geçirilebilir. Memotherm stentler 45°C – 55°C salin ile temas ettiklerinde genişleyerek son pozisyonlarına ulaşırlar. 15°C ile muamele gördüklerinde ise yumuşar ve küçülürler. Ortalama komplikasyon oranı %50'lerde iken genel başarı oranı %70 civarındadır. Anterior üretra darlıklarında ise başarı %30'un altındadır. Stent migrasyonu, sekonder darlık gelişmesi, stent iç kısmında fibrozis gelişmesi, çıkartılmasının zorunlu olduğu durumda uzun üretra kayıplarının ortaya çıkması, kanama, ciddi ağrı, üretrokutanöz fistül ve rekürren enfeksiyonlar gibi önemli komplikasyonlara yol açabilirler. Bu stentlerin, üretroplati operasyonlarıyla kıyaslandığında en önemli avantajı, lokal anestezi altında dahi uygulanabilir olmaları ve öğrenme eğrilerinin kısa olmasıdır.

- UroLum®
- Memotherm®
- Ultraflex®

b- Geçici prostatik ve üretral stentler: Paslanmaz çelik, biodegradable polimerler veya nikel titanyumdan üretilmişlerdir. 6-36 ay arası geçici sürelerde üretrada kalabilirler. En önemli dezavantajları çaplarının 16-30 F arası olmasıdır ki bu, transüretral endoskopileri ve üretral kateterizasyonu büyük ölçüde kısıtlamaktadır. Memokath® ısıya olan duyarlılığı ile ayrı bir yere sahiptir. 55°C'de genişlemekte ve kolayca yerleştirilebilmektedir. 10°C ise yumuşamakta ve yaklaşık 1 yıl sonra kolayca çıkartılabilmektedir. Komplikasyonları kalıcı stentlerle benzer olmakla birlikte çaplarının daha düşük olması nedeniyle üretradan spongiöz cisme olan migrasyon riski daha düşüktür.

- Spiral stentler (Ürospiral, Prostakath®, Memokath®, ProstaCoil®, Üretethrosipiral®, Ürocoil®)
- Poliüretan stentler (İntraüretral kateter®, Barnes stent®, Trestle stent®)
- Biodegradable stentler (Biofix®)

3- Bu dosya hakkında yapılanları değerlendirerek bilirkişi raporunuzu nasıl yazardınız?

Öncelikle hastanın, son komplikasyonlar ortaya çıkana dek, en başından beri aynı hekimce takip ve tedavi edildiği görülmektedir. Buradan, hekimle hastası arasındaki güven ilişkisinin son döneme kadar sürdüğü düşünülmüştür.

BPH için TURP ve mesane divertikülü için de açık eksizyon ile başlayan süreç, gelişen üretra darlığı ve mesane boynu darlığı ile komplike hale gelmiş ve sonrasında pek çok düzeltici müdahale gerektirmiştir. Patoloji sonucu belirtilmemiştir. İlk ve ikinci operasyonda TURP için kullanılan enerjinin monopolar mı, bipolar mı olduğu ve rezektoskop kılıfı yerleştirilmeden önce üretranın normal kalibrasyonda olup olmadığı, ilk giriş öncesi buji dilatasyonu ve otis meato-üretrotomi yapılıp yapılmadığı bilinmemektedir. Kullanılan rezektoskop kılıfının çapı da veriler içerisinde yer almamaktadır.

TURP operasyonları sonrası üretra darlığı görülme oranı değişik serilerde % 0,1 - 5 kadardır. Fakat öyküden, ilk operasyon sonrasında hastada sadece üretra darlığı gelişmediği, beraberinde mesane boynu darlığı da oluştuğu ve internal üretrotomi yanında daralan mesane boynunada TUR operasyonu da uygulandığı anlaşılmaktadır. Bu durum, hastadaki yara iyileşme süreçlerinin, skarla iyileşmeye meyilli olabileceğini akla getirmektedir. Bunu destekleyen verilerden biri de bu girişimden sonra 2 kez daha internal üretrotomi gerektirecek şekilde daralmalar yaşanmış olmasıdır. Verilerde, bu operasyonların arasındaki zamanlar mevcut değildir. Ayrıca operasyonlar sonrasında enfeksiyonla ilgili komplikasyonların olup olmadığı da belirtilmemiştir. Antibiyotik profilaksisinin ne şekilde yapıldığı konusunda bir bilgi de yoktur.

Üretra darlığının rekürrensi konusundaki fikir hasta ve hekim için sabitleştikten sonra, hasta için kalıcı çözüm aranmış ve hekimin ifadesinden de anlaşılacağı gibi uzun yıllardır yaptığı ve oldukça tecrübeli olduğu üretral stent konusunda hastasını yönlendirmiştir.

Bu gibi vakalarda açık üretroplasti de güvenli ve başarılı bir yöntemdir. Fakat bir cerrah için en iyi yöntem her zaman için en çok uyguladığı, en tecrübeli olduğu yöntemdir. Ayrıca üretroplastinin, öğrenme eğrisi oldukça uzun ve ciddi deneyim gerektiren bir cerrahi olduğu, ürologların çok ufak bir kısmınca yapıldığı da bilinmektedir. Bu itibarla, hekimin bu cerrahiye değil de, tecrübesinin çok fazla olduğu, üretral stente yönelmesi anlaşılabilir bir seçimdir. Kaldı ki başarı oranları, eşit derecede tecrübeli ellerde her iki yöntemde de %70'lerin üzerindedir.

Bu noktada seçilen stent de, tam olarak markası belirtilmemekle birlikte, son dönemlerin popüler stentlerinden olan, ısı ile genişleyip açılan stentlerden biridir. Ayrıca hastanın da, stentin etkinlik ve riskleri konusunda net olarak aydınlatıldığı ve net olarak belirtilmese de, onayının olduğu anlaşılmaktadır.

Olayların bu denli komplike hale gelmesine neden olan sorun, stent takılması esnasında yaşanmış olup, olması gerekenden daha sıcak su ile stentin şekillendirilmesi aşamasında meydana gelmiştir. Bu aşamada dikkati çeken nokta, hazırlanmış olan cerrahi masada etilen oksitte sterilize edilmiş bir termometrenin mevcut olmamasıdır. Savunmalarda etüv ısısından bahsedilmekte, bununla ilgili ısı ölçerinin bozuk olup olmadığı konusuna değinilmektedir ve elle yapılan değerlendirmelerle hakkaniyete varılmaya çalışılmaktadır. Oysa bu tür girişimlerde vücut içine üretral meadan verilecek sıvının 45°C - 55°C olması, olası termal hasarların bertaraf edilmesi açısından hayatidir. Çünkü önemli olan etüvün ya da kullanılan ısıtıcının sıcaklığı değil, tatbik edilen sıvının verilmeden hemen önceki sıcaklığıdır. Oluşan yanıklar ve buna bağlı komplikasyonlar, tamamen bu ısının fazlalığının sonucudur. Bu ısının el yordamıyla saptanması imkansızdır. Kişiler, hele ellerinde cerrahi eldiven varken, bir sıvının ısısının 50°C mi, 70°C

mi olduğunu söyleyemezler. Yüce mahkemenin, stentin uygulama kılavuzunu bu yönüyle incelemesi çok önemlidir. Hatta bu derece pahalı ve güncel bir teknolojiye sahip bir stentin uygulama paketindeki kitenden, bu termometrenin mutlaka çıkması beklenir. Çünkü bu cihazın en önemli özelliği, belirtilen ısı aralığında nihai formuna ulaşmasıdır. Yani ameliyatın en can alıcı noktasıdır ve şansa bırakılmaması gerekmektedir. Eğer bu detay açıkça yazılı değilse ya da stentin içinde olduğu ürün paketi böyle bir termometreyi içermiyorsa sorumluluğun tamamını uygulayan kişilere yüklemek doğru olmayacaktır.

Ayrıca hastanın yurtdışında geçirdiği üretroplastik operasyonu sonrası, mesane ve işeme verilerinin kabul edilebilir ölçülerde olduğu, idrarını tama yakın boşaltabildiği ve mesane kapasitesinin bir miktar düşük olmakla birlikte yeterli olduğu müşahade edilmektedir. Bu durum medikal tedavi (antikolinerjik ilaçlar), yakın izlem, gerekirse aralıklı olarak buji dilatasyon ile çözülebilir gibi görünmektedir.

Cinsel performansın azalması konusu da, hormon profili, genel biyokimyasal veriler, noktürnal penil tūmesans testi ve penil doppler ultrasonografi ışığında değerlendirilmeli, karar vermek için somut sonuçlar üzerinden konuşulmalıdır. Ayrıca bilimsel açıdan, ameliyat öncesi verilerle mukayese yapılamadığı durumdaki tüm söylemler, iddiadan öteye geçemeyecektir. Bu iddiaların termal hasarla bu şekilde ilişkilendirilmesi bilimsel düşünce ile bağdaşmamaktadır.

3.4.4 HASTANIN ISITILMASI SONUCU YANIK: SORUMLULARI KİMLERDİR?

TALEP

Müşteki üreter taşı ameliyatı olduğu, ameliyat sonrasında müştekinin üroloji servisine kaldırıldığında müştekinin üşüdüğünü beyan ettiği, bunun üzerine müştekinin her iki ayağının altına sıcak su torbası konulduğu, müştekinin kendine geldiğinde ayaklarının acıdığını hissettiği ve her iki ayağının altında ve çevresinde büllerin oluştuğunu farkettiği, müştekinin bu şekilde yaralandığı, müştekinin olay sonrasında şikayetçi olduğu anlaşıldığından; müştekinin yaralanmasında kusurlu olanların tespiti istenmektedir.

İDDİA

Müvekkil üreter taşı ameliyatı olmak için yatmış, tetkik ve teşhislerden sonra endoskopik üreter taşı ameliyatı olmuştur. Ameliyat spinal anestezi altında yapılmış olup, müvekkil ameliyat sonrası normal servise alınmış, burada anestezinin vermiş olduğu etki ile üşüme hissi ile birlikte hastane personeline üşüdüğünü belirtmiştir. Burada anestezi altında bulunan sağ ve sol ayaklarına sıcak su torbası konulmuş, yaklaşık 4-5 saat sonra spinal anestezinin etkisini kaybetmeye başladığında ayaklarında acı hissetmiş, ayaklarını kendine doğru çekmeye çalıştığında her iki ayak ve bacaklarında büllerin oluştuğunu görmüş ve derhal hastane personelini çağırmıştır. Olayın gerçekleşmesinden, müvekkil şikayet eden de aynı hastanede ameliyat hemşiresi olarak çalıştığı için yukarıda anlatılan şekilde spinal anestezi altındaki bir hastaya sıcak su torbasının içinde bulunan suyun çok sıcak olması veya korumasız olarak konulmuş olması ve müvekkilin üzerinin de örtük olmasından dolayı yaklaşık 4-5 saat her iki ayağının sıcak su torbasına teması sonucu oluşan yanıklardan mütevellit yanlış tedaviden dolayı şikayet edilenler sorumludur. Olayın hemen sonrasında ameliyatı gerçekleştiren şüpheli doktora müvekkil tarafından durum hakkında bilgi verilmiş, doktor orada bulunan personele pansuman yapılıp ağrı kesici iğneler yapılması talimatını vermiş. Halbuki burada yapılması gereken yanık konusunda uzman bir cildiye doktoru görüşü alınarak müdahale edilip gerekirse bir plastik cerrahdan görüş alınıp tedavi yapılması gerekmektedirken sadece yanıklara pansuman ve ağrı kesici iğneler yapılmıştır.

Müvekkil kendisine verilen tedavileri uygulamaya devam etmiş iyileşme olmayınca üniversite hastanesine sevk edilmiş ve burada plastik cerrahi servisine yatış işlemi yapılmış ve greftleme ameliyatı edilmiştir. Müvekkil ameliyat sonrası yaşamış olduğu acılardan dolayı 5 gün boyunca deri parçası alınan yaradan dolayı kafes içerisinde yüz üstü yatmak zorunda kalmıştır.

SAVUNMA

Genel Cerrahi Uzmanı: Hastayı tanıdım. Aynı zamanda hastanemiz hemşiresidir. Ameliyat sonrası ayağında su torbasına bağlı yanık olduğu Üroloji Doktoru tarafından aranarak tarafıma bildirildi. Benden bu konuda görüş istendi. Ben de gerekli tedavisini verdim. Plastik Cerrahi veya Cilt doktorlarına muaye-

ne olabileceğini söyledim. Ondan sonra tedavisini başka sağlık merkezlerinde sürdürdü. Sıcak su torbası konması ile ilgili herhangi bir bilgin ve talimatım yoktur. Üzerime atılı suçlamayı kabul etmiyorum.

Üroloji Uzmanı: Hastaya sağ üreterdeki taşa kapalı üreter taşı ameliyatı spinal anestezi ile yapıldı. Ameliyat sorunsuz bitirildi. Ameliyat sonrası hasta servise yatırıldı. Serviste hastaya kimin tarafından konulduğunu bilmediğim sıcak torbası koymuşlar. Sıcak su torbası konması neticesi hastanın ayaklarında yanık oluşmuş. Bana saat 17.30-18.00 civarında mesai saati dışında durumu bildirdiler. Benim sıcak su torbası konması ile ilgili sorumlu hemşirelere herhangi bir talimatım olmamıştır. Olay bilgin dışında olmuştur. Hasta yaptığım ameliyattan dolayı herhangi bir sorun yaşamamıştır. Olayı öğrenir öğrenmez yanık konusunda yetkili branş olan Genel Cerrahi Uzmanına bilgi verilmiştir. Yanıkla ilgili tedavi genel cerrahin sorumluluğunda devam etmiştir. Olanlar benim bilgin dışındadır.

Hemşire: Hastayı tanıdım, bizim hastanede hemşire olarak çalışırdı. Hasta üreter taşı rahatsızlığından dolayı hastanemizde ameliyat olmuştu. Görevimiz gereği hastanın ameliyat öncesi ve sonrası bakımlarını yapıyoruz, ameliyatta bulunmuyoruz. Hastayı ameliyat sonrası arkadaşımız olduğu için ameliyathane ekibi ile birlikte dördünce kata servise çıkarttık. Hasta ameliyattan çıktıktan sonra uyanıktı, ancak tam olarak bilinci yerinde değildi, anesteziyenin dolayı üşümesi olduğundan ameliyathane ekip arkadaşlarının söylemesi üzerine çarşaf getirildi, sonra servisten sıcak su torbasını getirdim. Yanımda ameliyat ekibinden hemşireler ve başhemşire vardı. Çarşafın arasına beş altı kat kat şekilde sıcak su torbasını sararak hastanın bacaklarını açmak suretiyle cildine temas ettirmeden diz hizasına bıraktım. O sıra servis çok yoğun olduğu için ameliyathane hemşireleri de biz arkadaşımızla ilgileniriz dedikleri için başka hastalara bakmak için odadan ayrıldım. Ben odadan çıktığımda hasta yakını olarak kimse yoktu. Mesai bitimi eve gitmiştim. Akşam beni telefonla aradıklarında hastanın ayaklarının yanmasından dolayı acı hissettiğini söylediler. Ertesi gün hastanemiz Genel Cerrahi Doktoruna göstermişler. Genel cerrah birinci dereceden yanık olduğunu, fazla sıkıntı olmadığını, ilaç vererek, yaranın temiz tutulması yönünde tavsiyede bulunmuş. Benden sıcak su torbasını isteyen kim olduğunu hatırlamıyorum, ama ameliyathane hemşiresi ve halen çalışmakta olduğundan dolayı sıcak su torbasını getirerek usulüne uygun olarak cilde temas etmeden bırakmışım. Bunu yapmamdaki amaç ise hastanın (arkadaşımızın) üşümesini ortadan kaldırmak içindir. Bu uygulamayı da zaman zaman ameliyattan çıkan hastalara ve hatta kendim ameliyat olduğumda da uygulamışım. Bize verilen mesleki eğitim ve tecrübelerimize dayanarak uyguladık. Hastanın yanından ayrıldıktan sonra ne olduğunu bilmiyorum. Suçlamayı kabul etmiyorum.

BELGELER

Tıp Fakültesi Hastanesi'nin Sağlık Kurulu Raporunda; "Yaklaşık 4 ay önce özel bir hastanede taş nedeniyle opere olurken ayak altına sıcak yastık konması sonucu ayakta yanık gelişen hastaya deri grefti ile onarım operasyonu uygulanmıştır. Son lokal muayenesinde; sol lateral malleolde 3x3 cm, kruris posteriorunda 6x8 cm deri grefti ile rekonstrükte hiperpigmente alan mevcut, sağ kruris posteriorda 5x7 cm ve aşil bölgesinde 2x7 cm deri grefti ile onarılmış hiperpigmente alan mevcut, hastanın yüzünde sabit iz yoktur, duyu ve organ kaybı yoktur, yaşamı tehlikeye sokan durum yoktur, hastanın hayati fonksiyonlarını etkileyen bir durum yoktur, durum bildirir rapordur"

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Hastanın ureter tanı ve tedavisi tıp kurallarına uygundur. Ameliyat sonrası hastanın ısıtılması sırasında yanık oluşumuna neden olan hemşirenin uygulamaları hatalıdır. Meydana gelen yanık sekelsiz iyileşmiştir.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Tekin Ahmet Serel, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Hasta güvenliğinden serviste kim sorumludur?

Dosyanın incelenmesinden sözkonusu olayın bir özel hastanede başladığı anlaşılmaktadır. Borçlar kanununun 66. Maddesine göre özel hastane sahibi, adam çalıştırmanın sorumluluğu yönünden kusursuz sorumluluğa sahiptir. Özel hastane sahibinin adam çalıştırmanın sorumluluğundan kurtulabilmesi için

a) çalışanın seçiminde özen gösterdiğini, b) çalışana emir ve talimat vermede özen gösterdiğini ortaya koyabilmeli ve c) çalışanın gözetim ve denetiminde özen gösterdiğini ispat etmelidir.

Diğer taraftan güven ilkesi gereği tıbbi hizmetlerin birden fazla sağlık mesleği mensubunun işbirliği ve iş bölümü ile gerçekleştiği durumlarda, diğer kişilerinde kurallara uygun davranacağına güven duyularak hareket edilmesi gerekmektedir.

Bir özel hastanede hizmet sözleşmesi ile çalışan kişiler (hekim, hemşire, hastabakıcı vs) bakımından hukuki olarak yılan ik taraf da borç yükleyen bir sözleşme türüdür. Burada çalışanın yükümlülükler açısından iş görme borcu, işverenin talimatına uyma borcu ve sadakat borcu altında olması söz konusudur. Çalışan işini titizlikle yapmak ve işverene, iş yerine ve 3. kişilere zarar verecek davranışlardan kaçınmak durumunda olup, işinde gerekli özen ve dikkati göstermekle yükümlüdür.

Hekim ile hasta arasındaki ilişki vekalet sözleşmesine dayanmakta olup, hekim gerçekleştireceği edimin sonucunu önceden garanti edemez ancak vekil yani hekim edimini yerine getirirken gerekli özen ve dikkati göstermek zorundadır. Bu sorumluluk sadece teşhis ve tedavi aşamasında değil, aynı zamanda tedavi sonrası ortaya çıkabilecek zararlar yönünden de güven sorumluluğu yönünden hekimi borç altına almaktadır.

Bu bilgiler ışığında servisteki hastanın güvenliğinden hastane sahibi, hastanın tedavisini üstlenen hekimler ve o serviste görevli tüm sağlık personelinin müteselsilen sorumlu olduğu söylenebilir. Buradaki sorumlulukların hukuki niteliği hukuk öznesinin sahip olduğu kimliğe göre değişmektedir.

2- İyi niyetle yapılan uygulama zarara neden olmuştur. Hastanın ısıtılması için hekim talimatı gerekli midir?

Tedavinin her aşamasında çeşitli tıbbi girişimler gerekebilir. Bu taktirde herhangi bir işlem bakımından yetkili sağlık mesleği mensubunun bu girişimi yerine getirmesi beklenir.

Somut olaya bakacak olursak sıcak su torbasının konulması talimatını hekim kendisi verebileceği gibi, yetkili sağlık mesleği mensubu da kendi başına uygulayabilir.

3- Bu dosya hakkında bilirkişi görüşünüz nasıl olurdu?

Dosyadaki bilgilere göre hukuki sorumluluklar yönünden öncelikle hastane sahibi kusursuz sorumluluğu nedeni oluşan zarardan sorumludur.

Üreter taşı ameliyatını yapan üroloji uzmanı hekim vekalet sözleşmesi ilişkisi neticesi gerçekleştirdiği tedavi sonucu edimini tam olarak ifa etmiştir. Ayrıca güven sorumluluğunun gereği olarak tedavi ile ilişkisi olmayan yanık komplikasyonu nedeniyle gerekli özen ve dikkati göstererek, bu konuda uzman gördüğü hekimin yardımını istemiştir. Burada sözkonusu üroloji hekiminin hukuki bir sorumluluğu yoktur ve kendisine bir kusur atfedilemez.

Konsültan genel cerrahi uzmanı hekim, yanık tedavisi konusunda olağan tıp mesleği uygulamalarında kendisinden beklenen yeterli bilgi ve beceriye sahip olduğu kabul edilen bir uzmanlığa sahiptir. Bundan dolayı vekalet sözleşmesine göre edimin ifasında yeterli özen ve dikkati gösterdiğini ispat etmekle yükümlüdür. Genel cerrahi uzmanı hekim medikal tedaviye başlamış ancak hasta cerrahi müdahale gerektiren bir aşamaya geçmiştir. Dosyanın incelenmesinde hekimin bir plastik cerrahi uygulamasını gerektiren bu durum karşısında bu konuda uzman bir hekimin bilgisine başvurduğu, bu hekime kendisinin ulaşılarak hasta hakkında bilgi verdiği ve yardım istediği ya da hastanın cerrahi müdahale yapacak hekime ulaşmasını sağlayacak çabalarda bulunduğu dair bir bilgi mevcut değildir. Dosyadaki kendi ifadesine göre sadece hastayı plastik cerrahi hekimine başvurması gerektiğine dair sözlü bilgi verdiğini söylemektedir. Burada genel cerrahi uzmanı hekim hastanın primer tedavisini yapmasına rağmen, daha sonrasında hastanın konusunda uzman hekime ulaşması yönünden yeterli dikkat ve özeni göstermemiştir. Oluşan zarar yönünden ise tali kusurludur.

Sıcak su torbasını koyarak hastanın doku kaybına giden bir zarar uğramasına neden olan hemşire, bu davranışını iyi niyetle yapmış olsa dahi uyguladığı işlemin sonuçlarından dikkat ve özen yükümlülüğü gereği sorumludur. Buradaki iyi niyeti Medeni kanunun tanımladığı iyiniyet kuralı ile ilişkilendirmek hatalıdır zira söz konusu iyiniyet kuralı 3.kişilere yönelik hukuki bir korumadır. Spinal anestezi alan bir hastanın duyuşal fonksiyonlarının uzun bir süre yerine gelmemesi nedeni ile, bacaklarındaki sıcak veya soğuk hislerini bu süre boyunca alamayacağı cerrahi hastalarla uğraşan hemşirelerin bilmek zorunda ol-

duğu bir bilgidir. Dolayısıyla torbayı koyan hemşirenin bu tip bir komplikasyon oluşabileceği konusunda önceden alarm durumunda olması beklenen mesleki bir zorunluluktur. Hemşire gerekli dikkat ve özeni göstermeyerek komplikasyonun ortaya çıkmasında asli kusur sahibi kişidir.

3.5 YANLIŞ TARAF-ORGAN CERRAHİSİ

3.5.1 SEZERYAN AMELİYATINDA NEFREKTOMİ

TALEP

Gönderilen dosyanın tetkik edilerek TCK 89 anlamında olaya ilişkin mağdur, sanık ve varsa 3. kişilerin kusur durumunun tespiti istenilmektedir.

İDDİA

Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Kadın Doğum Polikliniğinde muayene olduk. Doktor 1 ay gününüz var dedi, haftada bir kontrole gelmeniz gerekir dedi. Hastamızı eve götürdük, aynı gün akşam rahatsızlandı, tekrar Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesine geldik. Saat 19.40 civarında hastayı sancı odasına aldılar ve ismini bilmediğim ebe hanım hasta normal doğum yapamaz, sezaryen yapılacak diye eşimin ablasına söyleyerek, hastayı kadın Doğum Servisi'ne aldılar. Ordan da sezaryen için ameliyata aldılar. Ameliyata girdikten sonra saat 24.00 gibi ameliyat görevlisi bir bayanla erkek personel eşimin kist zannedilerek yanlışlıkla böbreğinin kesildiğini, ameliyatının uzayabileceğini söylediler. Ondan sonra tanımadığım birçok doktor ameliyata geldiler, saat 04.30 gibi ameliyattan çıktılar. Eşimin ameliyatı uzadığı için ruhi durumum iyi değildi. Doktor hanım eşimin ablasına hastanın böbreğini kist zannederekten aldığını söylemiş ve eşimi yoğun bakım ünitesi olan Tıp Fakültesi hastanesine gönderileceğini söylemiş.

SAVUNMA

Saat 21 civarında hasta değerlendirildi. Fetal distress nedeniyle acil sezaryene aldık. Sezaryen esnasında bebek çıktıktan sonra rahimin sol duvarına yapışık sol yumurtalıklardan kaynaklandığını sandığım bir kistik kitle vardı, bu kitle yaklaşık 8-9 cm. büyüklüğündeydi. Hasta tekrar ameliyat olmasını diye düşünerek bu kitleyi almaya karar verdim ve cerrahi usulüne uygun kitleyi aldım. Kitleyi incelerken üreteri gördüm ve bu kitlenin böbrek olduğundan şüphelendim. Önce Devlet Hastanesinden üroloji Uzmanı çağrılarak konsülte edildi. Onun önerisi üzerine Devlet Hastanesinden kalp damar cerrahisi uzmanı çağırıldı. Bu arada böbreğin transplantasyonu için Tıp Fakültesi Genel cerrahi uzmanı çağırıldı. Bu arada çıkan böbreği nakile hazır olması için koruyucu sıvıda beklettim. Doktor arkadaşlar çıkan böbrekteki anastomozların uygun olup olmadığını tespit amacı ile uğraştılar. Böbreğin nakil için uygun olmadığına karar verdiler, bu esnada radyoloji uzmanlarını da çağırdık, onların yaptığı tetkiklerde de başka böbreğinin olmadığı anlaşıldı. Hastanın ameliyatına son verildi ve ameliyat sonrası acilen Tıp Fakültesi yoğun bakım ünitesine sevk edildi, çıkarılan kitle patolojik tetkik için patoloji bölümüne gönderildi. Hastanın ameliyatı esnasında ameliyathanenin önünde bekleyen eşine kendimi tanıtarak rahmine yapışık bir kitlenin olduğunu ve bir daha ameliyat olmasını diye almak zorunda kaldığımı ve alınan kitlenin böbrek olduğunu söyledim. Hasta sahiplerinin de hastanın tek böbreğinin olmadığından haberdar olmadığı ve tek olan böbreğin de normal yerleşim yerinde değil de, rahime yapışık şekilde olduğundan haberdar olmadıkları ifadelerinden anlaşılmıştır.

BELGELER

Baştabiplik tarafından düzenlenmiş yazı: Hasta saat 21.00 sularında hastanemize başvurmuştur. Vital bulgularına bakıldığında tansiyonunun 150/110 mmHg, çocuk kalp seslerinin 80-100 atım/dk arasında olduğu görülmüştür. Kadın Doğum uzmanı tarafından yapılan jinekolojik muayenede: miadında gebelik, 2 cm açıklık, %20-30 silinme, amniyon sıvısının mekonyumlu, baş geliş, mobil, simfiz basık (leğen kemiğinin doğuma elverişli olmaması), EMR (membran rüptürü), SPD (baş leğen kemiği uygun-suzluğu), hipertansiyon, preklamsi? Akut fetal distress tanıları ile operasyona hazırlanmıştır. Hastadan

hemen gereken tetkikler için süratle kan alınıp laboratuvara gönderilmiştir. Bu arada vakit kaybedilmeden hasta ameliyata alınmıştır. Sezeryan işlemi başarıyla gerçekleştirilip bebek sağlıklı bir şekilde operasyonla doğurtulmuştur.

Bebek doğurtulduktan sonra sol adneksiyal bölgede rahime yapışık 5-6 cm ebadında kitle izlendi. Sağ yumurtalık ve civarı normal izlenmiştir. Bu kitlenin bir yumurtalık kisti (dermoid kist) olduğu düşünülerek hastanın ileride tekrar ameliyat olmaması için hastanın lehine bir düşünceyle kitlenin alınmasına karar verildi. Kadın doğum uzmanının operasyon notundan anlaşıldığı üzere kitlenin retroperitoneal olmaması bu kitlenin bir böbrek olduğu ihtimalini bertaraf etmektedir. Bu bilgilerin ışığında kitleye müdahale yapılmıştır. Ancak çıkartılan kitle incelendiğinde bir böbrek olabileceği ihtimaline karşı derhal Devlet Hastanesinden üroloji uzmanı ameliyata davet edilmiştir. Üroloji konsültasyon notunda; "yaptığım incelemede bu kitlenin ektopik pelvik böbrek olduğunu çok deforme ve doğumsal damarsal bozukluğu da olduğundan böbreğe hiç benzemediğini söyledim. Kesik üreleri gördüm. Sağlam bir böbreği de olsaydı idrar gelirdi. Bunun başka böbreği yok, tek yapılacak iş ototransplantasyondur diye düşünerek, ben üreter ototransplantasyon yapayım, kardiovasküler cerrah arter ve venin anastomozunu yapsın diye düşünerek K.V.C Uzmanı çağırdım. Derhal böbreği buzlu soğuk serum fizyolojik içine aldırıldı. İnsizyon yerinden ameliyat sahasını incelediğimde sezeryan yapılmış ve kanatılmış büyük bir uterus arkasına intraperiton da çıkartılan böbreğe ait kavite, klemple tutulmuş üreter ve damarlar gördüm. Retroperiton salımdı ve açılmamıştı. Damarlar ise çok ince ve 5-6 dal halinde idi. Tek bir renal arter yada tek bir renal ven diyeceğimiz bir damar yoktu. Ultrasonda başkaca bir böbrek olup olmadığı araştırıldı. İlkinde sol böbrek var denince sistoskopi yaptım ve tek bir üreter ovifisi görüp buradan katater gönderdiğimde kesilmiş olan üreterden çıktığını gördüm. Başkaca bir üreter orifisi göremedik. Sol böbreğin olup olmadığından emin olmak için genel cerrahi ve transplant cerrahi uzmanı ile birlikte inzisyonu az genişletip periton içi organlar mediale explore ederek palpasyonla sol böbreği tüm aramalarımıza rağmen her ikimizde sol böbreğin olmadığı kanaatine vardık. Bu süre içinde çıkartılan deforme konjenital ektopik böbrek dokusu tüm çabalara rağmen damarlarının çok ince ve deforme olduğu söylenerek ototransplantasyonunun imkansız olduğu kanaati bildirildi. Hastayı kapattık, ben hastaneden ayrıldım. Hasta yakınlarına hastalarının himodiyaliz ve böbrek nakli için aday olduğunu, bunlara hazırlıklı olmalarını önerdim.

Müştekinin şikayet dilekçesi incelendiğinde " hasta tek böbrekleri iken ölüme itiliyor buna da siz göz yumup delilleri karartmaya gidiyorsunuz" ifadesi kullanılmaktadır. Dosyadan anlaşıldığı üzere hasta acil bir şekilde ameliyata alınmış, ameliyatı gerçekleştirilmiş ve ameliyat bitimi esnasında göze çarpan bir kitle (hastanın lehine bir karar) alınmış ve sonrasında bunun bir böbrek olabileceği ihtimaliyle tüm ilgili doktorlar böylesine sıra dışı bir vaka ile saatlerce uğraşmalarına rağmen bir sonuç alamamışlardır. Olay zaten ameliyathanede yılların deneyimli doktorlarının önünde cereyan etmiştir. Herhangi bir kasıt, ihmal, kusur, delil karartma diye bir durumun olması imkansızdır. Zaten hasta, ameliyat sonrası (yakınları bilgilendirilerek) derhal Tıp Fakültesi Anestezi Yoğun Bakımı ile görüşülerek sevk edilmiştir.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD. Öğretim Üyesi:

1-Hasta doğum eyleminin başlaması nedeniyle hastaneye yatırılmıştır. Bu dosyada yer alan rahim ağzının silinmesi ve açılması ile ilgili bilgilerden anlaşılmaktadır. Yine suyunun gelmiş olması doğumun başladığını göstermektedir. Gelen suda mekonyum (çocuğun dışkısı) bulunması, çocuğun sıkıntıda olabileceği konusunda ipucu vermektedir. Hastanın tansiyonları ölçülmüş ve 150/110 mmHg olarak tespit edilmiştir. Bu durum halk arasında gebelik zehirlenmesi olarak bilinen Preeklampsi tanısı için yol göstericidir. Böyle durumlarda doğumun bir an önce sağlanması gerekmektedir. Çocuğun kalp atımlarının 80-90/dk olması acil sezeryanı zorunlu hale getirmiştir. Dolayısıyla dosyadaki bilgiler ışığında sezeryan yapılması konusunda yanlış bir karar verilmediği anlaşılmaktadır.

2-Sezeryan operasyonu başarıyla gerçekleştirilmiş ve 2900 gr ağırlığında sağlıklı bir çocuk dünyaya getirilmiştir. Operasyonu tamamlamak üzereken yumurtalık bölgesinde tespit edilmiş olan kitle davaya neden olmuştur. Bu kitle için en olası tanı yumurtalıktan köken almış iyi veya kötü huylu olması muhtemel bir tümördür. 20 senelik meslek hayatım boyunca binden fazla sezeryan yapmış olmama rağmen bu bölgede yumurtalık bölgesine yerleşmiş bir böbrek olgusuna rastlamadığımı belirtmek isterim.

Doktor bu kitleyle karşılaştığı anda iki olasılıkla karşı karşıya kalmıştır. Kitlenin çıkartılması veya çıkartılmaması. Kolay olanı kitlenin bırakılarak daha sonra yeniden operasyon olmasını sağlamaktır. Böyle bir karar vermek doktoru zanlı olmaktan kurtaracak ancak hastayı mağdur edecektir. Doktor zor olan, ancak o anki şartlarla hastası için en iyi kararı vererek kitleyi çıkarmaya karar vermiştir. Yumurtalık bölgesine böbreğin yapışık olması ihtimali yok denecek kadar azdır. Hele bu kitlenin hastanın tek böbreği olma ihtimali literatürde de mevcut değildir. Kitlenin resmi incelendiğinde vardığım kanaat, bu kitlenin dıştan görünüşüyle böbrek olduğunun düşünülmesinin imkansızlığıdır. Üstelik bu kitlenin bir yumurtalık kanseri olduğunun tespit edilmesi durumunda, kitlenin çıkarılmamasının cerrahi bir hata olacağına da göz önünde bulundurulması gerektiğini düşünüyorum. Bu gerekçelerle kitlenin çıkartılması kararının doğru olduğu görüşümdedir. 20 senelik deneyimli bir cerrah olarak aynı durumda olsam, benzer kararı vereceğimi beyan ederim.

3-Kitle usulüne uygun olarak çıkartılmış ve kitlenin anormal yapısı göz önüne alınarak doktor kitleye kesi yaparak incelemiştir. O anda bunun böbreğe benzediğim düşünmesi dahi cerrahın deneyimiyle ilişkilidir.

4-Kitlenin böbrek olduğunun fark edilmesi ile birlikte ürolog, radyolog, kalp damar cerrahı ve transplantasyon ekibinin çağrılmış olması, böbreğin yeniden transplantasyonu için gösterilen çaba hekimin iyi niyetinin ve mesleğinin gereği için elinden geleni yaptığının göstergesidir. Hasta yakınlarının derhal bilgilendirilmesi, operasyon sonrası hastanın üniversite hastanesine nakli alınmış olan doğru kararlardır.

5-Hasta mağdurdur ancak doğuştan anormal tek bir böbreğe sahip olması, bu duruma bugüne kadar hiç kimsenin tam koyamaması, tek böbreğin hastada hiç bir şikâyete neden olmamış olması da hastanın ve doktorun şanssızlığıdır. Çıkartılan böbreğin yerine tekrar transplante edilemeyecek kadar karmaşık, ince damarlı ve anormal olması da tesadüfün ve şanssızlığın derecesini ortaya koymaktadır. Hasta ve hasta yakınlarının mağduriyetini anlıyor ancak elinden gelen herşeyi yapmış olan doktoru suçlamalarının hakkaniyetli olmadığı kanaatini taşıyorum. Böyle bir durumla karşılaşan hekimin yaşadığı ve bundan sonra yaşayacağı sıkıntılar düşünüldüğünde hekimlik mesleğinin ne kadar zor olduğunu sanırım mağdurlar da anlayacaklardır. Mühim olan bundan sonra hastaya uygun bir böbrek transplantasyonu sağlanması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesidir. Böyle bir durumda herkesin elinden geleni yapacağı ve hastanın mağduriyetinin giderilebilmesi için tüm imkanların seferber edileceği konusunda inancım tamdır.

Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı görüşü: Böbreğin, pelvis olarak adlandırılan alt karın bölgesinde anormal yerleşimi söz konusu olabilir ancak genellikle bu olgularda normal yerleşimli bir böbrek daha mevcuttur. Bir kişinin tek böbreği olup, bu tek böbreğin de pelviste anormal yerleşim göstermesi 22000'de bir rastlanan bir durumdur (Stevens AR. Pelvic single kidneys. J Urol 1937; 37:610-8). Hastada da maalesef bu nadir durum söz konusudur.

Anormal yerleşimli olan böbreğin tanınması bazen oldukça zor olabilmektedir. Pelvik böbreğin, tümör olduğu düşünülerek çıkarıldığını bildiren yayınlar mevcuttur (Mokoena T, Nair R, Degiannis E. Ectopic kidney presenting as appendix mass or abscess. S Afr J Surg 1996; 34:142-3). Dolayısıyla tıp literatüründe böyle bir olası komplikasyon tanımlanmıştır. Hastada da yumurtalığa ait bir tümör olduğu düşünülerek hastanın anormal yerleşimli böbreği alınmıştır. Sezaryen ameliyatı esnasında tümör olduğu düşünülen bir kitlenin çıkarılması tıbbi olarak usule uygun bir uygulamadır. Ancak bu kitlenin, hastanın tek ve anormal yerleşimli böbreği oluşu, tahmin edilmesi çok güç bir olasılıktır ve çok büyük şanssızlıktır. Doktor tarafından bu kitlenin böbrek olduğu fark edilince ameliyat sonlandırılmadan üroloji, genel cerrahi ve radyoloji doktorları çağırılmıştır. Ameliyat notlarından anlaşıldığı üzere hastanın tek olan bu böbreğinin kurtarılabilmesi için doktorlar olağanüstü gayret göstermişlerdir.

Hasta 18 yaşındaki gebe hasta doğum ağrılarının başlaması ile hastaneye başvurmuş, bebeğin kalp atım hızının düşmesi ve sıkıntıya girmesi üzerine acil olarak sezaryen ile doğum gerçekleştirilmiştir. Bu arada hastanın tansiyonunun 160/110 mm Hg'ye kadar yükselmiş olması ve laboratuvar tetkikleri içerisinde böbrek fonksiyonunu gösteren kan kreatinin düzeyinin normalin üzerinde olması da dikkat çekicidir. Bu bulgular anormal yerleşimli olan bu böbreğin fonksiyonlarının da çok normal olmadığına işaret edebilir. Pelvik böbrekler ile ilgili bilgiler genellikle şu şekildedir: Bunlar genellikle normal böbreklere göre küçüktürler. Anormal damarların mevcut olması kuraldır. Hemen hemen yarısında anormal rotasyon nedeniyle toplayıcı sistemde daralmalar olabilir, bu da böbreğin içerisinde idrar birikimine yol açar.

rak böbreğe zarar verir. Bu böbreklerde taş oluşumu kolaydır, ayrıca tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları izlenebilmektedir. Bir olgu serisinde 50 pelvik böbrekten yalnızca 18'inin normal, 32'sinin ise problemli olduğu bildirilmiştir (Boujnah H. Abid I, Moalla N. Zmerli S. Pelvic kidney of 50 cases. Ann Urol Paris 1989;23: 11-16). Anormal yerleşimli tek böbreği olanlar yakından takip edilmelidir. Bu hastalarda böbrek fonksiyonları bozukluk gösteriyorsa kronik böbrek yetmezliğine gidış oldukça hızlı olabilir (Bhowmik D. Tiwasi SC, Gupta S, Agarwai, DashSC. Chronic renal fsiure in a patient with solitary pelvic ectopic kidney and ipsilateral ectopic testes. Indian J Nephrol 2001: 11:68-69). Bu olguda da etraf dokulara yapışık ve damarlanması anormal olan pelvik böbreğin fonksiyonları da pek normal olmadığından dolayı, sonraki yıllarda kronik böbrek hastalığı geliştirebileceği ileri sürülebilir. Bu koşulda hasta yine diyaliz bağımlısı olacaktır.

18 yaşındaki hasta böbreğinin anormal yerleşimli olduğundan haberdar değildir. Böbreği ile ilgili idrar yollarından bir şikayeti olmamış olsa bile gebe kalmadan önce jinekolojik muayene ve ultrasonografi için başvurmuş olsaydı, pelvik böbrek kesinlikle fark edilirdi. Hatta gebeliğin başında ultrasonografide yine fark edilmesi mümkündü. Eğer bu şekilde tespit edilip araştırılmış olsaydı bu kitlenin böbrek olduğu bilinirdi ve ameliyatta da ona göre davranılırdı. Doktor nöbetçi Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimi olarak olaya dahil olmuştur. O değil de başka bir hekim ameliyata girmiş olsaydı da, hiç şüphem yok ki, aynı olay cereyan edecekti. Çünkü sezaryen esnasında yumurtalık tümörü olduğu düşünülen kitlelerin çıkarılması kuraldır. Mevcut hastalıkları bilinmeyen ve acil şartlarda müdahale edilmesi gereken hastalar her zaman kendisi ve karşısındaki doktor için tehlike yaratır. Gebelik ilerledikçe ve rahim büyüdükçe ultrasonografi yapılsa dahi hangi organdan kaynaklanırsa kaynaklansın artık pelvisteki kitlelerin tespit edilmesi pek mümkün olmaz.

Olayında kasıt söz konusu değildir. Dikkatsizlik söz konusu değildir. Anormal yerleşimli böbreğin tanınmasında sorun olmuş, yumurtalığa ait bir kitle olduğu düşünülmüş ve bu doğrultuda yapılması gereken ne ise doktor tarafından da o yapılmıştır. Alınan kitlenin böbrek olabileceği fark edilince olağanüstü çaba sarf edilerek uzman doktorlar tarafından böbreğin tekrar yerine dikilmesine çalışılmıştır ancak anormal böbreğin anormal damarlanma göstermesi nedeni ile başarılı olunamamıştır.

Adli Tıp Kurumu: Kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanesinde fetal distress erken mebran rüptürü endikasyonu ile sezaryen ameliyatına alındığı canlı bir bebek doğurtulduğu ameliyat gözleminde sol adneksde uterusu yapışık 5-6 cm'lik kitle izlendiği, Dermoid kisti olabileceği düşünülerek kitle çıkarıldığı, çıkarılan kitlenin böbrek olduğu anlaşıldığı üroloji, kalp damar cerrahi ameliyata davet edildiği çıkarılan kitle (böbrek) retransplantasyonu denendiği, ototransplantasyonun imkansız olduğuna karar verildiği ayrıca tüm aramalara rağmen diğer böbrek bulunmadığı, ve kişinin sol böbreği'nin olmadığı anlaşıldığı mevcut tıbbi belgelere göre sezaryen endikasyonun doğru olduğu, seksiyon amacı ile acil şartlarda girilen ameliyatta, ameliyat sırasında tespit edilen başka bir anormalliğin değerlendirilmesi yapılmadan, ne olduğu bilinmeden cerrahi tedavisi yapılması tıbbi uygulama hatasıdır.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Sabahattin Aydın, Medipol Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Rektör

1- Herhangi bir ameliyat sırasında daha önceden bilinmeyen başka bir anormallik tespit edildiğinde bu anormalliğin tedavisine yönelik müdahale konusunda düşünceleriniz nelerdir?

Anestezi almış ve ameliyat yapılmakta olan bir hastada daha önceden bilinmeyen başka bir anormallik tespit edildiğinde bu anormalliğin o anda tedavisinin yapılması ilk bakışta hastanın lehine bir tutum gibi görünmektedir. Ne var ki hastanın bu duruma muvafakat edeceği kesin değildir. Neticede hastanın lehine bir tutum ve olumlu bir sonuç da ortaya çıksa bile, kişilik hakları açısından hukuka aykırılık söz konusudur. Tamamen tıp biliminin gereklerine uygun bir tedavi yapılsa bile hastanın rızasının gözetilmesi gerekir.

Genellikle invaziv işlemler, bazı radyolojik tetkikler ve kemoterapi gibi diğer yüksek riskli tedavilerde alınmaktaysa da, bilgilendirerek hastanın rızasının alınması, ya da bilgilendirilmiş hastanın karara katılmasının, bütün tıbbi bakım süreçlerinde sağlanması öngörülmektedir (Whitney SN, McGuire AL, McCul-

lough LB. A typology of shared decision making, informed consent, and simple consent. *Ann Intern Med.* 2004;140; 54–9). Tıbbi tetkik ve işlemlerin yapılması için hastanın rızasının alınması modern tıbbın köşe taşlarındandır. Bilgilendirilmiş onamın doğrudan erişkin hastadan alınması esastır. Ancak eğer hasta tedavi hakkında karar verebilecek bilinç düzeyine sahip değilse, tedaviyi yürüten doktor hastanın lehine olduğuna inandığı işlemleri yapabilir. Ancak böyle durumda yine de doktorun, hastanın muhtemel tutumunu hakkında fikir edinmek üzere hasta yakınlarının görüşüne başvurması gerekir. Hasta yakınları, hastanın adına onaylama veya onaylamama durumunda değildir (GMC: Seeking patients' consent: The ethical considerations, General Medical Council, 1998, London). Eğer hastanın net olarak önceden ifade ettiği bir görüşü varsa doktorun aktarılan o görüşe itibar etmesi beklenir (Selinger C.P: The right to consent: Is it absolute? *BJMP* 2009;2; 50-54).

Kendi ulusal mevzuatımızda da bu gibi durumlar hükme bağlanmıştır. 01.08.1998 tarihli ve 2342 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliğinin 8/5/2014 tarihli ve 28994 sayılı Resmî Gazete ile değişik 24. Maddesinde, hastanın rızasının alınmadığı hayati tehlikesinin bulunduğu ve bilincinin kapalı olduğu acil durumlar ile hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açacak durumun varlığı halinde, hastaya tıbbi müdahalede bulunmanın rızaya bağlı olmadığı hükmü yer almaktadır. Bu durumda hastaya gerekli tıbbi müdahale yapılarak durum kayıt altına alınır. Ancak böyle bir durumda bile, mümkünse hastanın orada bulunan yakını veya kanuni temsilcisi; mümkün olmadığı takdirde de tıbbi müdahale sonrasında hastanın yakınının veya kanuni temsilcisinin bilgilendirileceği belirtilmektedir.

Hastanın rızası alınmadan müdahale yapılmış ve hasta bundan zarar görmüşse hekim sorumlu tutulmaktadır. Rızası alınmadan yapılan müdahalede hasta zarar görmemişse, kişilik haklarının ihlali kabul edilmektedir; hekim hukuk nezdinde sorumlu olmaktadır.

Hukuki durum böyle olmakla birlikte, sağlık okur yazarlığının düşük olduğu, bireylerin kendi sağlıkları hakkında fazla söz sahibi olma noktasında yeterince farkındalığın bulunmadığı toplumumuzda hekimlerin anında insiyatif olarak tıp biliminin gereğine uygun davranması beklenen bir durumdur. Hastanın bilinci yerindeyken bu durum anlatılsa rıza gösterme ihtimali çok yüksektir. Bu yüzden hekimlik pratiğimizde hastanın lehine olduğunu düşündüğümüz durumda hastanın adına karar verme eğilimindedir. Hukuki yaptırımlar karşısında bu tutumumuzu terke etmek zorunda kalacağımız anlaşılıyor. Ancak bu durumun genel hasta popülasyonunun lehine olacağını iddia etmek zordur.

2- Bu dosyada sanık ifadesi, belgeler ve bilirkişi görüşleri hakkında yorumunuz nedir?

Ameliyatı yapan doktorun savunması ile başhekimlik tarafından ibraz edilen belge arasında tutarsızlıklar mevcuttur. Eğer savunma metninin özetlenmesinden kaynaklanan bir yanlışlama değilse, ameliyatı yapan doktorun verdiği bilgiler daha yüzeysel kalmaktadır. Halbuki anabilim dalının yazısında hastanın başvurusundan itibaren yapılanlar, bulgular ve sonuçlar detaylı olarak verilmiş. Başhekimlik bu bilgilere hastanın dosyasındaki kayıtlardan ve belki sorguladığı diğer sağlık personelinde elde etmiş olmalıdır. Halbuki, o dosyadaki kayıtları tutan ve olayı bizzat yaşayan hekimin savunması daha detaylı ve tatmin edici olmalıydı. Mesela doktor hastayı fetal distress tanısıyla sezaryen ameliyatına aldığını beyan ederken başhekimlik tarafından düzenlenen yazıda buna ilave olarak hipertansiyon, preklamsi? gibi ön tanımlara yer verilmiş. Savunma metninde çıkarılan kitle, "rahimin sol duvarına yapışık sol yumurtalıktan kaynaklandığı sanılan yaklaşık 8-9 cm. büyüklüğünde bir kistik kitle" olarak belirtilmektedir. Başhekimlik yazısında ise "sol adneksiyal bölgede rahime yapışık 5-6 cm ebadında kitleden" bahsedilmektedir. Ayrıca doktor kistik olmasının dışında kitle hakkında yorum yapmazken Başhekimlik bu kitlenin "bir yumurtalık kisti (dermoid kist) olduğu" kanısıyla çıkarıldığını ifade etmektedir. Bu çelişkiler, başhekimliğin usulüne uygun olarak sonradan düzenlenmiş bir dosya bilgisini aktardığı izlenimini vermektedir.

Doktor savunmasında sol yumurtalıktan kaynaklandığını düşündüğü bir kistik kitle olduğunu söylerken, başhekimlik yazısında over kisti (dermoid kist) tanımlaması yer almaktadır. Bilirkişi raporlarında da overden kaynaklanan bir kitle olduğu ifadesiyle malign yorumu yapılmaktadır. Her biri aynı patolojiyi tarif ediyor olabilir, ancak özensizlik olduğuna dikkat çekmek isterim; en detaylı bilgiyi vermesi gereken doktorun verdiği bilgi en kısıtlı olanıdır.

İfadelerden anlaşıldığı üzere hastanın acil bir şekilde sezaryen ameliyatına alındığı, ameliyatın usulüne uygun yapıldığı, bu esnada hastada fark edilen bir kitlenin patolojik bir kitle olduğu zannıyla, has-

tanın lehine olduğu düşünülerek, çıkarıldığı anlaşılmaktadır. Kitlenin incelenmesi neticesinde bunun bir böbrek olabileceği ihtimaliyle üroloji uzmanı, ardından kardiyovasküler cerrahi uzmanı genel cerrahi uzmanı ve radyoloji uzmanı dahil tüm ilgili uzman doktorların vakaya davet edildiği görüşlerine baş vurulduğu, karşı böbreğin varlığının araştırıldığı, otopransplantasyon yapmak dahil sorunu çözebilecek tüm yolların dikkate alındığı anlaşılmaktadır.

Ameliyattan sonrasında, hasta yakınına rahmine yapışık bir kitlenin olduğunu ve bir daha ameliyat olmasının diye alınmak zorunda kaldığı ve bu kitlenin böbrek olduğu bilgisinin verildiği ifadelerden anlaşılmaktadır. Doktorun ifadesine göre, hastanın eşine kendini tanıtarak bu bilgiyi vermiş, hastanın eşinin ifadesine göre ise bu bilgi hastanın ablasına verilmiş. Neticede durumun şeffaf bir şekilde hasta yakınına ameliyattan sonra anlatıldığı ve bu konuda bir ihtilaf olmadığı görülmektedir.

3- Bu dosya hakkında bilirkişi raporunuz nasıl olur du?

Tıp Fakültesi Kadın Doğum Anabilim Dalı görüşü olarak verilmiş olan bilirkişi raporunda yapılan tıbbi işleme ilişkin literatür bilgisine dayalı yeterince bilgi verilmiş bulunmaktadır. Tıp biliminin gereği olarak yapılan girişimlerin onaylandığı görüşlerin çoğuna katılmaktayım. Bilirkişi raporu tarafımdan yazılıysaydı yukarıdaki raporla örtüşmekte olan birçok hususu not edip gereksiz tekrara yol açma riski olduğundan, sadece bu bilirkişi raporundan farklı olan görüşlerimi paylaşmak istiyorum.

Tek taraflı pelvik ektopik böbrek otoposilerde 1/2000 oranında görülmektedir. (Forbes G: Br J Surg. 1945;33:139-42). Soliter ektopik pelvik böbreğin otoposilerde görülme sıklığı da bilirkişi raporunda belirtildiği gibi 1/22.000'dir (Stevens AR. Pelvic single kidneys. J Urol 1937; 37:610-8). Bu anomali nadir olsa da, ayırıcı tanıda göz ardı edilememesi gereken bir sıklıktadır. Ancak tam olarak anlaşılmadan pelvik kitlenin çıkarılmasının üroloji, genel cerrahi ve kadın doğum cerrahisinin en büyük tehditlerinden olduğu literatürde belirtilmektedir (Butler T.J: Solitary ectopic pelvic kidney, with a report on a case associated with incomplete rotation of the gut. Br J Surg. 1951 Apr;38(152):522-5).

Çıkarılması düşünülen pelvik kitle ayırıcı tanısında ektopik böbrek de göz önünde bulundurulmalı ve yeterince inceleme yapılmalıydı. Dolayısıyla yeterli araştırma yapılmış olmasına rağmen böyle bir sonuçla karşılaşılsaydı kusurdan söz edilmeyebilirdi. Acil şartlarda sezaryen ameliyatına girilen ve ameliyat öncesi detaylı inceleme şansını bulunmayan vakada bu imkan söz konusu değildir. Yani bu şartlar altında ayırıcı tanıda yanılmak, literatür bilgisi de dikkate alındığında, mesleki bilgi yetersizliğine delalet etmez. Bu şartlar altında hekimin teşhiste yanılmış olması bir kusur kabul edilemez. Ancak ayırıcı tanı için gerekli incelemeleri yapmadan tedaviye yönelmesi, yeterince özen göstermediği kanaatiyle ihmal kabul edilebilir. Neticede bilirkişi raporlarında da belirtildiği gibi, malign potansiyel taşıyan over kisti olarak tanısı konan bir kitlenin çıkarılması tıp bilimi açısından uygun bir davranıştır. Bu tanıyı koyan hekimin yaptığı cerrahi işlem konusunda bir hatası söz konusu değildir.

Burada uygun olmayan davranış, acil şartlarda yapılan bir cerrahi müdahale esnasında yeterince araştırma gerektiren bir hususta karar vermiş olmaktır. Doktorun hastanın lehine bir tutum takınarak bu kararı vermesi, iyi niyetli bir davranıştır. Bu davranıştan dolayı doktorun bir çıkarı bulunmayıp hatta hastanın çıkarı uğruna fazla bir iş yüklenildiği aşıkardır. Üstelik bu kitlenin bir yumurtalık kanseri olduğunun tespit edilmesi durumunda, kitlenin çıkarılmamasının cerrahi bir hata olacağına da göz önünde bulundurulması gerektiğini düşünüyorum. Ancak iyi niyetle de olsa temel prensiplerin atlanması göz ardı edilemez.

Tanı yanılması olmayıp, hasta gerçekten dermoid over kisti olsaydı, sonuçta muhtemelen hasta doktora müteşekkir kalacaktı. Erken müdahalede bulunduğu, kendisini daha sonra belki de geç kalınmış bir ameliyattan kurtardığı için doktoruna olumlu hisler besleyecekti. Neticede doktorun aynı davranışının farklı sonuçlarının olması muhtemeldir. Ne var ki doktorun neticeden değil, süreçten sorumlu olduğu unutulmamalıdır.

Doktor acil şartlarda girdiği ameliyatta insidental olarak rastlandığı kitle karşısında bir tavır takınmak zorundadır. Bilirkişi raporunda da belirtildiği gibi doktorun zor olanı ve o anki şartlarla hastası için en iyi olduğunu düşündüğü şekilde kararı vererek kitleyi çıkardığı hususunda hemfikirim. Dolayısıyla mesleki yetersizlik ve bir kasıt olmadığı anlaşılmakta, aksine hekimin hastasının lehine olduğuna inandığı bir davranış sergilediği görülmektedir. Genç, yeni doğum yapmış bir hanımın muhtemel malign bir kitle nedeniyle doğum sonrası yeniden anestezi ve ameliyat riskine maruz bırakılması istenen bir durum de-

ğildir. Burada sorun, hastanın bir an lehine bile olsa, tanının kesin olup olmadığının teyidinin yapılmamış ve rızasının alınmamış olmasıdır.

Söz konusu vakada hastanın rızası alınarak sezaryen ameliyatının yapıldığı, ancak ameliyatın genişletildiği, hatta sezaryenle doğrudan ilişkili olmayan bir ameliyatın gerçekleştirildiği, bunun için hastanın rızasının alınmadığı anlaşılmaktadır. Pelvisteki kitlenin, over kisti dahi olsa, çıkarılmasının acil bir durum olmadığını açıklar. Ancak acil olmamakla birlikte malign bir lezyon düşünüldüğünde organ kaybı veya fonksiyonunu ifa edemez duruma yol açacak bir durum olduğu ileri sürülebilir. Bununla birlikte acil bir durum olmaması açısından, rızaya bağlı olmayan tıbbi müdahale şartlarının oluşmadığı görülmektedir. Bu durumda doktorun bilgilendirme ve hastanın rızasını alma temel ilkelerine uymamıştır.

Neticede;

1- Ameliyatı yapan doktor, teşhiste yanılmıştır. Ancak bu yanılma literatürle karşılaştırıldığına ve teşhisin konduğu şartlar dikkate alındığında makul bir durumdur. Aynı şartlarda başka bir doktorun da aynı teşhisi koyması beklenebilir. Mesleki bilgi eksikliğine delalet etmez. Teşhis yükümlülüğü hekimin sorumluluğundadır; teşhiste yanılmada kusur söz konusu değildir.

Hekimin kusurlu hareketinden söz edebilmek için, hekimin yapılan teşhisin doğruluğundan şüphelenmeyi gerektirecek hususların varlığına rağmen bunları gözardı etmiş olması gerekir. Aynı durum ve şartlar altında konuyu uzmanı diğer hekimlerin de hastanın içinde bulunduğu durum ve şartları, somut olaydaki doktor ile aynı şekilde değerlendirebileceği göz önüne alınmalıdır.

2-Konan teşhise uygun bir müdahalede bulunması tıp bilimi açısından uygun bir davranıştır. Teşhisin doğru olduğu farz edilerek tıp biliminin gerekleri yerine getirilmiştir.

3-Acil şartlarda girilen bir ameliyat esnasında, tespit edilen lezyonun varlığında çoğunlukla hastaya gerekli açıklamaların yapılması ve muvafakat istenmesi fiilen mümkün değildir. Ameliyata son vererek yaranın kapatılması ve daha sonra hastadan rıza alınmasını beklemek, kişiye yarardan çok zarar vereceğinden tıbbi zorunluluk gerekçesiyle ameliyat genişletilebilmektedir. Yargıtay kararları uyarınca, çeşitli tedavi yöntemleri arasında bir tercih yaparken de hekim, hastasının ve hastalığının özelliklerini göz önünde tutmalı, onu risk altına sokacak tutum ve davranışlardan kaçınmalı, en emin yol seçilmelidir. Burada tespit edilen lezyonun aciliyet kesbetmemesi, kesin tanısının ilave tetkike ihtiyaç göstermesi, ayırıcı tanıda böbrek olma ihtimaline karşı diğer böbreğin araştırılması gereği gibi nedenlerle gereken özenin gösterilmediği kanaatine varılabilir. Hekim asgari düzeyde dahi olsa, tereddüt doğuran durumlarda, bu tereddütü ortadan kaldıracak araştırmalar yapmak ve bu arada da koruyucu tedbirleri almakla yükümlü olduğundan bu fiili ihmali olarak kabul edilebilir.

4- Vakaya acil şartlarda müdahale yapılmış olması, teşhisin konduğu ameliyat esnasındaki tetkik imkanı, lezyonun görünümü, ektopik soliter pelvik böbreğin görülme sıklığı gibi unsurlar, hafif ihmali olduğunu göstermektedir.

5-Hastanın tekrar anestezi ve ameliyat riskine maruz kalmaması için mevcut sezaryen ameliyatı esnasında ameliyatın genişletilmesi, hastanın lehine bir tutum olarak gerçekleştirilmiştir; burada doktorun kusurunun kasıt derecesinde olmadığı açıktır.

6-Teşhisin doğru olma ihtimaline karşı tıp biliminin gereklerine aykırı bir durum söz konusu olmasa da, hastanın rızası haricinde acil olmayan bir ameliyatın genişletilmesinin ve hatta uzuv çıkarılmasının hukuka uygunluğu söz konusu değildir. Hastanın rızası olmaksızın iş görülmüştür.

7-Neticede hekim bilerek, isteyerek hukuka aykırı davranmamıştır, kasıt yoktur, ağır ihmali söz konusu değildir. Hastanın çıkarını düşünerek gerekli önlemi almadan davranmış ve hafif kusurludur. Hekim işi görürken yöneldiği sonucun elde edilmemesinden sorumlu değil ise de, bu sonuca ulaşmak için gösterdiği çabanın yaptığı işlemlerin, eylemlerin ve davranışların özenli olmayışından doğan zararlardan dolayı sorumludur.

4-Böyle dramatik bir olayda hekimin kusurlu bulunması ve bu kusurun yaptırımı hakkındaki düşünceniz nedir?

Bu vakada ağır bir sonuç ortaya çıkmıştır. Bu sonuca bakarak hekimin kusuru hakkında yargıda bulunmak doğru değildir. Hekim sonuçtan değil, yürüttüğü faaliyetten sorumludur. Hekim hastasının zarar görmemesi için tüm tedbirleri aldıktan sonra bu sonuç elde edilseydi, hekim sorumlu tutulamazdı.

Mevcut uygulamalarımızda en hafif ihmalde bile hakimler zararın tamamının tazmini ile yükümlü tutulmaktadır. Yargıtay kararlarında, hekimlerin sorumluluğunda “en hafif ihmal ve kusurundan tam sorumlu” kabul edileceği ve hastanın uğradığı zararın tamamından hekimlerin yükümlü olacağı belirtilmektedir. Bu durumda cezai müeyyide bakımından yukarıdaki detaylı analizlerin önemi kalmamaktadır. Hâkimin tazminatın kapsamını ve ödenme biçimini, durumun gereğini ve özellikle kusurun ağırlığını göz önüne alarak belirleyeceği genel hükümden farklı olan bu durum, hekimler bakımından ağır tazminat yükümlülüklerine yol açmaktadır.

Tazmin yükümlülüğünün kusurun derecesine göre olması daha adil bir yaklaşımdır. Ulusal mevzuatımızda bu yönde düzenleme yapılması ve hekimlerin bu adaletle bağdaşmayan durumdan kurtarılması gerekir.

3.5.2 PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİDE YANLIŞ TARAF CERRAHİSİ

İDDİA

Müvekkilimiz 10 ay önce sağ tarafındaki ağrılar sebebi ile ilçesindeki Devlet Hastanesine gitmiş (**1.Hastane**) sağ böbreğinde taş olduğu söylenmiştir. Ancak müvekkilimiz ile giderek özel bir hastaneyi tercih etmiş (**2. Hastane**), burada ameliyatı gerçekleştirmiştir. Müvekkilimiz ameliyat öncesi doktoruna çektirmiş olduğu filmleri göstermiş, doktoru sağ böbreğindeki taş sebebi ile ameliyat gerektiğini beyan etmiştir. 16/01/2012 tarihinde müvekkilin ameliyata girişte vücudunun ameliyat edilecek kısmında bir işaretleme yapılmamıştır.

Ameliyat sonrasında müvekkil sargıların sol tarafta olması sebebi ile operasyonun sol böbrekte gerçekleştirildiğini anlamışlardır. Operasyonu gerçekleştiren doktor hastasının odasına gelerek ‘ameliyatı hatalı yapmışım teyze seni tekrar yarın ameliyat edeceğim...’ demiştir. Çok korkan müvekkilimiz ikinci kez ameliyatı ilk ameliyatı yapan doktorun uygun görmesinden dolayı izin vermiştir.

17/01/2012 tarihinde ikinci ameliyattan sonra müvekkil kendine gelememiş, yoğun bakım servisine alınmıştır. Müvekkil 11 gün yoğun bakımda kalmış sonra taburcu edilmiştir. Yoğun bakımdan çıktıktan sonra da bir süre felçli hasta gibi yürüyememiş, hareket kabiliyeti kısıtlanmış asgari ihtiyaçlarını dahi karşılayamamıştır. Kalem tutamama, yazı yazamama, insanları tanıyamama durumu hasıl olmuştur. Müvekkil şu an hareket kabiliyetini kısmen yitirmiş durumdadır, müvekkilimiz yürüme zorluğu yaşamakta koltuk değnekleri veya yakınlarının yardımıyla bir yerden bir yere gidebilmektedir.

SAVUNMALAR

Doktorun (2. hastane) ifadesi: Hasta daha önce yapılan tetkiklerinde böbreklerinde taş tespit edildiğini ifade ettiler. DÜSG (direkt üriner sistem grafisi) istendi. Grafide sol böbrek Lojunda taş ile uyumlu opasite tespit edildi. Kontrast madde alerjisi olduğunu söylediğinden İVP (intravenöz pyelografi) istenmedi. Hastaya ESWL önerildi ve diğer tedavi seçenekleri sunuldu. Hasta ESWL uygulamasını kabul etmedi ve önerilen tedavi yöntemlerinden taşın kapalı ameliyat yöntemi olan; PNL (perkütan nefrolitotomi=kapalı böbrek taşı ameliyatı) ile alınmasını istedi. Hasta 16.01.2012 tarihinde ameliyata alındı. Genel anestezi altında pron pozisyonunda skopi eşliğinde görüntü alındı. Sol böbrek lojuna uyan bölgede semi-opak görüntü tespit edildi. Sol tarafa PNL yapıldı.

Ameliyat sonrası hasta birinci günde sağ yan ağrısının olduğunu söyledi. Ameliyat öncesinde çekilen DÜSG’ye tekrar bakıldı fakat sağ böbrek lojuna uyan bölgede taş ile uyumlu olabilecek bir opasite saptanmadı. Daha sonra non-opak böbrek taşı olabileceği düşünülerek kontrassız tüm abdomen BT istendi, BT de sağ renal pelviste taş saptandı. Hasta ile tekrar görüşüldü ve sağ böbrek taşına yönelik sağ PNL operasyon kararı alındı. Hasta 18.01.2012 tarihinde sağ renal taşına yönelik sağ PNL operasyonu yapıldı. Hasta operasyon sonlandırıldıktan sonra ağırlı uyarana cevap veriyor fakat hasta ile tam olarak kooperasyon kurulamıyordu. Uyandırma odasında yaklaşık 1,5 saat bekletildi. Anestezi uzmanımızla görüşüldü ve hastaya Nöroloji konsültasyonu istendi. Nöroloji uzmanımız hastanın takip ve tedavisine yoğun bakım ünitesinde devam edilmesi gerektiğini söyledi.

TIBBİ BELGELER

USG (02.12.2011): Sol böbrek orta kesiminde Bertini kolumnası hipertrofisi ile uyumlu olabilecek parankimle izoekoik nodüler görünüm, sağ böbrekte, renal pelvisi düzeyinde 14 mm çapta taş ekosu, sağ böbrek alt polde fokal kortikal incelmeye eşlik ettiği yaklaşık 6 mm çapta ekojen nodüler alan (anjiomyolipom?)

Aydınlatılmış Onam Formu: Perkutan Nefrolitotomi onam formu 16.01.2012 tarihinde hasta ve kızı tarafından imzalanmıştır.

Laboratuvar Tetkikleri (16.01.2012): Glukoz >254 mg/dl/, kreatinin 0.92 mg/dl, AST 26 IUL/L, ALT 32, Hgb 13.8 mg/dl, lökosit 4410

Konsultasyon formu: Dahiliye; diabetes mellitus ve hipertansiyonu olan hasta, lokal veya genel anestezi olabileceği, %5 dektröz 500 ve 10 ünite kristalize insulin saatte 100 cc gideceği, şeker takibi 4x1, lüzüm halinde kan şekeri 150 üstü olursa kristalize insulin 4-20 ünite arası, Anestezi; fizik muayene normal, kardiyak efor iyi olduğu.. belirtilmiştir.

Epikriz (16.01.2012 yatış, 18.01.2012 çıkış): Bilateral yan ağrısı yakınmasının olduğu, hastanın şikayeti üzerine daha önce başvurduğu merkezde yapılan tetkiklerinde böbrek taşı olduğu söylenmiş, hastanın yapılan direk grafisinde sol renal taş tanısı konulmuş, yapılan muayenede bilateral kostovertebral açığı hasasitesi olduğu, hastanın yatırıldığı, akciğer, EKG çekildiği, dahiliye ve anestezi konsultasyonu istendiği, hasta sol böbrek taşı tanısı ile genel anestezi altında opere edildiği, hasta sağ yan ağrılarının arttığını belirttiği, eski direk üriner sistem grafisi yeniden gözden geçirildiği, fakat sağ böbrek lojuna uyan bölgede opasite gözlenmediği, hastaya kontrastiz abdomen BT çekildiği, BT'de sağ böbrek renal pelviste taş tespit edildiği, hasta ile konuşularak sağ PNL kararının alındığı, 18.01.2012 tarihinde genel anestezi altında opere edildiği, hasta operasyon sonlandırıldıktan sonra ağırlı uyarana cevap verdiği, fakat hasta ile tam olarak kooperasyon kurulamadığı, uyandırma odasına yaklaşık 1.5 saat beletildiği, hastanın burada sadece ağırlı ve sözlü uyarana gözlerini açma ve inleme şeklinde cevap verdiği, anestezi uzmanı tarafından tekrar görüşüldüğü, saat 13:00 civarında servise alındığı, servis takiplerinde kan şekeri ölçümleri 200-300 mg/dl ve kan basıncı ölçümleri 120-90/150-110 mmHg arasında değiştiği, postoperatif tam kan ve biyokimya parametreler normal seyrettiği, bilinç durumu aynı seyretmesi üzerine anestezi uzmanı ile görüşüldüğü, saat 14:00'de tekrar anestezi uzmanı tarafından görüldüğü, anestezi uzmanı tarafından az da olsa iyiye doğru gidiş olup biraz daha beklenilmesini önerildiği, hasta 16:00 civarında yatağında tekrar değerlendirildiği, vitaleri stabil seyrettiği, bu halinin devam etmesi üzerine tekrar anestezi uzmanı ile görüşüldüğü, nöroloji konsultasyonu istendiği, nöroloji uzmanı gelene kadar hastanın başında beklenildiği, saat 17:30 civarında nöroloji uzmanı tarafından hasta tekrar değerlendirildiği, sol kolda kasılma şeklinde konvulziyon saptandığı, beyin BT istendiği, normal olarak saptandığı, mevcut durumunu devam etmesi üzerine yoğun bakım ünitesinde tedavisinin devamı için devir yapıldığı belirtildiği,

Ameliyat Raporu (16.01.2012): Genel anestezi altında sol üretere 6 f üreter katateri yerleştirildiği, takiben hastaya prone pozisyonu verildiği, skopide sol böbrek lojunda semiopak görüntü mevcut olduğu, takiben üreter kataterinden kontrast madde verildiği, sol böbrek toplayıcı sistemi vizüalize edildiği, fakat üst kaliks vizüalize olmadığı, kontrast madde verilmeye devam edildiğinde gecikmiş bir şekilde üst kaliks vizüalize olduğu ve üst kalikte dolma defekti olduğu, takiben 11-12. interkostal aralıktan üst kalikse perkütan giriş yapıldığı, zebra şuide wire gönderildiği ve amplatz dilatasyon yapılarak çalışma kılıfı üst kalikse yerleştirildiği, takiben nefroskopi üst kalikse girildiği, çok sayıda milimetrik taş ve kaliks infundibulumuna oturmış 9 mm çapında taş gözleendiği, takiben serum fizyolojik ile üst kaliks irrigasyonu yapıldığı ve milimetrik taşlar temizlendiği, kaliks infundibulumunda darlık mevcut olduğu, dilate edilerek renal pelvise ulaşıldığı, takiben üst kaliks ile renal pelvis ilişkisini sağlamak için antegrad 6 f stent üretere yerleştirildiği, renal pelvise nefrostomi tüpü yerleştirildiği, operasyon sonrası hastanın ekstübe edilerek uyandırma odasına alındığının belirtildiği,

BT Raporu (17.01.2012): Sağ böbrek pelvisinde 8x13x25 mm boyutunda, düzgün sınırlı hiperdens taş ile uyumlu görünüm, sol nefrostomi katateri, DJ katater olduğu,

Laboratuvar Tetkiki (18.01.2012) Glukoz >206 mg/dl/(74-110), kreatinin 0.85 mg/dl, Hgb 14.3, lökosit 15500 olduğu,

Ameliyat raporu (18.01.2012) Genel anestezi altında üretere 5f ureter katateri yerleştirildiği, daha sonra hastaya prone pozisyonu verildiği, skopi çekildiği, sağ renal bölgeye uygun bölgede opasite saptanmadığı, tâkiben ureter kataterinden kontrast madde verildiği, renal pelviste dolma defekti oluştuğu, subkostal olarak orta kalkis girişi yapıldığı, amplatez dilatasyonu yapıldığı, renal pelvise çalışma kılıfı yerleştirilerek nefroskopi girildiği, renal pelvisten yaklaşık 13x9 mm çapında taş kırılmadan ekstrake edildiği, takiben renal pelvise nefrostomi tüpü yerleştirildiği, katateri yerinde bırakılarak işlem sonlandırıldığı,

Nöroloji konsultasyon evrakı (18.01.2012): Hasta acilen serviste görüldüğü, G2M4V2=8, şuur somnole olduğu, hastanın gözleri sola deviye, Sol kolda kasılması mevcut olduğu, diazem IV yapıncı kasılmasının düzeldiği, bilateral Babinski müspet olduğu, ağırlı uyaran verince sol üst ve alt extremiteyi geç çektiği, hastaya acilen beyin CT çekildiği, Beyin CT izodens olduğu, hastada hipertansif ensefalopatiye bağlı nöbet?, Todd paralizi?, İskemik inme?, düşünüldüğü, hasta acilen yoğun bakıma alındığı, tansiyon basınç 190/100mmHg olduğu, Lasix yapıp, perlinganit infüzyonu başlandığı, 125cc %20 manitol verildiği, Nöbet nedeniyle önce epanutin yükleme, sonra idame tedaviye başlandığı, İskemik olay nedeniyle clexane 0,4 sc ve nootropil 2x6 başlandığı, insülin infüzyonu başladığı, ön tanı; İskemik inme?, hipertansif ensefalopati?, Konvülsiyon etiyojisi?, öneriler; Ecoprin 100 1 x 1 (kontrendikasyon yoksa), Clexane 0,4 2x 1 sc, Nootropil amp. 2x6 mayi içine, isolayt 500 2x1, %20 mannitol 4x 125cc, Ulcuran 3xl, Rocephin Igr 2x1, LH perlinganit infüzyonu olduğu belirtildiği,

Epikriz (10.02.2012 yatışı, 22.02.2012 çıkışı): Desteksiz yürüyememe, sol kolda güçsüzlük şikayetlerinin olduğu, 18.01.2012 tarihli böbrek taşı ameliyatı sonrası servikal emboliye bağlı sol hemipleji geçirmiş olduğu, yapılan muayenede; sol kolda proksimal kas gücü 5/5, distal kas gücü 4/5 refleksleri DTR hiperaktif olduğu, patolojik refleks olmadığı, sol alt ekstremitede proksimal kas gücü 5/5, distal kas gücü 4/5, DTR hiperaktif olduğu, patolojik refleks olmadığı, hasta wolker ile mobilize, sol bacağı kilitleyemediğinin tespit edildiği, yatırıldığı, matofin tb, depakin tb, humulin R 1x1, kreaon tb başlandığı, kas güçlendirme, elektrik stimulus denge çalışması planlanarak rehabilitasyona alındığı, 22.02.2012 tarihinde sol kolda proksimal ve distalde kas gücü 5/5, DTR canlı olduğu, patolojik refleks olmadığı, hasta tek kanadian ile yürüyebildiği, basamak inip çıkabildiği seviyede olduğu, şifa ile taburcu edildiği,

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Anabilim Dalı'nın Adli Tıp Bilirkişi Kurulu Raporu: Doktorun ifadesinde "ilk ameliyatla sol böbrekte 9 milimetrelilik taş ve sol böbrek üst polde genişleme saptanmış olduğu" belirtilmekle birlikte 02.12.2011 tarihli Ultrason raporunda "sağ böbrekte 14 mm çapta taş ekusunun dikkat çektiği" belirtilmiş ve sol böbrekte taş bulunduğuna ilişkin bir bulgu saptanmamıştır. Radyoloji Anabilim Dalının ilk ameliyat öncesi çekilmiş Direkt Üriner Sistem Grafisi incelemesinde de; "barsak temizliğinin optimal olmadığı için üriner sistemin mevcut DÜSG ile değerlendirilmesinin uygun olmadığı, barsak temizliği sonrası çekiminin tekrarı uygun olacağı" bildirilmiş olmasına göre ameliyat öncesi sol böbrekte taş bulunduğunun kesin kanıtı bulunmadığından sol böbrek taşı içip söz konusu ameliyatı yapılma kararı verilmesi bakımından ameliyat öncesi tetkiklerin yeterli olmadığı, bu sol böbrek taşı ameliyatı yapılmasının tıp kurallarına uygun olmadığı, eldeki görüntüleme belgelerine göre ve gelişebilecek komplikasyonlara ilişkin hastanın aydınlatılmış onamı olduğunun sağ böbrek taşına yönelik ikinci ameliyat kararının doğru olduğu, bu kapsamda ikinci ameliyat sonrası gelişen beyinde oksijensizliğe bağlı hasar (infarkt) ve buna bağlı nörolojik bulguların beklenebilir komplikasyon şeklinde değerlendirildiği, gelişebilecek komplikasyonlara ilişkin olarak ikinci ameliyat öncesinde hastanın "yeterince aydınlatılmış olduğunun ve ameliyata onam verdiğinin" mahkemece kabul edilmemesi durumunda yapılan ikinci ameliyatın tıp kurallarına aykırı olduğu,

Adli Tıp Kurumu: Ameliyat öncesi yapılan tetkiklerin yetersiz olması nedeniyle ameliyatların endikasyonlarının değerlendirilemeyeceğine, mevcut belgelere göre yanlış taraf ameliyatı yapıldığına, hekimin uygulamalarının tıbben uygun olmadığına kara verildi.

Tabip Odası Yönetim Kurulu raporu: Bilirkişi incelemesinde hastanın bütün bu tetkikler ve araştırmalar sonucu yanlış tarafına operasyon yapılmadığı ve oluşan komplikasyonun bu ameliyatlarda rastlanabilecek komplikasyonlardan olduğu belirtilmiş olup oluşan komplikasyonun hekimin yanlış uygulaması ve ihmeline bağlı gelişmediği kanaati bildirilmiştir.

Kişiyeye ait grafilerin ve CD'lerin Adli Tıp Kurulunda değerlendirilme: 29.12.2011 tarihli direk üriner sistem grafisinde; sol böbrek üst polde kalıkslara uyan lokalizasyonda yaklaşık olarak 7-8 mm kalkül imajı olduğu, 17.01.2012 tarihli kontrastsız batın BT tetkikinde; sağ böbrekte pelvirenalis lokalizasyonunda 11-12 mm çapında hiperdens kalkül ve sol böbrekte perkütan nefrestomi ve pigtail olduğu, kaliks içinde kalkül imajı olmadığı.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Metin Öztürk, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Hastanın preoperatif değerlendirilmesi klasik bilgi ve güncel kılavuzlara göre yeterli midir?

Kılavuzlarımıza göre ultrasonografi taş tanısında primer tanı aracı olarak kullanılmalıdır. Ultrasonografi ucuz ve tekrarlanabilir bir testtir. Böbrek taşları için %45 sensitivite ve %88 spesifisiteye sahiptir. Ancak taş çıkarılması planlanıyorsa kontrastlı bir çalışma ile hem böbreklerin fonksiyonu hem de böbrek toplayıcı sisteminin yapısı hakkında bilgi sahibi olunması önerilmektedir. Bu amaçla IVP kullanılabilirceği gibi, retrorenal kolon varlığı, taş cilt mesafesi ve taş yoğunluğunun ölçülerek ESWL başarısı hakkında işlem öncesinde fikir sahibi olunarak hastanın daha iyi bilgilendirilebilmesi açısından Bilgisayarlı Tomografi (BT) de kullanılabilir (1). Ancak bunlardan hiçbiri yapılmamıştır. Üstelik bu hastada daha önce yapılmış olan ultrasonografik incelemede "Sol böbrek orta kesiminde Bertini kolumnası hipertrofisi ile uyumlu olabilecek parankimle izoekoik nodüler görünüm, sağ böbrekte, renal pelvis düzeyinde 14 mm çapta taş ekosu, sağ böbrek alt polde fokal kortikal incelmeye eşlik ettiği yaklaşık 6 mm çapta ekojen nodüler alan (anjyomyolipom?)" şeklindeki rapor ile sağ böbrekte taş varlığı net olarak ifade edilse de, sağ böbrekte şüpheli anjyomyolipom tanısı ve sol böbrekte şüpheli nodüler alandan söz edilmektedir. Bu şüpheli alanların BT veya MR gibi daha ileri tetkiklerle değerlendirilmesi ve gereği halinde tespit edilecek patolojinin düzeltilmesinin ameliyat planına veya öncesine dahil edilmesi gereklidir. Dolayısıyla preoperatif değerlendirme eksik yapılmıştır.

Hekim arkadaşımız kontrast madde alerjisi olması nedeniyle IVP yapamadığını ancak operasyon esnasında retrograd piyelografi yaptığını belirtmiştir. Hastanın gerçekten kontrast madde alerjisi olup olmadığı, bu durumun daha önce yapılan hangi işlem esnasında ortaya çıktığı ve hasta dosyasına işaretlenip işaretlenmediği incelenmelidir. Bunlara ilave olarak, her ne kadar kontrast madde alerjisi retrograd piyelografi yapılması için bir kontrendikasyon değilse de, literatürde retrograd piyelografi ve voiding sistoüretrografi esnasında gelişen hayatı tehdit eden reaksiyonlar bildirilmiştir. Bu konuda dikkatli olunması hem hasta sağlığı hem de hekimin gereksiz malpraktis davaları ile karşılaşmaması açısından yararlı olacaktır (2,3).

2- Yanlış taraf cerrahisi iddiasını nasıl değerlendiriyorsunuz?

Üriner sistem ultrasonografisinde sağ böbrekte bir taş olduğundan söz edilmekte, sol böbrekte taş oluşumundan söz edilmemektedir. İlk ameliyattan sonra kontrastsız BT çekilmesinden anlaşılmaktadır ki elde BT imkanı vardır. İlgili hekim arkadaşımız ameliyatta sol tarafa retrograd piyelografi yaparak tanı koyduğunu ifade etse de, ne preoperatif BT çekerek, ne ameliyatta retrograd inceleme yaparak, ne de preoperatif ultrasonografi ile sağ taraftaki taş tanısını teyit veya ekarte etmeden sol tarafa cerrahi uygulamıştır. Bütün bunlar göz önüne alındığında kanaatimce yanlış taraf cerrahisi uygulandığı açıktır.

3- Önerilen ve seçilen tedavi yöntemleri doğru mudur?

Kılavuzlarımıza göre 2 cm den küçük renal pelvis taşlarına ESWL veya PNL yapılabilir, 2 cm'den büyük taşlarda ise PNL ilk seçenektir. Bahsedilen hastada ultrasonografi ve BT'de iki farklı boyut verilmiştir. Bu tetkiklerde verilen boyutlar dikkate alındığında hekim arkadaşımızın önerdiği tedavi seçenekleri kılavuzlara uygundur (1).

4- Aydınlatılmış onam açısından nasıl değerlendiriyorsunuz?

Dosyada ilk PNL ameliyatından önce alınmış aydınlatılmış onam formu bulunduğu görülmektedir. İlk ameliyat açısından bu konuyla ilgili bir sorun bulunmamaktadır. Ancak ikinci ameliyat söz konusu

olduğunda, alınan bu ilk onamın geçerliliği tartışmalıdır. Türk Tabipler Birliği'nin aydınlatılmış onam kılavuzuna göre yapılacak her bir işlem için ayrı onam alınması gereklidir (4). Üstelik bu vakanın ilk ameliyatında planlanmamış gelişmeler olması nedeniyle hastanın "onamını çekme" hakkını kullanmış olma ihtimali vardır. Bu nedenle kanaatimce ikinci ameliyat için de ayrı yazılı onam alınmış olması gerekirdi. Ancak yine bu vaka özelinde hastanın şikayet dilekçesinde kullandığı bir cümleden indirekt olarak anlıyoruz ki hasta ikinci ameliyat için onam vermiştir. Dolayısıyla kanaatimce bu vakada aydınlatılmış onam eksikliğinden söz edemeyiz.

5- İkinci ameliyat sonrası gelişen olaylar nedeniyle ameliyatı yapan hekime suç isnat edilebilir mi?

Hasta dosyasının incelenmesinden anlaşıldığı kadarıyla ikinci ameliyat sonrasında gelişen olaylar komplikasyon niteliğindedir ve yapılan cerrahiden bağımsızdır. Bu nedenle hekime bir suç isnat edilemez.

6- Bilirkişi olarak vakayı nasıl değerlendirirsiniz?

Bu vakada ameliyat öncesinde eksik değerlendirme ve ilk ameliyatta yanlış taraf cerrahisi yapıldığı kanaatindeyim. Ancak aydınlatılmış onam ve ikinci ameliyat sonrası gelişen komplikasyonlar açısından bir hatadan söz edilemez.

KAYNAKLAR

1. <https://uroweb.org/guideline/uroolithiasis/>
2. Armstrong PA1, Pazona JF, Schaeffer AJ. Anaphylactoid reaction after retrograde pyelography despite preoperative steroid preparation. Urology. 2005 Oct;66(4):880.
3. Weese DL1, Greenberg HM, Zimmern PE. Contrast media reactions during voiding cystourethrography or retrograde pyelography. Urology. 1993 Jan;41(1):81-4.
4. http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=983:onam&Itemid=65

3.5.3 ÜRETER TAŞI YANLIŞ TARAF CERRAHİSİ

TALEP

Şikayetçinin, Devlet Hastanesinde uygulanan teşhis ve tedavinin Tıp Bilimi gereklerine aykırı olup olmadığı, teşhis ve tedaviyi uygulayan hekimin bir kusurunun bulunup bulunmadığı, şikayetçide meydana gelen tıbbi neticelerle, hekimin uyguladığı telhis ve tedavi arasında illiyet bağının bulunup bulunmadığı, illiyet bağı var ise şikayetçideki yaralanmanın TCK.nun 89. maddesinde belirtilen hangi fıkraya girdiğinin tespit hususunda rapor tanzimi istenmektedir.

İDDİA

Müvekkil 07.08.2011 tarihinde Pazar günü olması sebebi ile sağ böbreğindeki rahatsızlık üzerine Devlet Hastanesi acil servisine gitmiştir. Acil serviste röntgen, tomografi, kan, idrar tahlilleri yapılmış ve sağ böbreğinde taş olduğu ilaç tedavisine başlaması gerektiği pazartesi günü ise polikliniğe giderek muayene olması gerektiği söylenmiştir. Ertesi gün Üroloji Servisine gitmiş burada muayene edilmiştir. Şüpheli doktor tarafından tahliller yaptırılmış ve ilaç tedavisine başlanacağı, taşı düşürmesi bekleneceği söylenmiştir. Yine şüpheli doktor taşın düşmemesi ve ağrılarının devam etmesi halinde Çarşamba günü ameliyat olacağını söylemiştir, Müşteki müvekkilin belirlenen tarihte halen daha sağ böbreğinde bulunan taşın düşmemesi sebebi ile kendisini saat 14.00 sularında ameliyata almışlardır. Ameliyat sonrası genel anestezinin etkisinden çıkınca sol böbreğinin ağrıldığını fark etmiştir. Bu arada gece saat 24.00 sularında müşteki müvekkilin yanına gelen hemşire hiçbir şey yemeden ve içmeden sabah aç kamına müvekkile tomografi ve röntgen çekeceklerini söylemiştir. Müşteki müvekkil ameliyatın ertesi günü sabahında çekilen röntgen ve tomografi sonuçlarına bakınca özellikle röntgen filmlerinde sol böbreğinde bir tel olduğunu fark etmiştir. Müşteki müvekkil şüpheli doktorun sabah vizite gelmesi üzerine bu durumun sebebinin şüpheli doktora sormuştur. Şüpheli doktor tarafından kendisine cevap verilmeden hemşi-

reye dönerek röntgen filmlerinin kime ait olduğu sorulmuştur. Hemşireden olumlu bir yanıt alamaması üzerine şüpheli doktor tarafından röntgen filmlerinin karıştırıldığı söylenerek müşteki müvekkilden özür dilenmiştir. Yine aynı gün müşteki müvekkil şüpheli doktor tarafından taburcu edilmiştir. Şüpheli doktor tarafından röntgen filmleri karıştırılarak müvekkile yanlış ameliyat yapılması sebebi ile müvekkilin sağ böbreğinden taş alınması gerektiği halde taş olan sağ böbreğine hiç bir müdahalede bulunulmadan sağlam olan sol böbreğine stent teli takılmıştır. Müşteki müvekkil 15.09.2011 tarihinde şüpheli doktora stent takılan sol böbrekteki teli ne zaman almak için tekrar ameliyat olacağını sormak için gitmiştir. Şüpheli doktor tarafından aynı gün hastaneye yatıp 5 dakikalık bir ameliyatla stent telinin alınacağı söylenmiştir. Tekrar müşteki müvekkilden röntgen çektilirip sonuçlar alındıktan sonra sağ böbreğinde bulunan taşın idrar yolunda olduğu ve stentin alınacağı şüpheli doktor tarafından söylenmiştir. Şüpheli doktor tarafından müvekkil pansuman odasına gönderilmiş ve orada beklenmesi söylenmiştir. Pansuman odasına hasta bakıcı tarafından müvekkil hazırlanmış kürtaj sehpasına yatırılarak lokal anestezi ile 5 dakikada ameliyat yapılacağı söylenmiştir. Yine lokal anestezi müvekkil üzerinde etkili olmasa gerek ki müvekkil büyük acılar altında şüpheli doktor tarafından ameliyat edilmeye çalışılmıştır. Bu esnada söz konusu stentin çıkarılmasına muvaffak olamayan şüpheli doktor müşteki müvekkili kürtaj masasında can havli ile bırakarak kendi odasına adeta kaçarcasına hiçbir açıklama yapmadan gitmiştir. Müşteki müvekkil bu esnada kendisi ile ilgilenen hiçbir hemşire hasta bakıcı ya da doktor olmadan tek başına orada kalmış ve büyük acılar içerisinde adeta kıvranmıştır. Müşteki müvekkil kendi çabası ile üstünü başım toplayarak tualete gitmiştir. Acı içinde kıvranan müvekkil yaşadığı şok ile ne yapacağım bilememiş ortadan kaybolan doktoru telefonla aramıştır. Şüpheli doktor tarafından kendisine 16.09.2011 tarihinde izne çıkacağı ve 26.09.2011 tarihinde izinden döneceği bu tarihte yani 26.09.2011 tarihinde genel anestezi ile müvekkili tekrar ameliyat edeceği söylenmiştir. Müvekkil çok acı çektiğini ve ağrıları olduğunu söylediğinde ise şüpheli doktor tarafından ilgisizce ağrı kesici kullan denilmiştir. Müşteki müvekkil halen daha Şüpheli doktor tarafından yapılan yanlış ameliyat neticesinde sağlam olan sol böbreğine takılmış stent teli ile hayatına devam etmekte olup tıbbi açısından ciddi bir risk altındadır Bu hususta şüpheli doktor tarafından yapılan yanlışla rağmen bu yanlışın giderilmesindeki ciddiyetsiz tavır sebebi ile müvekkil maddi ve manevi anlamda zarara uğramış sağlığını kaybetmiş sağlam olan bir organım kaybetme riski taşımakla birlikte çektiği onca acı ve ızdıraba rağmen sağlığına kavuşmak bir yana sağlığını daha da yitirmiştir. Öncelikle müvekkilin bir an önce yanlış yapılan ameliyat neticesinde sol böbreğine takılan stentin tekrar çıkartılması gerekmekte olup adli tıp uzmanına sevk ile durumun tespiti bakımından rapor aldırılmasını talep ediyoruz. Yine müvekkilin durumun telafisi bakımından derhal ameliyat olması gerekmektedir. Aksi halde yaşamsal bir risk söz konusu olup hayatını ya da yaşamsal bir organını kaybetme ihtimali kuvvetle muhtemeldir.

SAVUNMA

Hastayı sağ üreter taşı + pyelonefrit nedeni ile 08.08.2011 tarihinde poliklinikte gördükten sonra servise yatırdım. 2 gün intravenöz (damardan) antibiotik + intravenöz hidrasyon (sıvı tedavisi) tedavisi sonrasında 10.08.2011 tarihinde hastayı operasyona aldım. Hasta, dosyası hazırlanmış bir şekilde filmleri ile birlikte ameliyathaneye geldi. Hastanın filmlerini negatoskopa koyduğumda röntgende sağ üreter alt uçta taşının olduğunu solda ise şüpheli opasitesinin olduğunu gördüm. Hasta anestezi almadan önce bu görüntüyü kendisine ifade ettim ve her iki tarafına da bakacağımı ve gereken müdahaleyi yapacağımı söyledim. Hasta bana tamam hocam dedi ve anestezi gözlem kâğıdına ameliyatın Bilateral URS (üreterorenoskopi) olacağı yazıldı. Anestezi gözlem raporu hasta yatış dosyasında mevcuttur. Hasta uyuduktan sonra hastaya önce sağ URS için katater yerleştirirken taşın yerinden oynadığını ve muhtemelen üst üreter dilate olduğu için böbreğe kaçtığını düşündüm ki alt uçtan URS ile baktığımda taşın oturduğu yerde yani alt uçta olmadığını gördüm. Sonrasında sol URS için yine katater yerleştirerek sol üretere girmek istedim ve sol üreterde darlık nedeni ile normalde IO no.lu URS kamerası ile girecekken daha ince olan 8f nolu URS kamerası ile ancak girebildim. İşlem sonrası üreterde herhangi bir taş oluşumuna rastlamadım. Ardından hastanın sol üreterinde darlığının olması nedeni ile ve postop. dönemde ağrısının olmaması için sol üreterine dj (double J) stent koydum ve operasyona son verdim. Hastaya akşam vizitte sağ taraftaki taşının muhtemelen böbreğe kaçtığını, sol tarafta taşının olmadığını, ancak

sol üreterindeki darlık nedeni ile ve ağrısının olmaması için sol üreterine stent koyduğumu söyledim. Bu işlemi yapma sebebimin; sol üreter darlığının ileride, sol böbrekte taş oluşumu, enfeksiyon gibi sağlık sorunlarını oluşturabileceğini oluşan sağlık sorunlarının da yine sol üreterdeki darlık nedeniyle böbreğe ciddi zararlar verebileceğini söyledim. Stent ile darlığı genişleterek oluşabilecek bu sorunu ortadan kaldırdığımızı söyledim. Yarın sabah kontrol filmleri ile durumu değerlendireceğimizi söyledim. Ertesi gün, 11.08.2011 tarihinde, sabah hastaneye geldiğimde hemşire hanım ile vizite gittik. Ameliyat sonrası hastaya çektiğim kontrol BT'de, sağ üreter alt uçta taşının olduğunu yani taşın eski yerine geldiğini ve sol üreterde stentinin olduğunu söyledim. Hastaya bugün aç kalmasını ve öğleden sonra tekrar müdahale ederek sağdaki taşı alacağımı söyledim. Hasta stentin olduğu sol böbrekte hassasiyet hissettiğini söyleyince, ameliyat sonrasında söylemiş olduğum, sol üreter darlığının ileride, sol böbrekte taş oluşumu, enfeksiyon gibi sağlık sorunlarını oluşturabileceğini oluşan sağlık sorunlarının da yine sol üreterdeki darlık nedeniyle böbreğe ciddi zararlar verebileceğini, stent ile darlığı genişleterek oluşabilecek bu sorunu ortadan kaldırdığımızı söyleyerek hastayı tekrar bilgilendirdim. Stentin üreterdeki darlığı tedavi edebilmesi için bir ay kalması gerektiğini söyledim. Ancak yine de hassasiyetim var stentin çıkarılmasını istiyorum dersen sağ böbrekteki taşı alırken stentini de çıkarabiliriz dedim. Öğleden sonra hastanın yanma gittiğimde 1 gün sonra tekrar ameliyat olmak istemediğini ilaç tedavisi sonrası, kontrolde taşını düşüremezse ameliyat olmak istediğini söyledi. Hastayı 11.08.2011 tarihinde taburcu ettim. Hastanın taburcu kâğıdına 2 hafta sonra kontrol yazdım. Hasta taburcu kâğıdında belirttiğim ve kendisine söylediğim tarihten 3 hafta sonra yani taburcu olduktan 35 gün sonra, 16.09.2011 tarihinde polikliniğe geldi. Bu süreçte hasta telefonla ya da polikliniğe gelerek ağrısının ya da başka bir sorununun olduğunu ifade etmemiştir. Stent takma işlemi uyguladığımız hastalardan ağrı eşiği düşük olup stentten rahatsızlık duyduğunu ve çıkartılmasını istediklerini söyleyen hastalara gerekli bilgilendirmeyi yaptıktan sonra hastanın isteği ve hakkı doğrultusunda stentini, kalması gereken süreden daha erken tarihte çıkartabiliyoruz. Ancak 35 günlük süreçte hasta stentinin çıkarılması talebiyle de bana ulaşmamıştır. Bu arada şunu da ifade etmem gerekir ki hastalara taktığımız bu stentler 3 ay süre ile (bazen 6 ay) rahatlıkla vücutta kalabilmektedir. Hasta taburcu olduktan 35 gün sonra ilk kez polikliniğime geldiğinde taşın durumu için kontrol BT çektim. Kontrol BT raporu ekte sunulmuştur. Hastaya, taburculuğunda verdiğim ilaçlarla ve ameliyat esnasında sağ üreterin alt ucunu genişletmiş olmam nedeni ile taşını düşürdüğünü, taşın olmadığını söyledim. Stentin alınma süresi geldiği için servisteki lokal müdahale odasında lokal anestezi ile stenti alabileceğimi eğer çok ağrısı olursa genel anestezi ile de alabileceğimi söyledim. Hastayı öğleden sonra servisteki lokal müdahale odasına gönderdim ve Sağlık Memuru Eşref Bey'e hastayı hazırlamasını poliklinikteki hastalarımıza ara verip müdahale için geleceğimi söyledim. Hastaya sistoskopi işlemi yapmak için penisten girdiğimde sfinktere gelirken ağrısının olduğunu söylemesi üzerine biraz dayanırsa 1 dakikada stentini alacağımı söyledim. Ancak hastanın dayanamayacağı demesi üzerine işlemi sonlandırdım. Hastanın lokal anesteziye dayanamaması üzerine uygun bir tarihte genel anestezi altında stenti almak üzere polikliniğe geri döndüm. İşlem sonrası hastanın genel durumu iyiydi. Takip gerektirecek bir durumu yoktu. Hasta toparlanıp polikliniğe gelene kadar poliklinikteki hastalarımı bekletmemek amacıyla polikliniğe gittim. Sağlık Memuru kullanılan malzemeleri topladıktan sonra hastanın genel durumunun iyi olması, genç oluşu ve hasta mahremiyeti açısından kapının önünde hastanın giyinmesini beklediğini söyledi. Hastanın herhangi bir şikâyetinin olmaması ve lokal müdahale odasından çıkması sonucu sağlık memuru rutin işlerine döndüğünü söylemiştir. Hasta sonrasında stenti hangi gün anestesiz altında alabilirsiniz diye sormak için polikliniğe gelmek yerine hastane bahçesinden beni arayarak sormuştur. Bende 5 günlük iznim olduğunu izin dönüşü 26.09.2011 pazartesi günü stentini alabileceğimi söyledim. Hasta hocam benim ağrım var deyince bol su içmesini, ağrı kesicisi varsa kullanmasını yoksa polikliniğe gelirse yazabileceğimi söyledim. Sonrasında bana 27.09.2011 de polikliniğe geldi. Konuşmak için geldiğini ve yaşadıkları için ameliyat ekibi ve serviste kendisi ile ilgilenen personel hakkında şikâyetçi olacağını stentini almayacağını söyledi. Bende bunlara gerek olmadığını taşını düşürdüğünü, stentini de hemen alabileceğimi söyledim. Ben, üroloji servis ekibi ve ameliyat ekibi olarak kimsenin art niyetli bir davranışta bulunmadığını herhangi bir organ hasarı oluşturmadığımızı, aksine kendisinin yararına işlemler uyguladığımızı, basit bir müdahale ile stentini alıp hayatına devam edeceğini söyledim.

BELGELER

Devlet Hastanesi Tıbbi Belgelerinde; 08.08.2011 tarihinde sağ yan ağrısı ve sol kasık ağrısı şikayetleri ile üroloji servisine yatırıldığı, 09.08.2011 tarihli üst batin ve pelvik BT raporunda; "... Sol böbrek lokalizasyonları, boyutları, konturları ve parankim kalınlıkları normaldir. Sol pelvikaliksiyel yapılar, kesitler dahilindeki sol üreter normal sınırlarda olarak değerlendirilmiştir. Sağ böbrek pelvikaliksiyel yapılarda ve sağ üreterde dilatasyon mevcuttur. Sağ üreteri distalinde mesane giriminden daha proksimalde izlenen milimetrik taş görünümü izlenmektedir. Sonuç: Sağ üreter distal taşı ve buna bağlı sağ üreterde ve pelvikaliksiyel yapılarda hafif dilatasyon" kayıtlı olduğu, 10.08.2011 tarihinde ameliyata alındığı, genel anestezi altında endoskopik üreter taşı tedavisi + sol double J katater takıldığı, anestezi formunda bilateral URS yapıldığının yazılı olduğu, 11.08.2011 tarihinde üst batin ve pelvik BT raporunda; "... Sol böbrekte double J kateter mevcuttur. Sağ üreter distalinde mesane giriş seviyesinden yaklaşık 2 cm proksimaide alenen milimetrik taş görünümü izlenmiştir. Buna bağlı sağ üreter ve peivikaliksiyel yapılarda genişleme mevcuttur. Sağ üreter distal taşı ve buna bağlı sağ üreter ve pelvikaliksiyel yapılarda dilatasyon Sol üriner sistemde double j kateter görünümü" kayıtlı olduğu, üroloji servisindeki hasta takip formlarında tanı olarak sağ üreter taşı yazılı olduğu, 11.08.2011 tarihinde taburcu edildiği, 20.08.2011 tarihli üst batin ve pelvik BT raporunda; "... Sağ böbrek lokalizasyonları, boyutları, konturları ve parankim kalınlıkları normaldir. Sağ pelvikaliksiyel yapılar, kesitler dahilindeki her iki üreter normal sınırlarda olarak değerlendirilmiştir. Sol böbrek pelvikaliksiyel yapıları hafif dolgun olup, sol böbrekten mesaneye uzanım gösteren Doble J kateteri mevcuttur. Üriner sistemde net bir taş görünümü identifiye edilememiştir. sol böbrekten mesaneye uzanım gösteren Doble J kateterine ait görünüm" kayıtlı olduğu,

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Üreter taşı endoskopik yöntemlerle tedavi edilebileceği, 09.08.2011 tarihli BT raporunda sağ üst üreter kısmının genişlediğinin tespit edildiği, bu durumda endoskopi işlemi esnasında üreter taşının yerinden oynayabileceği ve böbreğe doğru hareket edebileceği, bu nedenle görülemeye-bileceği, daha sonra üreter genişlediğinden üreter taşı kendiliğinden düşebileceği, kişinin sol ureterine yapılan endoskopik görüntüleme üreterde darlık olduğu işlemi gerçekleştiren doktor tarafından ifade edildiği, ancak ameliyat öncesi görüntüleme sol ureter orifisinde darlığı gösteren bulgu olmadığı, sol üretere yapılan girişimin ve kateter takılmasının endikasyonu olmadığı, sol üreter için kişiye konulan tanı, yapılan ameliyatın tıp kurallarına uygun olmadığı oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Doğan Ünal,

Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1. Yanlış taraf cerrahisinden korunmak için hangi tedbirler alınmalıdır? Bu konuda mevzuat nasıldır?

Yanlış taraf cerrahisinden kaçınmak için takip edilmesi ve başvurulması gereken temel kaynaklar, "Sağlıkta Kalite Standartları Hastane" ve bu kılavuz ile uyumlu olarak hazırlanan "Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi" adlarını taşıyan kaynaklardır.

"Sağlıkta Kalite Standartları Hastane" nin yasal dayanağı "Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi Ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik" tir. Bu yönetmeliğin 4. maddesinin (f) fıkrasında, sağlıkta Kalite Standartları (SKS), Bakanlıkça, sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliği başta olmak üzere verimlilik, etkililik, etkinlik, süreklilik ve zamanlılık gibi hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik geliştirilen standartların tamamı olarak tanımlanmıştır.

Bu standartların nasıl uygulanacağı ise adı geçen yönetmeliğin 5. maddesinde şu şekilde açıklanmıştır:

"MADDE 5 – (1) Sağlık kurum ve kuruluşları; uygulamalarında sağlıkta kalite standartlarına uygun çerçevede düzenlemeler yapar. SKS esas alınarak yapılan öz değerlendirmeler ve sağlıkta kalite değerlendirmeleri kapsamında gerekli görülen iyileştirme faaliyetlerini gerçekleştirirler.

(2) Sağlık kurum ve kuruluşlarının uygulaması gereken sağlıkta kalite standartları ve bunlara ilişkin rehberler Genel Müdürlükçe hazırlanarak Bakanlığın internet sitesinde yayımlanır.

(3) Sağlık kurum ve kuruluşları, sağlıkta kalite standartları ve rehberlerinin yayımlandığı tarihten itibaren altı ay sonra sorumlu tutulurlar.

(4) Genel Müdürlük, sağlıkta kalite standartlarının etkinliğini artırmak amacıyla uygulamaya yönelik uzaktan ya da yerinde eğitim faaliyetleri düzenler ya da düzenlenmesini sağlar.”

Değerlendirmenin nasıl yapılacağı da 6. maddesinde aşağıdaki gibi düzenlenmiştir:

“MADDE 6 – (1) Bakanlık, sağlıkta kalite standartları doğrultusunda sağlık kurum ve kuruluşlarını değerlendirir.

(2) Sağlıkta kalite standartlarının hazırlanması, değerlendirme süreci ve değerlendiricilerin belirlenmesine ilişkin tüm iş ve işlemler Genel Müdürlükçe yürütülür.

(3) Değerlendirmeler her yıl, Bakanlığın belirlediği tarihlerde Bakanlıkça yapılır. İlgili yıldaki kalite puanı 95 ve üstü olan kurum ve kuruluşlar, öz değerlendirme sonuçlarını takip eden yılın Ocak-Haziran ayları arasında Bakanlığa göndermeleri durumunda o yıl değerlendirme yapılmaz ve mevcut kalite puanının geçerliliği devam eder. Ancak kurum ve kuruluşun talebi üzerine yeniden değerlendirme de yapılabilir.

(4) Değerlendirmeler önceden ilan edilen takvime ve Genel Müdürlükçe yayımlanan sağlıkta kalite standartları değerlendirme rehberine uygun olarak gerçekleştirilir.

(5) Sağlıkta kalite standartlarının tümü veya Genel Müdürlükçe belirlenecek bir kısmı ve/veya bölümler üzerinden değerlendirme yapılabilir.

(6) Sağlık kurum ve kuruluşları değerlendirme sonucunun tebliğinden itibaren somut delillerle birlikte en geç yedi gün içinde yazılı olarak Bakanlığa itiraz edebilir. İtiraz başvuruları, Bakanlıkça en geç otuz gün içerisinde sonuçlandırılır.

(7) Sağlık kurum ve kuruluşlarında kalite puanı, Genel Müdürlükçe yayımlanan sağlıkta kalite standartları puan hesaplama rehberine uygun şekilde hesaplanır.

(8) Sağlık kurum ve kuruluşlarının ilgili yılda aldıkları kalite puanları takip eden yılın sonuna kadar geçerlidir.

(9) Bakanlık, sağlık kurum ve kuruluşlarının kalite puanlarını ilan edebilir. Bu ilanın takip eden yılın ilk üç ayında yapılması esastır.”

“Sağlıkta Kalite Standartları Hastane” ismini taşıyan rehberin güncel baskısı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı'nın internet adresinde bulunan <http://kali-te.saglik.gov.tr/dosya/1-106404/h/skshastanesetiv5r1.pdf> linkinden indirilebilmektedir.

Bu rehberde SAH07 kodlu çekirdek standart “Cerrahi uygulamaların güvenliği sağlanmalıdır.” şeklindedir. Alt standartlar ise şu şekildedir:

SAH07.01: Operasyonlar öncesinde, cerrahi bölge işaretlemesi yapılmı durumu kontrol edilmelidir.

SAH07.02: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi; liste sorumlusu tarafından anestezi verilmeden önce, ameliyat kesisinden önce ve hasta ameliyathaneden çıkmadan önce uygulanmalıdır. (Bkz: Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi) (Ek: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi)


SAH07.03: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi hasta dosyasında muhafaza edilmelidir.

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Şekil. 1’de gösterilmiştir.

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi’nin daha iyi anlaşılması ve uygulanması amacıyla Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi yayınlanmıştır. Bu Rehber göre;

10. maddede, hastanın kendisinden kimlik bilgileri, ameliyatı, ameliyat bölgesi ve ameliyatı ile ilgili rızası doğrulandı mı? sorusu sorulmakta ve “Kontrol listesi sorumlusu, hasta ile birlikte sözlü olarak hastanın kimliğini, planlanan girişim türünü, ameliyat alanını ve ameliyat için rıza verilip verilmediğini kontrol eder. Bu tekrar gibi gözükse de ekibin yanlış hastayı veya hastanın yanlış tarafını ameliyat etmemesi veya yanlış girişim yapmaması için gereklidir. Hasta tarafından teyit yapılması mümkün değilse, örneğin bir çocuk veya zihinsel engelli hasta söz konusuysa, o zaman velisi veya hasta yakını bu görevi üstüne alabilir. Eğer veli veya hasta yakını da yoksa, bu adım atlanır ve kutu boş bırakılır.” denilmektedir.

Aynı rehberin 11. maddesinde ise Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı? sorusu altında, “Tüm vakalarda sürekli olarak cerrahi bölge işaretlemesi yapılması, doğru alan ve doğru girişimi teyit eden yedek bir kontrol sağlamak bakımından önemlidir. İşaretlemede dikkat edilmesi gereken hususlar şunlardır:

	GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ^{TR}	Hastanın Adı Soyadı	
		Ameliya/Bölgesi	
		Ameliyat Tarihi	

I. Klinikten Ayrılmadan Önce	II. Anestezi Verilmeden Önce	III. Ameliyat Kesinden Önce	IV. Ameliyattan Çıkmadan Önce
<p>1. Hastanın;</p> <input type="checkbox"/> Kimlik Bilgileri <input type="checkbox"/> Ameliyatı <input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi doğrulandı. <p>2. Hasta ameliyata yönelik rızasını teyit ettimi?</p> <input type="checkbox"/> Evet <p>3. Hasta aç mı?</p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır..... <p>4. Ameliyat bölgesi traş yapıldı mı?</p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Gerekli değil..... <p>5. Hastada makyaj/oje, protez, değerli eşya var mı?</p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır..... <p>6. Hastanın kıyafetleri tümüyle çıkarılıp ameliyat önlüğü ve bonesi giydirildi mi?</p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır..... <p>7. Ameliyat öncesi gerekli özel işlem var mı?</p> <input type="checkbox"/> Lavman <input type="checkbox"/> Mesane Kateterizasyonu <input type="checkbox"/> Varis Çorabı <input type="checkbox"/> Özel Tedavi Protokolü <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Hayır <p>8. Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlığı teyit edildi mi?</p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır..... <p>9. Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri mevcut mu?</p> <input type="checkbox"/> Evet <p>Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza</p>	<p>10. Hastanın kendisinden</p> <input type="checkbox"/> Kimlik Bilgileri <input type="checkbox"/> Ameliyatı <input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi <input type="checkbox"/> Ameliyatı ile ilgili rızası doğrulandı mı? <p>11. Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı?</p> <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> İşaretlenme Uygulanmaz <p>12. Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi tamamlandı mı?</p> <input type="checkbox"/> Evet <p>13. Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu?</p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hastanın Risk Değerlendirmesi <p>14. Hastanın bilinen bir alerjisi var mı?</p> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <p>15. Gerekli görüntüleme cihazları var mı?</p> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Gerekli Değil <p>16. Hastada kan kaybı riski var mı?</p> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var; operasyon damar yolu erişimi ve sıvı planlandı. <p>Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza</p>	<p>17. Ekipteki kişiler kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıttı mı?</p> <input type="checkbox"/> Evet <p>18. Ekipten bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini teyit etti mi?</p> <input type="checkbox"/> Evet <p>19. Kritik olaylar gözden geçirildi mi?</p> <input type="checkbox"/> Tahmini ameliyat süresi <input type="checkbox"/> Beklenen kan kaybı <input type="checkbox"/> Ameliyat sırasında gerçekleşebilecek beklenmedik olaylar <input type="checkbox"/> Olası anestezi riskleri <input type="checkbox"/> Hastanın pozisyonu <p>20. Profilaktik antibiyotik sorgulandı mı?</p> <input type="checkbox"/> Kesinden önceki son 60 dakika içerisinde uygulandı <input type="checkbox"/> Kullanılmaz <p>21. Kullanılacak malzemeler hazır mı?</p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <p>22. Malzemelerin Sterilizasyonu uygun mu?</p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <p>23. Kan şekeri kontrolü gerekli mi?</p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <p>24. Antikoagülan kullanımı var mı?</p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <p>25. Derin Ven Trombozu profilaksisi gerekli mi?</p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <p>Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza</p>	<p>26. Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü olarak</p> <input type="checkbox"/> Hasta, <input type="checkbox"/> Yapılan ameliyat, <input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi, teyit edildi. <p>27. Alet, spanç/kompres ve iğne sayımları yapıldı mı?</p> <input type="checkbox"/> Evet/Tam <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Sayım Uygulanmaz <p>28. Hastadan alınan numune etiketinde</p> <input type="checkbox"/> Hastanın adı doğru yazıldı <input type="checkbox"/> Numunenin alındığı bölge yazıldı <p>29. Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi?</p> <input type="checkbox"/> Anestezi uzman önerileri: <p><input type="checkbox"/> Cerrahin önerileri:</p> <p>30. Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölüm teyit edildi mi?</p> <input type="checkbox"/> Evet <p>Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza</p>

*Her bölüm, ilgili sorumlular tarafından sesli olarak kontrol edilerek işaretleme yapılmalıdır.

Şekil 1. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi

İşaretleme hekim tarafından, hasta ameliyathaneye götürülmeden yapılmalıdır.

- İşaretleme bölgesi hastaya doğrulatılmalıdır.
- İşaretleme, önceden belirlenen bir terminoloji ile yapılmalıdır.
- İşlem yapılacak bölge işaretlenmeli, birden fazla bölgede işlem yapılacaksa tüm bölgeler işaretlenmelidir.
- Kolaylıkla silinmeyecek şekilde işaretleme yapılmalıdır.
- İşaretleme, mümkünse cerrahi operasyon yapılacak bölgeye veya çok yakınına yapılmalıdır.

Aşağıda yer alan bazı istisnai durumlarda cerrahi bölge işaretleme yapılmayabilir.

- Tek organ olgularında (sectio, bypass vb.)
- Kateter/enstrüman yerleştirilen girişimler (kardiyak kateter vb.)
- Prematüre yenidoğanlardaki cerrahi işlemlerde (işaret kalıcı dövmeye neden olabileceğinden)
- "Müdahaleler sırasında"

bilgilerine yer verilmektedir.

Bu prensiplere göre hareket edilmediğinde hatalı işlem Cerrahi Hata Sınıflandırma Sistemi'ne göre kodlanmaktadır.

Görüldüğü gibi yanlış taraf cerrahisinden sakınmak için açıklayıcı rehberlerle birlikte oldukça ayrıntılı bir mevzuat oluşturulmuştur. Bu kurallara uyulması durumunda yanlış taraf cerrahisi ile ilgili hem hekim, hem de hastaya ait riskler en düşük seviyeye inmektedir.

2. Bu dosya hakkında bilirkşi olarak nasıl rapor yazarsınız?

Dosyadaki verilerden hareketle hastanın sağ üreter taşı olduğu, gerekli tetkiklerinin yapıldığı ve tedavi planının doğru yapıldığı söylenebilir.

Sağ üst üreter dilatasyonu nedeniyle üreterorenoskopi esnasında taşın böbreğe doğru kaçıp görülemediği bilgisi makul bulunmuştur. Bununla birlikte hastanın sol üreterinde taş olabileceğine dair veri sadece doktorun ifadelerinde geçmektedir. Doktor, ifadesinde direk grafide işlemden hemen önce ameliyathane de şüpheli bir opasite gördüğünü söylemektedir.

Diğer yandan ameliyat öncesindeki tetkiklerde sol üreter alt ucuna ait herhangi bir obstrüksiyon belirtisi bulunmamaktadır. Bu bilgiler ışığında sol üreterde taş şüphesi ve/veya sol üreter alt ucunda darlık olduğuna dair tatminkar bir kanıt olmadığı için yanlış tarafa müdahale edildiği izlenimi alınmaktadır.

Ayrıca yanlış tarafa müdahale riskini azaltmak için gerekli taraf işaretlemesi de yapılmamıştır. Oysa üreterorenoskopi işlemi, ilgili kılavuzlarda taraf işaretlemesinin yapılabileceği istisnai işlemlerden biri olarak düşünülmemiştir.

Sonuç olarak işlemden dolayı organ kaybı ve telafisiz hasar meydana gelmemiş, fakat doktorun sağ üreter alt uç taşını doğru teşhis edip doğru bir tedavi endikasyonu koymasına rağmen, “doğru taraf cerrahisi” kurallarına uymadığı ve bu nedenle sol üriner sistemdeki tanı ve işlemlerinin tıp kurallarına uymadığı değerlendirilmiştir.

3.5.4 YANLIŞ TARAFTA FITİK AMELİYATI

İDDİA

Hastaya 4 yaşındayken skrotal ve her iki inguinal bölge USG incelemesinde sol inguinal herni tespit ve teşhisi konulmuştur. Devlet Hastanesinde sağ herni inguinal sünnetsiz teşhisi konularak hastaneye yatırılmış ve aynı gün sağ herniotomi+circumcision ameliyatı yapılmıştır. Görüntüleme merkezi tespiti ile Devlet Hastanesinde ameliyat edilen bölge arasında farklılık olması nedeni ile Ultrasonografi incelemesi yapılmıştır. Burada varılan sonuç ise sol inguinal herni değerlendirmesidir. Devlet Hastanesindeki ameliyattan önce ve sonra yapılan kontrollerinde sol inguinal herni rahatsızlığı olduğu açıktır. Buna rağmen Devlet Hastanesinde hatalı olarak sağ herni inguinal ameliyatı yapılmıştır. Üstelik bu ameliyat çocuk cerrahisi tarafından yapılması gerekirken bu gereklilik de göz ardı edilerek ameliyat üroloji servisi tarafından gerçekleştirilmiştir. Devlet Hastanesi yönetim ve personelinin inanılmaz şekildeki ihmali ve sorumsuzluğu ile yanlış ve gereksiz bir ameliyat yapılmıştır.

SAVUNMA

Hastayı üroloji polikliniğinde sağ kasiğında şişlik şikayetiyle hastayı muayene yaptım. Anne bana “Doktor bey zaman zaman sağ kasiğında bir şişlik oluyor o şişlik olduğu zaman çocuk huzursuz olup ağlıyor” diye şikayette bulunmuştu. Bilgisayar programı nedeniyle kayıtlarda hidrosel+sağ inguinal herni görülmele birlikte benim bulgularım sonucu tanım sağ inguinal herni+sünnetsiz idi. Bu bulgularla da sağ fitik ameliyatı önerdim. Hasta yattığı zaman annenin yanında hastanın fiziki muayenesini yaptım. Yine sağ inguinal herni teşhisini koydum ve aynı teşhisle yatırdım. Solda fitiği düşündürecek herhangi bir şişlik yoktu. Fizik muayeneyle teşhis konacak bulgular mevcuttu. Ultrasona gerek görmedim. Fitik tanısı için fizik muayene yeterlidir. Yan tetkik olarak ultrason istemi şart değildir. Aile de kesinlikle kendi yaptırdığı bir ultrasonu bana vermedi hasta dosyasında da herhangi bir ultrason tetkiki yoktur. Sağ inguinal insizyon ile katları açtım. Kordonu askıya aldım. Herni kesesi kordana yapışık idi serbestleştirdim. Keseyi boynundan bağlayarak fazlasını kestim ve keseyi reddettim 3 adet bassini takviye sütür konarak katları anatomik yapıya uygun şekilde tekrar kapattım. Bilahare sünnetsiz olan hastanın sünnetini usulüne uygun olarak yaptım. Ameliyat sonrası dönemde herhangi bir sorun gelişmedi. O zamanlar da hastanın sol tarafından herhangi bir şişlik yoktu. Ayrıca ailede bana herhangi bir şikayette bulunmadı”.

BELGELER

Devlet Hastanesinde kişi hakkında düzenlenen tıbbi belgelerde; hastanın sağ inguinal hernisi olup doğuştan beri sağ kasıkta şişlik şikayeti olduğu, sünnetsiz olup muayenede sağ inguinal herni, mandalina cesamette yerleşimli kenarları düzgün. Ameliyat notu: sağ herniotomi+basisi+circumcision.

Testis ultrasonografi incelemesinde (post op.); "Her iki testis boyutları normal sınırlardadır. Sağ testis 13x8 mm sol testis 12,5x7,5mm ölçüldü. Her iki testis parenkim ekojenitesi tabii eko strüktürü homojen olup parenkimal patoloji izlenmedi. Her iki peritestiküler sıvı miktarı tabiidir. Sol inguinal kanal genişliği 7,4mm olup valsalva ile hafif hareketli barsak segmenti izlenmektedir. Herni ince barsak ansı skrotuma kadar ulaşmamaktadır. Sağ inguinal bölgede operasyona sekonder insizyon skarı mevcuttur. Sonuç; Sol inguinal herni" saptandı.

Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin raporunda; sol kasiğında şişlik şikayeti ile başvuran hastanın fizik muayenesi ve radyolojik değerlendirmeler doğrultusunda sol inguinal hernisi olduğu tesbit edilmiştir. Hastanın sağ inguinal bölgesinde eski insizyona ait skar dokusu vardır. (opere inguinal herni?)

Aynı hastanenin epikrizinde; sol inguinal herni nedeniyle transvers kesi ile herni kesesi bulunup eklerinden ayrılarak bağlandı, katlar kapatıldı komplikasyon olmadı denilmektedir.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Ön incelemeci; "Çocuk Fıtığı'nda tanı olguların büyük bir kısmında aile hikayesi ve fizik muayene ile konur. Fizik Muayene bulguların tanıyı yeterince desteklemediği olgularda ultrasonografik değerlendirme istenmesi genel kabul görmüş bir klinik antite olmamakla birlikte bir kısım hekimlerin tetkik tercihleri içerisinde yer aldığı artık görülmektedir. Hastalığın tanısı klinik değerlendirme ile konulur. Şüpheli olgular aile bilgilendirmesi yapılmak kaydı ile takip edilir ve tekrar fizik muayene yapılmak sureti ile tanısı kesinleştirilir. Daha önce kasık fıtığı olmuş bir hastada tekrar kasık fıtığının gelişmemesi gerekir. Ancak olguların %1'ne hastalığın nüksü söz konusudur. Nüks inguinal herni olguları sıklıkla olgunun fıtık boğulması gibi bir acil şartlar altında opere edilmesini takiben ortaya çıkar. Burada doku frajilitesi nedeni ile fıtık kesesinin bağlanması bir defekt yada konulan sürürün güvenli doku tutuşunu sağlayamaması söz konusu olabilir. Acil olmayan programlanmış bir cerrahi ile yapılan fıtık tamirlerinde nüks ihtimali daha düşüktür. Burada nüks sebepleri fıtık kesesinin iyi diseke edilememesi, yanlış teknik, iyi olmayan sütür materyali ile kesenin bağlanması gibi teknik nedenler olabileceği gibi kollajen doku hastalıkları gibi bazı hastalıkların varlığında da hastalık nüksü gözlenebilir. Hastalığın nüksü tamirden hemen sonra gözlenebileceği gibi bir süre sonra (bu birkaç haftayı bulabilir) da hastalık nüks edebilir.

Kasık fıtığı ameliyatlarında Rutin Cerrahi prosedür de fıtık kesesi çevre dokularından diseke edildikten sonra inguinal kanal iç delik ağzının en yukarı kesiminde kesenin bağlanması (yüksek ligasyon) şeklinde olacaktır. Yani kesenin çıkarılması değil bağlanması esastır. Ancak diseksiyon sonrası bir kısım fıtık kesesi dokusunun kesenin bağlanması sonrasında çıkarılması kuvvetle muhtemeldir. Kese operasyon sonrasında çıkarılsa da rutin bir tetkik olarak patolojik incelemeye gönderilmez. Kasık fıtığı nedeni ile ameliyat olmuş bir olgunun ameliyat öncesi dönemde fıtık olduğunu kanıtlayacak bir retrospektif metot mevcut değildir. Hasta dosyası, aile hikâyesi ve ameliyat notundan hareketle ameliyat öncesi tablo hakkında bilgi sahibi olunabilir. Kasık fıtığı cerrahisi çocuk yaş gurubu hastalarda kimin tarafından ameliyat edileceği hukuken tarif edilmemiş bir konudur. Ancak bu tür doğumsal patolojilerin çocuk cerrahisi uzmanları yanında bölge anatomisi ve hastalıkları hakkında bilgisi ve becerisi olan üroloji hekimlerince de yapılması yaygın olarak görülen ve kabul edilmiş bir durumdur. Çocuk Cerrahisi uzmanlığının ülkemizde 40 yıllık geçmişi olduğundan henüz her il ve büyük ilçe merkezlerinde çocuk cerrahisi uzmanları yoktur. Bu durumda çocuklarda görülen doğumsal patolojilerin tedavisinde üroloji uzmanları görev almaktadır. Bu ve benzeri konularda her iki uzmanlık dalı birbiri ile işbirliği içinde çalışarak hastalara hizmet vermeye devam edecektir. Olgunun ilgili dosyası incelendiğinde hasta ailesinin hekime sol inguinal herni hikayesi verdiği, her ne kadar bu tanının konulmasında pek yeri olmasa da ameliyattan önce yapılan ultrasonografik değerlendirmede sol inguinal herniden bahis edildiği dolayısı ile hastalığın sol taraf hastalığı olduğuna dair bir kanaat oluşmuştur. Burada hastalığın iki taraflı olması ihtimali söz konusu olabilir. Inguinal herni hastalığı %10 olguda iki taraflı olarak gözlenir. Ancak olguların tümü dikkate alındığında daha çok sağ (%60) yerleşimlidir. İlgili hekim ilk muayene sırasında hastada iki taraflı fıtık teşhisi koymuş olsaydı kabul notuna bilateral inguinal herni diye yazması gerekirdi. Eğer kabul notu sağ inguinal herni olarak yazılmış ise, hasta hikayesi ve ultrasonda belirtileri yön dikkatten kaçmış ise bir yön karmaşası yaşanmasına bağlı olarak sol taraf yerine sağ taraf açılmış olabilir. Sağ taraf eksplorasyonunda ise hekimin görmüş olduğu fıtık kesesi artığı olabilir. Hekimin sol yerine sağ inguinal herni notu ile kabul notu konup ameliyatının programlanması bundan sonraki aşamalarda da aynı kabulü ve cerrahiye ge-

tirmiştir diye düşünmekteyim” Adli Tıp Kurumu: USG bulgularına göre kişide sol inguinal herni mevcut olduğu, hastaya sağ inguinal herni nedeniyle ameliyat edildiği, daha sonra yapılan USG’de de solda fıtık olduğu belirtildiği dikkate alındığında yanlış yer açılarak müdahalede bulunulması nedeniyle ameliyatı yapan hekimin uygulamasının tıp kurallarına uygun olmadığı oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME-1

Yard. Doç. Dr. Bekir Aras, Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Çocuk fıtıkları nasıl tanı konulmalıdır? Ultrasonografi’nin yeri nedir?

Inguinal herni; prosesus vaginalis yaprakları arasında sıvı ile birlikte veya tek başına intraabdominal organ veya dokuların inguinal kanala fıtıklaşmasıdır. Klinik semptom veren inguinal hernilerin %60’ı sağda, %30’u solda ve %10-20’si de iki taraflıdır. Inguinal hernilerin %30’u 6 aydan önce %90’ı da 2 yaştan önce klinik belirti verir. Tanı öncelikle ailesel anemnez ve fizik muayene ile konur. Fizik muayenede veya hikayede çocuğun ağlaması, gülmesi, öksürmesi veya ıkınması ile inguinal bölgede beliren bir şişlik vardır. Şişlik çocuğun gevşemesiyle kendiliğinden veya üzerine inguinal kanala bastırıldığında kaybolur. Büyük çocukların muayene masası üzerinde ayağa kaldırılarak ikındırılması veya öksürtülmesi fıtığın ortaya çıkmasını sağlayabilir. Redükte edilebilen bir şişliğin varlığında tanı kesindir. Ek olarak muayenede spermatik kordonun kalınlaşmış olarak ele gelmesi veya genişlemiş fıtık kesesinden kaynaklanan ipeksi hissin parmak uçlarında alınması (ipek eldiven hissi), şişlik görülmesi bile herni tanısı konmasını sağlar.

Ailenin inguinal fıtığın varlığında ısrarlı olmalarına karşılık, cerrah bazen fıtığın varlığından kuşku duyabilir. Bu gibi bir durumda, hasta tekrar kontrole çağrılmalı veya bir yüzeysel ultrasonografi istenmelidir.

Diğer taraftan fıtıkların karşı testiste klinik vermeyen okkult fıtıkların varlığı taraf, yaş ve cinsiyete bağlı olarak yapılan eksplorasyonlarda % 6 tespit edilmiş (Wenk K, Sick B, Sasse T ve ark Incidence of metachronous contralateral inguinal hernias in children following unilateral repair — A meta-analysis of prospective studies. J Ped Surg. 2015;50(12):2147–54), farklı çalışmalarda bu oran %11’e kadar yükselmiştir. Bu oranlar tanı yöntemleri arasına kontralateral yüzeysel ultrason ve inguinal kanal eksplorasyonunda (açık-laparoskopik) eklenmesine yol açmıştır (Kaneda H, Furuya T, Sugito K ve ark. Preoperative ultrasonographic evaluation of the contralateral patent processus vaginalis at the level of the internal inguinal ring is useful for predicting contralateral inguinal hernias in children: a prospective analysis. Hernia. 2015;19 (4):595-8). Bu yöntemlerin dışında pnömoperitonum metakron inguinal fıtıkların teşhisinde kullanılabilir.

Ultrasonografi klinik vermeyen kuşkulu hernilerde ve risk faktörü olan (sol inguinal hernili, kız cinsiyet, 2 yaş altı) kontralateral metakron fıtıkların tespitinde kullanılabilir.

2- Çocuk fıtıkları kim tarafından tedavi edilmelidir?

Çocuk fıtıkları mümkünse pediatrik ürolog tarafından tedavi edilmeli ise de ülkemizde hem bu alandaki uzman sayısının azlığı hem de fıtık cerrahisinin üroloji ve çocuk cerrahi eğitiminde yaygın uygulanması nedeni ile ürolog ve çocuk cerrahları tarafından tedavi edilebilir.

3- Bu dosya hakkında bilirkşi değerlendirmeniz nasıl olur?

Olgu değerlendirildiğinde aile anemnezi ve preoperatif yapılan ultrasonografide sol inguinal herni olduğu cerrahın yaptığı fizik muayenede mandalina cesametinde sağ inguinal herni olduğu bildirilmiştir. Ultrason ve fizik muayenenin tek ortak noktası tek taraflı inspeksiyon ile görülebilecek cesamette kese içerisinde bağırsak ansının olduğu inguinal fıtığın olmasıdır. Bu olguda her ne kadar aile anamnezi ve radyolojik olarak ile sol inguinal fıtık olduğu söylenmiş olsada cerrah fizik muayene ile tespit ettiği ve belirgin büyüklüğe gelmiş olan fıtığı opere etmiştir. Hasta dosyasında radyolojik görüntülemenin olmaması ve dosyaya işlenmemesi hastane kayıtlarında olmadığı ve cerrahın ultrasonografiyi görmediği izlenimini vermiştir. Cerrah kendi fizik muayene bulgularını öncelikle dikkate almış ve ailenin belirttiğine göre sol kasıkta şişliği değerlendirmemiş gibi görünmektedir. Inguinal fıtık sıklıkla sağda ve % 10 olguda iki taraflı olarak gözlenir. Son yıllarda inguinal herni hastalarında bilateralite sıklığı ve klinik vermeyen

herninin tespiti ve ek cerrahi tedavisi ile ilgili tartışmalar devam etmektedir. Olguda cerrahi işlem sonrası yapılan ultrasonda inguinal kanal genişliği 7,4 mm olarak ölçülmüş 4 mm üzeri genişlik fıtık için tanı koydurucudur (Kervancıoğlu R, Bayram MM, Ertaskın I, Ozkur A. Ultrasonographic evaluation of bilateral groins in children with unilateral inguinal hernia Acta Radiologica. 2000;41(6):653-7.). İlk ultrasonda normal görülen kanal genişliği anestezi almış hastada saklı bir fıtığın belirginleşmesine neden olmuş olabilir. Her ne kadar hasta fıtık için ikinci bir operasyon geçirmiş olsa da literatürde occult fıtık ve bilateralite ihtimallerinden (%6,%10-20) dolayı bu oranların da gözardı edilemeyeceği kanaatindeyim.

DEĞERLENDİRME-2

YANLIŞ TARAF CERRAHİSİ VE GÜVENLİ CERRAHİ

Yrd. Doç. Dr. Güven Bektemür,

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

Yukarıdaki olguyu incelediğimizde hastanın ilk kabulünden operasyon safhasına kadar süreçlerde hastanede güvenli cerrahi prosedürlerinin uygulanmadığını ve dökümantasyon hatalarının olduğu görmekteyiz. Olguda sadece bireysel değil operasyonun yapıldığı hastaneyle ilgili de sistemsel eksiklikler de mevcuttur. Konuyla ilgili olarak Joint Commision International (JCI) Hastaneler için Akreditasyon Standatları Versiyon 5'te;

Yanlış taraf, yanlış işlem ve yanlış hasta cerrahisi, hastanelerde ürkütücü sıklıkta görülen bir olgudur. Bu hatalar; cerrahi ekibin üyeleri arasında etkisiz veya yetersiz iletişim, cerrahi yapılacak tarafın işaretlenmesi sürecine hastanın katılmaması ve ameliyat yerinin doğrulanmasına yönelik işlemlerin olmaması sonucunda meydana gelmektedir. Bunlara ek olarak; hastanın yetersiz değerlendirilmesi, tıbbi kayıtların yeterli ölçüde gözden geçirilmemesi, cerrahi ekip üyeleri arasında açık bir iletişimi destekleyen bir kurumsal kültürün olmayışı, okunaksız el yazısıyla ilgili sorunlar ve kısaltmaların kullanılması, hatalara sıklıkla katkıda bulunan faktörlerdir.

Cerrahi ve invaziv işlemler, insan vücudunun hastalıklarını ve bozukluklarını kesme, çıkarma, değiştirme veya tanısal/terapötik skopların sokulması yoluyla araştıran ve/veya tedavi eden bütün işlemleri içermektedir. Kurumların; hastane içinde cerrahi ve invaziv işlemlerin gerçekleştirildiği bütün alanları belirlemesi gerekmektedir; **örneğin**, kardiyak kateterizasyon laboratuvarı, girişimsel radyoloji bölümü, gastrointestinal laboratuvar ve benzerleri. Hastanenin doğru taraf, doğru işlem ve doğru hasta cerrahisini güvence altına almak için benimsediği yaklaşım, hastanenin cerrahi ve invaziv işlemlerin gerçekleştirildiği bütün alanları için geçerlidir.

Kanıtı dayalı uygulamalar, Joint Commission'ın (ABD) Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery™ (Yanlış Taraf, Yanlış İşlem, Yanlış Hasta Cerrahisinin Önlenmesine Yönelik Evrensel Protokol) adlı çalışması içinde tarif edilmiştir. Evrensel Protokolde yer alan elzem süreçler şunlardır:

- cerrahi tarafın işaretlenmesi;
- preoperatif bir doğrulama süreci; ve
- bir işleme başlamadan hemen önce gerçekleştirilen bir mola (son kontrol/ time-out).

Cerrahi ve invaziv işlem alanının işaretlenmesi süreci hastanın katılımını da içerir ve işaretleme ilk bakışta tanınabilecek şekilde yapılır. İşaretlemenin hastane çapında tek tip olması ve cerrahi işlemi gerçekleştirecek kişi tarafından yapılması şarttır; işaretleme mümkünse, hasta uyanık ve bilinçliyen yapılmalıdır ve hasta hazırlanıp örtüldükten sonra da işaret mutlaka görülebilir olmalıdır. Cerrahi tarafı işaretlemesi lateralite, çoklu yapı (el ve ayak parmakları, lezyonlar) ve çoklu seviye (omurga) içeren işlemlerin tümünde zorunludur.

Preoperatif doğrulama sürecinin amacı:

- doğru tarafın, işlemin ve hastanın teyit edilmesi;
- tüm ilgili dokümanların, filmlerin/görüntülerin ve tetkiklerin mevcut olduğunun, uygun bir şekilde etkilenmiş ve ekrana yansıtılmış olduklarının doğrulanması; ve
- gereken her türlü özel tıbbi teknolojinin ve/veya protezin/implantın mevcut olduğunun teyit edilmesidir.

Preoperatif doğrulama sürecinin, hasta preoperatif alana gelmeden önce tamamlanabilecek çeşitli unsurları vardır; Belgelerin, görüntüleme ve tetkik sonuçlarının ve gerekli evrakların mevcut ve uygun biçimde etiketlenmiş olmasının sağlanması ve cerrahi tarafının işaretlenmesi gibi. Esasen, preoperatif doğrulama sürecinin tamamlanması için mola (son kontrol/ time-out) zamanına kadar beklenmesi, cerrahi başlamak üzereyken evraklar ve görüntüleme sonuçları mevcut ve etiketlenmiş değilse, cerrahiye gereksiz yere geciktirebilir. Preoperatif doğrulamanın çeşitli kısımlarının bir kerden fazla ve farklı yerlerde gerçekleştirilmesi daha muhtemeldir. Örneğin, cerrahi onam cerrahın ofisinde alınabilir ve ardından, tamamlanan doğrulama preoperatif bekleme alanında gerçekleştirilebilir; cerrahi tarafı, preoperatif bekleme alanında işaretlenebilir ve doğru tıbbi teknolojinin mevcut olup olmadığının kontrolü ameliyathanede yapılabilir.

İşlemin başlamasından önce, bütün ekip üyeleri hazır bulunurken gerçekleştirilen mola (time-out), bütün yanıtlanmamış soruların veya kafa karışıklıklarının çözüme kavuşturulmasına olanak sağlar. Mola (time-out), işlemin yapılacağı yerde, işleme başlamadan hemen önce ve ameliyat ekibinin tamamının katılımıyla gerçekleştirilir. Hastanın mola (time-out) sürecine katılması şart değildir. Mola (time-out) sürecinin nasıl dokümanite edileceğini hastane belirler.

Ayrıca, ülkemizde Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan "Sağlıkta Akreditasyon Standartları-2015" hastane setinde konuyla ilgili olarak;

Cerrahi işlem öncesi; cerrahi bölge işaretlemesi yapılmalıdır. Cerrahi bölge işaretlemesinde aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir:

- İşaretlemeyi, cerrahi uygulamayı yapacak kişi veya ekipten bir hekim yapmalıdır. İşaretleme, hasta ameliyathaneye götürülmeden yapılmalıdır.
- Cerrahi bölge işaretlemesi bilinci açık hastalarda mutlaka hastanın uyanık ve bilinçli olduğu zaman diliminde yapılmalı ve işaretleme sırasında işaretleme yapılacak alan hastaya doğrulattırılmalıdır.
- İşaretleme daha önceden belirlenen, açık ve anlaşılır bir yöntem ile yapılmalıdır.
- İşlem yapılacak bölge işaretlenmelidir. Birden fazla bölgede işlem yapılacaksa tüm bölgeler işaretlenmelidir.
- İşaretleme, kolaylıkla silinmeyecek bir şekilde yapılmalıdır. Yapılan işaretleme cerrahi alan temizliği sırasında kaybolmamalıdır.
- İşaretleme, cerrahi yapılacak yere veya çok yakınına yapılmalı ve belirgin olmalıdır.
- Hastane tarafından cerrahi bölge işaretlemesine ilişkin kontrendikasyonlar belirlenmelidir. Kontrendikasyon bulunması durumunda cerrahi bölge ile ilgili doğrulama süreçlerinin nasıl uygulanacağı tanımlanmalıdır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından oluşturulmuş olan "Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi", Sağlık Bakanlığı, Performans Yönetimi ve Kalite Daire Başkanlığı tarafından 2009 yılında Türkiye'ye özgü geliştirilerek "Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi^{TR}" adı ile yayınlanmıştır.

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi^{TR} 4 bölümden oluşmaktadır:

1. Klinikten ayrılmadan önceki dönem (Klinikten Ayrılmadan Önce)
2. Anestezinin verilmesinden önceki dönem (Anestezi Vermeden Önce)
3. Anestezinin verilmesinden sonraki ve cerrahi insizyondan önceki dönem (Ameliyat Kesisinden Önce)

4. Hasta ameliyathaneden çıkarılmadan önce, yaranın kapanması sürecinde ya da kapanmasının hemen sonrasındaki dönem (Ameliyattan Çıkılmadan Önce)

- Kontrol listesini uygulamaya yönelik sorumluluklar her aşama için belirlenmeli ve Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin etkin bir şekilde uygulanması sağlanmalıdır.
- Anahtar faaliyetlerin yerine getirilmesini sağlamak için bütün adımlar sözlü olarak kontrol edilmelidir. Kontrol listesini uygulayan kişi her evrede listede belirtilen görevlerin tamamlanıp tamamlanmadığına bakmalı, görev tamamlanmışsa bir sonraki evreye geçişe izin vermelidir.
- Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi hasta dosyasında arşivlenmelidir.

3.5.5 SOL YERİNE SAĞ NEFREKTOMİ

İDDİA

Özel hastanede üroloji uzmanına müracaat eden müvekkilime sol böbreğin enfeksiyon riski taşıdığı, kist ve taş oluşturduğu, sol böbreğin sağ böbreğe de zarar vermesi riski olduğu bu nedenle sol böbreğin alınması gerektiği söylenmiştir. Müvekkilim ameliyatı kabul etmiştir. Ameliyat öncesi doktorlar hastanın yattığı kata çıkmamış, hastaya taraf cerrahisi işaretlemesi yapmamış ve hastayı görmemişlerdir. Ameliyatın ardından hasta yakınları, hastanın drenlerinin ameliyatı yapılması planlanan ve doktorlar tarafından iş göremez olduğu ve alınmasının gerekli olduğu sonucuna varılan, sol böbrek üzerinde değil de, hastanın sağ tarafında olduğunu fark etmişlerdir. Hasta yakınları hastaya bağlanan drenlerin ne sebeple hastanın sağ tarafında olduğunu merakla sormuşlardır, Ameliyatı yapan doktor ameliyatın zaten sağ böbrek nefrektomisi olduğunu, sağ böbreğin alındığını ve drenlerin o sebeple sağ tarafa bağlandığı cevabını vermiştir. Hasta yakınları, hastaya uygulanması gereken ameliyatın sağ nefrektomi değil de sol nefrektomi yapılacağı söylendiğinde doktor durumu şaşkınlıkla ve üzüntüyle karşılamış, hastaya uygulanan yanlış ameliyatı fark etmiştir. Hatalı organın alındığı fark edildikten sonra, ameliyatın yanlış yapıldığı hasta yakınlarına üzüntü ve şaşkınlıkla bildirilmiştir. Sonrasında yapılan karşılıklı görüşmeler neticesinde müvekkilin başka bir hastanede tedaviye devamı sağlanmış ve müvekkilin henüz yaşı genç, bekar ve hayatının baharında olan biri tarafından annesine kendi böbreği bağışlanarak hastanın hayata tutunması sağlanmaya çalışılmıştır.

SAVUNMA

Üroloji uzmanı: Hasta, hastane hemşiresi annesi olup yüksek tansiyon ve diabetes mellitus hastasıdır. Hastam, on yıl önce, sağ böbreğine açık taş ameliyatı ve sonrasında 10 kez ESWL (şok dalgaları ile taş kırma) ve 1 kez PNL (geniş taşları böbrekten çıkarmaya yönelik bir ameliyat) uygulandığını belirtmişlerdir. Hastanın her iki böbreğinde uzun zamandır var olan geri dönüşümsüz ilerleyici böbrek fonksiyon bozukluğu ve parankimal hastalık saptanmış, hipertansiyon, diabetes mellitus, hipotroidi gibi ciddi yandaş hastalıkları olan ve buna bağlı olarak yan ağrıları, halsizlik gibi kronik şikayetleri bulunan hastanın kontrolsüz hipertansiyon, üriner enfeksiyona bağlı sepsis, inme-felç gibi serebrovasküler hadiseler açısından risk altında olduğu tıbben anlaşılmıştır. Bu riskleri ortadan kaldıracı medikal bir yaklaşım veya böbreklerde düzeltilebilir bir girişimin mümkün olmaması üzerine nefrektomi endikasyonu yoluna gidilmek zorunda kalınmıştır. "Sol böbreğin alınmasına dahi tıbben gerek yokken" ifadeleri doğru ve haklı değildir. Yanlış taraf cerrahisinden sorumlu tutulmam mümkün değildir. Davacı kızı, ameliyatın yapıldığı hastanede uzun zamandan beri hemşire olarak çalışmaktadır. Ameliyat hakkında hasta yakını olarak onunla da görüşülmüş, davacılar ameliyatın laparoskopik olmasını istemiştir. Hastanın ameliyathaneye tesliminin de yine hemşire kızı tarafından gerçekleştirildiği tutulan "Ameliyathaneye Hasta İstem Formu"nda sabittir ve hatta bu form davacı tarafça mahkemeye sunulan eklerin içinde yer almaktadır. Bu formda da görüleceği üzere hasta, taraf cerrahisi yapılmaksızın ameliyathaneye teslim edilmiş ve ardından da ameliyat başlamıştır. Dolayısıyla davacıların yanlış taraf cerrahisi uygulandığı yönündeki iddiaları gerçeği yansıtmamaktadır. Normal şartlarda herhangi bir hastanın taraf işareti olmadan ameliyathaneye girmesi, hatta servisten çıkması mümkün değilken hemşire kızı kendi insiyatifi ile hastayı işaretsiz olarak ameliyathaneye bizzat götürmüş ve yine ameliyathaneye alınmasını da kendisi sağlamıştır. Bunun ardından, üroloji kliniğinde yatan hastalara ziyaret yapmakta olan müvekkile hastanın ameliyathaneye alındığı haberi verilmesi üzerine müvekkil apar topar ameliyathaneye gitmek zorunda kalmıştır. Hastaya taraf işareti uygulanamamış, hatta bu hususta harekette bulunmak üzere müvekkile yahut diğer personele zaman dahi tanınmamıştır. Buna rağmen tıbbi müdahalede hata yapılmamış, fonksiyon bozuklukları değerlendirilerek sağ böbrek alınmıştır. Dava konusu olayın müsebbibi bizzat davacının hemşire kızıdır. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği 132. maddede de hastaların tedaviye hazırlanması hemşirelerin görevleri arasında sayılmıştır. Bu durumda hastanın hemşire kızının kusurlu davranışı sonucunda müvekkile kusur izafe edilmesi mümkün değildir. Hatalı bir tıbbi uygulama yoktur. Hastanın mevcut fonksiyon bozuklukları nedeniyle tedavi sıralamasında değişiklik meydana gelmiştir.

Anestezi uzmanı: Görevim anestezi ile ilgili kısımlardı. Cerrahi kısım benim bir ilgim bulunmamaktadır. Ameliyat zamanı hastayı ameliyathaneye hastanede hemşire olarak çalışan kızı getirdi. Geldi-

ğinde ameliyata ilişkin cerrahi taraf işaretlemesi yapılmamış. Normalde kapıda bu husus tespit edilince hastanın servise geri gönderilip eksikliğin tamamlanması gerekir. Bu husus hastayı getiren kızı olduğu için atlanmıştır. Cerrah gelerek cerrahi incelemelerini yaptı.

BELGELER

Ameliyat öncesi USG raporunda; sol böbrek aksı yaklaşık 85 mm olup, boyutunun fizyolojik alt sınırlarda izlendiği, sol böbrek parankim kalınlığının 8 mm kadar olup normalden ince izlendiği, sol böbrekte 1 cm kadar çaplı kalkül, 2.5 cm çaplı anekoik basit kist izlendiği, sağ böbrek parankim ekojenitesi grade 1, sol böbrek parankim ekojenitesi grade 1-2, renal parankimal hastalıkla uyumlu artkın görünümde izlendiği, mesane orta dolu iken yapılan incelemede sağ böbrek pelvikalisyel sistemi grade 1-2 hidronefrozla uyumlu dilate izlendiği,

Dinamik böbrek sintigrafisi raporunda; konsantrasyon fonksiyonu azalmış, eksresyon fonksiyonu normal sağ böbrek, konsantrasyon fonksiyonu sağa göre belirgin azalmış, eksresyon fonksiyonu normal, normalden küçük boyutlarda ve normalden düşük % fonksiyon değeri olan sol böbrek,

Hastanenin ameliyat öncesi değerlendirme formunda; sol nefrektomi planlanan hastanın Norvasc ve Coraspin kullandığı, Coraspin'i 10 gündür almadığı, Diyabet ve Kalp Hastalığı mevcut olduğu, daha önce sağ nefrolitotomi geçirdiği, 10 yıl önce geçirilmiş SVO öyküsü bulunduğu,

Epikriz: 2004 yılında sağ böbreğe açık taş ameliyatı sonrasında 10 kez eswl hikayesi ve 1 kez PNL. Tekrarlayan İYE nedeniyle daha önce tedaviler yapılmış, yan ağrısı şikayetlerinin hep mevcut olduğunu ifade ettiği, yapılan tetkiklerde; CRP: 0.11, Glukoz: 243, Hgb: 10.7, WBC: 13, PLT: 187, Kreatinin: 1.99, K: 4.9, INR: 0.94, Sedim: 33, Na: 137, TİT'te Bil: (-), dansite: 1010, glukoz: (-), nitrit: (-), protein: (-), ürobilinojen: normal, pH: 6 olduğu, 28.08.2013 tarihinde GAA'da hastaya sağ lomber pozisyonda rektus fasiası lateralinden yapılan 1 cm insizyonla kombine tetkikle 11 mm optik trokar yerleştirildiği, optik eşliğinde sağ ve sol trokarlar yerleştirildiği, toldt line'a yapılan insizyonla periton ve barsaklar düşürüldüğü, böbrek gerota fasiası daha önce geçirilmiş olan cerrahi işlemler nedeniyle anatomisi bozuk ve çevre dokulara yapışık olduğu, 10 mm'lik ligasure, endodisektör, aspiratör yardımı ile yumuşak ve sert diseksiyonlarla yapışıklıkların açıldığı, atrofik böbrek hilumunun sebestleştirildiği, böbreğin çevre dokulardan ayrıldığı, trokar giriş insizyonu genişletilerek böbreğin çıkartıldığı, loja slikon dren konulduğu, insizyonun usulüne uygun kapatılarak işleme son verildiği, 29.08.2013 tarihli tetkiklerde; Kreatinin: 3.08, Kreatinin Klirens Testi (24 saatlik idrar): 7.25, Üre: 75, CRP: 9.51, Hgb: 8.67, WBC: 9.38, PLT: 54.4, 31.08.2013 tarihli tetkiklerde; Kreatinin: 4.55, K: 4.31, Na: 135, Tot Prot: 5.8, Üre: 98 olduğu,

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi: Liste sorumluları imzası olduğu, "Klinikten Ayrılmadan Önce" bölümünde hastanın ameliyat bölgesinin doğrulanmış olduğu, "Anestezi Verilmeden Önce" bölümünde hastanın kendisinden ameliyat bölgesinin doğrulanmış olduğu, ameliyat bölgesinde işaretleme mevcut olduğu, "Ameliyat Kesisinden Önce" bölümünde ekipten bir kişinin sesli olarak hastanın kimliği, yapılan ameliyatı ve ameliyat bölgesini teyit etmiş olduğu belirtildiği, aynı tarihli taraf cerrahisi alarm fişi ve basit nefrektomi aydınlatılmış onam formunda hastanın doktoru ve hasta imzası bulunduğu,

Ameliyathane hasta güvenliği takip formu: Nefrektomi operasyonu planlanan hastanın cilt temizliğinin sağ böbrek (yan) için yapıldığı, sol lateral pozisyon verildiği, anestezi öncesi hasta değerlendirme formunda; sağ lateral pozisyonda olduğu,..

Patoloji raporu: Sağ böbrek materyalinin patolojik incelemesinde kronik pyelonefrit, pelvis ve kaliseslerde kısmen genişleme tespit edildiği,

Dosyada ekli graflerin Adlı tıp kurulunda incelenmesinde; IVP lerde batın BT'de her iki böbrekte radyoopak kalkül imajları olduğu, sol böbreğin küçülmüş olduğu ve konturlarının düzensiz olduğu, sağ böbrekte kompensatuar hipertrofi izlendiği, sağ toğlayıcı sistemin geniş izlendiği ...

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Hastaya sol nefrektomi planlandığı ancak sağ nefrektomi yapıldığı anlaşılmaktadır ki bu durum tıbbi hatadır. Yanlış taraf ameliyatının yapılmasından güvenli cerrahi kontrol listesini doğru ve kural-lara uygun işletmeyen hastane idaresi, hastanın hekimi, servis ve ameliyathane sorumlu hemşireleri sorumludur.

Hastanın her iki böbreğinde de kronik pyelonefrit ve parankim hastarı olduğu, hasar oranının sağ tarafta daha fazla olduğu anlaşılmaktadır. Her ne kadar sol yerine sağ böbrek alınmışsa da alınan sağ böbrek de fonksiyon kaybı olan hasarlı bir böbrektir. Planlandığı gibi sol böbrek alınmış olsa ve hasta sağ böbrekle yaşamına devam etseydi, hasta ileride dializ ve böbrek nakline aday olacaktır.

DEĞERLENDİRME

Uz. Dr. Mustafa Gürkan Yenice, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği

1. Hasta güvenliği ilkeleri nelerdir?

Tıpta temel prensip öncelikli olarak hastaya zarar vermemektir. Bu prensibin cerrahi bölümlerdeki ilk adımını güvenli cerrahi oluşturmaktadır. Bu amaçla sağlık bakanlığı tarafından oluşturulmuş 2015 Temmuz'da revize edilmiş Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi bulunmaktadır.

Bu rehber cerrahi tedaviyle ilgili süreci dört ayrı aşamada ele almaktadır.

a. Klinikten Ayrılmadan Önce:

Kontrol listesi sorumlusu, mümkünse hasta ve hekim ile birlikte sözlü olarak; hastanın kimliğinin teyit edilmiş olduğunu, girişimin ve müdahale yerinin doğru ve işaretlenmiş olduğunu, ameliyat için rızanın verilmiş olduğunu, hastanın açlığı, ameliyat bölgesi traşı, hastanın vücudunda yabancı bir madde olup olmadığını (makyaj, oje, protez vs.), ameliyat öncesi özel bir işlem gerekliliğini, hastanın tüm tetkik sonuçları ile birlikte ameliyathaneye gitmek için hazır olup olmadığı hususlarını kontrol etmelidir.

b. Anestezi Verilmeden Önce

Bu aşamada kontrol listesi sorumlusu tarafından sözlü olarak; hastanın kimliğinin teyit edilmesi, girişimin ve müdahale yerinin doğrulanması, ameliyat için rızanın verilmesi, ameliyat yerinin işaretlenmesi (istisnai durumlar dışında), tüm vakalarda sürekli olarak cerrahi bölge işaretlemesi yapılması, doğru alan ve doğru girişimi teyit eden yedek bir kontrol sağlamak bakımından önemlidir. İşaretlemede dikkat edilmesi gereken hususlar şunlardır:

- İşaretleme hekim tarafından, hasta ameliyathaneye götürülmeden yapılmalıdır.
- İşaretleme bölgesi hastaya doğrulanmalıdır.
- İşaretleme, önceden belirlenen bir terminoloji ile yapılmalıdır.
- İşlem yapılacak bölge işaretlenmeli, birden fazla bölgede işlem yapılacaksa tüm bölgeler işaretlenmelidir.
- Kolaylıkla silinmeyecek şekilde işaretleme yapılmalıdır.

Aşağıda yer alan bazı istisnai durumlarda cerrahi bölge işaretlemesi yapılmayabilir.

- Tek organ olgularında (sectio, bypass vb.)
- Kateter/enstrüman yerleştirilen girişimler (kardiyak kateter vb.)
- Prematüre yenidoğanlardaki cerrahi işlemlerde (işaret kalıcı dövmeye neden olabileceğinden)
- Müdahaleler sırasında

c. Ameliyat Kesisinden Önce

Bu aşamada her bir ekip elemanı kendini isim ve görevi ile birlikte tanıtmalıdır. Birlikte bir ameliyat gününün ortasında olmaları halinde, ekip ameliyat odasındaki her-kesin birbiri tarafından bilindiğini basit bir şekilde teyit edebilir. Ekip, cilt veya ameliyat kesisi öncesinde;

- Doğru hasta üzerinde ve doğru yerde, doğru ameliyatı gerçekleştirdiklerini sesli olarak teyit etmelidir.
- Ameliyat planlarının kritik unsurlarını kontrol listesindeki soruların rehberliğinde sözel olarak gözden geçirmelidir.
- Önceki 60 dakika içerisinde profilaktik antibiyotiklerin uygulanmış olduğu, ameliyat süresince kan şekeri kontrolünün gerekliliği, varsa antikoagülan kullanımı ve derin ven trombozu profilaksisinin gerekliliği hususlarını sözel olarak kontrol etmelidir.

d. Ameliyattan Çıkmadan Önce

Burada amaç, önemli bilgilerin, hastanın ameliyat sonrası bakımından sorumlu olan bakım ekiplerine aktarılmasını kolaylaştırmaktır. Son kontrol, cerrahi hemşiresi, cerrah ya da anestezi görevlisi tarafından başlatılabilir ve cerrah ameliyat odasını terk etmeden tamamlanmalıdır.

- Gerçekleştirilmiş olan ameliyat, spanç (tampon) ve aletlerin sayımının tamamlanması ve alınan bütün cerrahi numunelerin etiketlenmesi
- Aletlerdeki işleyiş bozuklukları ve ilgilenilmesi gereken tüm diğer sorunlar
- Hastayı ameliyat odasından çıkarmadan önce, ameliyat sonrası yönetim ile ilgili kritik hususları ve düşünceleri gözden geçirmelidir. Gerekirse yazılı olarak özel notlar eklenebilir.

Kontrol listesinin özellikle 2., 3. ve 4. bölümlerinin başarılı olması için tek bir kişinin yönetiminde olması tercih edilmelidir. Bir ameliyat odasının karmaşık düzeninde, ameliyat öncesi, ameliyat içi ve ameliyat sonrası hazırlıklar esnasında adımların herhangi biri gözden kaçırılabilir. Kontrol listesinin her adımının tamamlandığını teyit ettirecek bir tek kişinin görevlendirilmesi, ameliyatın bir sonraki aşamasına geçilirken yaşanan süreçte, hiçbir güvenlik adımının atlanmadığının garantilenmesi bakımından önemlidir.

Kontrol listesi sorumlusu, her bir adım tatminkâr bir şekilde tamamlanana kadar ekibin bir sonraki aşamaya geçmesini önleyebilir ve önlemelidir. Ancak bunu yaparken diğer ekip üyelerini yabancılaştırabilir ya da rahatsız edebilir. Bu nedenle hastaneler, bu rol için kimin uygun olduğuna dikkatlice karar vermelidir. (Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi, Versiyon 2; Revizyon 00, 2.Baskı: Ankara, Temmuz 2015).

2. Hasta güvenliğinden kimler sorumludur? Mevzuat ile uygulamalar arasında tutarlılık ne derecededir?

Hasta klinikten ayrılmadan önceki kontrolü için en az hemşire veya sağlık görevlisinin orada olması gerekir. Bu aşamada cerrah da kontrole katılabilir.

Anestezi verilmeden önceki kontrol için en az bir anestezi görevlisinin ameliyathanede bulunması gerekir. Kontrol listesi sorumlusu, anestezi hazırlıklarının akışına bağlı olarak bu bölümü bir kerede veya sıralı olarak doldurabilir

Ameliyat kesisinden önce her bir ekip elemanı kendini isim ve görevi ile birlikte tanıtmalıdır. Birlikte bir ameliyat gününün ortasında olmaları halinde, ekip ameliyat odasındaki herkesin birbiri tarafından bilindiğini basit bir şekilde teyit edebilir.

Ameliyattan Çıkmadan Önce cerrahi hemşiresi, cerrah ya da anestezi görevlisi tarafından başlatılabilir ve cerrah ameliyat odasını terk etmeden tamamlanmalıdır. (Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi (Versiyon 2; Revizyon 00) 2.Baskı: Ankara, Temmuz 2015)

Bu vaka değerlendirildiğinde hastanın güvenli cerrahi kılavuzunda belirtilen maddelerin usule uygun yerine getirilmediği görülmektedir. Hastanın klinikten ayrılmadan önceki cerrahi taraf kontrolünün hekim ve servis hemşiresi tarafından usule uygun uygulanmadığı, hastaya anestezi verilmesine kadar olan süreçte kontrol listesi sorumlularının taraf kontrolünü usulünce teyit etmedikleri, ameliyat kesisi öncesi başta hekim olmak üzere ekibin tarif edilen kontrolleri yapmadığı anlaşılmaktadır. Son olarak ameliyat sonunda basta hekim olmak üzere cerrahi ekip tarafından son kontrollerin yapılmadığı görülmektedir.

3. Bu dosya hakkında bilirkişi raporunuz nasıl olurdu?

Hastanın ameliyat öncesi yapılan tetkikleri incelendiğinde hastanın her iki böbreğinde kronik piyelonefrit ve parankim hastalığı olduğu, fonksiyon kaybının sintigrafi tetkik sonrası sol böbrekte daha fazla olduğu ve sağ böbrekte kompensatris hipertrofi olduğu görülmüş ve kontrolsüz HT, sepsis ve SVO risklerinin olduğu belirtilen hastaya sol nefrektomi planlandığı ifade edilmiştir.

Bu riskleri ortadan kaldıracabilecek medikal yaklaşım ve düzeltilebilir böbrek girişiminin mümkün olmadığı hükmü üroloji ve nefroloji hekiminin ortak değerlendirmesi sonrası yoruma açık bir karardır. Hastanın güvenli cerrahi kontrol basamaklarında ihmaller göze çarpmaktadır. Hasta yakınının sağlık personeli olması nedeniyle bu basamaklarda yapılan ihmaller profesyonellikten uzak bir yaklaşımı sergilemektedir. Cerrahi güvenlik kontrolünün birinci basamağında hekim tarafından cerrahi taraf işaretlenmesinin yapılmadığı ve servis hemşiresi tarafından sözlü olarak girişim ve müdahale yerinin doğru işaretlenmesini kontrol etmediği ve ameliyathane personelince hasta kabulünün usule uygun yapılmadığı görülmektedir. Anestezi verilmeden önce ve cerrahi kesi öncesi hekim ve cerrahi hemşiresi tarafından cerrahi taraf kontrolünün sözlü beyan ile yapılmadığı anlaşılmaktadır. Ve son olarak hekimin yapılan hatayı hasta yakınlarının uyarısıyla fark etmesi 4. Basamak ameliyat sonrası kontrolün ihmal edildiğini göstermektedir. Ameliyat öncesi hastaya bilgi verilen ve onamı alınan taraf dışında farklı taraf cerrahisinin uygulanması kabul edilebilir bir tıbbi ve etik durum değildir.

3.5.6 VARİKOSELEKTOMİDE YANLIŞ TARAF AMELİYATI

İDDİA

Devlet Hastanesinde yapılan muayene ve ultrason (skrotal doppler us) sonucuna göre tarafıma “sol varikozel” tanısı konulmuştur. Bunun üzerine Devlet Hastanesi Üroloji Servisi’ne “sol varikozel” tanısı ile ameliyat olmak üzere yatış yaptım. Ameliyathanede hekim ve ekibine sol tarafımdan ameliyat olmam gerektiğini sözlü olarak beyan ettim. Aynı gün ameliyattan bir kaç saat sonra uyandıgımda sol yerine sağ tarafımdan ameliyat edildiğini fark ettim. Hemşirelere konuyu iletmeme rağmen netice alamadım ve ameliyatımı yapan hekime de ulaşamadım. Ertesi sabah rutin kontrol sırasında ameliyatımı yapan hekime durumu bildirdim ve bana yanlışlıkla sağ tarafımın ameliyat edildiğini sözlü olarak beyan etti ve hastaneden çıkmak istememe rağmen yazılı iznim alınmadan apar topar aynı gün tekrar ameliyata alındım. Tarafıma dikkatsiz ve özensizce davranılarak yanlış taraf cerrahisi uygulanmıştır.

İkinci ameliyat sonrasında öğleden sonra hasta dosyamı incelediğimde daha öncesinde konulmuş olan “sol varikozel” tanısının elle değiştirildiğini, hasta tabelasında ve diğer dokümanlarda elle tahrifat yapılarak tanının bilateral varikozel (iki taraflı) olarak değiştirildiğini ve ayrıca ultrason sonucunda yazan sağ varikozel yoktur ibaresindeki “yoktur” kelimesinin üzerinin karalandığını fark ettim. Doktor, hatasını kapatmak için tanıyı değiştirmiştir. Devlet Hastanesi Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik’ in 6. maddesi e bendi gereğince “Sağlık Kurumu tarafından cerrahi güvenliğin sağlanması hususunda gerekli tedbirleri alır ve düzenlemeleri yapar” maddesi ihlal edilmiştir (hasta dosyasının iyi incelenmemesi, ameliyat edilecek yerin işaretlenmemesi). Devlet Hastanesi Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Formu 2. Bölümü 11. Maddesi’nde yer alan Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı sorusu “var” olarak işaretlendiği halde her iki ameliyat öncesinde de ameliyat edileceğim tarafta herhangi bir işaretleme yapılmamıştır. Tarafıma yapılanlar suç teşkil ettiğinden şüpheliler hakkında gerekli kovuşturmanın yapılarak cezalandırılmaları için gereğini arz ve talep ederim.

SAVUNMA

Hastam devlet hastanesi skrotal yakınmalar nedeniyle tarafımda muayene edilmiştir. Muayene sonucuna göre sol tarafta elle fark edilebilir varikozel hastalığı olduğunu ve sağ tarafta şüpheli varikozel olabileceğini düşünerek skrotal doppler ultrasound tetkiki istedim. Hastam ultrasound incelemesine gün almış ve çekim sonrası tetkiki tarafıma göstermiştir. Bu görüşmede hastanın yanında babası da vardı. Ben sol varikozel hastalığı tanısıyla hastama operasyon önerdim. Varikozel hastalığının zaman içinde erkeklerde testislerin üreme fonksiyonu üzerine zarar verebileceğini ve bu nedenle de genç erkeklere operasyonun gerekli olduğunu hastama söyledim. Operasyonda testis fonksiyonlarına zarar verecek bir durumun olmadığını ve olası komplikasyonlar hakkında bilgilendirdim. Hastamda operasyon olmayı istedi, operasyon günü belirleyip ayaktan operasyon tahlillerini istedim. Ultrasound raporunu şahsa verdim. Operasyon günümdeki listemde sekiz hasta mevcuttu. Hastam saat yedinci hasta olarak ameliyata alındı. Hastam ameliyathaneye alınca, açık cerrahi hemşireleri hastanın hazırlık safhasında ne ameliyat yapılacağını özel bir isteğimin olup olmadığını sordu. Ben sol varikozel operasyonu yapacağımı ve başka özel bir hazırlık gerekmediğini söyleyip operasyon için yıkanıp hazırlanmaya gittim. Şahsi hazırlığımı yapıp operasyon odasına geldim. Hastam genel anestezi almış ve cerrahi olarak örtülmüştü. Operasyona olağan bir şekilde yardımcı hemşirelerle beraber başladım. Operasyonu yapılacak Vena spermatika intemaları (varisli damarları) bağlanma ve eksizyon öncesi, her operasyonda yaptığım gibi kontrol ettim. Variköz genişlemeler görüldükten sonra variköz damarları bağlayıp eksizyonunu yaptım. Bu aşamada bu damarlarda varis olmadığı yönünde cerrahi deneyimlerime göre bir şüphe olmamıştır. Hastanın operasyonunun bitimine yakın operasyon kayıtları için kayıt hemşiresi hastalığın ne olduğu ve hangi taraf olduğunu ameliyat ekibime sordu ve hemşire hanımlar hastaya sol varikoselektomi yapıldığını söyledi. Hastanın operasyonunun bitimiyle ben diğer hastamın operasyonuna hazırlanmaya başladım. Yapılan kontrol muayenede sağ varikozel operasyonun yapıldığını sol varikozel operasyonun yapılmadığını hastama belirttim. Bu görüşmede hasta ve babası bulunuyordu. Yapılan ameliyatın zarar verici bir işlem olmadığı testis fonksiyonları üzerine olumlu etkisi olduğu ve operasyon esnasında genişlemiş damarları tesbit ettiğimi izin verildiği takdirde sol varikozel operasyonunda hemen lokal anestezi altında yapabileceğimi söyledim. Sonra hastam ve babası operasyonu kabul etti, hatta hastam mümkünse genel aneste-

zi verilmesini talep etti. Ben de anestezi uzmanı arkadaştan yardım istedim. Sol varikozel operasyonunu yardımcı hemşire arkadaşım ile yaptım. Belgeler üzerinde tahrifat olarak hakkıma isnat edilen suçlamaları kabul etmiyorum. Hasta tabelasında ilk operasyona göre sol varikozel işlenmiştir. İkinci kez operasyon durumunda kalınca yapılan iki operasyonu belirtecek isimlendirmeyi kullandım. Yani bilateral varikozel isimlemesi iki taraf hastalığını gösterir. Burada bir gizleme veya olayı örtbas etme durumu yoktur. Ultrasonud evrakında tahrifat yaptığıma yönelik suçlamalara katılmıyorum. Ultrasonud incelemesi endirek tanı yöntemidir, objektif değildir, kişisel farklı yorumlar sebebiyle subjektiftir. Direkt gözle tanının üzerinde tanı yöntemi bulunmamaktadır. Hastamın ilk operasyonunda gördüğüm venlerle ikinci operasyonunda gördüğüm venler arasında belirgin farkın olmaması nedeniyle raporda sağ tarafta hastalık yoktur sözcüğünün yerinde bir tarif olmadığını düşünmem sebebiyle üzerini çizdim. Burada belirtmek istediğim konu şudur; Bahse konu olan evrak devlet hastanesi bilgisayar sisteminde kayıtlıdır, benim buraya müdahale etmem mümkün değildir. Olaya sonradan dahil olduğunu öğrendiğim sağlık bakanlığında çalıştığını söyleyerek devlet hastanesi personeli üzerinde baskı oluşturarak benim iznim ve bilgim olmadan hasta dosyasını inceleyerek çeşitli fotokopiler aldığını sonradan öğrendiğim, hastamın kardeşi olan şahıs eğer tarafımla görüşseydi, hasta yatışından önce yapılan Ultrasonud raporu benzeri evrakları taburcu olurken hastaya verildiğini öğrenecekti. Yardımcı servis hemşirelerim yatış öncesi film tetiklerini hasta ve yakınlarına taburcu olma durumunda benden izin beklemeden vermektedirler. Ben bu şekilde işlem gören ve kişisel yorumları içeren bir evrakta tahrifat yaparak neyi saklamaya çalışacağımı taktirlerinize sunuyorum. Olaya benzerliğini düşündüğüm bir iki örnek vermek istiyorum. Ultrasonik inceleme ile sol testisinde kanser raporlanan bir şahısa cerrahi müdahalede sağ testis eksplorasyonu yapılsın, operasyon öncesi direkt gözlem yapan cerrah şahsi deneyimlerine göre sağ testiste yüzeysel tümör fark etti. Bu durumda ultrasonud raporunda belirtilmiyor düşüncesiyle müdahale yapmamalı mı? Sağ alt üreter taşı raporlanmış bir hastaya müdahale yapan cerrah sol üreterde ufak taş tesbit etti. Bu taş müdahale etmemeli mi? Tabiki hastaya zarar vermeme şartıyla hasta lehine olacak müdahale etmelidir. Ben ortalama senede 200-300 operasyon yaparım, toplam görev sürem olan 10 yıl içinde 2000-3000 operasyon yapmış ürolog cerrah olarak hastalarımı yaklaşımlım bu şekilde olmuştur. Böyle bir olayla ilk defa karşılaşıyorum. Hastama zarar vermediğimi aksine sub klinik düzeyde olan bir sorununu çözerek ileride karşılaşacağı önemli olduğunu düşündüğüm infertilite (çocuk sahibi olamama) sorunuyla karşılaşma oranının azalması nedeniyle vicdanen rahat olduğumu belirtiyorum, gereğini yüksek makamınızın takdirine bırakıyorum.

BELGELER

Devlet Hastanesi Tıbbi Belgelerinde; Skrotal Doppler US: her iki testis normal boyut ve ekojenitede olduğu, epididimler doğal ve skrotal mayi miktarı fizyolojik olduğu, sağda ven çapları nötralde 1.5 mm, valsalva ile 1.6 mm olup varikozel olmadığı, solda ven çapları nötralde 2.4 mm, valsalva ile 2.6 mm ye ulaştığı, grade 2 varikozel ile uyumlu olup ayrıca uzun süreli reflü akımı olduğu, 10.08.2011 tarihinde hastanın yatırıldığı, aynı gün genel anestezi altında varikozel ameliyatına alındığı, sağ taraflı varikozektomi yapıldığı, 11.08.2011 tarihinde tekrar ameliyata alınarak sol taraftaki varikozel müdahale edildiği, 11.08.2011 tarihinde taburcu edildiği,

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Doktor tarafından yapılan muayene ve skrotal doppler US sonucuna göre kişiye sol varikozel tanısı konulduğu, bunun üzerine 10.08.2011 tarihinde sol varikozel nedeniyle ameliyata alındığı, ameliyatta sol yerine sağ varikozel ameliyatı yapıldığı, 11.08.2011 tarihinde tekrar ameliyata alınarak sol varikozel ameliyatı yapıldığı anlaşılan kişi hakkında düzenlenmiş adli ve tıbbi belgelerin incelenmesi sonucunda; her ne kadar doktorun yapmış olduğu sağ varikozel ameliyatının hastada fonksiyonel organ kaybına sebebiyet vermediği bilirse de yanlışlıkla sol yerine sağ varikozel ameliyatının yapılması tıp kurallarına uygun olmadığı oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Engin Kandıralı, Bağıcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi nedir neleri ihtiva eder, nasıl uygulanmalıdır?

Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı hazırladığı Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanan Güvenli Cerrahi Kontrol listesinden ülkemize özgü olarak geliştirilmiş ve hastanelerin kullanımına sunulmuş standart bir formdur (https://kalite.saglik.gov.tr/content/files/guvenli_cerrahi_2011/guvenli_cerrahi_kontrol_listesi.pdf, https://kalite.saglik.gov.tr/content/files/guvenli_cerrahi_2011/guvenli_cerrahi_kontrol_listesi_uygulama_rehberi.pdf).

Kontrol Listesi, ameliyat ekibi arasında koordinasyon sağlayacak şekilde 'Klinikten ayrılmadan önce' ve ameliyathanede 'Anestezi verilmeden önce', 'Ameliyat kesisinden önce' ve 'Ameliyattan çıkmadan önce' doldürülmesi gereken bölümlerden oluşur. Amacı ; Ekip doğru hasta, doğru ameliyat ve doğru taraf cerrahisi yaptığından emin olmalı, hastayı ağırdan korurken anestezinin zararlı etkilerinden de korunmalı, hastayı hayatı tehdit eden hava yolu ve solunum kaybından korunmalı, aşırı kan kaybı riskine karşı hazırlıklı olmalı, hastaya alerjik veya yan etkisi olabilecek ilaçları uygulamamalı cerrahi alan enfeksiyon riskini azaltacak tüm önlemleri almalı, cerrahi alanda alet ve/veya spanç kalmasını engellemeli, ameliyatta ortaya çıkan tüm patolojik numunelerin doğru şekilde isimlendirilmesini sağlamalı, ameliyatın güven içerisinde başlayıp tamamlanması için sürekli iletişim içinde olmasının sağlanmasıdır. Güvenli Cerrahi Kontrol ListesiTR' nin 1. bölümünün hastanın yattığı serviste hemşire veya sağlık personeli tarafından doldurulacağı açıktır. Ameliyathanede yapılacak 3 bölüm için ise ayrı liste sorumlusu belirlenmelidir. Tercih edilen sirküle hemşirenin yapmasıdır. Bunu sağlayamayan kurumlar için kurum ameliyat ekibinden her hangi birini belirleyebilir. Şunu unutmamak gerekir ki, liste sorumlusu listede kontrol edilen durumların yapılıp yapılmamasından değil durumun kontrol edilmesinden sorumludur.

2- Kayıtların değiştirilmesi, evrakta tahribat mıdır? Bu konuda değerlendirmeniz nasıldır?

Kayıtların değiştirilmesi resmi evrakta sahteciliğe girmektedir. Resmi evrakta (belgede) sahtecilik suçu, kamu güvenine karşı suçlar arasında TCK 204. maddede düzenlenmiştir. Resmi evrakta sahtecilik, üç farklı seçimlik hareketle kasten işlenebilen bir suçtur:

- Sahte resmi belge üretilmesi veya mevcut resmi belgenin gerçeğe aykırı düzenlenmesi,
- Gerçek bir resmi belgenin başkalarını aldatacak şekilde değiştirilmesi,
- Sahte resmi belgenin kullanılması.

Yukarıdaki üç seçimlik hareketten herhangi birinin fail tarafından işlenmesiyle resmi evrakta (belgede) sahtecilik meydana gelir. Madde 204'te belgede yapılan değişikliğin "başkalarını aldatacak biçimde" olması aranmaktadır. Yani resmi belge üzerinde sahtecilikten söz edebilmek için yapılan değişikliğin aldattıcı nitelikte olması aranır. Aldattıcı nitelikte olmayan sahtecilikler, resmi belgeyi bozmak suçu oluşturabilir. TCK madde 204'e göre; bir resmî belgeyi sahte olarak düzenleyen, gerçek bir resmî belgeyi başkalarını aldatacak şekilde değiştiren veya sahte resmî belgeyi kullanan kişi, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. 204/2' ye göre; görevi gereği düzenlemeye yetkili olduğu resmî bir belgeyi sahte olarak düzenleyen, gerçek bir belgeyi başkalarını aldatacak şekilde değiştiren, gerçeğe aykırı olarak belge düzenleyen veya sahte resmî belgeyi kullanan kamu görevlisi üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

3- Bu dosya hakkında bilirkişi raporunuz nasıl olurdu?

Hastanın dosyası incelendiğinde; hastaya ameliyat öncesi semen analizi tahlilinin yapılmadığı görülmektedir. Hastanın ameliyattan fayda görüp görmediğinin takibi için bu tahlilin yapılmış olması gerekirdi. Bu nedenle hastaya yapılan sağ varikoselektomi ameliyatının fonksiyonel olarak testislere zarar verip vermediği anlaşılamaz. Varikoselin tedavi klavuzlarında klinik varikoselin tedavi edilmesi gerektiği, Doppler USG ile tanı konulan varikoselin (subklinik) tedaviden fayda görmediği belirtilmektedir (A. Jungwirth, T. Diemer, G.R. Dohle, Z. Kopa, C. Krausz, H. Tournaye: EAU Guidelines on Male Infertility, EAU 2016, <https://uroweb.org/guidelines/>, Türk Anroloji Derneği Varikozel Klavuzu). Bu hastanın Doppler USG sinde sağ tarafta varikozel olmadığı da rapor edilmiştir. Ameliyat öncesi muayene ve Doppler USG ile tanı konmayan sağ varikozelin ameliyathanede tanı konması anlaşılamamaktadır. Ayrıca ilgili doktor

variköz venleri ameliyat sırasında gördüğünü belirtmektedir yani sağ tarafa kesi yaptıktan sonra bunu görebilir. Doktor ameliyatta sağ tarafını ameliyat ettiğinin farkında olsaydı aynı anda sol tarafada müdahale ederdi. Doktor yanlış tarafa müdahale ettiğini ameliyat sonu farketmiştir, bu da hastanın ikinci bir ameliyat stresine maruz kalmasına ve anestezi almasına neden olmuştur. Hastaya muhtemelen sol varikoselektomi için bilgi verilmiş ve sol taraf için onam alınmıştır. Sağ taraf için onamı yoktur. Bu sebeplerden dolayı hastaya gereksiz nedenlerle, yanlışlıkla sağ taraftan varikoselektomi ameliyatı yapılmıştır. Hastanın ameliyat öncesi semen analizi tahlili olmadığı için yapılan ameliyatın fonksiyonel olarak organlara zarar vermediği kanısına varılamaz.

3.6 YANLIŞ İLAÇ UYGULAMALARI

3.6.1 BCG'NİN IV UYGULAMASI SONUCU ÖLÜM

TALEP

Yüzeyel mesane tm nedeniyle intravezikal BCG uygulanan hatanın 4 doz BCG si sorunsuz uygulanmış. Beşinci uygulama IV yol ile uygulanır. Hasta sepsis nedeniyle kaybedilir. Sorumlu kimdir?

SAVUNMALAR

Üroloji uzmanı (Hastanın doktoru): Hastayı mesane tümörü nedeniyle takip ediyordum. İlk dört dozunu kendim uyguladım. Beşinci uygulama için hasta saat 9 civarında geldi. Ben nöbetten çıkmıştım ve çok yorgundum. Ürolog arkadaşia uygulamayı yapması için rica ettim. Kabul etti. Ben hastaneden ayrıldım

Üroloji uzmanı (Kendisinden BCG uygulaması istenen doktor): Arkadaşım nöbet ertesi olduğunu hastaya BCG uygulamamaı rica etti. Kabul ettim. Servis sorumlu hemşiresine ilaçları hazırlamasını, hazır olunca haber vermesini söyledim. Sonra polikliniğime gittim. Herhangi bir telefon gelmedi. Ben de poliklinik yaptım. Serviste yapılanlardan bilgim yoktur.

Sorumlu hemşire: Doktor beyin talimatı ile BCG yi usulüne göre hazırladım. Bunun için BCG yi sulandırarak medifileks içine koydum. Daha sonra bankaya gitmem gerekiyordu. Hemşire arkadaşima "doktor beye haber ver BCG hazır uygulama yaparken kendisine yardımcı ol" dedim ve hastaneden ayrıldım.

Hemşire: Sorumlu hemşiremiz "İlacı hazırladım, mediflek içine koydum. Hastaya takarsın" dedi. Ben de Medifleksi damar yoluna taktım. Ben bana verilen talimatı yerine getirdim. Bana doktora haber ver denmedi.

BELGELER

Hastane kayıtlarında uygulama ile belge bulunmamaktadır.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli tıp kurumu: Hekim, acil haller hariç ilaç uygulamasının talimatını yazılı vermeli, hemşire yazılı talimat olmaksızın tedavi yapmamalı, hastane idaresi bu kuralın uygulanıp uygulanmadığını takip etmelidir. Bu prensiplere uymayan üroloji uzmanı, servis sorumlu hemşiresi ve bu durumu denetlemeyen hastane idaresi sorumludur. BCG uygulamayı yapan hemşire ise yanlış uygulamadan sorumludur

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Halil Başar,

Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- İlaç uygulamalarında yazılı talimat kuralı aksayabilmektedir. Bu konu hakkında yorumlarınız nelerdir. Nasıl olması gerektiği konusunda bilim ve mevzuatta hangi düzenlemeler mevcuttur.

Sağlık Bakanlığı 2012 verilerine göre ilaç güvenliği ve uygulamaları ile ilgili hatalar, Tüm tıbbi hataların %18 -22'sini kapsamaktadır. (Kaynak: S.B SKS ve İlaç Güvenliği. ISBN: 978-975-590-434-4 Ankara,

2012) Ancak, hekimin günlük iş yoğunluğu ve temposu içerisinde ilaç tedavisi uygulamalarında "yazılı talimat kuralı aksaması" kaçınılmaz bir durumdur. Bu nedenle oluşabilecek hatadan kaçınmanın yegane yolu da ilacı uygulayıcı hemşirenin dikkat ve hassasiyet göstermesidir. Esas olarak, ilaç uygulamalarındaki hata da dikkatsiz ve özensiz uygulamadan kaynaklanmaktadır. Hemşire "sözel order"da ilacı, dozajı, uygulama şeklini tam olarak anlamadıysa o ilacı uygulamaya kakışmamalıdır.

2- BCG kim tarafından nasıl uygulanmalıdır. BCG uygulamasının hasta ve personele riskleri nelerdir?

Intrakaviter BCG uygulamasında en uygunu şüphesiz ürolog doktorun bu işi yapmasıdır. Ancak, gerektiğinde o kliniğin hemşire veya yardımcı sağlık personeli de bu işi yapabilmelidir. İlacın hazırlık ve uygulamasında gerekli öze gösterilmez ise "attenüe tüberküloz basili"nin hastaya ve uygulayıcı personele bulaşması ve hastalık oluşturması riski vardır.

3- Bu dosya hakkında bilirkışı raporunu nasıl olur du?

Hastanın 4 kez intrakaviter BCG tedavi uygulamasını kendi yapan doktor, nöbet çıkışı yorgun oluşu nedeniyle, bu kez yine bir ürolog doktor arkadaşından bu işlemi yapmasını rica etmiş. İkinci doktor ise servis sorumlu hemşiresinden "ilacı hazırlamasını ve hazır olunca haber vermesini": dolayısıyla, "hastaya ilaç uygulaması değil, ilaç hazırlama talimatı"nı vermiş.

Servis sorumlu hemşiresi "ilacı usulüne göre hazırladığını, hazır ettiğini"; ancak, bankadaki işi için acil çıkma gereksinimi ile hemşire arkadaşına "Doktor beye haber ver, BCG hazır uygulama yaparken kendisine yardımcı ol" dediğini beyan ediyor.

İlacı uygulayan hemşire ise "Sorumlu hemşireyiz, ilacı hazırladım, medifleks içine koydum. Hastaya takarsın" dedi. Ben de mediflexi damar yoluna taktım. Ben bana verilen talimatı yerine getirdim. Bana doktora haber ver denmedi" diyor.

Bu durumda, hastanın esas doktoru uygulamayı yine bir ürolog doktor arkadaşına rica ettiği için bu işlemde masumdur. İkinci ürolog da servis sorumlu hemşiresinin "doktor beye haber ver, BCG hazır uygulama yaparken kendisine yardımcı ol" ifadesiyle yine yapılan işlemde uygulama değil hazırlama talimatı verdiği için masumdur.

Sağlık için tedavi talimatı uygulayan bir hemşire uyguladığı tedavinin içeriğini en azından ilaç grubu olarak (antibiyotik, analjezik, sedatif, koagülan, antikoagülan) bilmelidir.

Hemşire "BCG suşunun intravenöz verilemeyeceğini, bunun sepsise yol açacağını" da bilmelidir. Esas sorun, "ilaç hazırlama" talimatı alan servis hemşiresi ve 2.nci hemşirededir. Görev bilinç ve sorumluluğu eksikliğidir. Ve ikinci hemşirenin dikkatsizliği bu olayın esas sebebidir. Hemşire bir sağlık çalışanı ve uygulayıcısı olarak "hangi ilacı tedavi için hastanın damar yoluna verdiğini" bilmelidir. İkinci hemşire "Parenteral BCG uygulaması yoluyla sepsis ve ölüme sebebiyet" vermiştir.

3.6.2 YANLIŞ İLAÇ SONUCU ÖLÜM: HASTALAR NE KADAR GÜVENDE?

TALEP

Üroloji polikliniğine geçmeyen alt üriner sistem şikayetleri (Kronik Prostatit+Hematüri) ile müracaat ettiği, sistoskopi önerildiği, sistoskopi sırasında EKG de sol dal bloğu görüldüğü, hipotansiyon geliştiği, üst ekstremiteler ve baş boyun bölgesinde kasılmalar başladığı, takılan mayinin serviste yatan hastalara verilmek üzere hazırlanmış, marcaine (bupivakaine) içeren mayi olabileceğini söylediği, klinik durumunun bu mayi nedeniyle oluşabilecek lokal anestezi madde toksisitesine bağlı olduğu düşünülerek buna yönelik tedaviye başlandığı, sürekli CPR uygulandığı, ileri yaşam desteği gereksinimiyle üniversiteye sevk edildiği, fakültede external kardiyak masaj ile acil şartlarda operasyona alındığı, tüm yapılan müdahalelere rağmen eksitus olarak kabul edildiği bildirilen 45 yaşındaki hasta adına düzenlenen adli ve tıbbi belgelerin incelenerek sorumluların belirlenmesi istenmektedir.

SAVUNMA

Üroloji Uzmanı: Hastanın ilk muayenesini ben yaptım ve sistoskopi uygulanması gerektiği kanaatine vararak sistoskopi için ameliyat salonuna alındı, anestezi uzmanı genel anestezi uygulandıktan

sonra ben sistoskopi gerçekleştirdim, odadan çıktıktan 5-10 dk sonra hastanın kötüleştiğini bildirdiler, ben odaya döndüğümde anestezi uzmanları hastayı tekrar canlandırmak için kalp ve solunum masajı yaptıklarını gördüm, sonradan anladığımıza göre başka bir hasta için hazırlanan serumun yanlışlıkla benim hastama takıldığını anladık, bu serumu Anestezi Teknisyeni olan getirip hastaya takmış, serumun üzerinde herhangi bir yazı bulunmadığından boş serum olarak düşünüp takmış, ancak bu serum 80 cc marcaine içeren serummuş, hastanın bu nedenle öldüğü kanaatindeyim, hastanın ölümü ile yapılan sistoskopi işlemi arasında herhangi bir bağ yoktur.

Anestezi Teknisyeni (1): "Anestezi uzmanı 500 cc izotonik istedi, ben çalışma ve dinlenme odası olarak kullandığımız odada bulunan, hatırladığım kadarıyla 3 serumdan bir tanesini getirip doktor beye verdim, doktor serumu taktı, daha sonra anestezi için gerekli ilaçları verdi, Cerrahi müdahalenin bitimine yakın hastada kasılmalar ve kalp atışlarında değişiklikler gözlemlemeye başladık, ben, ürolog ve anestezi uzmanım birlikte gerekli solunum ve kalp masajı desteğine başladık, bu sırada diğer anestezi uzmanı ve diğer anestezi teknisyenlerinden yardım istedik, 2 saat kadar bu şekilde hastaya solunum desteğinde bulduk, hastada bir gelişine olmayınca doktor beyler sevkine karar verdiler, biz ambulansa bindirene kadar masaja devam ettik, benim hastaya taktığım serum normal bir serum gibi görünüyordu, seruma ilaç katıldığına dair üzerinde herhangi bir yazı yoktu, serumun rengi de normaldi, normalde serumlara ilaç katıldığında üzerine not düşülür, hastanede serumların bulunduğu özel bir yer bulunmamaktadır.

Anestezi uzmanı: "Hastayı sistoskopi için ameliyat odasına aldım, anestezi teknisyenini çağırdım, kendisinden 500 cc'lik serum fizyolojik istedim, kendisi ameliyat odasında bulunan ve serumların normal olarak bulunduğu dolaplara baktı serum bulamayınca hızla dışarı çıktı, kısa bir süre sonra elinde bir serum ile geri döndü, ben elindeki serumu alarak hastaya taktım, daha sonra hastayı uyuttuk, hastanın sistoskopi işlemi yaklaşık 15 dakika kadar sürdü, bu süre içerisinde herhangi bir anormallik olmadı, işlem bittikten sonra hastada kasılmalar başladı, ve tansiyon düşüklüğü yaşandı ayrıca EKG'sinde sol dal blok oldu, bunun üzerine hemen diğer anestezi uzmanını çağırttım, kendisi bu sırada hemen içeriye girdi ve hastaya verilen serumun kesilmesini istedi, bu sırada serum bitmişti, bu sırada diğer anestezi teknisyeni içeri girdi ve bizim masaya bakan anestezi teknisyenine serumu nereden aldığını sordu, bunun üzerine biz hastaya yanlış serum takıldığını anladık."

Anestezi teknisyeni (2): "Anestezi uzmanı nöbetçi teknisyenin üç adet 500 cc izotonike, her birinden 80 cc çıkartılıp 80 cc marcaine flakon katılmasını söylemiş, ben de talimata uygun olarak serumlara ilaçları kattım ve ilaçlı serumları sürekli koyduğumuz dinlenme odasındaki yerine koydum, burası serumlara ilaç katıldığı zaman bıraktığımız yerdir ve bunu bütün anestezi teknisyenleri bilir, benim serumları bıraktığım yerde içinde ilaç olmayan bir serum olmaz, başka herhangi bir tıbbi malzeme de yoktur, ben serumları bu şekilde hazırladıktan sonra anestezi uzmanıma da ilaçlı serumları oraya bıraktığımı söyledim, o da tamam dedi, ayrıca benim bu serumları oraya koyduğumu diğer arkadaşlarda gördüler, ben serumları bıraktıktan sonra diğer doktorun ameliyatı için 2 no'lu salona gittim, 45 dakika sonra ameliyat bitti geldim, ilaçları hazırlatan doktor bana "ben senden üç tane istedim, neden burada iki tane var" deyip ilaçlı serumları kastedince ben de üç tane hazırladığımı söyledim, bu sırada odada bulunan hemşire bu serumlardan birini bir kişi aldı içeriye götürdü dedi, biz hemen doktor ile sistoskopinin yapıldığı 1 no'lu ameliyathaneye koştuk. Anestezi içeri girer girmez "serumu kesin" diye bağırırdı, hemen hastaya müdahale edildi, bu sırada serumun ne kadarının hastaya verildiğini bilmiyorum."

Devlet Hastanesi Başhekimi: "İlaç serum vb. tıbbi malzemelerin uygulanmasında ameliyat tarihinden önce de sonra da yapılan işlemler aynıdır. Şöyle ki; hekimin order ettiği ilacı yardımcı sağlık personeli (hemşire, ebe, teknisyen ve diğerleri) veya bizzat hekimin kendisi hazırlar ve doğrudan hastaya uygular. Eğer hazırlık gerektiren serum içerisinde ilaç infüzyonu gibi bir işlem ise hazırlık tepsi veya masasında uygulayıcı ilacı hazırlar ve hazırladığı malzemeyi hiç bir şekilde terk etmez, terk edildi ise o malzeme kullanılmayıp atılmalıdır. Serum içine ilaç konulmuşsa konulan ilacın bilgileri, hazırlanma şekli vb. bilgiler silinmez kalemle veya kendinden yapışkanlı etiket ya da yapıştırılan flasterin üzerine tükenmez kalem ile yazılır. Amaç tıbbi kazaların önlenmesidir. Fakat bu yöntemlerin hiç birisi hazırlanmış malzemelerin gözetimsiz bırakılabileceği anlamına gelmez. Aksine gözetim altındaki malzemenin olası yanlış kullanımını engellemeye yönelik ilave tedbirlerdir. Bu konuda ki eğitim tüm çalışanların eğitim sürecinde (tıp eğitimi, hemşirelik eğitimi, sağlık memurluğu ve teknisyenlikleri eğitimleri esnasında) ilgili fakülte, yüksek okullar, ve sağlık meslek liseleri ders müfredatında bulunmakta ve ilaçları hazırlamada sekiz doğru ilke ve

üç güvenlik önlemi olarak derslerde işlenmektedir. Bu okullardan her mezun olan öğrenci bu bilgilerle donanmış olarak diplomasını alır. Hastanemizde de bu ilkeler uygulanmaktadır. Bu eğitime ilave olarak her göreve yeni başlayan personel öncelikle usta çırak ilişkisi içerisinde kendisinden daha tecrübeli olan meslektaşından veya birlikte çalıştığı; konusunda uzman olan hekiminden (örn: anestezi uzman doktoru) pratik olarak yukarıda bahsedilen bilgileri öğrenir. İlk uygulamaları tecrübeli olanların nezaretinde uygular, doğru zamanda doğru uygulamayı yapabildiği kanaatini uyandıramamış bir çalışana hiç bir şekilde bir hasta teslim edilmez, teslim edilecekse muhakkak bir tecrübeli personelin nezaretinde teslim edilir. Hastanemizde 09.04.2011 tarihinden önce uygulandığı ifade edilen flaster yönteminde kendinden yapışkanlı tıbbi band (flaster) üzerine açıklayıcı bilgiler yazılıyor iken 10.10.2011 tarihinden sonra ise kendinden yapışkanlı etiket (postit) kullanılmıştır. Her iki yöntem aynı olup aralarında hasta ile ilgili bir fark bulunmamaktadır. Aradaki fark etikette ilave olarak serumu takan kişinin bilgilerinin yer alıyor olmasıdır. Asıl olan hazırlanmış serumun gözetim dışında kalmamasıdır. Bunun için açılan her serum kullanıcı tarafından bizzat en dıştaki koruyucu kılıftan çıkarılmalı sonra kullanılmalıdır. Yani koruyucu kılıfından çıkarılmış olarak bulunan bir serum içerisine bir madde konulmuş, bozulmuş, kontamine olmuş vb. ihtimallerin mevcudiyeti nedeniyle asla kullanılmamalıdır. Bu meslek eğitiminde ilk öğretilen temel uygulama esaslarından biridir. Hazırlanmış preparat doğrudan hastaya uygulanmalı hiç bir zaman üzerinde bilgiler yazılı diye göz önünden uzaklaştırılmamalı ve bir an dahi gözetim dışı kalmış hiç bir numune hastaya kullanılmamalıdır. Hastanemizde yukarıda izah edilen ilkelere uygun olarak tıbbi tedaviler uygulanmaktadır.”

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli tıp kurumu:

- 1- Otopsi ve tıbbi belgelerine göre ölümün lokal anestetik madde toksisitesi ve gelişen komplikasyonlardan ileri geldiği,
- 2- Tıbbi belgelere göre sistoskopi kararı verilmesi ve uygulanan sistoskopinin de tıbben uygun olduğu,
- 3- Anestezi sırasında anestezi uzmanı tarafından damar yolu açılması ve anestezi teknisyeni tarafından istem üzerine getirilen serumu hastaya takmasının tıbben uygun olduğu,
- 4- Anestezi teknisyeninin (Sistoskopi odası görevlisi 1. Teknisyen) ameliyathane serum bulamaması üzerine açılmamış serumu depodan ya da bir başka ameliyathane odasından temin etmesi gerekirken, dinlenme odasında yer alan serumu getirmesinin tıbben uygun olmadığı,
- 5- Anestezi teknisyeninin (ilaçlı serumu hazırlayan 2. Teknisyen) içine marcaın adli ilacı koyarak hazırladığı serumların üzerine mutlaka etiketini yapıştırarak ilacın ne olduğu ve dozunu yazması ve denetimsiz bırakmaması gerektiği halde ameliyathane bölümünde dinlenme odası olarak kullanılan yere üzerine etiket koymadan ilaçlı serumu denetimsiz olarak bırakmasının tıbben uygun olmadığı,
- 6- Diğer hekimlerin uygulamalarının tıbben uygun olduğu oy birliğiyle mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Ersin Çimentepe, Lokman Hekim Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Hastanelerde kurum içi eğitim ve denetimlerle hasta güvenliği konuları sürekli gündemde olmalıdır. Buna rağmen istenmeyen olaylar yaşanabilmektedir. Yanlış ilaç uygulamalarının pratik uygulamalarda sıklığı, önlenmesi için neler yapıldığı ve nelerin yapılması gerektiği konularında düşünceleriniz nelerdir?

Yanlış ilaç uygulamaları, sağlık kuruluşlarında hekim, hemşire ve diğer yardımcı personel tarafından yapılabilen en sık tıbbi hatalardan biridir. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığının verilerine göre ilaç güvenliği ile ilgili hatalar tüm tıbbi hataların %18-20'sini oluşturmaktadır. İlaç güvenliği ile ilgili raporlanan hatalar arasında doktor istem hataları %50 ile en sık görülen hata olup, bunu uygulamada %29, ilaç transferinde %10, eczane isteminde %4 ve uygulama sonrası takipte %2 hata oranları takip etmektedir (İlaç Güvenliği Rehberi, Versiyon 2.0, 2. Baskı, Ankara, Temmuz 2015).

Yanlış ilaç uygulaması bir ilacın sağlık kuruluşuna ilk girişinden hastaya verilmesine kadar olan her aşamada yapılabilecek dikkatsizlik, özensizlik ve ihmale bağlı olabilir. İlacın satın alınması, depolanması, transferi, hazırlanması ve hastaya uygulanması aşamalarının birinde yapılacak en küçük hatalar bile ölüme kadar gidebilen ciddi komplikasyonlara neden olabilmektedir. Nitekim bu vakada da ilaç hazırlama, depolama, transfer ve uygulama aşamalarında silsile halinde hatalar yapılmış olup sağlıklı bir insanın ölümüyle sonuçlanan geri dönüşsüz ciddi bir komplikasyon ile karşılaşmıştır.

Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği ve ilaç güvenliği konuları asla ihmal edilmemeli ve bu konuda her düzeydeki personel düzenli aralıklarla hizmet içi eğitime tabi tutulmalıdır. Her ne kadar yardımcı sağlık personellerinin eğitim süreçlerinde güvenli ilaç uygulamaları hakkında teorik ve uygulamalı dersler olsa da sağlık kuruluşlarının yoğun ve stresli temposu içerisinde dikkatsizlik, yeterince özen göstermeme veya ihmal nedeniyle tıbbî hatalar olabilmektedir. Çalışma şartlarının ve zamanlarının düzensizliği, personel azlığı, yetersiz fiziksel koşullar gibi sağlık sisteminin kendisinden kaynaklanan sorunlar da hata ihtimalini arttırmaktadır. Tamamen hatasız bir sağlık işleyiş sistemi kurmak mümkün değildir. Ancak yeterli ve sürekli eğitim, hataların uygun takibi ve raporlanması, düzenleyici ve önleyici faaliyetlerin uygulanması ile hata ihtimali en aza indirilebilir. Bu aşamada önemli bir nokta da kasıt olmadıkça hata yapan personelin cezalandırma, kınama, ayıplamadan ziyade hatayı raporlaması yönünde cesaretlendirilmesidir. Raporlanmayan, saklanan veya üstü kapatılan hatalar için düzenleyici ve önleyici faaliyet yapılması doğal olarak mümkün değildir. İdari kademelerin de bu konuda personelin önünü açması, destek olması ve arkasında durması gereklidir.

İlaç güvenliği normlarına uyulmamasından kaynaklanan tıbbî hatalarda ilacı kullanan en son uygulayıcıdan sağlık kuruluşunun en üstteki yöneticisine kadar tüm birimlerin değişen oranlarda sorumlulukları olması kaçınılmazdır. Tüm suçu son uygulayan birime veya kişiye yüklemek sistemden kaynaklanan sorunları çözmede yetersiz kalır. Örneğin bu spesifik vakada ilaç istemi, etiketleme, depolama ve transfer aşamalarında ilaç güvenliği kurallarına uyulmadığı görülmektedir. Anestezi doktoru yazılı olmayan bir istem yapmıştır ve hazırlanan serumun hangi hastaya, ne zaman ve ne amaçla kullanılacağı belli değildir. Lokal anestezi ilaç içeren serumları hazırlayan teknisyen kayıt ve depolamada kurallara uygun davranmamıştır. Normal şartlarda hiçbir tehlike arz etmeyen bir serum, içine yüksek doz anestezi ilaç eklendikten sonra artık uygun koşullarda kullanılmadığında ölümcül bir ilaç haline gelmiştir. Bu tip ilaçların mutlaka ilaç güvenliğine uygun şekilde etiketlenmesi ve saklanması gereklidir. Herkesin ulaşabileceği kontrolsüz bir alanda bırakılması kesinlikle doğru değildir. Bu nedenle "Burası serumlara ilaç katıldığı zaman bırakılan yerdir ve bunu bütün anestezi teknisyenleri bilir" şeklindeki bir savunma kabul edilemez. Tehlikeli ilaçların ameliyathanede uygun koşullarda ve sadece yetkili kişilerin ulaşabileceği tercihen kilitli bir dolapta tutulması gerekir. Ameliyathanede bu koşulları sağlayan uygun depolama alanının oluşturulması; ameliyathane sorumlu hemşiresi, başhemşire, ameliyathaneden sorumlu doktor ve başhekim olmak üzere tüm idari kadronun sorumluluğundadır. Diğer ameliyathane teknisyeninin de istenen serumu depo yerine dinlenme odasından alması ve bunu hekime bildirmemesi de ilgili sağlık kuruluşunda ilaçların depolanma, transfer ve hazırlanmasında güvenlik kurallarına uyulmadığını ve kurum içinde buna yönelik bir kalite standardının oluşturulmadığını göstermektedir. Standart dışı uygulamalardan kaynaklanan problemler de ne yazık ki genellikle ciddi bir hata yaşandıktan sonra fark edilmektedir. Bu tip tıbbî hataları önlemede ilk alınacak tedbir "Sağlıkta Kalite Standartları" normlarına uygun şekilde kurum içi yazılı prosedürlerin oluşturulmasıdır. Sonrasında da uygulamalar titiz bir şekilde takip edilmeli, personelin sürekli ve düzenli eğitimi sağlanmalı, yeni başlayan personel için adaptasyon sürecinde tecrübeli meslektaşları eşliğinde eğitimler düzenlenmeli, tıbbî hatalar en küçük ve basit olanından en ciddi olanına kadar rapor edilmeli ve düzenleyici/önleyici faaliyetler mutlaka yapılmalıdır.

2- İlaç güvenliği konularında mevzuat nasıldır?

İlaç güvenliği ile ilgili mevzuatta kanun, yönetmelik, genelge ve kılavuzlar bazında veriler bulunmaktadır.

Kanunlar bazında;

"İspençiyari Ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu" (Resmi Gazete, Sayı: 898, 26.05.1928)"

"Türk Kodeksi Hakkında Kanun" (Resmi Gazete, Sayı: 767, 17.03.1926)".

Yönetmelik bazında;

“Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Yönetmelik” (Resmi Gazete, Sayı: 28970, 12.04.2014)

“Eczacı Depoları Ve Eczacı Depolarında Bulundurulacak Ürünler Hakkında Yönetmelik” (Resmi Gazete, Sayı: 23852, 20.10.1999)

“Geleneksel Bitkisel Tıbbi Ürünler Yönetmeliği” (Resmi Gazete, Sayı: 27721, 06.10.2010)

“Beşeri Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği” (Resmi Gazete, Sayı: 25705, 19.01.2005)

“Beşeri Tıbbi Ürünler Ambalaj ve Etiketleme Yönetmeliği” (Resmi Gazete, Sayı: 25904, 12.08.2005)

“Beşeri Tıbbi Ürünlerin Sınıflandırılmasına Dair Yönetmelik” (Resmi Gazete, Sayı: 25730, 17.02.2005)

“Sağlık Beyanı İle Satışa Sunulan Ürünlerin Sağlık Beyanları Hakkında Yönetmelik” (Resmi Gazete, Sayı: 28670, 07.06.2013)

“İlaçların Güvenliliği Hakkında Yönetmelik” (Resmi Gazete, Sayı: 28973, 15.04.2014)

Genelgeler;

“Kontrol Tabi Müstahzarların Satış/Sarf Hareketlerinin Yerinden Takibi İlgili Genelge” (Sağlık Bakanlığı, İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü, Sayı: 48192, 19.11.2003)

“Yeşil Reçete İle İlgili Genelge” (Sağlık Bakanlığı, İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü, Sayı: 41141, 10.08.2005)

“Kontrol Tabi Madde ve Müstahzarlara İlişkin Reçeteler Hakkında Genelge” (Sağlık Bakanlığı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Sayı: 88866997-505.99, 14.03.2016)

“Yataklı Tedavi Kurumlarında Kontrol Tabi İlaçların Takibi Hakkında Genelge” (Sağlık Bakanlığı, İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü, Sayı: B100IEG0120013 / 039941, 03.08.2005)

Kılavuzlar;

“İyi Eczacılık Uygulamaları Kılavuzu”

“İlaçlar Ve Eczacı Deposunda Bulundurulacak Ürünler İle İlgili İyi Dağıtım Ve Muhafaza Uygulamaları Kılavuzu”

“Endikasyon Dışı İlaç Kullanımı Kılavuzu”

“İyi Farmakovijilans Uygulamaları Kılavuzu”

Mevzuatta ilaç güvenliği ile direkt olarak ilişkili olduğu görülen metin 2014 yılında yayınlanan “İlaçların Güvenliliği Hakkında Yönetmelik”tir. Yönetmeliğin amacı “ilaçların güvenli bir şekilde kullanımının sağlanması amacıyla advers reaksiyonların ve yarar/risk dengelerinin sistematik bir şekilde izlenmesi, bu hususta bilgi toplanması, kayıt altına alınması, değerlendirilmesi, arşivlenmesi, taraflar arasında irtibat kurulması ve ilaçların yol açabileceği zararın en az düzeye indirilebilmesi için gerekli tedbirlerin alınması ile ilgili usul ve esasları belirlemek”, kapsamı ise “Türkiye’de ruhsatlı ve ruhsat müracaatı olan ilaçların güvenliliğinin sağlanması amacıyla gerçekleştirilen izleme, araştırma, kayıt, arşivleme ve değerlendirme faaliyetlerini ve bu faaliyetleri gösteren gerçek ve tüzel kişileri kapsar” olarak bildirilmiştir.

Yönetmelik ilaç güvenliği ile ilgili genel hükümler içermekte ve ruhsat sahibi olan ilaç üreticileri/ithalatçıları, sağlık kurum/kuruluşları ve sağlık mensuplarına birtakım sorumluluklar yüklemektedir. İlaç güvenliğinin sürekli izlenmesi, bilimsel veriler eşliğinde güncellenmesi, farmakovijilans faaliyetlerinin düzenlenmesi, advers reaksiyonların ilgili makamlara bildirilmesi gibi konuları düzenlemektedir.

İlaçların sağlık kuruluşuna alınmasından hastaya uygulanmasına kadar olan aşamalarda hataları önlemeye yönelik prosedürler genellikle kurumların kalite standartları çerçevesinde kendi içlerinde oluşturdukları talimat ve kılavuzlarla sağlanmaktadır. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan “İlaç Güvenliği Rehberi” bu konuda hazırlanmış en derli toplu rehber olup, kurumların ilaç güvenliği hakkında kendi kalite standartlarını oluşturmada başvurulabilecek önemli bir kaynaktır. İlaç Güvenliği Rehberinde; ilaç yönetimi ile ilgili sorumluların ve ilacın dâhil olduğu tüm süreçlere ait kuralların tanımlanması önerilmektedir. Ayrıca ilaçların muhafazası, transferi, hazırlanması, uygulanması ve uygulama sonrası takibine yönelik kalite standartları çerçevesinde tavsiyeler sunulmuştur. Sağlık kuruluşları, bu standartları kendi iç işleyişlerine uygun düzenlemelerle yazılı prosedürler haline getirip pratik uygulamalarında kullanabilirler.

3- Bu dosya hakkında bilirkişi olarak görüşünüz nasıl olur?

Bu vakada hastaya yapılan işlemin endikasyonu ve uygulamasında tıbbi bir problem görülmemektedir. Dolayısıyla sistoskopi işlemini gerçekleştiren Üroloji uzmanının olayda sorumluluğu yoktur.

Anestezi uygulaması için damar yolu açarak serum takılması rutin bir işlem olup anestezi hekiminin getirilen serum içinde lokal anestetik madde olduğunu bilmesine imkân yoktur. Dolayısıyla anestezi hekimine de bir sorumluluk yüklenemez.

Lokal anestetik madde içeren serumları hazırlayan ilk anestezi teknisyeni serumlar üzerine gerekli etiketlemeyi yapmamış ve artık yüksek riskli ilaç haline gelmiş olan serumları güvenli (tercihen kilitli) bir alanda depolamamış, dolayısıyla güvenli ilaç hazırlama ve depolama standartlarına uymamıştır. Bu nedenle ortaya çıkan komplikasyondan sorumludur.

Serumları ameliyathane odasına getiren teknisyen de uygun depolama alanından getirmediği, kontrolsüz bir alandan aldığı serumu verdiği ve bunu belirtmediği için güvenli ilaç transferi standartlarına uymamış olup komplikasyonun gelişmesinden sorumlu diğer kişidir.

Bütün bunların dışında olayın gelişme şekli ve şahısların ifadelerinden ilgili sağlık kuruluşunda ilaç güvenliği ile ilgili kalite standartlarına uygun düzenlemelerin yapılmadığı ve gerekli önlemlerin alınmadığı anlaşılmaktadır. Tüm bu düzenlemelerin yapılması, yazılı prosedürler haline getirilmesi, personelin konu hakkında eğitilerek bilinçlendirilmesi ise idari kadronun sorumluluğundadır.

4- Olay sonunda sorumlular taksirle ölüme sebebiyet vermektan yargılanacaklardır. Bu cezanın mahiyeti nedir? (TCK 85)

Hekim, teşhis veya tedavi amacıyla yaptığı işlemlerde tıp sanatının kurallarına uymasına rağmen ortaya çıkabilecek zararlı sonuçlardan sorumludur. Her tıbbî müdahale az veya çok riskler içerir. Hekim belirli bir risk taşıyan tıbbî müdahalesinde riskin muhtemel sınırları içinde kalmışsa sorumlu tutulamaz. Yapılan müdahale veya tedavi beklenen iyi sonucu vermemiş olsa dahi tıp ilminin kabul edilen kurallarına uygun yapılmış ise suç isnat edilemez. Ancak, kanundan doğan ve diploma ile verilen mesleki çalışma hakkının icrası sırasında mesleğinin kabul edilmiş kurallarına uymayan, aykırı davranan hekim, teşhis ve tedavi nedeniyle işlediği her fiilden sorumludur. Sorumluluğun tespiti için suçun manevî unsuru olan "kusurluluk" durumu belirlenmelidir. Kusurluluk ise "kasten" (bilerek ve isteyerek) veya "taksirle" (hata ile, istemeden) olabilir. Kasıt; kişinin, fiilin uygunsuz bir davranış olduğunu bilmesi ve buna rağmen bu fiilin gerçekleşmesini istemesidir. Taksir durumunda ise kişi, fiilin uygunsuz davranış olduğunu bilir fakat gerçekleşmesini istemez. Basit taksirde zararlı sonuç öngörülemez ve gerçekleşmesi istenmez. Genellikle dikkatsizlik ve özensizlik nedeniyle ortaya çıkar. Bilinçli taksirde ise zararlı sonuç öngörülür fakat gerçekleşmesi istenmez ve fail, zararlı sonucun ortaya çıkmasını engelleyebileceğini düşünerek fiile devam eder.

Tıp mesleğinin icrası esnasında taksir teşkil eden işlemler; yanlış teşhis, yanlış tedavi seçimi, seçilen tedavinin yanlış uygulanması, tedavide gecikme, tehlike arz eden ilaçların uygunsuz kullanımı ve gerektiğinde acil tedbirlere başvurmamak olarak sıralanabilir.

Türk Ceza Kanununun 85. maddesi "Taksirle bir insanın ölümüne neden olan kişi, 2 yıldan 6 yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır" demektedir. Yapılan hataya bağlı ölüm ortaya çıkması durumunda suçun takibi şikâyete bağlı değildir. Ölen kişinin yakınları şikâyetçi olmasalar bile savcı re'sen kamu davası açabilir. Hâkim, 2 yıldan başlayan cezanın asgari haddinden ceza tayin etmişse bu takdirde cezanın ertelenmesi mümkündür. Bunun için, TCK 51/1 maddesine göre sanığın "daha önce kasıtlı bir suçtan dolayı 3 aydan fazla hapis cezasına mahkûm edilmemiş olması" ve "suçu işledikten sonra yargılama sürecinde gösterdiği pişmanlık dolayısıyla tekrar suç işlemeyeceği konusunda mahkemede bir kanaatin oluşması" gerekir. Cezanın ertelenmesi, mağdurun uğradığı zararın giderilmesi koşuluna bağlanabilir (TCK 51/2). Cezanın ertelenmesi durumunda 1 yıldan az, 3 yıldan fazla olmamak üzere sanık için bir denetim süresi belirlenir. Bu süre içinde kasıtlı bir suç işlenirse ertelenen cezanın kısmen veya tamamen cezaevinde çektirilmesine karar verilir.

Taksirle ölüme neden olan hekim, olağanüstü bazı durumlar söz konusu olmadığı müddetçe genellikle cezanın asgari haddinden cezalandırılır ve bu ceza ertelenir (Duysak M, Hekimin tıbbî uygulama hatalarından kaynaklanan cezai sorumluluğu, Hukuk Gündemi, Makaleler, s: 25, <http://www.ankarabarusu.org.tr/siteler/ankarabarusu/hgdmakale/2009-3/5.pdf>).

Söz konusu vaka, basit taksirle ölüme sebebiyet verme suçu kapsamında görülmektedir. Dolayısıyla olayın faili olan kişilerin belirlenen sorumlulukları nispetinde ceza almaları beklenir.

3.7 ÜRİNER ENFEKSİYON-SEPSİS

3.7.1 SEPSİSE BAĞLI EXSİN NEDENİ: PYONEFROZ MU İNTRAUTERİN ÖLÜ BEBEK Mİ?

İDDİA

Eşim hamileydi ve sol tarafında ağrıları mevcuttu. İlçemizdeki Devlet Hastanesi Kadın Doğum doktoruna götürdük, eşimi yatırdılar, ertesi gün de taburcu ettiler, Daha birkaç defa Devlet Hastanesi acil servisine gittik, her seferinde eşime ağrı kesici iğne yapıp eve gönderdiler, iki defa da ebeler kontrol etti, çocuğun canlı olduğunu söylediler. Eşimi üroloji uzmanına götürmemi söylediler. Üroloji uzmanı sol böbreğinin büyüdüğünü söyledi ve Eğitim ve Araştırma Hastanesine sevk etti. Hastanede eşimi muayene eden kadın doğum uzmanı anne karnındaki bebeğin 15 gün önce ölmüş olduğunu söyledi, suni sancı verilmek suretiyle eşim doğum yaptı ve bebek ölü olarak doğdu, daha sonra eşimin hastanede tedavisi devam etti, tedaviden sonuç alınamayınca eşim hastanede vefat etti.

SAVUNMALAR

Kadın Doğum Uzmanı: Hasta 33 Hafta G3P2+ Inutero Mort Fetus ve Sol Renal Hidronefroz tanısı ile getirildi, bebek kalp atışları tespit edilememesi üzerine inutero mort fetüs kabul edildi, hastanın takibinde ateş yükseldi. Dahiliye ve sol renal hidronefroz nedeni ile üroloji konsültasyonları istendi. Takipde DİC (Yaygın Damar İçi Pıhtılaşma Sendromu)'e ait kan tablosu gelişti. Uygun yerine koyma tedavileri yapıldı ve yoğun bakıma alındı. Vajinal yolla ölü doğum yaptırıldı. Hasta DİC + Sepsis'e bağlı kardiyak arrest sebebiyle vefat etti.

Üroloji asistanı: "Müvekkilin olay tarihi itibari ile altı aylık asistandır. Müvekkil servis kıdemlisi asistanına danışarak konsültasyon kağıdını doldurmuştur. Acil hastalarla ilgili konsültasyonları telefon ile evdeki servis kıdemlisi asistana ona ulaşamazsa servis kıdemlisinden bir alt kıdemli aranarak danışılır ve kıdemli asistanın önerileri ile konsültasyon kağıdını doldururlar. Nöbet tutan asistanlar danışmak için icapçı uzmanı arayamazlar. Müvekkilde bu uygulayamaya sadık kalmış, ilgili olayda servis kıdemli asistan Dr. TY' a telefonla danıştıktan sonra onun önerileri doğrultusunda konsültasyon kağıdını doldurmuştur.

Üroloji Kliniği Başasistanı: "İlgili konsültasyon kağıdındaki yazı ve imza bana ait değildir. Bu yazılar kaşesi bulunan asistana aittir. Asistan arkadaş o zaman bana danıştığı için benim ismimi de yazmıştır. Ben hastayı hatırlamıyorum. Bu hastayla ilgili neden üropatolojik girişim düşünülmediği; üroloji konsültasyonunda ileri tetkiklerden (BT) yararlanılarak böbrekteki absenin gösterilmesi ve abse drenajı yoluna gidilmemiş olması hususlarıyla ilgili olarak şunları söyleyebilirim. Yoğun bakım servisinde görülen hastanın öyküsünden, 1 hafta önce ölü bir bebek dünyaya getirdiği, ancak bu esnada kardiopulmoner arrest geliştiği öğrenildi. Hastanın kalbinin ve solunumun durması ve yaşam destek cihazına bağlanması ile sonuçlanan klinik sürecin, ölü bebek doğumu sonrasında rahimden kaynaklanan bir patolojiden mi yoksa böbrek patolojisinden mi kaynaklandığını o sırada anlamak mümkün değildi. Tarafımdan değerlendirildiği bilinci kapalı bir şekilde solunum cihazına bağlı olan hastanın durumu, ne yazık ki herhangi bir müdahale yapılamayacak şekilde ilerlemiş ve olası tetkikler ve tedaviler için geç kalmıştı. O tarihte hastanın o anki kritik durumu dolayısıyla ileri tetkik (BT) yapılması mümkün değildi. Adli Tıp Kurumu raporunda böbrekteki abseden bahsetmekle birlikte bizim bu abseyi yapılan konsültasyonda görmemiz mümkün değildir. Adli Tıp kurumunun elinde otopsi raporu da olduğundan onların bu şekilde kanaate varmaları kolay olmuştur.

Anesteziyoloji Kliniğinde Şef yardımcısı: "Hasta böbrek yetmezliğine girmiş ve 3 defa diyalize alınmıştır. Biz ürolojiden konsültasyon istedik. Bizden önce de üroloji konsültasyonu istenmiştir. üroloji konsültasyonunda da acil üropatoloji düşünülmediği yazılmıştır. Enfeksiyon kaynağı olduğu belirtilen böbreğin alınması veya uzaklaştırılması bizim uzmanlık alanımıza girmiyor. Bizde, sepsis ve destek tedavimize devam ettik.

BELGELER

Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinin 03.02.2014 giriş-04.02.2014 çıkış tarihli epikrizi:"Tanı: 33 hf, G3P2, IUMF+sol hidronefroz, SAT: 15.06.2013, TDT:

22.03.2014, gebelik boyunca doktor kontrolü var, hastaneye geliş nedeni: Hasta ilçe Devlet hastanesi üroloji polikliniğinden hidronefroz tanısı ile gönderilmiş, yapılan USG de sağ bb normal, sol bb ileri derecede artmış ve pelvikalisyal sistem grade III dilate olup kalixler yoğun içerikli olarak izlenmiştir, en büyüğü 1.5 cm çapında multipl taş ekoları izlenmiştir, pyohidronefroz?, BPD, FL 31 hf ile uyumlu İu FKA- fetus izlendi, FKA olan hasta yatırıldı, yattığında T.A: 100/60, Nb: 110, A: 36.3, tetkiklerinde Hb: 9.85, PLT: 134000, AST: 69, Crea: 2.2, Tbil: 1.63, INR: 1.45, fibrinojen: 96.14, APTT/PTZ/INR: 32.9/16.2/1.45 olması üzerine acil üroloji ve dahiliye konsültasyonu istendi. Üroloji konsültasyonunda; TİT de bol lökosit, WBC: 15.8, BUN: 23, ALT: 16, AST: 69, acil üropatolojik girişim düşünülmediği belirtildi. Cr, BUN yüksekliği ve ürolitiazis açısından poliklinik kontrolü önerildi. Dahiliye konsültasyonunda; TDP replasmanı, hemogram, biyokimya ve kanama profili takibi önerildi, doğumhanedeki takibinde genel durumunda bozulma, TA değerlerinde düşme ve taşikardi olması üzerine acil dahiliye konsültasyonu yenilendi, dahiliye önerisiyle hastaya 1 ünite TDP verildi, hasta acil servis dahiliye yoğun bakım ünitesine alındı, Hellp Sendromu düşünüldü ve indüksiyon uygulandı. Vajinal yolla ölü doğum yaptırıldı. Hasta kanama pıhtılaşma bozukluğu tedavisi amacıyla pyelonefrite sekonder sepsis-DIC ön tanılarıyla Dahiliye tarafından değerlendirildi.

Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniği nin 03.02.2014 giriş-06.06.2014 çıkış tarihli epikrizi ve konsültasyon formları: 03.02.2014 da BK: 17100, Neu: 16500, Hb: 9.93, PLT: 154000, PTZ: 16.52, INR: 1.49, 05.02.2014 da PTZ: 13.89, INR: 1.24, 06.02.2014 da BK: 26100, Neu: 23700, Hb: 9.32, PLT: 87000, 04.02.2014 tarihli periferik yaymada; Nötro%46, Bant%30, Meta%7, Lenfo%12, Mono%5, toksik granülasyon +3, normokrom-normositer, Plt yer yer 5 li-4 lü kümeler halinde yeterli olduğu, aynı tarihli kan gazında Ph 7.53, Pco2: 28.1, Po2: 122.9, HCO3: 24.1 Biyokimya (3.2.2014) Na:135, K=3,7, Cl:104, BUN:23, Glu:183, Crea:2,2, Ca:8,1, ALT:15, AST:64, CK:188 Amilaz:75, Tbil:1,6, D.bil:120, T.bil:0,43, CK-MB:84, (6.2.2014) Na:137, K:4,4, Cl:107, BUN:76; Glu:124, Crea:4,7 Ca:7,3, ALT:56, AST:65, CK:1052, Amilaz:129 T.bil:1,13 D.bil:0,86, T.Bil:0,27 CK-MB:114,

Hasta kadın doğum tarafından acil dahiliye yoğun bakımda izlenmek üzere alındı, doğum yaptırdıktan sonra servise nakledildi, hemogram, biyokimya, PTZ, ACT takibi yapıldı, Dopamin+sıvı tedavisi başlandı, kardiyopulmoner arrest gelişti, 5 dak. CPR uygulanan hastanın kardiyak ritmi ve solunumunun döndü (SIMV modunda), hastaya juguler kateter takılarak CVP takibine başlandı, antibiyoterapi olarak Desefin 1gr 1x1 başlanan hastanın ateşi olması nedeniyle antibiyoterapi maxipime 1gr 2x1 flagyl flk 3x1 başlandığı, kan ve idrar kültürü alındı, arrest sonrası batın USG yapılarak kadın doğum konsültasyonu istendi, girişim düşünülmedi, intrakranial patoloji açısından kranial MR çekirilerek nöroloji konsültasyonu istendi, intrakranial patoloji düşünülmedi, hastaya toplam 3 Ü TDP, 4 Ü eritrosit süspansiyonu verildi, CPR sonrası 1 gün idrar çıkışı olmayan hastanın CVP 18 saptanması nedeniyle dopamin+lasix inf. başlandığı, tansiyonu yükselen ve idrar çıkışı başlayan hastanın CVP'si 10'a düşünce diüretik tedavisi kesilerek sıvı başlandı, nöroloji konsültasyonunda mevcut tablonun sepsis ve DIC ile ilişkili olduğunun düşünüldü nörolojinin önerisi ile mannitol inf başlandı, hastanın 100 cc/h idrar çıkışı başladı ancak BUN yüksekliği nedeniyle doz azaltıldı, hasta anestezi yoğun bakıma nakil verildi.

Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği nin 06.02.2014 giriş-20.02.2014 çıkış tarihli epikrizinde ve konsültasyon formları: 04.02.2014 tarihinde kardiyak arrest gelişen CPR yapılan ve NSR ne dönen hastanın ileri tetkik ve tedavi amacıyla AYB Ünitesine alındığı, bilinç kapalı, E3 M4 pupiller middilata, IR +/-, mekanik ventilatöre bağlandı, T.A: 120/80 mmHg, KAH: 118/dk ritmik, ek ses yok, SS de ral ronkus yok, batın serbest olduğu, 08.02.2014 tarihinde istenen nefroloji konsültasyonunda; hastada iskemik toksik nefropati olabileceğinin düşünüldü, CVP: +13, kreatinin değerinde progresif yükselme oldu, diürez azalmış, hastanın hemodiyalize alınmasının uygun olduğu bildirildi. 10.02.2014 tarihinde yapılan genel cerrahi konsültasyonunda WBC: 21.4, Hb: 9.6, PLT: 193, Na: 139, K: 3.4, Cl: 106, Ca: 7.9, BUN: 64, Crea: 3.84 olduğu, bu hali ile acil genel cerrahi patoloji saptanmadı, 10.02.2014 da yapılan Üroloji konsültasyonunda; batın distandü, berrak idrar akışı (2300 cc/günlük, sondayla) mevcut, yapılan batın USG de sol bb de hidronefroz ve retroperitoneale uzanan kitle saptanmış olduğu tespit edildi, acil üropatoloji düşünülmediği, hastanın yoğun bakımdan çıktıktan sonra rekon-sültasyonunun uygun olduğu belirtildi, aynı günlül Kadın Doğum konsültasyonunda batın USG de sol böbrek lezyonunu dolduran retroperitona uzanan heterojen yapıda lezyon ileri derecede hidropik böbrek ve hematom olabilir, batın içi serbest sıvı+, acil obstetrik patoloji saptanmadı.

Yattığı sürece hastaya 18 Ü TDP, 2 Ü ERT transfüzyonu yapıldı, 3 defa diyalize alındığı, mayii çekildiği, 20.02.2014 da kardiyak arrest gelişen hastaya uygulanan tedavi ve CPR a rağmen yanıt alınmadığı, ex kabul edildi.

Otopsi raporu:Sağ böbrek 330 gr tartıldığı, şiş, yüzeyi düzgün, kapsülü kolaylıkla soyulabilir, noktavi kanamalı bulunduğu, kesitlerinin olağan bulunduğu, sol böbrek çevreye yapışık şekilsiz kitle şeklinde olup kapsül-çevre adipoz doku bir birinden ayrılamayacak şekilde yapışmış bulunduğu, kaliksler ileri derecede genişlemiş, parankim seçilemeyecek şekilde incelmış-kaybolmuş olup tüm böbrek içi sarı kokulu, bir bölümü akıcı, bir bölümü çamur kıvamında pü ile dolu bulunduğu, 2 cm çapında taş çıkartıldı.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu (1): Kişinin ölümünün kendinde mevcut kronik pyelonefrit zemininde gelişen akut alevlenme ve gelişen komplikasyonlardan (akut böbrek yemeziği, DİC, Sepsis) ileri geldiği, kişinin böbreğinde tespit edilen taşın ölümüne neden olan sepsise katkıda bulunabileceği, Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılan tetkiklerinde sol böbrekte multipl taşlar, grade III dilatasyon, kalixlerde yoğun içerik (pyohidronefroz?) izlendiği, BK: 21.400 olduğu, yapılan üroloji konsültasyonlarında acil üropatolojik girişim düşünülmediği, otopsisinde sol böbrek parankimi seçilemeyecek şekilde incelmış kaybolmuş, tüm böbrek içi sarı, kokulu, bir bölümü akıcı, bir bölümü çamur kıvamında pü ile dolu bulunduğu bildirilmekle Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılan üroloji konsültasyonlarında ileri tetkiklerden (BT) yararlanılarak böbrekteki absenin gösterilmesi ve abse drenajı yoluna gidilmemiş olması cihetiyle Eğitim ve Araştırma Hastanesinde uygulanan ürolojik yaklaşımın tıbben yeterli olmadığı oy birliğiyle mütalaa olunduğu,

Adli Tıp Kurumu (2): Asistanlar tarafından yapılan Üroloji konsültasyonunda; yoğun bakımda mekanik ventilatöre bağlı, batını distandü, Üre 64, Cr 3.8, Na 139, K 3.4, Ca 7.9 berrak idrar akışı (2300 cc/günlük, sondayla) mevcut olan, yapılan batın USG de sol böbrekte hidronefroz ve retroperitoneale uzanan kitle saptanmış olan hastanın, yoğun bakımda bilinci kapalı, mekanik ventilatöre bağlı, genel durumu kötü olarak takip edilmesi nedeniyle acil üropatoloji düşünülmeyip, hastanın yoğun bakımdan çıktıktan sonra rekonsültasyon önerilmesinin BT çekilmesi ve cerrahi girişimin riski sebebiyle uygun olduğu cihetle üroloji uzmanlarına atfı kabil kusur bulunmadığı mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Mete Çek, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Gebelikte pyelonefrit, pyonefroz ve sepsis belirtileri, tanı kriterleri nelerdir. Bu bilgilere göre hastanın bulgularını değerlendiriniz?

Gebelikte pyelonefritin klinik tanısı, gebe olmayanlarda olduğu gibi ateş, dizüri, pollakiüri ve mutlaka yan ağrısının var olmasıyla koyulur. Bu belirtiler, gebe olmayanlarda da aynıdır, ancak gebelerde uterusun üreterlere bası yapması nedeniyle yan ağrısını pyelonefrit ile ilişkilendirmek güç olabilir. Pyonefroz da benzer belirtiler verir, ancak ultrasonografik görüntülemeye pyelonefritten farklı olarak pelvikaliseal sistemde ektazi ve bu sistemi dolduran ekojenik materyal görülebilir. Sepsis tanısı ise uluslar arası kabul edilmiş tanımlara göre koyulabilir. Bunun için: I. Enfeksiyonun gösterilmeli ve II. SIRS sendromu bulunmalıdır. SIRS sendromu tanısı için de aşağıdaki bulgulardan en az iki tanesinin varlığı gereklidir:

Vücut sıcaklığı: $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ya da $\leq 36^{\circ}\text{C}$

Taşikardi: $\geq 90/\text{dk}$

Taşipne: $\geq 20/\text{dk}$

Respiratuar alkaloz: $\text{pCO}_2 \leq 32 \text{ mmHg}$ ($< 4.3 \text{ kPa}$)

Lökosit sayısı: Lökositoz $\geq 12/\text{nL}$ ya da lökopeni $\leq 4/\text{nL}$ ya da sola kayma

Hastanın 3.2.2014 tarihinde hastaneye kabulündeki bulguları ve sevk edilmeden önce yapılan incelemeler, sol böbrekte taşla birlikte pyonefroz olduğunu göstermektedir. Hem hastanın gebe olması, hem de böbrek taşı ve obstrüksiyona bağlı pelvikaliseal dilatasyonun bulunması, bu hastada komplike bir üriner enfeksiyon bulunduğunu göstermektedir. Bu tablonun tedavisi, üroloji branşına aittir.

2- Hastanın pyonefrozu yoğun bakımda yatarken üroloji tarafından tespit edilmiş. Bu aşamada müdahale edilseydi durum değişir miydi? Yoğun bakımda bilinci kapalı sepsiste, böbrekte pyonefroz bulguları olan hastada genel durum nedeniyle böbreğe müdahale edilememiş olması nasıl değerlendirilmelidir?

Hastanın taşlı pyonefrozun yol açtığı ürosepsisin komplikasyonları nedeniyle kaybedildiği anlaşılıyor. Ürosepsis tedavisinde ilk saatler yaşamsal önem taşımaktadır. Özellikle ilk bir saatte ve ilk altı saatte yapılması gerekenler kılavuzlarda net biçimde tanımlanmıştır. Örneğin hipotansiyonun ortaya çıkmasını izleyen ilk bir saatte antibiyotik verilmesinin sağkalımı %80 oranında sağladığı, kaybedilen her saat başına mortalitenin %7-8 arttığı bilinmektedir. Pyonefroza bağlı ürosepsiste hastanın genel durumu ne olursa olsun pyonefrozlu böbreğin drenajının sağlanması kritik önem taşımaktadır. Bu işlem, koşullar ne olursa olsun denenmelidir.

3- Konsültasyonlarda sorumlu asistan mı uzman mı?

Konsültasyonlarda sorumluluk uzmandadır. Ancak iş yoğunluğu nedeniyle pratikte bir çok konsültasyonun asistanlar tarafından gerçekleştirildiği bilinmektedir. Bu durumda bile yapılan konsültasyondaki bulgular, verilen karar, uygulanan girişimler mutlaka ilgili uzman ile paylaşılmalıdır. Yapılan konsültasyonlarda verilen kararlar, öneriler, uygulanan girişimler hastanın dosyasının yanı sıra ilgili kliniğin de kayıtlarına (konsültasyon defteri gibi) girerse en azından sorumlu uzmanın uygun bir fırsatta bunları kontrol etmesi, gerekirse konsültasyona müdahale ederek olası aksaklıkları düzeltmesi sağlanabilir.

4- Bu olaya bilirkişi raporunuz nasıl olurdu?

Adli Tıp Kurumu'nun ilk raporuyla görüş birliği içindeyim. Hastanın böbrek taşı ve hidronefroz tanısıyla sevkli gelmesi, lökositozunun bulunması, mutlaka acil ürolojik girişimin gerekli olduğunu göstermektedir.

3.7.2 ÜRETEROSKOPIK GİRİŞİM SONRASI ÖLÜMÜN SEBEBİ SEPSİS Mİ?

İDDİA

Ölen hasta benim eşim olur. Eşim 33 yaşındaydı. Eşim böbreğindeki taşı lazerle kırılmak için hastaneye gitti. Ameliyata girdi ve ameliyat sonrasında vefat etti. Ben eşimin ölümünde ihmali olduğunu düşünüyorum. Ameliyatı yapan doktordan şikayetçiyim.

SAVUNMA

Üroloji Uzmanı: Hastaya sağ yan ağrısı, bulantı, idrarda yanma şikayetleri ile muayene edip tetkiklerini yaparak sağ üreter taşı teşhisi koyup ameliyat önerdim. Endoskopik üreter taşı ameliyatı yaptım ve üreter katateri koydum. Ameliyat 40 dakikada bitti. Cerrahi bir olumsuzluk olmadı. Anestezi hekiminin kontrolünde uyanma odasına ve oradan da servise gönderilen hastanın, servise geldiği anda solunum ve nabzının alınamadığı servis hemşireleri tarafından tespit edilmiştir. Hasta sedyeden indirilmeden hemen ameliyathaneye geri gönderilerek aynı katta bulunan yoğun bakım doktorları tarafından resüstasyona başlandı. Hasta canlandırılarak yoğun bakım servisine alındı ancak üç gün sonra vefat etti. Anestezi ile görüşmemizde bu durumun hastanın uyandırma odasından servise gönderilirken asansörde kalb krizi geçirmiş olabileceğini söylediler. Vefat eden hastanın ameliyat öncesi tetkikleri ve anestezi konsültasyonu tam olarak yapılmış, ameliyat normal seyretmiş olup, ameliyat öncesi, ameliyat esnası ve sonrasında herhangi bir kusurum ve ihmali yoktur. Suçlamaları kabul etmiyorum.

Anesteziyoloji Uzmanı: Anestezi uygulamasından önce anestezi uygulaması sırasında anestezi uygulaması sonunda uyandırma ünitesinde ve takibi sırasında herhangi bir sorun ile karşılaşmadı. Hastanın uyanıklığı yeterli görülünce servis takibi yapılmak amacı ile anestezi teknisyeni eşliğinde servise gönderildi. Olay ile ilgili herhangi bir ihmali ve kusurumuz söz konusu değildir. Hakkımda isnat edilen suçlamaları kabul etmiyorum.

Anestezi teknisyeni: Hasta bana tüm vital bulguların normal konuşur ve reflekslerinin yerinde olarak teslim edildi, her hangi bir problem olmadığı söylendi, uyandırma ünitesinde yeterli süre boyunca takip edildi, uyandırma ünitesinde kaldığı sürece vital bulguları normaldi hasta konuşuyordu, anestezi uzmanı değerlendirmesi ve onun onayı ile hastayı servise teslim etmeye çıktık. Hastayı servisinde teslimi sırasında hastanın genel durumu kötüleştiğini fark ettik, kalp atımını alamadık orada hemen resüsitasyon başladık, resüsitasyon devam ederek ameliyathaneye indirdik, ameliyathanede doktor eşliğinde kalp mesajı ve resüsitasyon uyulandı kalp masajına cevap veren hasta daha sonra yoğun bakıma teslim edildi. Herhangi bir kusurum ve ihmalem yoktur.

BELGELER

10.8.2015 tarihli üriner sistem USG: Bilateral böbrekler normal boyutta, parankim kalınlık ve eko-ları normal. Sağ böbrekte grade II hidronefroz izlenildi. Obstrüktif üropati yönünden tetkiki önerildi. Her iki böbrekte pelvikalisiel dilatasyon veya taşla uyumlu görünüm izlenmedi. Mesane konturları düzenli, ureter alt uçlarda taş izlenmedi.

10.8.2015 tarihli üriner BT: Bilateral böbrekler normal boyut ve dansitede izlenmiştir. Sağ böbrekte grade II hidronefroz ve sağ ureter alt uça 6 mm lik taş mevcuttur. Çekum düzeyine uyan orta hatta 15 mm lik kalsifiye mezenterik LAP izlendi. Sağda gerota fasiasında ödem ve parakolik reseste sıvı artışı sağ böbrekteki retansiyona bağlıdır. Sağ renal pelvis ön-arka çapı 35 mm, sağ ureter çapı 12 mm ölçüldü.

10.8.2015 tarihli laboratuvar: WBC:8, hgb:16.2, hct:49.2, AKŞ:99, BUN:18.71, kreatinin:1.64, ALT:21, AST:23, INR:1.05, PTZ:12.8, aPTT:29.1, HbsAG negatif, AntiHCV negatif, AntiHIV negatif.

11.8.2015 yatış- 12.8.2015 çıkış tarihli tıbbi belgeleri: Sağ yan ağrısı, bulantı, idrarda yanma şikayetleri mevcut. BT'de; Sağ böbrekte grade II hidronefroz ve sağ ureter alt uça 6 mm lik taş mevcut. Hastaya sağ ureter taşı tanısı konularak operasyon önerildi. 11.08.2015 tarihinde yatışı yapılan hastaya Endoskopik ureter taşı tedavisi ve Retrograd ureteral kateterizasyon yapıldı.

Ameliyat notu: Genel anestezi altında uretorenoskopi ile üretradan girildi, sağ üretere guide yerleştirilerek klavuzluğunda sağ üretere girildi, üreter 4. Cm de 0.8 mm ebadında taşla rastlanıldı, pnوماتik litotriptörle taş kırıldı, parçaları forsepsle dışarı alındı, sağ üretere 6 F üreter kateteri yerleştirilerek mesane konan foley sondaya tespit edildi.

Anestezi ve Reanmasyon epikriz raporu: 11.08.2015: Ameliyat sonrası asansörde kardiyak arrest gelişen hastaya CPR yapıp geri dönderildi. Hızlıca YBÜ getirilen hastaya hem santral SEDIFLEX7F hemde arteriyel katater SEDICAHT takılıp invaziv monitörize edildi. Hipotansiyon gelişen hastaya volüm replasmanı yapıp inotrop dozları başlandı, mekanik ventilatörde SIMV modunda FİO2:45 PEEP:6 PH:7,44 P02:II PC02:27 takip edildi, metabolik asidozu için toplam 50 ampül sodyum bikarbonat yapıldı, ventilator uyumsuz takipneik hasta dormicum ve propofolle derin sedatize edildi, hipertansif döneme giren hastanın inotrop ajanları kapatıldı, diltizem infüzyonu başlandı. Total aldığı sıvı 4300 cc, çıkardığı 6550 cc, CVP'si 9, BUN: 17, kreatinin 1,51 tespit edildi. Ateşleri olan hastaya periferik soğutma yapıldı. Nöroloji ve kardiyoloji konsültasyonu istenildi. Saat 14.15 de yapılan nöroloji konsültasyonunda "şuuru kapalı, derin koma düzeyinde, ağrılı uyarana yanıtı yok, pupiller dilate, ışık reaksiyonu yok, hipoksik beyin, diffüzyon MR istenildi". Hastaya diffüzyon MR çekildi. Mr da beyin parankim alanlarında patolojik diffüzyon kısıtlaması gösteren alan veya odak izlenmedi. Nöroloji uzmanı tarafından mevcut tedaviye Nootropil eklenildi. Kardiyoloji konsültasyonunda; EKG sinde sinüzal taşikardi mevcut, destek tedavisi, taşikardinin iv Diltizem ile kırılabilceği belirtildi, troponin çalışılması (0-6. saat) önerildi. Antiödem tedaviye başlandı. Mannitol 4x100 başlandı. Karaciğer enzimleri yüksek olup ALT 518, AST 405 olduğu tespit edildi. Glaskow 3 olan hastanın genel durumu kötü, koma hali mevcut olup bu haliyle 3. basamak yoğun basamak hastası olarak kabul edildi.

12.08.2015 de; 3. BASAMAK ybü hastası olarak takip edilen hastanın genel durumu kötü, şuuru kapalı, Mekanik ventilatörde IMV modunda FİO2:35 PEEP:5 PH:7,39 P02:104 PC02:26 tespit edildi, PA Akciğer grafisinde ral ve ronküs yok, dormicum ve propofolle derin sedatize edildi. Hasta takipneik. Ateşleri oldu. Total aldığı sıvı 4235cc, çıkardığı 3330 cc, CVP'si 2. BUN 25, kreatinin 2,41 tespit edildi. Hipertansif seyreden hastaya diltizem ve brevbloc infüzyonuna devam edildi. Hasta hem enteral hemde parenteral beslenildi, şekeri regüle olup antiödem tedaviye devam edildi. Ateşleri olan hastaya perfalgan infüzyonu verildi. Karaciğer enzimleri yüksek (ALT:448) seyretti.

13.08.2015 de; YBÜ de takip edilen hastanın genel durmu kötü şuuru kapalı mekanik ventilatörde SIMV modunda Fİ02:45 te takip edildi. Derin hipotansiyonu olan hastanın inotrop ajan dozları artırıldı. Ateşleri olan hastaya perfolganla müdehale edildi. Kraniak BT de; "beyinde serebrumda ve serebellumda korteks beyaz cevher ayrımı kaybolmuş olup parankim diffüz hipodens izlenmekte, bazal sistemler ve serebrar sulkuslar silinmiş, ventriküller komprese görünümündedir. Tentorium ve sylvian vallekulalar hiperdens izlenmektedir (pseudo SAK görünümü). Bu bulgular yaygın beyin ödemi ve postresüsitasyon ensefalopatisi ile uyumludur" şeklinde raporlandı. Hastamızda saat 07:15 te kardiak arrest gelişti CPR yapıldı Efektif CPR yapılmasına rağmen defibrile edilemeyen hasta geri dönderilemedi.

Lab tetkiklerinde;

11.08.2015: WBC 17.800, AKŞ: 231, GGT 125, CK 935, LDH 1418, Protein Total 5.7, albümin 3.3, Kalsiyum total 7.8, Kreatinin 1.51, ALT 518, AST 405, Amilaz 541, Kütle CK-MB 3,30, Troponin 0.24 ve 1.38, PTZ:13,90, INR:1,14, aPTT:31,00, D-Dimer(kantitatif) >15000.

12.08.2015: WBC 17.300, AKŞ 131, potasyum 3.3, kreatinin 2.41, ALT 448, Troponin-1 3.53.

13.08.2015: WBC 23.600, AKŞ 158, potasyum 2.8, kreatinin 3.36, ALT 262.

14.08.2015: WBC 8.360, AKŞ 181, protein total 5.2, albümin 2.8, potasyum 2.7, kreatinin 8.7, ALT 171.

Dosya kapsamındaki radyolojik tetkiklerin ATK İhtisas Kurulu tarafından yapılan incelemesi:

10.8.2015 tarihli BT de sağ distal üreter lojunda 1 adet dansite artışı izlenildi, sağ perirenal yağlı dokuda retiküler ve linear dansite artışları, kirli görünüm, sağ renal pelvis ve proksimal ureter dilate görünümde, Grade II hidronefroz, sağ ureter distalinde mesane giriminde 5.8.mm boyutunda kalkül ile uyumlu hiperdansite izlenildi. Akciğer grafisinde özelliklik saptanmadı.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu:

1- Zamanında otopsi yapılarak dokularda makroskopik, mikroskopik, toksikolojik, serolojik inceleme yapılmamış olmakla birlikte; Tıbbi belgeler dikkate alındığında; kişiye yapılan anestezi fişinin incelenmesinde; ameliyatın saat 14:35 de başladığı, başlangıç tansiyonun sistolik 140 ölçüldüğü, ameliyatın 14:40 da başladığı, bitişde yaklaşık tansiyonu 100-120 olduğu, sPo2 kaydının olmadığı, 200mg Propofol, 35 mg Esmeronla indüksiyonun yapıldığı, N2O, oksijen ve Floutran ile uyutulduğu anlaşıldığı, hastanın servise transferi esnasında bir monitorizasyon yapıldığına dair bir kayıt bulunmadığı, anestezi teknikerinin de hastanın servise transferi esnasında kötüleştiğini fark etmediği, hastanın teslimi esnasında kardiak arrest olduğu, hastanın transferi esnasındaki klinik değişimin nasıl olduğu bilinemediğinden; kişinin ölüm sebebi ve mekanizmasının bilinemediği,

2- Kişinin ameliyat öncesi muayanesinin, radyolojik ve laboratuvar tetkiklerinin yapılarak doğru tanının konulduğu, preop tetkikleri yapılarak planlı olarak hastanın hastaneye yatırıldığı, ureterde taş bulunan hastaya uygun cerrahi girişimler uygulandığı, ameliyat sırasında kullanılan anestezi ilaçlarının ve sıvıların doğru olduğu, ameliyat sırasında bir sorunla karşılaşmadığı, anestezi esnasında arter kan basıncı ve kalp atım hızının normal seviyelerde seyrettiği tıbbi kayıtlardan ve adli dosya kapsamındaki ifadelerden anlaşıldığı, ameliyat sonrası tamamen uyanan hastanın ekstübe edildiği, uyanma odasına alındığı uyanma odası takiplerinde tamamen uyanık, konuşur vaziyette olan hastanın Anestezi teknisyeni tarafından servis Sorumlusuna teslimi edilmesi sırasında arrest olduğu anlaşılarak uygun resüsitasyon işlemlerinin yapılarak yoğun bakımda takip ve tedavisinin sürdürüldüğü göz önüne alındığında; kişinin ameliyatı sırasında cerrahisi ve anesteziye katılan hekimlere ameliyatında, derlenme odasında ve transferinde ve servis tesliminde görev alan anestezi teknikerlerine, yoğun bakımda takip, tedavi ve konsültasyonlarında görev alan hekimlere ve yardımcı sağlık personeline kusur atfedilemeyeceği oy birliğiyle mütalaa olunur.

Bilirkişi öğretim üyesi: Tıbbi belgelere göre hastanın kliniği sepsis ile uyumludur. Ameliyat öncesi yapılan değerlendirmelerde sağ üreter alt ucunda taş, hidronefroz, gerota fasyasında ödem ve parakolik reseste sıvı artışı, kreatinin yüksekliği tespit edilmiştir. Hastaya idrar tahlili ve kültürü yapıldığını gösteren belge mevcut değildir. Sepsisi öngörme, buna karşı önlemler alma konusunda üroloji uzmanının uygulamalarında tıbbi hata mevcuttur. Yoğun bakımda da sepsisi öngörme be buna yönelik tedavi yapıldığını gösteren belgeler bulunmamıştır. Bu nedenle de yoğun bakım tedavisini sürdüren hekimlerin uygulamalarında tıbbi hata mevcuttur.

DEĞERLENDİRME

Dr. Yavuz Onur Danacıoğlu, Doç. Dr. Gökhan ATIŞ, İstanbul Medeniyet Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı

1- Bu hastada yapılan uygulamaları kılavuz bilgilerine göre değerlendiriniz

Hasta elde belgelere göre sağ yan ağrısı, bulantı, idrarda yanma şikayetleri ile başvurmuş ve bilgisayarlı tomografi çekilerek sağ üreter alt uç taşı tanısı konulmuştur. Hekim bu aşamada ürolitiasisten şüphelenerek üriner USG ve BT çekimi sağlayarak tanıya ulaşmış ve üreterorenoskopi işlemi yapılmasına karar vermiştir. Renal kolik şikayeti ile başvuran bir hastada kılavuz bilgilerine göre ultrasonografi, direkt üriner sistem grafisi, intravenöz ürografi ve kontrastsız bilgisayarlı tomografi ile böbrek, pelvis, pelviüreterik bileşke ve vezikoüreterik bileşkenin değerlendirilmesi ve varsa taşların lokalizasyon belirlenmesi önerilmektedir (C. Türk, T. Knoll, A. Petrik ve ark. Guidelines on Urolithiasis European Association of Urology 2016. <https://uroweb.org/guidelines/>). Yine üreter alt uç taşı olan hastalarda üreterorenoskopi uygun tedavi yöntemi olarak önerilmektedir. Hastanın belgelerinde başvuru esnasındaki laboratuvar tetkiklerinde hemogram, biokimya, koagülasyon ve ELISA testlerinin yapılmış olduğu ancak dizürisi olmasına rağmen tam idrar tetkiki ve idrar kültürünün yapılmadığı anlaşılmaktadır. Kılavuz bilgilerine göre üriner sistem taş hastalığı olan bir kişide rutin olarak tam idrar tetkik ve idrar kültürünün yapılması ve eşlik eden üriner enfeksiyonun varlığının belirlenmesi gerekmektedir (C. Türk, T. Knoll, A. Petrik ve ark. Guidelines on Urolithiasis European Association of Urology 2016. <https://uroweb.org/guidelines/>). Özellikle girişimsel tedavi veya ESWL gibi tedavi yöntemleri uygulanmadan önce hastanın semptomatik veya asemptomatik olduğuna bakılmaksızın steril idrar kültürünün varlığı belirlenmelidir. Aktif enfeksiyon varlığı üreterorenoskopinin kesin kontrendikasyonudur. İdrar kültürü, operasyon sonrası gelişebilecek sepsisin en önemli belirleyici faktördür. (Blackmur JP, Maitra NU, Marri RR ve ark. Analysis of Factors' Association with Risk of Postoperative Urosepsis in Patients Undergoing Ureterscopy for Treatment of Stone Disease. Journal of Endourology; 2016 Sep. p. 963-969). İdrar kültürü yapılarak klinik anlamlı bakteriüri varlığı tespiti ve antibiyograma uygun antibiyoterapi ile enfeksiyöz komplikasyonların önüne geçilmiş olunur (R. Pickard, R. Barlotti, T.E. Bjerklund-Johansen ve ark. Guidelines on Urological infections European Association of Urology 2016. <https://uroweb.org/guidelines/>).

Üreterorenoskopi sonrası üreteral stentin üreteral travma, reziduel taş fragmanı varlığında, kanama, perforasyon, üriner sistem enfeksiyonu ve gebelikte koyulması önerilmektedir. Operasyon bitiminde hekim opere edilen tarafa üreteral kateter koyarak gerekli drenajı sağlamıştır (C.Türk, T.Knoll, A.Petrik ve ark. Guidelines on Urolithiasis European Association of Urology 2016. <https://uroweb.org/guidelines/>).

Hekim savunmasında antibiyotik profilaksisi yapıp yapmadığına dair bilgi vermemektedir. Kılavuz bilgilerine göre üreterorenoskopi işlemi öncesinde yine 1./2. Kuşak sefalosporinler ile profilaksi yapılması önerilmektedir (Dean A, Amy K, Nicole LM ve ark. Guidelines on Surgical Management of Stones: AUA/Endourological Society 2016. <https://www.auanet.org/education/clinical-practice-guidelines.cfm>).

Üreterorenoskopik taş ameliyatı sonrası sepsis gelişim oranı %3'dür. Sepsis yoğun bakım hastalarındaki kardiyak dışı ölümün başlıca sebebidir. (Mariappan P, Loong CW. Midstream urine culture and sensitivity test is a poor predictor of infected urine proximal to the obstructing ureteral stone or infected stones: a prospective clinical study. Journal of Urology; 2004. p. 2142-2145) (Kaml, Gary J, and Kimberly A. Davis. Surgical Critical Care for the Patient with Sepsis and Multiple Organ Dysfunction. Anesthesiology Clinics; 2016. p. 681-696). Ürosepsisin risk faktörleri arasında obstrüktif üropatiler, diyabetes mellitus ve ileri yaşta olma bulunmaktadır. Sepsisin başlangıç bulguları genellikle spesifik değildir fakat obstrüksiyona sahip bu gibi hastalarda özellikle septik şokun en sık bulgusu olan hipotansiyonun operasyon esnasında gelişmesi ile erken destekleyici tedavi ve antibiyoterapi başlanmalıdır (Hollenberg SM, Ahrens TS, Annane D ve ark. Practice parameters for hemodynamic support of sepsis in adult patients. Critical Care Medicine; 2004. p. 1928). Septik şoka bağlı hipotansiyon sistolik kan basıncının < 90mm Hg veya ortalama arter basıncının < 70 mm Hg veya sistolik kan basıncının > 40 mm Hg düşmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu vakada tansiyon düşüşü bu kriterleri tam olarak karşılamasa da yine de obstrüksiyon gibi risk faktörü varlığı olan taş hastalarında böyle bir durumda daima cerrahın aklına sepsis veya septik şok gelmelidir. Operasyon esnasında veya sepsisten şüpheniildiği ilk dönemde erken antibiyoterapi ve destekleyici tedavi ile mortalitede % 17.7 oranlık düşüş sağlanabilir ve tedavideki bir günden fazla gecikmede mortalite

% 25'den fazla gözlenmektedir. (Early Goal-Directed Therapy Collaborative Group of Zhejiang Province. "The effect of early goal-directed therapy on treatment of critical patients with severe sepsis/septic shock: A multi-center, prospective, randomized, controlled study." Zhongguo wei zhong bing ji jiu yi xue= Chinese critical care medicine= Zhongguo weizhongbing jijiuixue; 2010. p. 331)

Bu vakada hastada erken dönemde kardiyak arrest gelişmiş ve resusitasyon yapılarak hasta yoğun bakımda takip edilmiştir. Bu dönem içerisinde hastada ateş, hipotansiyon ve multi-organ yetmezliği bulguları gelişmesine rağmen septik şok tanısının konulmadığı, idrar ve kan kültürlerinin alınmadığı ve geniş spektrumlu antibiyoterapinin başlanmadığı gözlenmektedir. Septik şok nedeniyle kardiyak arrest geliştiği tahmin edilen ve resusitasyon sonrası yoğun bakıma alınan hastaya ilk olarak destek tedavisi, erken ve uygun antibiyoterapi verilerek mortalite olasılığı azaltılmalıdır (Yealy DM, Kellum JA, Huang DT ve ark. A randomized trial of protocol- based care for early septic shock. N Engl J Med; 2014. p. 1683–1693). Ürosepsis düşündüğümüz bu hastaya ilk 1 saat içinde mümkün olduğunca en geniş spektrumlu, lokal dirençli bakteriler düşünülerek ve hastanın biyokimyasal değerleri göz önünde bulundurularak intravenöz antibiyoterapi başlanmalıdır. Antibiyoterapi öncesi veya sonrası 45 dakika içinde uygun şartlarda idrar ve kan kültürü alınmalıdır (Tandogdu Z, Johansen TE, Bartoletti R ve ark. Management of the Urologic Sepsis Syndrome. European Urology Supplements; 2016 Jul. p. 102-111). Sepsiste oluşan inflamatuvar süreç ve immünolojik cevaplar sonucu oluşan hemostatik disregülasyon ve endotelial disfonksiyon sistemik dolaşım sisteminde bozulmaya ve hücre içi homeostaza yol açar ve böylece periferik dokulara oksijen taşınması güçleşmekte bu da çoklu organ yetmezlik sendromuna (MODS) yol açmaktadır. Hipotansiyon, mental durum bozukluğu, oligüri, cilt perfuzyonunun bozulması ve metabolik asidozun olması septik şoktan çoklu organ yetmezlik sendromuna gidişi düşündürür (Kaml, Gary J, and Kimberly A. Davis. Surgical Critical Care for the Patient with Sepsis and Multiple Organ Dysfunction. Anesthesiology Clinics; 2016. p. 681-696). Bu hastada da hipotansiyonun olması, mental durumun derin koma durumunda olması, idrar çıkışının oligürik olmasa da gittikçe azalması ile çoklu organ yetmezlik sendromunun geliştiği düşünülmelidir. Belgelerde hastanın kan tahlilleri tam olarak sunulmasa da hastanın böbrek fonksiyon değerlerinde operasyon öncesi kreatininin 1.64 mg/dl, ALT:21 U/L, AST:23 U/L olduğu gözlenmektedir. Fakat gün geçtikçe bu değerlerde artma gözlenmekte ve kreatinin: 8.7 mg/dl, ALT: 171 U/L olmuştur. Şiddetli sepsis ve septik şok %20-%42 oranında ölüm ile sonuçlansa da yoğun destekleyici tedavi ve erken antimikrobiyal tedavi ile ölüm olasılığı azaltılabilmektedir (Martin GS, Mannino DM, Eaton S ve ark. The epidemiology of sepsis in the United States from 1979 through 2000. New England Journal of Medicine; 2003 Apr. p. 1546-1554)

2- Bu vaka hakkında bilirkşi görüşünüz nasıl olurdu?

Hastayı genel olarak ele aldığımızda ölüm sebebinin sepsis olduğunu görmekteyiz. Bu vakada başlangıç olarak hekim operasyon öncesi hazırlık aşamasında idrar kültürü ve tam idrar tahlili göndermeyecek olası bir enfeksiyonun tespitini yapmamıştır. Operasyon açısından hekimin uygun yöntemle taşı tamamen kırdığı ve operasyon bitiminde üreter kateterini başarılı şekilde yerleştirdiği gözlenmektedir. Hekim operasyon öncesi antibiyotik profilaksisi yaptığını belirtmemiştir. Operasyon esnasında ve sonrasında gelişen ve destek tedaviye rağmen devam eden hipotansiyon, vücut sıcaklığının yüksekliği, böbrek ve karaciğer fonksiyonlarının bozulması sepsise dayandırılmamış ve buna yönelik tedavi eksik kalmıştır. Bu da hem üroloji uzmanı hem de yoğun bakım hekimininin gerekli yaklaşımı ve tedaviyi yapmadığından dolayı kusuru olduğunu göstermektedir.

3.7.3 URS SONRASI SEPSİSİN NEDENİ?

İDDİA

Böbrek taşı nedeniyle üniversite hastanesine gittim. Böbrek taşımın kırılmasının mümkün olmadığı, derhal alınması gerektiği söylenerek bana hemen yatış verdiler. Hastaneye yattığımda senin arkandan dren takacağız, bir gün sonra laparoskopik sistemle böbrek taşlarını alacağız dediler. Dreni yanlışlıkla idrar yolu yerine barsaklarıma takıyorlar. Büyük abdestim kanıma karıştığı için 2 saat sonra sepsis

enfeksiyonu tanısıyla yoğun bakıma alınıyorum. Yoğun bakımda 1 gün yattıktan sonra enfeksiyonun bütün vücudumu sardığını ve böbreğimin birinin alınması gerektiğini söylediler. Yoğun bakımdaki durumumdan dolayı kabul ettim ve böbreğimi aldılar. Böbreğim alınmadan önce solunum sistemim durduğu için trakeaya tüp taktılar ve bu sebepten dolayı konuşamıyordum. Bende mecburen izin verdim ve böbreğimi aldılar. Kanımda enfeksiyon olduğu için ve bu durumda ameliyat ettikleri için dikişlerim söküldü. Bağırsaklarım dışında 68 gün yaşadım. 68 gün sonra ben enfeksiyonu yendim. Fakat karın duvarım açık olduğu için bacağımdan et alıp kamıma eklediler. 90 gün hastanede yattığım için yürüme kabiliyetimi kaybettim. Rehabilitasyon merkezine gönderdiler. 20 gün sonra orada yürümeye başladım. Fakat orada çalışan personel tarafından benim böbreğimin çalınmış olduğunu eğer hastalık sonucu alınmış olsaydı benden patolojik rapor isteneceğini ama istenmediğini bu yüzden de böbreğimin çalınmış olabileceğini söyledi. Bende bu durumda kendilerini şikayet edeceğimi söyledim, bunu duyunca beni hastane çalışanlarından birinin yakınının arabasına bindirdiler herhangi bir taburcu işlemi yapmadan Kızılay meydanına götürüp burada bıraktılar ve burası kızılây birinden yardımcı olmasını söyle onlar seni memleketine göndersinler dediler.

SAVUNMA

Üroloji Uzmanı: Hastada sağ taşlı hidronefrotik enfekte böbrek (böbrekte en büyüğü 13 mm olan multiple taşlar, orta derecede dilatasyon, ureter distalinde 12 mm taş saptandı. Hastanın böbrek rezervini öngörmek ve dilatasyona yönelik olarak Ciproxin profilaksisini takiben perkütan nefrostomi kateteri takıldı. Nefrostomiden ve üretral idrar kültürleri alındı ve üreme saptanmadı. Takiplerde nefrostomiden bol miktarda idrar çıkışı izlenen hastanın taşa yönelik olarak ameliyat edilmesine karar verildi. Endoskopik ureterorenoskopik taş cerrahisi + Double J stent takılması uygulandı. Postoperatif 1. günde nefes darlığı, yüksek ateş, ciddi solunum sıkıntısı, genel durum bozukluğu ve metabolik asidoz gelişti. Sepsis düşünülerek yoğun bakıma alındı. Sepsis nedeni araştırıldı. Bilgisayarlı tomografi görüntüsünde nefrostomi kateteri çevresinde hava görünümünün olması nedeniyle acil eksplorasyon kararı alındı ancak genel durumunun iyi olmaması ve enfeksiyonun sistemik tedavilere yeterince cevap vermemesi nedeniyle operasyon onayı alınmadı. Yoğun bakımda takip edilirken karın ön duvarında nekrotizan fasiit gelişti yara yeri debridmanı uygulandı. Takiplerde genel durumu bir miktar düzelen ve ateşleri nispeten kontrol altına alınan hastaya tarihinde yaygın karın içi enfeksiyon, abse, sağ pyonefrotik böbrek nedeniyle sağ nefrektomi, abse drenajı işlemleri uygulandı. Ameliyat sırasında anatomik planların yeterince belirgin olmaması nedeniyle duodenal perforasyon gelişti ve tüp duodenostomi işlemi (Genel Cerrahi) uygulandı. Daha sonra Plastik Cerrahi karın ön duvarındaki nekrotizan fasiitise sekonder gelişen doku defektini greftleme yöntemiyle kapattı. Genel durumu düzelen hasta taburcu edildi.

TIBBİ BELGELER

Üniversite Hastanesinin 14.10.2003 tarihli müşahade evrakı ve epikrizleri: Sağ yan ağrısı nedeniyle Acil servise başvurdu, yapılan batın USG de sağ böbrek uzun aksında 100 mm, sol böbrek uzun aksında 126 mm, parankim kalınlıkları sağda 9 mm, solda 14 mm, Her iki böbreğin parankim ekojeniteleri ve sol böbreğin pelvikaliksiyel yapıları normal, sağ böbreğin konturları irregüler görünümde, sağ böbrekte en büyüğü 13 mm çaplı olmak üzere multipl taşlar izlenği, sağ böbrekte orta derecede pelvikaliksiyel dilatasyon izlenği, sağ ureter izlenebilen 1/3 proksimal kesiminde dilate görünümde olup, en geniş yerinde 14 mm olarak ölçüldü, sağ ureterin daha distal kesimleri gaz artefaktı nedeniyle değerlendirilemedi.

Tam idrar tetkikinde bol lökosit saptanarak üroloji servisi tarafından yatırıldı, Ciproxin 2x200 mg IV başlandı ve aynı gün nefrostomi kateteri takıldı, Nefrostomiden alınan idrar kültüründe üreme olmadı.

21.10.2003 tarihinde Sağ ureter taşı tanısıyla GAA da litotomi pozisyonunda ameliyata alındı, 20F sistoskoplara girilip sağ orifisten glide-wire ileletildiği, glide-wire vasıtasıyla sağ URS ile girilip distal uca yakın olan yaklaşık 1,5cm çapındaki taşa ulaşıldığı, yabancı cisim forsepsi ile alınmaya çalışıldığı, taş fragmanları ayrıldığında kalan parça pnömotik litotriptörle kırıldığı, 4F-26cm DJS konulup işlem sonlandırıldığı, 16F Foley sonda ile mesane boşaltıldığı, sonda bırakıldı.

Postoperatif 1. günde nefes darlığı tarifleyen hasta Göğüs hastalıkları ile konsülte edildi. Nefes darlığına yüksek ateş, ciddi solunum sıkıntısı, genel durum bozukluğu ve metabolik asidoz eklene hasta sepsis düşünülerek 23.10.2003 tarihinde yoğun bakım ünitesine alındı. Sepsis nedeni araştırılmış ab-

dominal bilgisayarlı tomografi görüntüsünde nefrostomi kateteri çevresinde hava görünümünün de olması nedeniyle acil eksplorasyon kararı alındı ancak genel durumunun iyi olmaması ve enfeksiyonun sistemik tedavilere yeterince cevap vermemesi nedeniyle operasyon onayı alınmadı.

Hastada Cre, CRP ve BK yüksekliği saptandı, Hasta sepsis ve anaerobik enfeksiyon açısından Enfeksiyon Hastalıkları uzmanınca değerlendirilip Vanco ve Flagyl başlandı, entübe edilen hasta Akut böbrek Yetmezliği ve Sepsis nedeniyle hemodiyalize alındı, toplam 2 seans asetatlı, 9 seans bikarbonatlı hemodiyalize, 10 seans hemofiltrasyon alındığı, hastanın ihtiyacına göre toplam 44 ünite ES, 117 ünite TDP, 27 adet %20 100 cc human albumin verildi,

Yoğun bakımda takip edilirken karın ön duvarında nekrotizan fasiitis tablosu gelişen hastaya 28.10.2013 tarihinde yara yeri debridmanı uygulandı.

1.11.2003 tarihli Patoloji raporunda karın duvarından çıkarılan 12,5x6x4,5cm lik cilt, cildaltı dokusunda incelenmesinde nekroz ve süppüratif inflamasyon saptandı.

02,11,03'te Kan kültüründe Proteus miribalis üredi.

03.11.2003 tarihinde Sepsis + Yara tanısıyla GAA da yara debridmanı yapıldı.

05,11,03 tarihinde idrar kültüründe Candida üremesi olduğu ve Abelcet 3x100 mg başlandı.

08,11,2003'te hasta bilinci açık, durumu orta kötü.

08.11.2003 tarihli özofago-gastro-duodenoskopi raporunda eroziv özofajit, akut eroziv gastrit, gastrik ülser, skleroterapi, head-probe uygulaması, duodenumda bulbit olduğu bildirildi.

18.11.2003 Takiplerde genel durumu bir miktar düzelen ve ateşleri nispeten kontrol altına alınan hastaya yapılan torako abdominal CT'de sağ böbrekte hematoma saptandı, CT bulgusuna dayanılarak sağ böbrek enfeksiyon odağı olarak kabul edilip aynı gün GAA da sağ yan pozisyonda ameliyata alındığı, çevre dokulara yapışık olan sağ pyonefrotik böbrek saptanarak çevre dokulardan künt ve keskin diseksiyonlarla ayrıldığı, basit nefrektomi yapıldı, Nefrektomi sonrasında hastanın deudenal fistülü olduğu belirlenmesi üzerine davet edilen Genel Cerrahi uzmanınca duodenal perforasyon görülmesi üzerine jejunostomi + tüp duodenostomi uygulandı, tedavisi düzenlenip izlendi.

22.11.2003 tarihli patoloji raporunda sağ nefrektomi materyalinin tetkikinde kronik pyelonefritis ve nefrolitiazis saptandı.

24.11.03'te tüm Antibiotikler kesilerek 48 saat sonra tüm kültürlerin gönderilmesi kararlaştırıldı.

27,10,2003 tarihinde nekrotizan fasiit ile uyumlu görünümü oluştu, debride edildi, yara yeri (Nefrostomi kateteri yeri) nde Acinetobacter Bowmani üredi ve sulperazon 3x2gr başlandı.

01,12,2003'te idrar kültüründe Klebsiella pnömoni üremesi üzerine Cipro 2x200 mg IV başlandı, Kan kültüründe üreme olmadı.

5,12,2003'te tekrar cerrahi alandan, idrardan ve kandan kültür istendiği, Kan kültüründe Gr + koklar üreyince Vanco 2x1gr başlandı.

08,12,03'de operasyon yerinde Abse geliştiği, yara yerinden E.coli ürediği, Cipro kesilip İmipenem 4x500 mg başlandı, Flukonazol kesildiği, Ateşleri yüksek seyreden hastaya yapılan bilgisayarlı tomografide abse izlendiği, abse drenajı için psoas dreni yerleştirildiği, jejunostomisi takip edildi, gastrostomi kataterinin alındı.

11,12,2003'te abse kültüründe ve Psoas dreninde E.Coli üremesi üzerine imipenem başlandı, Hastanın kliniğinin iyi olması üzerine jejunostomi kateteri de çekildi, daha sonra entübe edildikten kısa süre sonra açılan ve uzun süre trakeostomili takip edilen hastanın spontan solumaya başlaması üzerine trakeostomisi kapatıldı

18,12,2003 tarihinde Yoğun bakımdan servise çıkarıldığı, R3 aldığı, Vital bulguları stabil ve mobilize oldu.

24.12.2003 tarihinde PRC tarafından GAA da ameliyata alındığı, karın duvarındaki 15x10cm boyutundaki defekt debridmanı müteakip kısmen yara dudaklarını yanaştırma, kısmen uyluktan alınan cilt grefti ile onarıldı.

29,12,2003 Genel durumu iyi, grefti temiz olan hasta psikolojik bozukluk nedeniyle psikiyatri konsültanı tarafından görülerek Risperdil 1mg başlandı.

Bol oral hidrasyon, Üroloji poliklinik kontrolü, Plastik cerrahi kontrolü ve Psikiyatri önerilerine uyulması kaydıyla 30.12.2003 tarihinde servisten taburcu edildi.

Nefroloji Kliniğinin epikrizi: 30.12.2003 tarihinde yatırıldığı, genel durum iyi, şuur açık ve koopere olup fizik muayenesi hasta tarafından kabul edilmediği, Hb:8.9 olan hastaya 1 Ü ES verildiği, konstipasyon şikayeti nedeniyle Duphalac süsp. 2x1 ölç. olarak başlandı, Üroloji ve Plastik Cerahi bölümleri tarafından yerinde görülerek değerlendirildiği, Akciğer grafisinde infiltratif alanı bulunan hastanın aynı lokalizasyonda ralleri olduğu, Zinnat 2x500 mg tb ve Asist 2x1 ölç. başlandığı, tedavisi 14 güne tamamlandığı, günlük pansumanları yapıldığı, FTR bölümü ile görüşülerek mobilize edildiği, 24.01.2004 taburculuğu planlandığı, 21.01.2004 tarihinde yarım gün izinli olarak hastaneden ayrılp izin saati bitiminde hastaneye geri dönmediği ve aynı gün taburcu yapıldığı

BİLİRKİŞİ RAPORU

Adli Tıp Kurumu: Hastaya konulan tanının, taniya göre nefrostomi kateteri takılmasının, daha sonra idrar kültürü steril iken ureter taşına müdahalenin tıbbi kurallara uygun olduğu, ancak daha sonra sepsis denen enfeksiyon geliştiği, idrar yolu taşlarının cerrahisinde her türlü özene ve önleme rağmen sepsis gelişmesi bilinen risk olduğu, ameliyat öncesinde alınan tedbirlerin uygun olduğu, gelişen sepsis komplikasyonuna uygun şekilde müdahale edildiği, sonrasında böbreği alma kararının uygun olduğu, bu ameliyat sırasında barsak zedelenmesinin de komplikasyon olarak değerlendirildiği tıbbi uygulamaları yapan hekimlerin uygulamalarında tıbbi hata olmadığına karar verildi.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Faruk YAĞCI, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Hidronerfotik böbreği olan TİT de bol lokositi olan hastaya nefrostomi takılıp, böbrek fonksiyonkarı düzelip, nefrostomi ve idrar kültürü steril iken ureter alt ucu taşına müdahale edilmiş ve post op. birinci gün septik tablo ortaya çıkmış. Bu olayda geriye yönelik düşünerek septik tablonun nedeni hakkında yorumlar yapınız?

İdrar tahlilinde bol lökosit olmasına rağmen her zaman idrar kültüründe üreme olmayabilir. Ayrıca mevcut piyuri böbrek veya ureter taşının mukozayı irritasyonu ile enfeksiyon olmadan da olabilir. Kültür negatifken URS sonrası sepsis gelişmesi ya operasyon esnasında yeni enfeksiyon başlamasına bağlıdır yada piyuri ile birlikte enfeksiyon bulunmasına rağmen kültür negatif olabilir. (Van Nostrand JD, Junkins AD, Bartholdi RK. Poor predictive ability of urinalysis and microscopic examination to detect urinary tract infection. Am J Clin Pathol 2000;113(5), 709-713)

2- İddiada nefrostomiye barsağıma taktılar deniyor ancak dosyada buna ilgili bilgi ve kanıt bulunmuyor? Böyle bir ihtimalk düşünüyor musunuz?

Eğer nefrostomi barsağına takılıydı nefrostomiden idrar gelmemesi ve kültürde üreme olması gerekirdi. Bu hastanın yanlış yönlendirildiğini düşündürür.

3- Yoğun bakımda takiplerine yaklaşık 2 hafta sonra böbreğin enfeksiyon kaynağı olduğu düşünülerek nefrektomi kararı verilmiş. Zamanlama sizce uygun mudur?

Septik tablo altında operasyon çok riskli olurdu. Hastanın septik bulgularının kontrol altına alınarak operasyon yapılması zamanlama açısından normaldir.

4- Bu dosya hakkında bilirkışı raporunuz nasıl olurdu?

Hastaya URS öncesi nefrostomi yapılarak kültür alınması ve antibiyotik baskısı altında operasyonun yapılması doğru bir karar olup gerekli önlemlerin alınmasına rağmen sepsis gelişmesi bir komplikasyondur ama bu komplikasyona karşı gerekli tedbir ve tedavilerin uygulanmış olması nedeniyle tıbbi hata olmadığı kanısındayım.

3.8 FITİK-HİDROSEL AMELİYATLARINDA SORUNLAR

3.8.1 FITİK OPERASYONU SONRASI TESTİS ATROFİSİ

TALEP

Devlet Hastanesinde sağ inguinal herni ameliyatı uygulandığı, 4 gün sonra sağ testiste ağrı, şişme şikayeti ile üroloji bölümünde orsıt epididimit tanısı konulduğu, skrotal renkli dopler USG'de sağ testis arterial akım izlendiği, ancak içinde belirgin akımın izlenmediği, solda varikozel olduğu, Bundan 10 gün sonra USG'de sağ testiste hafif atrofiye değişiklikle testis içinde belirgin kanlanma olmadığı saptanan 27 yaşındaki hasta adına kaydedilen bilgi ve bulgular birlikte değerlendirilerek fitik ameliyatına bağlı sağ testisin yok olmasına sebebiyet verilip verilmediği, ameliyattan dolayı müşterinin şikayeti ile ilgili hekimin ihmal teşkil eden eylemi olup olmadığı kusuru bulunup bulunmadığı sorulmaktadır.

İDDİA

Genel cerrahi uzmanı tarafından yapılan sağ inguinal fitik operasyonum sonucunda testisi besleyen damarı keserek meslekte acemilik, tedbirsizlik ve dikkatsizlik sonucu sağ testisinin tamamen ölmesine, sol testisinde ise varikozel gelişmesine sebebiyet verdiği için şikayetçiyim.

SAVUNMA

Genel cerrahi uzmanı: Sağ kasıkta ağrı ve şişlik olan hastanın yapılan muayenesinde, sağ kasık fitiği tespit edildi, kasık fitiğinin ilaç tedavisi ile iyileşemeyeceği, tedavisinin ameliyat olduğunu hastaya söyledim. Hastanın operasyonu kabul etmesi üzerine genel anestezi için gereken tüm rutin tetkiklerle birlikte, genel anestezi altında standart bir sürede ameliyat ettiğini ve standart dışı bir gelişme yaşanmadan operasyonu tamamladım. Postoperatif dönemde kesi yerinde enfeksiyon gözlenmedi, operasyon alanın altında ve skrotumda minimal şişlik ve ağrı olabileceğini bu da ameliyat sonrasında beklenen bir durum olduğunu hastaya söyleyerek taburcu ettim. Operasyon sonrasındaki kontrolünde ameliyat yerinde herhangi bir patoloji olmadığı için hastanın dikişleri alındı, ayrıca hastanın sağ testis ağrısı olduğunu söylemesi üzerine, şikayetinın yapılan ameliyat ile ilgisi olmadığı söyleyerek bu durumun başka bir patolojiden kaynaklanabileceği hastaya izah ettim ve üroloji polikliniğine sevk ettim. Aynı gün ürolojide yapılan muayenesinde orşit ve epididimit tanısı ile reçete verildiğini, hasta söyledi. Daha sonra tekrar polikliniğine başvuran hastanın operasyon alanında, operasyona bağlı herhangi bir patoloji saptanmadı. Fakat hastaya gittiği farklı yerlerde sağ testisinin ameliyata bağlı olarak atrofiye olduğu söylenmiş, bunun yapılan operasyon ile ilgisinin olmadığını, sağ testisteki ağrı ve atrofinin orşite bağlı olabileceğini hastaya söyledim.

Karın duvarının ve genital bölgenin sağ ve sol kısmının anatomik yapılanması, birbirinden tamamen ayrıdır, bu nedenle sağ inguinal herni ameliyatının, sol tarafta varikozel oluşturmasının mümkün değildir.

İddia edilen ameliyat esnasında hastanın sağ testis damarlarının kesilmesi ise Devlet Hastanesinde yapılan Skrotal renkli Doppler sonuçlarında da görüldüğü üzere asılsızdır. Ameliyattan sonra Tıp Fakültesinde yapılan skrotal Doppler USG raporunda da bilateral testis parankim eko şiddeti ve parankim eko paterni doğaldır. Renk modunda yapılan analizde, sağda pampiniform plexus çapı istirahatte ve valsava ile normal ölçülmüştür ibaresi ile operasyondan 30 gün sonrasında bile sağ testisi besleyen arterial ve venöz damarların çalışmaya devam ettiğini belirtilmiştir. Bu raporlar ileri sürüldüğü gibi ameliyat sırasında sağ testisi besleyen damarların kesilmediğinin en güzel kanıtıdır.

Yapılan tetkikler ve operasyonlar göz önüne alındığında hastanın sağ inguinal herni tanısı ile opere edildi, ameliyat sonrası ayrı bir hastalık olarak hasta sağ orşit ve epididimit geçirmiştir.

Üroloji Uzmanı: Hasta Uğur daha önce sağ opere inguinal herni, sağ orşit ve sağ testis damar ligasyonu ön tanısı ile skrotal renkli dopler USG tetkiki istendi. Bu inceleme sonucunda sağ testiste atrofik değişiklikler ve belirgin hipoeoik heterojen alanlar, sağ intrascrotal arteriyel akımın izlendiği ancak intratestiküler belirgin akım izlenmediği ayrıca solda varikozel olduğunu belirtti, bunun üzerine hastayı daha ileri tetkik ve tedavi için Tıp Fakültesi Üroloji Kliniğine sevk ettim ve Tıp Fakültesinde yapılan tetkikler de sağ testisinin küçüldüğü ve sola nazaran kanlanmasında hafif azalma olduğu ve bunun sonucunda hastaya ameliyat önerildiğini öğrendim.

BELGELER

Ameliyat notu: GAA sağ inguinal kesi ile kordon askıya alındı, indirekt herni kesesi preperere edildi, yüksek ligasyon+redüksiyon kesesi sonrası anatomik tamir uygulandı.

Devlet Hastanesi 21.12.2012 tarihinde skrotal renkli dopler USG: Sağ testis (intraskrotal) arteriyel akımı izlendi, ancak testis içinde belirgin akımın izlenmedi. Solda varikozel mevcuttur.

Devlet Hastanesi 29.12.2012 tarihinde skrotal renkli dopler USG: Sağ testiste hafif atrofiye değişiklikler mevcuttur ve testis içinde belirgin kanlanma yoktur.

Tıp Fakültesinde 08.01.2012 tarihinde skrotal Doppler USG: Bilateral testis parankim EKO şiddeti ve parankim EKO paterni doğal, sağ testis boyutunda sola nazaran azalma, sağ testis vaskülaritesinde sola nazaran hafif azalma (Gerato Fasiasının basısı), solda varikozel mevcuttur.

Tıp Fakültesinde 10.01.2013 tarihinde scrotal Doppler USG: Bilateral testis parankim EKO şiddeti ve parankim EKO paterni doğal, sağ testis boyutunda sola nazaran azalma, sağ testis vaskülaritesinde sola

Kişinin Adli Tıp Kurumu 2.4.2014 tarihli muayenesi: "Kasık sağ yanında şişme ve ağrı nedeni ile doktora gittiğini, doktorun kendisine ameliyat olması gerektiği ifade ettiği, ameliyat olduğunu 5 gün hastanede yattığını, taburcu sonrası 1 hafta sonrasında dikişlerini aldığını, dikişlerini aldıktan 2 gün sonra sağ testisin ileri derecede şişliği ve ağrıya başladığını, aynı doktora müracaat ettiğini ancak olabileceğini önemli bir şey olmadığını söylediğini, ardından başka bir şey olmadığını ve ürolojiye sevk edildiğini, USG'de sağ testisinin küçüldüğünü solda varikozel olduğunu, soldaki varikozel için ameliyat olduğunu, sağ testisin alınması gerektiğini söylediklerini ancak kendisinin kabul etmediğini ifade ettiği, sol inguinal bölgede nedbe, sağ testisin atrofik, aldığı boyutlarının 2x1,5x1cm. olduğu, silgi kıvamında olduğu" belirtilmiştir.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Ön inceleme: Sağ inguinal herni operasyonu yapılan hasta ameliyat sonrası testiste şişme ve ağrı gelişmiş. Orşit ve Epididimit tanısı konularak tedavisi başlanmış, laboratuvar ve görüntüleme yöntemleriyle bunun nedeni araştırılmıştır. Gerek hastanelerinde yapılan iki ayrı renkli doppler USG'de gerekse Tıp Fakültesinde yapılan renkli doppler USG sonuçlarında sağ testis kordonunda arter ligasyonunu düşündürecek dolaşım yetmezliği bulunmadığını ifade edilmiştir. Hastada meydana gelen Orşit ve orşite bağlı gelişen testiküler atrofi ise ayrı bir hastalık olarak da gelişebilir. Ayrıca hastanın sol tarafındaki varikozel hastalığının ise sağ tarafta yapılan operasyonla hiçbir ilgisinin yoktur.

Adli Tıp Kurumu: Sağ inguinal herni ameliyatı sonrası hastada gelişen sağ testiste kanlanma azalmasına bağlı ortaya çıkan atrofiye değişikliklerin fitik ameliyatına bağlı ortaya çıktığı bu durum bu tip ameliyatların beklenir komplikasyonlardan olduğu oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Fatih Altunrende, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Fitik ameliyatlarında testise hangi tür zararlar verilebilir, bunların mekanizması nasıldır ve ayırıcı tanıları nasıl yapılır? Bu vakayı da bu bilgiler ışığında değerlendiriniz?

Kasık bölgesine yapılan cerrahi girişimlerde spermatik kord, testis ve skrotal yapılar, yapılacak cerrahinin niteliğine ve hastanın aynı bölgede geçirilmiş cerrahi öyküsü olup olmamasına göre etkilenebilmektedir. Testis atrofisi, kısmi veya tam testis iskemisi, orşit, infeksiyon, hidrosel ve skrotum derisinin duyu kusuru bunlardan sık görülenleridir. (Calcagno C, Gastaldi F. Segmental testicular infarction following herniorrhaphy and varicocelectomy. Urol Int 2007;79:273-5)

Operasyon sırasında İlioinguinal, iliohipogastrik ve genitofemoral sinirin genital ve femoral dalları cerrahi olarak yaralanabilmektedir. Yaralanan sinire göre çeşitli ağırlıkta duyu ve organ kusurları oluşabilmektedir. Hidrosel, herni kesesinin bir parçasının distalde bırakılması sonucu veya tamirde lenfatik ve venöz dolaşımın bozulması ile olabilmektedir. (Cristoper D. Hernias Tekstbook of Surgery. Sabiston II.th edition. 185-225 ed. David C. Sebastian Jr.W. B. Saunders Comp. Philadelphia 1979.)

Inguinal kanal ameliyatlarından en önemli komplikasyonlarından birisi testis kan akımının bozulmasıdır. Testisin ana arteri olan testiküler arter aortadan çıkmakta ve iç inguinal halka hizasında kord yapılarıyla birleşmektedir. Testis kanlanmasının bozulması genellikle inguinal kanalın yanlış düzeltilmesi veya cerrahi sırasında gelişen enfeksiyonlar nedeniyle gelişen spermatik kord trombozuna bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. (Fong Y, Wantz GE. Prevention of ischemic orchitis during inguinal hernioplasty. Surg Gynecol Obstet 1992;174:399-402.) Ayrıca herniorafi tekniği, yama kullanılması ve kanayan alanların koterizasyonu hasar oluşumunda rol oynamaktadır.

Olguda operasyondan 4 gün sonra olması operasyon yerinde şişlik olması cerrahi sonrasında kasık bölgesindeki muhtemel meydana gelen hematoma spermatik kord ve testis arterlerine baskı sonucunda iskemi oluşturduğu veya enfeksiyon ilgili düşünülürken, cerrahi sırasında arterlere yönelik bir hasardan (kesi veya koterizasyon) uzaklaştırmaktadır. Ayrıca, kullanılan yamalar da (kullanıldı ise) inguinal halkaya baskı yapabilmektedir. Bu iskemi sonucunda testis atrofisi gelişebilmektedir.

Bu şekilde bir komplikasyon insidansı primer herniorafilerde %4.6, rekürren hernilerde %7.9 olarak belirtilmektedir. (Fong Y, Wantz GE. Prevention of ischemic orchitis during inguinal hernioplasty. Surg Gynecol Obstet 1992;174:399-402.)

Testis iskemisi düşünülen olgularda ilk tanı yöntemi fizik muayene ve Doppler ultrasonografidir. (Mincheff T, Bannister B, Zubel P. Focal testicular infarction from laparoscopic inguinal hernia repair. JSLS 2002;6:211-3. Turgut AT, Ölçücüoğlu E, Turan C, Kılıçoğlu B, Koşar P, Geyik PO, et al. Preoperative ultrasonographic evaluation of testicular volume and blood flow in patients with inguinal hernias. J Ultrasound Med 2007;26:1657-66.)

2- Bu dosya hakkında bilirkışı görüşünüz nasıl olurdu?

Inguinal herni ameliyatı sonrası hastada gelişen muhtemel nedeni kanlanma azalmasına bağlı ortaya çıkan testis atrofisi fitik ameliyatına bağlı ameliyatların beklenir komplikasyonlardan olup hastada şikayet olunca erken tanı için gerekli tanı metodları kullanılmış ve vaka tıbben uygun olduğu üzere üroloji doktoru ile birlikte değerlendirilmiş, bu noktada da operasyonu gerçekleştiren hekime atfen bir kusur saptanmamıştır.

3.8.2 FITİK AMELİYATI SONRASI TESTİS ATROFİSİ

İDDİA

Devlet Hastanesinde genel cerrahi uzmanı tarafından kasık fıtığından ameliyat edildim ve 1 gün sonra taburcu oldum, ameliyat sonrası sağ testisimde şişlik oluşmaya başladı, bu şişlik ve ağrı artarak devam etti, taburcu olmamdan 10 gün sonra hastaneye kontrole gelmem istenmesine karşın sağ testisindeki ağrıya dayanamayarak hastaneye gittim, beni ameliyat eden doktorun hastanede bulunmaması sebebiyle diğer genel cerrahi uzmanına muayene oldum, üroloji doktoruna sevkimi yaptım, üroloji doktorunun ultrason çekilmesini istedi, ultrason neticesini inceleyen doktor ameliyatta testise inen damarın sıkıştırıldığını ve bu nedenle testise kan akışının durduğunu, testisin kangren olduğunu ve alınması gerektiğini, durması halinde başka organlara zarar vereceğini söyledi, daha sonra doktorlar kendi aralarında toplantı yaparak olayı tartışmışlar, üroloji uzmanları testisin alınması gerektiğini söylemişler, ancak beni ameliyat eden genel cerrahi uzmanı belirli bir süre daha tedavi uygulama taraftarı olduğunu söylemiş. Halen sağ testisinde his bulunmamaktadır, şişlik inmiş vaziyettedir.

SAVUNMA

Genel Cerrahi Uzmanı: Hastayı muayene ettim. Hastadan yüzeysel ultrason istedim. Ultrason raporunda sağ direkt kasık fıtığı rapor edilmişti. Hastanın özgeçmişinde çocuk yaş grubunda traktörden düşme sonrası sağ kasığında damar yaralanması neticesinde ameliyat olduğu, ayrıca 5 ay önce cezaevindeyken bilateral varikozel saptanarak yapılan meni tahlillerinde yeterli sayı olmadığı için varikozel ameliyatı olduğunu öğrendim.

Spinal anestezi ile sağ direkt kasık fıtığı için ameliyata aldığımda spermatik kordonun ince olduğunu, ve testise giden tek ince bir vasküler yapı olduğunu gördüm. Normali 10-15 arasındadır, transvers

faciadan kaynaklanan direkt hernisini redükte edip tuberculum pubicumdan başlayarak 2.0 prolenle plikasyon yaptım ve mesh koydum. İnternal ringin rahat olduğunu kontrol ettim. Ameliyat sonrası standart vizitimde hastanın herhangi bir şikayeti olmadı. Ertesi gün sabah pansumanı kendim yaptım. Pansuman sırasında operasyon bölgesinde ve scrotal bölgede herhangi bir ödem, kızarıklık yoktu. Taburculuğuna karar verdim. Her kasık fitiği ameliyatlısına söylediğim gibi ameliyat yerinde veya torbada şişme, kızarma, dayanılmaz ağrı olursa acilen müracaat etmesini söyledim

Daha sonraki günlerde üroloji Uzmanı telefonla arayarak hastanın testisinin kanlanması normal olduğunu ve sadece o bölgedeki mesh'i alarak ve dekompresyon yaptıklarını söylediler. İlgili arkadaşlarla hastayı aramızda konsülte ettik. Neticede bunun ameliyat sırasında müşahade ettiğim vasküler yapısının hipoplazik ve atipik olmasından dolayı ultrasonda yazan perivasküler artışın ve ödemin bu hasta için postop dönemde testiküler torsiyon değil de enflamasyon sonucu oluştuğu kanaatinde olduğunu anlattım. Bu nedenle hastayı devralmak istediğimi kendilerine söyledim, o anda hastaya onun anlayacağı dille tıbbi terminolojiye girmeden bu şişliğin azaltılabileceğinin, ağrısının azalacağını, kendisini daha önce ben ameliyat ettiğim için de benim servisimde tedavisini üstleneceğimi söyledim. Hasta önerimi kabul etti ve servise devrini yaptım. Hastayı ilgili doktorlarla konsülte ederek uygun tedavi algoritması uygulayarak scrotal ödemini tamamen yok olduğunu gözleyip taburcu ettim. Hasta servisimde yatarken Üroloji uzmanlarına gidip "Bu testisin işe yaramadığını söyleyerek testisini alın ve ilk ameliyatta yapılan hata neticesine bağlıdır diye rapor verin." dediğini sonradan öğrendim. Doktorlar da kendisine "Artık senin testisini almaya gerek kalmadı" demişler. Neticede hastanın sağ testisinin alınmamış olması gerçek kliniğinin testiküler torsiyona değil de benim kanaatim olan perivasküler enflamasyona bağlı olduğunun da kanıtıdır. Hakkımdaki suçlamaları katiben kabul etmiyorum.

Üroloji Uzmanı: Genel Cerrahi Servisinde sağ kasık fitiği nedeniyle ameliyat olan hastayı sağ testis ağrısı nedeniyle muayene ettim. Hastanın ultrasonunu inceledim. Testis Torsiyonu ön tanısıyla yatırarak acil şartlarda aynı gün ameliyata aldım. İlk insizyon yerinden açıldı, etraf dokular temizlendikten sonra daha önceden geçirilmiş varikoselektomi ameliyatına bağlı kordun normalden daha ince olduğu, vazdeferansın yanında bir adet arter, iki adet ince ven vardı. Damarsal yapılar intakttı. Normalde lenfatik yapılarla beraber vazdeferansın dışında ayrıca bir arter daha ve daha çok sayıda varikoz venler olmalıydı. Aynı zaman da kordu çevreleyen fasyanın da olmadığı gözlemlendi. Testis dokusu torsiyone değildi, nekrotik veya gangrenöz bir yapıya rastlanmadı. Bu arada Genel Cerrahi Uzmanı kararıyla konulan mesh çıkartıldı. Postop dönemde stabil seyretti. Önceden planlandığı gibi postop 3.gün Scrotal Doppler USG tekrarlandı. Çıkan sonuca göre mevcut takibe devam edildi. Bu aşamada testisin alınmasıyla ilgili herhangi bir kararımız olmadı

BELGELER

Devlet Hastanesinin epikrizi: 11.11.2013 tarihinde sağ kasık fitiği tanısıyla yatırıldığı, 5 ay önce bilateral varikozel ameliyatı geçirmiş, ayrıca trafik kazası sonucu sağ femoral artere greft uygulanmış olduğu, preop tetkik ve hazırlığı yapıldığı, aydınlatılmış onam formu imzalatıldığı ve aynı gün ameliyata alındığı belirtilmiştir.

Ameliyat notu: "Spinal anestezi altında eski sağ inguinal kesi bölgesinde yapılan insizyonla katlar geçildi. Eksternal ring açıldı. Spermatik kord askıya alındı. Hastanın daha önceki varikozel ameliyatına sekonder spermatik kordun ince olduğu ve vasküler yapıların az olduğu görüldü. Transvers fasyadan kaynaklanan direkt hernisi redükte edilip tuberculum pubicumdan başlayarak prolen mesh ile herniorafi yapıldı. İnternal ringin rahat olduğu kontrol edildi. Hemostazı takiben katlar usulüne uygun kapatılarak ameliyat sonlandırıldı.

15.11.2013 tarihinde sağ testis ağrısı nedeniyle Genel Cerrahi Uzmanı tarafından muayene edildiği ve sağ testis torsiyonu tanısıyla ürolojiye yatırıldı,

Ameliyat notu: "SAA da eski insizyon yerinden sağ inguinal kesi sütürleri açılıp girildi, testis doğrultuldu, Testis parankimi normal renkte idi. Kordun yapısı inceydi. Çevresindeki doku daha önceki operasyona bağlı olarak ince izlendi. İnguinal herni operasyonunda yerleştirilen mesh, genel cerrahiye danışılıp çıkarıldı. Kord serbestlendi ve inguinal ring rahatlatıldı. Kord etrafındaki damarlardan sızıntı şeklinde kamama olduğu görüldü. orşiektomi kararı ertelendi. Dokuya perfüzyon için zaman verildi. Dokular kapatılıp 48 saat sonra scrotal doppler istenecek.

16.11.2013: Scrotumda ara ara ağrısı var, genel durumu iyi, testis sert ve hassas

17.11.2013: Genel durum iyi. testis sert, ağrılı.

18.11.2013: Skrotal doppler yapıldı. Sağ testis volümü sola göre artmış ve heterojenite mevcut

18.11.2013: Fizik muayenede sağ scrotumun ödemli ve enflame olduğu görüldü. Hastanın iskemik ağrısı olmadığı ve gangren bulgusu düşünülmediği için hasta ve yakınlarıyla konuşuldu. Orşiektomi önerilmedi. Enfeksiyon hastalıklarına konsulte edildi. Ampicid flk 4x1, cipro 400 mg 2x1, flagyl med 4x500mg başlandı. Olası vasküler patolojiler açısından kardiolojiye danışıldı. clexane 2x0. 4cc başlandı.

19.11.2013: Genel durum iyi, takiplerde sorunu olmadı. Scrotal ödem mevcut. Lökosit: 7400, CRP: 65. Scrotal ağrısı yok. Takip önerildi

20.11.2013- Genel durum 1x1. Takiplerde sorunu olmadı. Fizik muayenede scrotal ödem azalma eğiliminde, lökosit:6300, CRP: 40.3 takip önerildi.

21.11.2013- Genel durum iyi. Takiplerde sorunu olmadı. Fizik muayenede scrotal ödem azalma eğiliminde. Scrotal USG yapıldı. Testis alt polde periferik arterial ve venöz kanlanma izlendi, üroloji ile görüşüldü ve takip önerildi. Üroloji: Scrotal Doppler sağ testis sola göre hafif artmış görünümündedir. (RDUS incelemede internal kanlanma saptanmamış ancak sağ testis inferiorunda arterial kanlanma vardır. Medikal tedavinin devamı önerildi.)

22.11.2013: Genel durum iyi, takiplerde sorunu olmadı. Fizik muayenede scrotal ödem azalma eğiliminde, antibiyoterapi devam ediyor.

27.11.2013: Taburcu edildi

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Ön inceleme: Tıpta cerrahi girişimlerde izin verilen risk tıbbın kabul ettiği normal risk ve sapsular çerçevesindeki hareketlerden dolayı hasta yönünden istenmeyen sonuçlar meydana gelse bile bunun sorumluluğunun hekime yükletilemediği durumdur. Burada önemli olan hekimin gerekli dikkat ve özeni göstermesi ve de gerekli önlemleri almasıdır. Ayrıca hekimin her bir tıbbi müdahaleden önce hasta veya yakınına hastalığı hakkında aydınlatılmış onam işlemini yapması da gereklidir. Hastanın pre-op hazırlıklarının cerrahi prosedüre uygun yapıldığı, hastaya onam formunun imzalatıldığı ameliyatın seyrinde erken komplikasyonun olmadığı, doktorun bizzat kendisinin pansuman yaparak komplikasyon gözlemediği için taburcu ettiği, daha sonra hastada komplikasyonlu durum oluştuğunda bu durumun tıbbi algoritma açısından doğru yapıldığı, istenmeyen ama olasılığı öngörülebilendir ve daha önceden varikozel ameliyatı geçirdiği için riski daha fazla olan hastada oluşan durumda gene ceerrahın ihmali veya özensiz davranışı sonucu bir malpraktis değildir. Tıpta izin verilen risk durumunun oluştuğuna kanaat getirilmiştir. Tüm bu bilgi ve belgeler doğrultusunda "soruşturma izni verilmemesi" gerektiği görüş ve kanaatine varılmıştır.

AdliTıp Kurumu: Testis kanlanması etkilenmesi sonucu testis atrofi fitik ameliyatlarında görülebilecek risklerdendir. Hastada meydana gelen zarar komplikasyon özelliğindedir. Hastanın tanısı, yapılan ameliyat, ameliyattan sonra gelişen komplikasyona müdahaleler tıbbi kurallara uygundur. Hata bulunmamıştır.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Hasan Salih SAĞLAM, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Fitik ameliyatlarında önceden geçirilmiş varikoselektomi testis hasarı riskini artırır mı?

Inguinal bölgede enflamasyona neden olacak her türlü travma, cerrahi girişim vs; fitik operasyonu esnasında normal anatomik yapının bozulması ve kordun disseksiyonunda güçlüklerle karşılaşılmasına yol açabilir. O nedenle inguinal bölgeden yapılan varikoselektomi operasyonu da fitik ameliyatını sorunlu hale getirebilir. Bu durum doğrudan testis yaralanması değil fakat kord ve elemanlarında hasarın oluşmasını kolaylaştırabilir.

2- Fıtık ameliyatından sonra testis sorunu çıktığında (ağrı, şişlik) nasıl davranılmalıdır?

Fıtık operasyonları sonrası akut dönemde ağrı ve şişliğin ortaya çıkışı farklı nedenlerle olabilir. Sebep bir kanama ve hematoma ise, kanamanın durdurulması ve hematoma boşaltılması gerekir. Eğer sorun operasyon esnasında boğulmuş bir kord ve birlikte kompresyona uğramış vasküler yapılar ise dekompresyon yapılmalıdır. Sorun torsiyon ile meydana gelmiş ise tekrar eksplore edilip testis detorsiyone edilmelidir.

3- Bu hastada fıtık ameliyatından sonra yapılan tedavi yaklaşımlarını yorumlayınız?

Bu hastada akut dönemde ortaya çıkan ağrı ve şişlikten bahsedilmektedir. Şişliğin ne boyutta olduğu anlatılmamış ise de USG ve fizik muayenede belirtilmediğinden bir hematoma/aşırı büyüme şeklinde olmadığı düşünülebilir. Bu durumda ilk akla gelecek sebep iskemik bir durum olması gerekir, ki böyle de düşünüldüğünden doppler USG ile değerlendirilmiş. Doppler USG ile testis perfüzyonunun bozuk olduğu rapor edilmiş. Bu duruma sebep olabilecek nedenler de torsiyon ve kompresyon/ligasyon olabileceğinden eksplozasyon yapılması doğru bir tercih olarak gözükmektedir. Eksplozasyonda torsiyon olmadığı görülmüş, mesh ile gelişen bir süreç olduğu düşünülerek çıkarılması yoluna gidilmiş. Post operatif dönemde iyileşme olması da yapılan işin doğruluğunu teyit etmektedir. Bu durumda kord etrafını da saran meshin yeterli gerginlik/gevşeklik ayarının optimal düzeyde yapılamamış olduğu; testisin, vasküler yapılarının boğulmasıyla ağrılı ve ödemli/şiş/sert olduğu anlaşılmaktadır. Bu da bir komplikasyon değil bir malpraktistir.

Ayrıca hastanın sağ testisinde hissizlik olduğu ifade edilmektedir. Bu durum, normal anatomisi bozulup skar gelişmiş (5 ayda skar tam çözülmez) bir dokuda disseksiyon yapma esnasında genitofemoral sinir hasarı oluştuğunu düşündürmektedir. Skarlı bir dokuda bu şekildeki bir sinir dalının korunması mümkün olmayabileceğinden bir komplikasyondan söz etmek gerekir.

4- Bu dosya hakkında bilirkişi raporunuz nasıl olurdu?

Bu hastanın ilk operasyonu tıbbi kurallara uygun olmayıp hatalı şekilde gerçekleştiği anlaşılmaktadır. O nedenle cerrah kusurlu görülmektedir.

3.8.3 FITİK AMELİYATINDA MESANE YARALANMASI

TALEP

Taksirle bir kişinin yaralanmasına neden olma suçundan sanık hekim hakkına yapılan açık yargılamada verilen ara kararı gereğince dosya içerisinde mevcut belgeler, bilirkişi raporları ve Adli Tıp Kurumu raporları hep birlikte değerlendirilerek, bir kısım raporların olayın komplikasyonuna bağlı olduğunu, İhtisas Kurulunun ise sanığın kusuru sonucu gerçekleştiğine dair rapor hazırlaması göz önünde bulundurulurken, mağdurun yaralanmasının komplikasyon veyahut doktor hartasından mı kaynaklandığı hususunda Genel Kurulca rapor düzenlenmesi istenmektedir.

İDDİA

Oğlum rahatsızlandı ve kendisini polikliğine götürdüm, doktor fıtık olduğunu söyledi ve tahlillerini yaptı. Daha sonra çocuğumu ameliyat edebileceğini söyledi ve 4-5 gün sonra Devlet Hastanesinde ameliyat etti. Ancak ameliyattan sonra çocuğum iki gün hastanede yattı ve hastanede yattığı bu süre içerisinde hiç idrarını yapmamış olmasına rağmen çocuğum da bir anormallik görmeyerekten ameliyattan sonraki gün taburcu etti. Eve gittikten sonra çocuğum midesi bulandı ve kusacak gibi oldu. Bu sırada karnından ameliyat yerinden kanla karışık su fışkırdı. Bizde Bunun üzerine hemen çocuğumu polikliğine geri götürdüm. Doktor cilt altı kanaması geçirmiş dedi ve çocuğu tekrar Devlet Hastanesine aldı. Çocuğum burada 3 gün daha kaldı, ancak hastanede kendisi ile hiç ilgilenmedi. Bu 3 günlük süre içerisinde idrarını yapamadı ve vücudu şişmeye başladı. Karnından da sürekli su fışkırdı. Durumu sürekli kötüye gidince aynı hastanede çocuk doktoru çocuğum kötüye gittiğini eşime söylemiş ve çocuğumu Tıp Fakültesine sevk etmiş, biz bunun üzerine çocuğu fakülteye götürdük. Burada doktor çocuğum fıtığının alın-

madığını ve mesanesinin kesik olduğunu söyledi ve çocuğum bir süre sondaj yolu ile idrarını yaptı, daha sonra kullandığı ilaçlar sonrasında mesanedeki kesik kapandı. Yaklaşık 10 gün kadar orada hastanede yattık. Sonra bizi taburcu ettiler. Daha sonra çocuğumu fitik ameliyatı yaptırdım.

SAVUNMA

Hastayı muaye ettim ve sağ ingunal herni tanısı koydum. Ameliyat olması gerektiğini söyledim. Bu ameliyatı çocuk cerrahisinin yapmasının daha uygun olacağını belirttim. Hasta sahibi çocuk cerrahisini başvurduğunu fakat kendilerine gün verdiklerini bu nedenle çocuklarını acil ameliyat ettirmek konusunda ısrarcı oldular. Çocuk hastanın ve ameliyatının ekstra zorluklar getireceğini hasta sahibine anlattım. Buna rağmen ameliyatta ısrarcı olmaları nedeniyle bir hekim olarak hastaya olumsuz cevap vermenin deontolojiye aykırı olacağı düşüncesiyle hastanın ameliyatını kabul ettim. Hasta sahibinin ameliyat hakkındaki bilgilendirilmesi yapıldı ve onamı yazılı olarak alındı. Hastaya ingunal herni operasyonu yaptım. Hastanın isteği üzerine de sünnet işlemini ekledim. Hasta ameliyat sonrası hiçbir problem olmadan uyandı. Ameliyat sonrası ikinci günde hastanın hiçbir olumsuz bulgusu olmaması ve ameliyat yerinde problem olmaması nedeniyle hastayı izinli olarak eve gönderdim. Hasta daha sonra şikayetlerinin olması üzerine ameliyat sonrası 3.günde problemleri olması üzerine yeniden hastaneye kabul edildi. Yara yeri incelendi. Yara yerinde 1-2 ped kirletecek kadar sero hemorajik sıvı tespit edildi. Bu standart yara akıntısı olarak değerlendirildi. Batın muayenesinde anormal bir bulgu tespit edilmedi. Alınan hemogramda patoloji tespit edilmedi. Hastanın sıvı desteği sağlandı. Hastanın ameliyat sonrası 4.günde yara yerinden akıntısı arttı. Hastanın genel durumunda bozulma oluştu. Hastanın üre, kreatinin yükselmesi üzerine akut böbrek yetmezliği olarak düşündüm. Çocuk Hastalıkları Uzmanı ve Üroloji Uzmanından konsültasyon istedim. Üroloji uzmanı izinli olduğundan konsültasyonu yaptırmadım. Çocuk doktoru hastayı konsülte etti. Akut prerenal böbrek yetmezliği olarak değerlendirdi. Çocuk nefrolojisi bölümü olan Tıp Fakültesine sevkini uygun gördüm.

Hastanın annesi ş serviste servis hemşirelerinin yanında önce bana hakaret edip sonra para talebinde bulundu. Tehditler savurarak servisten çıktı. Aynı olay babası tarafından poliklinikte aynı şekilde gerçekleşti. Daha sonraki dönemde çocuğun babası birkaç kez yanıma gelerek para talebinde bulunmuştur. Bu talepler her zaman suçlayıcı tehdit edici nitelikte olmuştur. Ben hastayla ilgili olarak tıbbi açıdan ne gerekiyorsa elimden geleni yaptım. Çıkan problemlerle ilgili olarak her zaman çözümler ürettim ve hastaya her türlü yardımı yaptım.

BELGELER

Devlet Hastanesinin epikrizi: Yaklaşık 1 yıldır devam eden sağ kasıkta şişlik yakınması olduğu, sağ inguinal herni tanısıyla herni operasyonu ve sünnet yapıldı. Hastanın postop 4. Gününde oral alımının yeterli olmadığı, sıvı tedavisine rağmen BUN kreatin düzeylerinde yükselme oldu, son üre: 122, kreatin 4,36 olarak geldi, akut böbrek yetmezliği düşünüldü. Hastanın değerlendirilmesi için pediatrik nefrolojiye sevkini uygun görüldü.

Üniversite Hastanesinin 5.7.2014 tarihli gözlem formu: Geçen hafta fitik operasyonu olan hastanın postop yara yerinden sızıntısı olması ve 4. Gün oral alımının azalması üzerine yapılan tetkiklerinde BUN, Cr seviyelerinin yüksek olması üzerine ABY tanısıyla sevk edildi, geldiğinde Cr: 4,36, üre: 122 olduğu, sağ suprapubik bölgede oblik 3-4 cm'lik operasyon skarı mevcut, bu bölgede idrar geliyor, sonda mevcut, skrotumun kızarıklık ve şiş, postrenal ABY tanısı kondu. Acil üriner sistem USG'sinde mesanesinin yeterli dolulukta olmadığı, ancak mesane içerisinde özellikle posteriora 1,5 cm kalınlığa ulaşan yumuşak doku eksojenitesi izlendiği, mesane anteriorunda ve pelvis sağda serbest mayi izlendi.

Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalının 17.7.2014 tarihli yatış notu: Sağ inguinal herni nedeniyle 17 gün önce opere edilen postop 4. gününde insizyon yerinden idrar gelmesi nedeniyle serviste takip edilen hastanın insizyon yerinde şişlik şikayetiyle başvurdu. Mesane travması ? ön tanısı kondu.

Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalının 25.11.2014 tarihli yatış notu: Operasyon notunda; sağ testis eksternal ring hizasında palpe edildi. Sıvazlanarak skrotuma doğru çekilmeye çalışıldı. Yüksek skrotal hizada kalması manipülasyon ile sağlandı. Sağ eski insizyon yerinden oblik kesi ile girildi eski cerrahisine bağlı yapışıklıklar mevcuttu. Ardından cilt-skrotum (sağ) bileşke hattından insizyon yapıldı.

Cilt, ciltaltı geçildi testis bulundu ve insizyondan eksplore edildi. Testis 1x1,5cm boyutlarında idi. Çevre yapışıklıklardan sıyrıldı. Kord ve elemanları fitik kesesinden sıyrıldı. Kесе preperitoneal yağ dokusuna kadar takip edildi ve 3/0 vicryl ile dikişli ve dikişsiz bağlanarak eksize edildi. Testis 4/0 vicryl ile içeriden skrotuma tesbit edildi. Ciltaltı 4/0 vicryl ile tek tek, cilt 5/0 caprosyn ile tek tek stüre edildi.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Yedi yaşındaki çocuğun, fitik operasyonu sırasında mesane yaralanmasının meydana geldiği anlaşıldığı, fitik operasyonu sırasında mesane yaralanmasının beklenebilir nadir bir komplikasyon olduğu, ancak komplikasyonun farkedilemediği, küçükte akut böbrek yetmezliği geliştikten sonra komplikasyonun (mesane yaralanmasının) farkedildiği cihetle; ameliyat sonrası dönemde hasta takibinde dikkat ve özen eksikliği olduğundan hekimin eyleminin tıp kurallarına uygun olmadığına oy birliği ile karar verildi.

DEĞERLENDİRME

Uz. Dr. Senad Kalkan, Bezmialem Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Fitik ameliyatı sırasında mesane yaralanma riski nedir ve hangi sebeplerle meydana gelir?

Mesanenin inguinal kanala fitikleşmesi sık olmayan bir patolojidir. Tüm inguinokrotal fitikların %1'ini oluşturur. Radyolojik incelemelerde veya fitik tamir operasyonları esnasında tesadüfen saptanırlar. Mesane fitiklarının oluşumunda abdominal duvarın destekleyici dokusunda yapısal defekt veya yaşlanmayla gelen atrofisi, üriner sistem çıkış obstrüksiyonları, perivezikal yağ protrüzyonu, destek dokuların zayıflığı ile birlikte mesane tonus kaybı, obezite predispozan faktör olarak yer almaktadır. Fıtığın ekstraperitoneal parçası fitik kesesinin medial duvarı boyunca seyreder, bu yapının mesane duvarı ile birlikte fitikleşmesi sonucu, mesane fitikleri meydana gelir.

2- Hastanın kreatinin yükselmesinin mekanizması nasıl olmuştur?

Mesane fitiklarına bilateral hidronefroz, vezikoüreteral reflü, mesane nekrozu, skrotal abse eşlik edebilir. Mesane tabanının yer değiştirmesi ve/veya üreterin inguinokrotal herni kesesine katılması, üreterin obstrüksiyonu hidronefroza neden olmaktadır (Gurses B, Cebi DO, Ozpeynirci Y, Oğut G. An unusual case of hydonephrosis: ureteroinguinal herniation. Turk J of Urol 2009; 35(1): 61-3.). Bu durum post renal ABY neden olmuş ve kreatinin yükselmiş olabilir.

Ayrıca yara yerinden idrar gelmesi mesane etrafında koleksiyon olması, batın içine de idrar birikimi-ne bağlı, peritondan idrar emilimi gerçekleşmiş ve kreatinin değeri yükselmiş olabilir.

3- Bu hastada tanı ne zaman konulmalıydı? Komplikasyon nasıl yönetilmeliydi?

Olguların %75'inden fazlası cerrahi müdahale esnasında fark edilir, olguların bir kısmında mesane yaralanmasına bağlı komplikasyonlar gelişir. Bazı olgularda dizüri, pollaküri, noktüri, hematüri gibi nonspesifik üriner semptomlar olabilir (Eilber KS, Freedland SJ, Rajfer J. Obstructive uropathy secondary to ureteroinguinal herniation. Reviews In Urology 2001; 3(4):207-8.). Herni büyük boyutlarda olduğunda daha spesifik semptomlar görülebilir. Miksiyon sonrası kasıktaki şişlik boyutlarında azalma ve miksiyonun iki aşamada gerçekleşmesi mesane hernisinin spesifik bulgularıdır.

Hastaya tanı iyi bir anamnez, muayene ve görüntüleme yöntemleri ile ameliyat öncesi değerlendirip konulmalıydı. Bununla birlikte mesane fıtığı tanısını çoğu zaman cerrahi işlem sırasında konulmaktadır. Hastanın genç olması muayene bulgusunun benzer olması, görüntülemenin yapılmış olmaması tanıyı güçleştirmiştir. Tanı ameliyat öncesi değerlendirmede konulamadıysa, ameliyat sırasındaki bulgularla konulabilirdi.

Hastanın ameliyat sonrası değerlendirmesinde hastanın 2 gün idrarını yapmaması veya yapamaması durumunda bunun nedeni yönünde bir değerlendirme yapılmalıydı. İnguinal fitik sonrası erken dönemde sero-hemorajik islatmalar normal olabilir, bunun miktarı, karakteri, koku bulguları iyi değerlendirilmelidir. Hastanın yara yeri akıntısının fazla olması, idrar çıkışını olmaması, kreatinin değerlerinin

yüksekliği, ameliyatın sırasında veya sonrasında gelişen bir komplikasyonu düşündürür. Hastanın bu yönde görüntüleme ve tetkiklerinin istenmesi gereklidir. Sonrasında komplikasyon tespit edilip gerekli konsültasyon ve/veya sevkini yönetimi yapılmalıdır.

4- Bu dosya hakkında bilirkişi raporunuz nasıl olurdu?

7 yaşındaki erkek hastanın rahatsızlığı nedeniyle bir genel cerrahi uzmanına başvurduğu anlaşılmıştır. Yapılan muayenesinde inguinal fıtık tanısı konulmuş ve 5 gün sonra operasyona alınmış, fıtık operasyonu sırasında mesane yaralanmasının meydana geldiği anlaşıldığı, fıtık operasyonu sırasında mesane yaralanmasının beklenebilir nadir bir komplikasyon olduğu, çoğunlukla ameliyat sırasında tespit edildiği bir durumdur. Ancak hastada komplikasyonun fark edilemediği, hastanın ameliyat sonrası idrar çıkışının olmaması söylenildiği halde dikkate alınmadığı, hastada akut böbrek yetmezliği geliştikten sonra komplikasyonun (mesane yaralanmasının) fark edildiği anlaşılmıştır, bu nedenle ; Hastanın ameliyat endikasyonunun doğru olduğu ancak ilgili çocuk cerrahına yönlendirilmesinin eksik yapıldığı, ameliyat sonrası dönemde hasta takibinde dikkat ve özen eksikliği olduğundan hekimin eyleminin tıp kurallarına uygun olmadığı tespit edildi.

3.8.4 FITİK AMELİYATI SONRASI ORŞİKTOMİ

İDDİA

2012 Şubat ayının ortalarında şekerimin yükselmesi sebebi ile ilimizdeki Devlet Hastanesine muayene için gittim, beni hastaneye yatırdılar. Bir hafta sonra dahiliye doktoru beni fıtık sebebi ile genel cerraha gönderdi ve muayene oldum. Bu doktor bana seni ameliyat edeceğim dedi. Gerekli işlemleri yaptırdılar sağ kasığımdan fıtık ameliyatı yapıldı. 15 gün sonra da kontrol için bu doktorun muayene odasına gittim. Beni elle muayene etti. Ben bu doktora rahatsızlıklarımın geçmediğini, şişlik ve sertliklerin halen devam ettiğini ve eskisinden daha kötü olduğumu söyledim. Hiçbir tahlil veya film, ultrason çektirmeden ve hiçbir ilaç vs. vermeden beni gönderdi. Ameliyat sonrası rahatsızlıklarımın artması üzerine bu kez ilçemizdeki Devlet Hastanesine muayene ve tedavi amacı ile gittim. Doktor bey benden ultrason ve tahlil istedi. Bu sonuçlara göre yumurtalığının alınması gerektiğini söyledi. Ben bunun üzerine Eğitim ve Araştırma Hastanesine gittim. Burada Genel cerrahi polikliniğinde muayene oldum. Oda muayene sonrasında sağ yumurtalığının alınması gerektiğini söyledi. Alınmazsa kangren olur dedi. Eğitim ve Araştırma Hastanesinde ameliyat oldum.

SAVUNMA

Hastanın insüline bağlı diyabet hastalığı vardı. Kan şekeri normal seviyeye geldikten sonra sağ inguinal herni operasyonu yapıldı. Operasyon gayet başarılıydı. Postop 1. gün taburcu edildi. Operasyondan sonra yaptığımız kontrollerde herhangi bir problem yoktu. Taburcu öncesi yapılan son muayenede herhangi bir anormal bir bulgu yoktu. Dahiliye servisine diyabet için tekrar başvurması önerilerek taburcu edildi. Daha sonra iki kez poliklinik kontrolüne geldi Poliklinik kontrollerinde şikâyetlerini dinledim. Fiziki muayenede herhangi anormal bir durum görmediğim için herhangi tetkik ya da tahlil istemedim. Başka bir bölümden de konsültasyon isteme ihtiyacı duymadım.

BELGELER

Devlet Hastanesinin müşahade evrakı: "Diabetes Mellitus tanısıyla dahiliye servisine yatırıldığı, ayrıca karın ağrısı ve sağ kasığında şişlik yakınmaları olduğu, tedavi belgesi imzatarılıp tıbbi tedavisi düzenlendiği, genel cerrahi konsültasyonunda bilateral inguinal herni tanısı konulduğu, sağ taraftakinin daha acil olduğu belirtilerek ameliyat önerildiği ve aynı gün genel cerrahi servisine nakledildiği, bilgilendirilmiş hasta rıza formu imzalatıldığı, ameliyat notunda "Spinal anestezi altında sağ inguinal kesi ile fıtık kesesi bulundu ve bassini takviye yapıldı" şeklinde kayıtlı olduğu, 21.2.2012 tarihinde taburcu edildiği"

Üroloji epikrizi: skrotal US raporunda sağ epididim heterojenite, sağ testiste kanlanamama, sağ kasık kanalında ödem ve belirgin kalınlaşma izlenerek bağlanmış kord düşünüldüğü, girişim sonrası testiküler hipofonksiyon, orşit-epididimit tanısı aldığı, 1 ay önce sağ kasık fıtığı ameliyatı olduğu, 1 aydır sağ tes-

tiste ağrı, şişlik, kızarıklık şikayeti bulunduğu, yapılan tetkiklerde sağ testiste enfarkt ve kanlanamama saptanarak orşiektomi için 5.4.2012 tarihinde yatırıldığı, SAA da ameliyata alındığı, sağ inguino-skrotal kesi ile girildiği, inguinal ringin distalinde kord bulunduğu, kord ileri derecede ödemli ve endure olduğu, testis keskin ve künt diseksiyonla ayrıldığı, testisin skrotal cilde yapışık olduğu, serbestleştirilip gubernakulum ayrılarak bağlandığı, kord inceltirilip kesilerek bağlandığı ve orşiektomi yapıldığı, tedavisi düzenlenip 6 gün sonra taburcu edildi”

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Ön inceleme: Üroloji uzmanı raporunda ameliyat sonrası testis torsiyonu gelişme oranında artma beklenmediğini zira inguinal herni ameliyatında tamamen inguinal alanda olduğunu, bu ameliyat esnasında kordun (testise giden bağ, damar, sinir paketi) kolay bir şekilde görülüp korunabileceğini belirtmiştir. Hastanın diabetes hastası olması ve 65 yaşında olmasına bağlı olarak ameliyat sahasında ameliyat sonrası enfeksiyon ve iltihaplanma gelişme ihtimalinin daha fazla olduğunu, bu durumların testis dolaşımını bozabildiğini belirtmiştir.

Genel Cerrahi Uzmanı raporunda; Hastanın eğitim ve Araştırma Hastanesinde operasyonu sonrasında ameliyat notunda testis damarlarının bağlandığına dair bir bulgu olmadığını, hastanın 65 yaşında ve diabetes hastası olması nedeniyle bu tür damar tıkanmalarının kendiliğinden oluşabileceğini, fitik ameliyatının mevcut damarsal tıkanmayı artırmış olabileceğini, ameliyat esnasında testis damarlarının tamamen bağlanması durumunda saatler içerisinde müdahale yapılması gerektiğini, çünkü bu durumun çok ağrılı olduğunu, hastanın beklemesinin mümkün olmadığını, Testis damarlarının kanlanmasının bozulmasının fitik ameliyatının doğal bir komplikasyonu olduğunu belirtmiştir.

Radyoloji uzmanı hazırlamış olduğu raporda; Testis torsiyonu testisin skrotal kese içerisinde dönerek arter veya venlerin komprese olması sonucu kan akımının azalması anlamına geldiğini, torsiyona bağlı patolojik belirtiler spermatik kordun en az 360 derece dönmesi ile ortaya çıktığını, bu durumun testislerde ve spermatik kord içerisinde şişme ve basınç artışına sebep olduğunu, bunu takiben arterial akımının oklüze olduğunu ve testiküler iskemi ile sonuçlandığını, Doppler incelemede testiste veya dönmüş kord ve epididimde kan akımı azalmış veya tamamen yok olmuş olarak izlendiğini, Testis torsiyonu ve operasyonla özellikle inferior kesimlerde kordun yanlılıkla bağlanması sonografi ve Doppler bulguları ile kesin olarak ayırt edilemeyebileceğini, ancak her iki durumda da testis kanlanması azalmış, spermatik kordtan kan akımı azalacağından veya tamamen kaybolacağından her iki durumda acil cerrahi müdahale gerektirdiğini ve yapılacak cerrahi müdahale ile operasyon sırasında ayırt edilebileceğini belirtmiştir.

Hastanın ameliyat sonrası poliklinik muayeneleri ve en son testis ameliyatı olduğu zaman aralıkları dikkate alındığında hem toplam geçen sürenin uzunluğu(44gün) hem muayeneler arasındaki süre bu testis kaybını ameliyatın istenilen şartlarda başarılı yapılmamasına bağlı gelişen bir durum olmadığını düşündürmektedir. Çünkü ani nekroz ile gerçekleşen rahatsızlıklar hastayı rahat durdurmaz. Mutlaka birkaç gün ağrı kesicilerle dayansa bile en kısa sürede doktora başvurmayı zorunlu kılar. Hastanın yaşadığı sürece bakılacak olursa ameliyattan sonra ağrıları olmuş ama genel cerrah bu ağrıları uzmanlığı döneminde çok kez yaptığı sıradan (yaptığı birçok ameliyata göre basit) inguinal herni operasyonu sonrasında birçok hastanın ağrı şikâyetiyle aynı olarak (benzer) değerlendirmiştir.

Bu hasta da şeker hastalığı, hipertansiyon, ileri yaş (65 yaş) gibi damarsal problemlerin (ateroskleroz, tromboz...) olması testis kaybına giden sürecin en önemli belirleyici, kolaylaştırıcı unsurları olmuştur. Uygulanan cerrahi müdahalenin oluşturduğu riskler de üstüne eklendiğinde bu olayın komplikasyon olarak geliştiği düşünülmektedir.

Her cerrahi müdahale bölgesinde inflamasyon, kısmi dolaşım problemi, enfeksiyona açık bir alan oluşur. Yukarıda sayılan süreci kolaylaştıran faktörlerin üzerine bunlar eklendiğinde risk çok artmaktadır.

Bilirkişi raporları da dikkatli bir şekilde incelendiğinde yukarıda izah etmeye çalıştığımız risk artırıcı faktörlere değinildiği, olayın oluş nedeni olarak bunlara atıfta bulunulduğu anlaşılmaktadır.

Üroloji uzmanı, şeker hastalığı, yaş, ameliyat sonrası oluşabilecek enfeksiyon ve infülamasyona dikkat çekerek, kordun (testise giden bağ, damar, sinir paketi) kolay bir şekilde operasyon esnasında görülüp korunabileceğini ifade etmiştir.

Genel cerrahi uzmanı yine benzer kolaylaştırıcı faktörlere dikkat çekmekle birlikte bu durumun ameliyata bağlı (cerrahın tıbbi kötü uygulama (malpraktis); hatalı davranış veya görev ihmali, sonucu

yaralanma ya da zarara yol açması) tıbbi kötü uygulama sonucu oluşmuş bir olay olmadığı kanaatini bildirmiştir. Ancak bu istenmeyen durumun yukarıda sayılan kolaylaştırıcı birçok nedene bağlı fitik ameliyatının bir komplikasyonu olduğunu belirtmiştir.

Hastanın belki de şikâyetine en önemli sebep olan Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılan ultrason raporunda "bulgular bağlanmış kordu (testise giden bağ, damar, sinir paketi) düşündürmektedir." cümlesinde belirtilen ihtimal radyoloji uzmanına danışıldı. Danışılan Radyoloji uzmanı "sonoğrafı ve doppler ile kordun (testise giden bağ, damar, sinir paketi) bağlandığı kesin ayırt edilemeyebilir. Sadece kanlanmanın azaldığı anlaşılır" dedi. Kanlanmanın azalması ise hem yukarıda saydığımız kolaylaştırıcı nedenlere bağlı olabilir hem de kordun bağlanmasına bağlı (zarar görmesine) olabilir. Bu durumu ancak ameliyat esnasında fark edilip ayır edilebilir. Hastanın Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılan Skrotal Orşiektomi (testis alım ameliyatı) operasyonu sonrası yazılan ameliyat notunda daha önce yapılan müdahale esnasında (sağ Kasık Fıtığı ameliyatı kordun bağlandığına dair bir tespit görülmemiştir.

Tüm tıbbi girişimlerin belli bir risk taşıdığı, bu riskinde tıbbi karşılığının komplikasyon olduğu sağlık camiasında genel kabul görmüş bilimsel kaynaklarda ifade edilmiş bir durumdur.

Her tıbbi müdahalenin normal sapmaları ve riskleri bilinerek kar zarar oranı düşüncesiyle hareket edilir. Önemli olan gerekli özenin, tedbirin gösterilmesi, rutin bilimsel gerekliliklerin yerine getirilmesi-dir. Testis kaybına giden bu süreçte çok kez, çok değişik branş doktorları tarafından da değerlendirilen (dahiliye uzmanı, acil poliklinikte görevli doktor ve genel cerrahi uzmanına ayaktan muayene olmuştur.) hasta da bu şekilde sonuçlanacağına dair bir şikayet ve bulguya rastlanmamıştı. (ağrı hariç). Ancak klinik oturduktan sonra anlaşılabilmiştir. Sağlık çalışanlarının görevlerinin gerektirdiği bilgi ve donanımla ve azami dikkat ve özen içinde tıbbi müdahalede buldukları halde hastalığın kötüleşmesine engel olamazlarsa bundan sorumlu tutulamayacakları düşünüldüğünde; genel cerrahi uzmanının yaptığı girişim sonrası oluşan komplikasyon nedeniyle sorumlu tutulamayacağı kanaatine varılmıştır.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Şikayetçiye yapılan fitik ameliyatı tekniğinin halen yaygın olarak uygulanan bir yöntem olduğu, ameliyat sonrasında spermatik kordonda ve nihai olarak testiste kanlanma sorunu olduğu anlaşıldığı, ancak yaşlı ve diabetes mellitüs hastası olan şikayetçide bahsi geçen fitik ameliyattan sonra ortaya çıkan bu klinik tablonun komplikasyon olarak değerlendirildiği ve şikayet edilen hekimim kusurlu olduğuna dair yeterli tıbbi belge ve kanıt bulunmadığı oybirliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Halil Çiftçi, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Fıtık ameliyatından sonra testis damarlarının etkilendiği tespit edilirse nasıl davranılmalıdır? Orşiektomi ne zaman yapılmalıdır?

Testis iskemisi genellikle 10-30 yaş grubu hastalarda torsiyona bağlı olarak gelişirken. İnguinal herniorafi sonrası testis atrofi ise, her yaştaki erkekte görülebilecek bir sekeldir. İnguinal herninin cerrahisinde, cerrahinin niteliğine, birlikte görülen ek hastalıklar (diyabet) ve hastanın aynı bölgede geçirilmiş cerrahi öyküsü olup olmamasına göre spermatik kord, testis ve diğer skrotal organlar etkilenebilmektedir. Herniorafi sonrası testis ağrıları ve atrofisinin nedeni değişken ve sıklıkla nedeni bilinmemekle birlikte sinirsel yada vasküler yaralanmalar zemininde ortaya çıktığı belirtilmektedir. Cerrahi sırasında herniorafi tekniği, inflamasyon reaksiyonuna bağlı meş çevresinde skar oluşması ve hematoma, inguinal halkaya, spermatik korda ve vasküler yapıya baskı yapması sonucunda gelişen venöz pleksustaki tromboza bağlı arter ve vende tıkanıklık oluşmaktadır bunun sonucunda, scrotumda şişlik, testiste akut ve kronik ağrı ve atrofiye neden olabileceği klinik semptomlara neden olabilmektedir. (Fong Y, Wantz GE. Prevention of ischemic orchitis during inguinal hernioplasty. Surg Gynecol Obstet 1992; 174:399-402) Herniorafi sonrası kronik testis ağrıları %12 vakayı etkilemekte ve hastalar genelde cerrahi sonrası 2-3 hafta içinde bu ağrılar nedeniyle doktora başvurabilmektedir. Herniorafi sonrası testiküler atrofi oranları ise açık cerrahide %0,5, tekrarlayan herni sonrası %5, Laparoskopik sonrasında ise bu oran %1,5 dir. (Phillips EH,

Arregui M, Carroll BJ, B, et al.: Incidence of complications following laparoscopic hernioplasty. *Surgicallendoscopy* 1995, 9(1):16-21), (Calcagno C, Gastaldi F. Segmental testicular infarction following herniorrhaphy and varicocelectomy. *Urol Int* 2007;79:273-5) (Tekatli H, Schouten N, van Dalen et al. Mechanism, assessment, and incidence of male infertility after inguinal hernia surgery: a review of the preclinical and clinical literature. *Am J Surg*. 2012 Oct;204(4):503-9). Kronik testis ağrılarında profilaktik tedavi sonrası rahatlanmayan hastalarda fizik muayene ve doppler Ultrasonografi istenmeli uygun görüldüğü takdirde mutlaka inguinal explorasyon yapılmalı ve cerrahi alan yeniden gözden geçirilmelidir. Post operatif akut gelişen şiddetli kasık ağrıları tipik olarak cerrahi sonrası 2-3 gün içinde gelişmektedir. Bu hastalarda testiküler iskemiyin hızlı değerlendirilmesi için fizik muayene, doppler USG veya sintigrafik yöntemlere başvurulmalı ve testis torsiyonu açısından ayırıcı tanıya gidilmelidir. Doppler Ultrasonografide testiste iskemi bulguları varsa tedavi yöntemi acil cerrahi girişimdir. Cerrahi yöntem, testisin ameliyat sırasındaki görünümüne ve iskemi süresine göre değişmektedir. Erken dönemde yapılan cerrahi girişimlerde testisin nekrotik alanları eksize edilip onarım yapılırken, cerrahi sonrası gelişen erken dönem iskemiyin geç zamanda anlaşılması ve Doppler Ultrasonografide testiste atrofi varsa orşiektomi kaçınılmaz olmaktadır. (Turgut AT, Ölçücüoğlu E, Turan C, et al. Preoperative ultrasonographic evaluation of testicular volume and blood flow in patients with inguinal hernias. *J Ultrasound Med* 2007;26,1657-66.) (Shah S, Marsh H, Khan MS, et al. Urological complications of inguinal hernia surgery. *Scott Med J*. 2013 May;58(2):119-23.)

Sonuç olarak Cerrahi sonrası akut veya kronik ağrısı olan hastalarda testiküler iskemiyin hızlı değerlendirilmesi için mutlaka Fizik muayene, doppler USG veya sintigrafik değerlendirilme yapılarak organ kayıplarının önüne geçilmelidir.

2- Bu dosya hakkında bilirkışı görüşünüz nasıl olurdu?

Hastanın diabetes hastası olması ve ileri yaşta olmasına bağlı olarak cerrahi bölgede ameliyat sonrası enfeksiyon ve iltihaplanma gelişme ihtimalinin normal hasta grubuna göre daha yüksek olması muhtemeldir. Bu nedenle bu durumun ve fitik ameliyatının doğal bir komplikasyonu olarak testis dolaşımını bozabileceği ihtimal dâhilindedir. Önemli olan bu doğal komplikasyonları iyi yönetmek olmalıdır. Bu nedenle hastanın cerrahi sonrası ağrılarının geçmemesi ve hatta artması nedeniyle doktoruna geldiği halde doktorunun sadece fizik muayeneyle yetinmesi, gerekli radyolojik tetkik istenmemesi bir eksiklik olarak kabul edilmelidir. Uygun zamanda Fizik muayenenin yanında cerrahi bölgeyi ve testisti değerlendiren doppler USG istenmiş olsaydı belki organ kaybının önüne geçilebilirdi.

3.8.5 FITİK AMELİYATINDA TESTİS KARINDA UNUTULMUŞ?

İDDİA

Müvekkilim fitik ameliyatı olmak maksadıyla davalı hastaneye başvurmuştur. Mezkur ameliyat davalı hastanede yapılmıştır. Ancak Fitik Ameliyatı yapılan müvekkilimin yumurtasının biri karın bölgesinde unutulmuş ve bu şekilde ameliyat sonlandırılmıştır. Halihazırda müvekkilimin yumurtasının biri karın bölgesindedir. Davalı hastane ve onun istihdam ettiği doktorlar müvekkilime ameliyat yapmadan önce herhangi bir tetkik yapmamışlar, MR çekme gereği duymamışlar sadece anestezi yapılmak suretiyle ameliyatı gerçekleştirmişler ve yukarıda da değindiğimiz gibi müvekkilimin yumurtasının birini karın bölgesinde unutmuşlar ve bu şekilde bırakmak kaydıyla ameliyatı sonlandırmışlardır. Hatalı ameliyatı hasebiyle yumurtasının biri karında unutulmuş müvekkilim kanser riski ile karşı karşıyadır. Yine cinsel işlev bozukluğu tehlikesi ile de karşı karşıya bulunan müvekkilimin bu yanlış ameliyat sebebiyle sperm sayısında azalma meydana gelmiş ve sperm kalitesi de düşmüştür. Müvekkilim bu yanlış ve hatalı ameliyatın sonuçlarından kurtulmak maksadıyla ameliyat olacaktır.

SAVUNMA

Davalı avukatı: Müvekkilim konusunun uzmanı bir hekimdir. Bunca yıllık meslek hayatı boyunca ilk defa böyle bir suçlama ile karşı karşıya kalmıştır. Davacı hastaya tüm hastalarda olduğu gibi hastalığı ve tedavi sürecine ilişkin gerekli bilgiler verilmiştir. Ancak tüm ameliyatlarda az da olsa bir risk taşımaktadır.

Davacıya, müvekkil hekimce olası sonuçlar izah edilmiştir, Bunun neticesinde davacı hasta özgür iradesi ile tedavi olmayı istemiş ve tedavinin olası sonuçları hakkında aydınlatılmıştır. Davacı, operasyon öncesi ayrıntılı muayene edilerek kendisine "skrotal herni" teşhisi konulmuş ve ameliyata karar verilmiştir. Davacıya, genel anestezi altında sol inguinal herni insizyonla yapılmış ve skrotal herni bağırsak ve omentum dokusundan oluştuğu görülmüştür. Eksploreyonda anorşi olduğu tespit edilmiş ve ameliyat sırasında eksploreyonda testis bulunmamıştır. Herni operasyonu tamamlanarak hemostazi takiben operasyon sonlandırılmıştır. Ameliyat sonrası kontrole gelen davacıda, anorşi olgusu araştırılarak testis dokusu çekilen grafilerde görülmüş ve ilgili üroloji uzmanından konsültasyon istenerek tedavisi planlanmıştır. Ancak davacı başka bir hastanede tedavi olacağını söyleyerek müvekkil hastaneden ayrılmıştır.

Genel Cerrahi Uzmanı: Ben 4 yıldır genel cerrah olarak görev yapmaktayım. Hastamın yapılan muayenesi neticesinde genel anestezi altında sol kasık fıtığı insizyonla yapılmış ve skrotal heni bağırsak ve omentum dokusundan oluştuğu görülmüştür. Yapılan eksploreyonda testisin normal yerinde olmadığı, kasık kanalının da incelenmesinde testis dokusuna rastlanılmadığı görülmüştür. Fıtık tamiri usulüne uygun yapıldıktan sonra inmemiş testis olabileceği düşüncesiyle postoperatif araştırmaya bırakılarak ameliyat sonlandırılmıştır ve süreç planladığı gibi devam etmiştir. Hasta yakınların isteği üzerine inmemiş testis araştırması başka bir sağlık merkezinde yapılmıştır. Sonuç olarak cerrahi tedavisi tam olarak yapılmıştır, iddia edildiği gibi normal anatomik yerinde olan bir yumurtalığın batın içerisine atılması mümkün değildir. Hastamızın inmemiş testisi olacağı tanısı Tıp Fakültesinde yapılan ameliyatta anlaşılmıştır. Suçsuzum. Müşteki tazminat davası açmıştır. Bu nedenle uzlaşmak istemiyorum. Davanın sonucunda karar verilsin.

BELGELER

Özel Hastane Tıbbi Belgeleri: Sol kasık fıtığı tanısı ile yatırıldı, aynı gün ameliyata alındı, genel anestezi altında inguinal insizyola katlar geçildiği, kese eksize edildi, 6x11 cm'lik prolen greftle yama yapıldı, kanama kontrolü takiben operasyona son verildi, takiplerinde sorun gözlenmedi.

Hasta 20 gün sonra üroloji polikliniğine başvurdu, alt batın BT (iv-oral kontrastlı) istendi, raporunda; "Solda inguinal kanal düzensiz görünümündedir ve bu alana komşu cilt altı dokuda operasyon skarına ait dansite artışı saptandı. Solda iliak arter komşuluğunda fuziform şekilli yaklaşık 1.5x4.5 cm boyutlarında pelvis içerisinde yumuşak doku lezyonu izlenmektedir" belirtildi. Daha sonra MR çekildi. Alt batın MR raporunda; "Alt batında intraabdominal bölgede solda eksternal iliak vasküler yapıların hemen anteriorunda yerleşen yaklaşık 25x15x14 mm boyutlananda ölçülen T1A hipointens T2A hiperintens IVKM sonrası homojen kontrast fikse eden düzgün demarke konturlu nodüler solid görünüm izlenmektedir (inmemiş testis ile uyumlu)" belirtildi.

Tıp Fakültesi Tıbbi Belgeleri: Sol inmemiş testis nedeni ile başvurdu, laparoskopik testis aranması için yatırıldı, ameliyat notunda; "Trendelenburg pozisyonunda operasyona başlandı. Umbilicus superiorundan açık Hasson yöntemi ile 10 mm'lik kamera portu yerleştirildi. Ardından görüntü eşliğinde sağ tarafa 13 mm, sol tarafa 5 mm olmak üzere umbilicus 3cm altı rektus kasi lateralinden portlar girildi. Sol inguinal kanal internal ringinde atrofik testis izlendi. İleri yaş ve malinite riski nedeni ile orşiektomi kararı verildi. Testis alındı.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu (1): Fıtık ameliyatı esnasında testisin bulunamaması durumunda bu işlemi başka bir ameliyata bırakılabileceği, aynı zamanda açık ameliyatlarda batın yerleşimli testisin bulunamayabileceği, batın yerleşimli testisin tanı ve tedavisinde laparoskopik girişimlerin uygun bir yöntem olduğu, inmemiş testisli vakalarda testis tümörü görülme sıklığının yüksek olduğu, bu nedenle batında bulunan inmemiş testis vakalarında testisin cerrahi olarak çıkarılmasının tıp kurallarına uygun olduğu, kişinin inguinal herni ameliyatını gerçekleştiren doktor ve bu ameliyatın gerçekleştirildiği hastaneye kusur atfedilemeyeceği oy birliği ile mütalaa olunur.

Adli Tıp Kurumu (1): Fıtık muayenesinde hem de ameliyat testisin değerlendirilmesi genel tıp bilgisi ve kuralıdır. Testisi değerlendirmeyen, ameliyat sırasınada üroloji konsültasyonu istemeyen hekimin tıbbi uygulamaları hatalıdır.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Faruk Yencilek, Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Fitik Muayenesi nasıl yapılır, nelerle ayırıcı tanısı nelerle yapılır? Bu bilgiye göre vakayı yorumlayınız.

Fitik muayenesi elle yapılır ve tanısı büyük oranda elle konur. Ancak aynı bölgedeki skrotum ve testise ait yer kaplayıcı lezyonlarla ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken ön tanılar: epididimoorşit, testiküler kitle, skrotal kitle, hidrosel gibi. Mevcut ayırıcı tanıların elle muayenesi mümkün olup net karar verilemeyen durumlarda radyolojik değerlendirme yapılmalıdır. Bu bağlamda iddia edilen vakada, hastanın fizik muayenesi yapıp fitik olduğu olduğu tespit edilse de testislerin yerinde olmadığı net olarak anlaşılmadığından ek radyolojik değerlendirme yapılmalıydı.

2- Dosya hakkındaki bilirkşi raporunuz nasıl olurdu?

Hastanın inmemiş testis ve inguinal herni olduğu net olup fizik muayenesinde inmemiş testis kısmı atlanmıştır. Hastanın iddia ettiği gibi testisin karında unutulması cerrahi teknik gereği mümkün değildir. Hastanın tek taraflı testisinin normal yerinde olması sebebiyle gerek cinsel fonksiyon bozukluğu gerekse de sperm bozukluğu iddia edildiği üzere geçirilmiş fitik ameliyatından değil inmemiş testis olmasından kaynaklanmaktadır. Ayrıca sperm kalite bozukluğu cinsel fonksiyon bozukluğu tanısını netleştirmek için hastanın önceki yıllara ait detaylı anamnezinin alınması, kan testosteron düzeyleri, gerekirse penis doppler ultrasonografi ve sperm fonksiyon testleri yapılmalıdır.

Mevcut hastanın yaşadıkları itibarıyla, hastanın iki kez ameliyat olması dışında hiçbir organ ve fonksiyon kaybı olmadığı izlenimi nettir.

3.8.6 HİDROSELEKTOMİ SONRASI ORŞİEKTOMİ VE KORDON REZEKSİYONU

TALEP

54 yaşında hidrosel ve sol orşiektomi uygulanan kişide bu işlem sırasında hekimlerin kusurları olup olmadığı sorulmaktadır.

İDDİA

Müvekkilim yumurtalıklarında meydana gelen bir hastalık nedeniyle özel sağlık kuruluşunda muayene olmuş ve sanık hekim tarafından cerrahi müdahale yapılmasına karar vermiştir. Hem genel cerrahi hem de üroloji uzmanı olan cerrah (1. Hekim) tarafından cerrahi müdahale yapılmış ancak daha sonra yumurtalıklarında meydana gelen hastalık giderilememiş bir süre tedaviye devam edilmiştir. Daha sonra hatalı ameliyat yapıldığını doktor kabul etmiş ilgili sağlık kuruluşu 2. ameliyatı herhangi bir ücret almaksızın başka bir doktor (2.hekim) yönetiminde gerçekleştirmiştir. Bu kezde 2. ameliyatın sonucunda müvekkilimin kordon bağı uzun bırakılmış yumurtalıklarında ve organlarında hasar meydana gelmiş ve tedavi edilemez hale gelmiştir.

Her iki ameliyatında hatalı yapıldığını müvekkilimin Devlet Hastanesinde düzenlemen raporlar neticesinde öğrenilmiştir. Bu ameliyatlar müvekkilimi yumurtalık ve organlarında hastalığa sebebiyet vermiştir.

SAVUNMA

Üroloji Uzmanı (1. Hekim): Özel hastanede üroloji uzmanı olarak çalışmaktayım. Hasta polikliniğe müracaat etmiş epididim kisti ve hidrosel saptanmış tedavisinin cerrahi olduğu anlatılmıştır. Kendi rızası alınarak ilgili ameliyat komplikasyonsuz olarak yapılmıştır. Sonradan gelişen şikayetleri nedeniyle hasta başka doktor tarafından orşiektomi ameliyatı yapılmıştır. Daha ileri safhada, hasta ağrı şikayetiyle Devlet hastanesine müracaat etmiş, oradaki ilgili arkadaş kordonun uzun bırakıldığı ve bunun ağrı yaptığı gerekçesiyle kordonu çıkartmış, ancak ağrıları geçmediği için yakınmaları devam etmiştir. Sağlık hizmetleri

zincirinde herhangi bir ihmal ve kusur olduğunu düşünmüyorum. Ancak aradan yıllar geçmesine rağmen hasta beni telefonla aramış küfür ve tacizde bulunmuştur. Bunuda ilave edecek olursak hastanın psikolojik yönden rahatsız olduğunu düşünmek yararlı olacaktır. Psikiyatrik değerlendirilmesini yapılmasında fayda görüyorum. Kendisinden bir şikayetim yoktur. Kısacası kendisine yapılacak tüm hizmet yapılmıştır. Tedavilerde hiçbir eksiklik yoktur.

Üroloji uzmanı (2.hekim): Özel hastanede üroloji uzmanı olarak hizmet vermekteydim ve profesörüm ve 42 yıllık doktorum. Adı geçen hastayı tanırım. Kendisi aynı hastanede doktor arkadaşımın hastasıydı ve şahsın testis dışındaki su toplanması olayı ile ilgili olarak ameliyat yaptı. Akabinde hasta sol testisinde ağrı var şikayeti ile geri geldi. Birkaç ağrı ve iltihap tedavisi yapıldı ağrı devam edince ben şahsın kendi rızası ile ameliyat yaptım hatta ameliyat öncesi hastalığın durumuna göre organı alma rızası ile bu ameliyatı girdim. Bu ameliyatta sadece sol testis alındı. Her olay kendi rızası ile oldu ve ücretsiz yapıldı. Yapılan ameliyat testiste kanser ameliyatı olmadığı için kordon uzun bırakıldı. Ancak sadece testis kanseri ameliyatında kordon en kısa kalacak şekilde kesilir diğer ürolog doktorun dediğini yanlış aktardığını düşünüyorum yada hiçbir ürolog bu şekilde ifade kullanmaz. Davacı şahsın isnatları kurumundan yersiz yere tazminat alma çabasında olabilir diyerek düşünüyorum yada başka vücut rahatsızlığından da bu ağrıların olabileceğini de düşünüyorum. Suçlamayı kabul etmiyorum benim yaptığım ameliyatta bir hata yoktur. Bende beni bu asılsız isnattan dolayı mağdur eden şahıstan davacıyım.

Üroloji uzmanı (Devlet hastanesinde doktor, 3. Hekim): Hasta bana müracaat ettiğinde daha önce hidrosel ameliyatı olduğunu, arkasından da sol testisinin alındığını söyledi. Sol kasiğinde ağrı olduğu için muayeneye geldiğini bildirdi. Şahsı muayene ettim aşırı bir tıbbi kusur yoktu. Ancak şahıs birkaç kez gelerek kordondan dolayı sol kasiğinde ağrı duyduğunu belirtti ve ameliyat istedi. Yani bu kordon uzantısının kaldırılmasını istedi. Ben kordonu ağrısını geçmeyebileceğini bu sefer de benden davacı olacağını söyledim. Kendisi ısrarla hayır davacı olmayacağım sen bu kordonu çıkar bana batıyor ve ağrı yapıyor dedi ısrarı üzerine ameliyatla kordonu aldım. Hasta kontrollerinde memnun olduğunu her seferinde dile getirerek bana teşekkür etti. Sonraki yıllarda da kontrollere bana geliyordu. Benden önce yapılan her iki ameliyat içinde hiçbir fikir beyan edemem çünkü hidrosel ameliyatı yapan doktor normal olarak hastayı taburcu ettiğini ikinci ameliyatını yapan doktor testis tümörü düşünerek testisi aldığı beyan etmiştir. Testis tümörü tehlikeli kanser tiplerinden biri olduğu için düşünüldüğü zaman testisin alınarak patolojiye gönderilmesi uluslararası bir kuraldır. Bu hekim arkadaşımızda testis tümöründen şüphelenildiği için bu şekilde davranmış olduğunu ifadesinden anlıyorum.

BELGELER

Özel hastanede yapılan scrotal USG: Her iki testis normal büyüklüktedir. Konturları düzgündür. Normal eko yapısı göstermektedirler. Sağda epididim çevresinde solda ise epididimi ve testis alt polunu çevreleyen sıvı mevcuttur. Her iki epididim normal ekojenetededir. Sol epididimde 2.6 mm çapında kist mevcuttur. Pampinifom plexusa ait venler normal genişlikte bulunmuştur. Diğer skrotal yapılar normal bulunmuştur. Tanı: Bilateral hidrosel

Özel Hastane Belgeleri (1. Yatış): Sağ hidrosel tanısı ile yatırıldı, opere edildi, hidrosel ve spermatosel tanısı konuldu. Spinal anestezi altında skrotal cilt üzerinden yapılan insizyonla testis kılıfları açıldı. Winkelman prosedürü uygulandı.

Skrotal renkli doppler USG (Post operatif): Her iki testis normal boyut ve homojen parenkim ekosundadır. Sağ epididim normal boyut ve ekodadır. Sol epididim boyutları ılımlı artmış, ekojenitesi azalmış ve heterojen görünümündedir. Epididim başında 6 mm çaplı kist izlenmektedir. Renkli Doppler incelemede testis ve sağ epididimde patolojik vaskülarizasyon saptanmamıştır. Sol epididim kanlaması ılımlı artmıştır. Her iki skrotum içersinde 2 mm'yi geçmeyen ve valsvalva ile çap artımı göstermeyen venöz yapılar izlenmiştir. Ayrıca bu venöz yapılarda valsvalva ile bilateral reflü akım izlenmemiştir. Sonuç: solda epididimit ile uyumlu değişiklikler sol epididim başında milimetrik kist.

Özel Hastane Belgeleri (2.yatış): Üroloji servisine kronik orşi-epididimit tanısı ile yatırıldı, sol orşiektomi operasyonu yapıldı. Operasyon notu: Sol scrotum tabakaları açıldı. Testis ve epididim eksplere edildi. Kronik orşi-epididimit saptandı. Orşiektomi yapıldı.

Devlet Hastanesi Belgeleri (3. Yatış): Sol scrotumda ağrı ve kitle nedeniyle yatırıldı. Operasyon notu: Inguinal ve skrotal eksplorasyon yapıldı. Testisin skrotumda olmadığı görüldü. Kordun operasyon sırasında uzun bırakıldığı görüldü. Kordun rezeke edildi.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu:

- 1-Kişiye konulan hidrosel ve spermatozel tanısı ve uygulanan ameliyat endikasyonunun tıp kurallarına uygun olduğu,
- 2-Kronik orşididimit tanısı ve orşiektomi ameliyat endikasyonunun tıp kurallarına uygun olduğu, sol orşiektomi operasyonuna ait onam evrakının mevcut olduğu,
- 3- Sol orşiektomi operasyonu sonrası çıkarılan piyesin patoloji laboratuvarına gönderilmediği ve/veya gönderildiği hususu, tetkik edilen evrakın içinde bulunamadığı,
- 4- Kişiye uygulanmış olan operasyonları yapan her iki hekimin (1. Ve 2. Hekim) eylemlerinin tıp kurallarına uygun olduğu oy birliğiyle mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME-1

Doç. Dr. Hakkı Uzun, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

Spermatozel tanısı ve klinik muayene ve/veya skrotal ultrasonografi ile konulabilmektedir. Spermatozel ve hidrosel tanıları radyologlar tarafından skrotal ultrasonografi esnasında sıklıkla karıştırılmakta ve yanlış değerlendirilebilmektedir. Bu yüzden üroloji uzmanı spermatozel ve hidrosel ayırımı fizik muayene ve ultrasonografi sonuçlarına göre yapılamadığı durumlarda bile cerrahi girişim kararı verip skrotal eksplorasyon sırasında saptanan patoloji düzeltme yoluna gidebilir. Hastanın ilk hekime başvurusunda önerilen ameliyatın hastanın şikayetleri ile doğrudan ilgili olup olmadığı hakkında ne iddia makamının bir iddiası ne de ilk hekimin ifadelerinde yeterli bilgi mevcuttur. İlk hekimin hastayı önerilen ameliyatla ilgili yeterince bilgilendirmediği ile ilgili bir iddia ve bu yönde bir ifade mevcut değildir. Bu yüzden bu konu ile ilgili bir yorum yapılamaz. Mevcut veriler ışığında kanaatimce ilk hekime yöneltebilecek bir malpraktis suçlaması yapılamaz.

İlk ameliyattan sonra hastanın skrotal ağrı nedeni ile tekrarlayan başvurular yapması ve ifadelerden tahmin edildiği kadarıyla muhtemel antibiotik ve ağrı kesici tedavileri uygulanmıştır. 2. Hekimin ifadelerinde ve skrotal doppler ultrasonografi raporundan anlaşıldığı kadarıyla hastada akut epididimit gelişmiştir. Aradaki zaman dilimi bilinmemekle birlikte olay muhtemelen uygun antibiotik tedavisine rağmen kronikleşmiştir. Kronik epididimit bulgularının ilk ameliyat öncesinde olduğuna yönelik ne hastanın, ne ilk doktorun ifadelerinde ne de radyolojik görüntüleme raporlarında bir bulgu bulunmamaktadır. Bu yüzden eldeki veriler ışığında epididimit gelişiminin ilk ameliyata sekonder olarak geliştiği düşünülmektedir. Ancak bu bir malpraktis veya tıbbi hata/ihmal olarak değerlendirilemez. Bunun için yeterli delil yoktur.

Kronik epididimit klinik muayene ve skrotal ultrasonografi eşliğinde tanısı konulabilmektedir. Ancak meslek hayatımda klinik olarak kronik epididimit tanısı koyduğum çok sayıda hastada skrotal ultrasonografi raporları çeşitli nedenlerle normal olarak raporlanmıştır. Burada yine hekimin klinik değerlendirmesi esastır. Ancak hekimin bilgi ve deneyiminin yetersizliğine bağlı olarak skrotal patolojilerde diğer hekimler tarafından sıklıkla hastaların klinik olarak yanlış değerlendirildiğine şahit olmuşumdur. Fakat bu olguda böyle bir değerlendirmenin yapılabilmesi için yeterli delil ve şüphe bulunmamaktadır. Kaldı ki skrotal doppler ultrasonografi raporu konulan tanıyı desteklemektedir. Ancak ultrasonografi raporunun desteği tanı koymak için şart değildir.

Orşiektomi kararının endikasyonu için ifadelerde yeterince bilgi mevcut değildir. İkinci hekimin orşiektomi kararını neden verdiği, neden sadece epididimektomi ile yetinmediği, ameliyat esnasında gelişen bir komplikasyon neticesinde mi olduğu veya epididimektomi işlemi ile ilgili yeterli bilgi ve deneyime sahip olup olmadığı bilinmemektedir. Ultrasonografi raporunda sadece epididimit tanımı yapılmakla birlikte testisin olaya karışması ve apseleşmesi durumunda orşiektomi kararı alınabilir. Skrotal doppler ultrasonografide testiste apse geliştiği radyolog tarafından çeşitli nedenlere bağlı olarak saptanamayabilir. Sadece kronik epididimit varlığında orşiektomi yapılması bir tıbbi hata olarak kabul edilmelidir. Ancak ikinci hekimin ameliyat esnasında testis dokusu ile ilgili neyle karşılaştığı, testis parankiminin infekte olup yapısını kaybedip kaybetmediği ne kendi ifadelerinde bulunmakta ne de

evraklar arasında bulunmayan patoloji raporu ile desteklenmektedir. Bu yüzden ikinci hekimin bu yön-deki ifadesine, ameliyat raporuna ve varsa patoloji raporuna başvurulmalıdır. Meslek hayatımda düş-kün, yaşlı ve ileri evre diabetik bir hastada yapılmış hidroselektomi ameliyatı sonrasında testis apsesi saptanmış ve tarafımca orşiektomi uygulanmıştır. Bu yüzden orşiektomi kararı ile ilgili mevcut rapor ve ifadelerden yola çıkılarak lehte veya aleyhte bir karar alınamaz. İkinci hekimin bu soruya vereceği cevap esas alınmalıdır.

Testis tümörü şüphesi durumunda zorunlu haller haricinde inguinal orşiektomi yapılmaktadır. Bunun dışındaki nedenlere bağlı olarak spermatik kordun kısa veya uzun bırakılması ile ilgili bildiğim kadarıyla hiçbir cerrahi kitabında bir bilgi ve tavsiye bulunmamaktadır. Hastanın 3. Hekim tarafından uygulanan kord rezeksiyonu ile ağrısının geçmesi arasında tıbbi bir kanıt bulunmamaktadır. Klinik deneyimlerime göre böyle bir hastada kord rezeksiyonuna kalkışmazdım. Hastanın ağrısı, yaşadığı ameliyat travması-nın psiko-somatik bir şikayet olarak yansımaları olabilir. İkinci hekim kordu uzun bıraktı diye suçlanamaz. Ne tıbbi literatürde ne de dünyada bu şekilde yaygın bir uygulama olduğu tarafımca bilinmemektedir. Ancak kişisel deneyimler söz konusu olabilir. "Hastalık yoktur, hasta vardır" prensibinden yola çıkarak 3. hekimin hastayı yeterince bilgilendirmek ve konuyu karşılıklı tartışmak şartıyla böyle bir karar alması tıbbi bir hata olarak kabul edilmemesi gerektiği kanaatindeyim. Bu düşüncem 3. ameliyatın sonunda hastanın ağrısı geçmemiş olsaydı bile geçerlidir.

DEĞERLENDİRME-2

Uz. Dr. Muhammet Fuat ÖZCAN, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- 55 yaşında hastada usg de "sol epididimde 2.6 mm kist, sağda epididim çevresinde solda ise epididimi ve testis alt polunu çevreleyen sıvı" bulunduğu belirtilerek epididim kisti ve hidrosel tanısını ve ameliyat endikasyonunu klasik ve klavuz bilgilerine göre yorumlayınız.

'Hidrosel' testis etrafında bulunan tunika vajinalisin paryetal ve visseral yaprakları arasında normalden fazla sıvı birikmesi olarak tanımlanır. Testis çevresindeki paryetal peritonun sıvı reabsorpsiyonu ve tunika albugineanın sıvı sekresyonu arasında bir denge vardır, bu dengenin bozulması hidrosele neden olmaktadır.

Hastalar genellikle kozmetik şikayetler, testiste ağrısız kitle, skrotumda gerginlik hissi, veya skrotum boyutlarında artma ve buna bağlı olarak ağrı ile hekime başvurmaktadır. Tanıda öykü ve fizik muayene çok önemlidir. Ayırıcı tanıda; skrotal duvar (hematom, üriner extravazasyon, böbrek-karaciğer veya kalp yetmezliği sonucu ödem), testis (tümör, testis veya eklerinde torsiyon), epididim (epididimit), spermatik kord (hematosel, fıtık, varikosel, lipom) hastalıkları, bu bölgede lenfatik drenajı bozabilecek hastalıklar olmalıdır. Ayırıcı tanılar için 'skrotal renkli dopler ultrasonografi' tetkikine ilaveten ek tetkikler yapılması gerekebilir. Hidroselde saptanabilen bir etyolojik neden varsa tedavi edilmelidir. Hidroselin tedavisi cerrahi bir yöntem olan hidroselektomidir, bununla birlikte hidroselin cerrahi tedavi endikasyonu için muayene veya tetkiklerde ölçülebilir net bir parametre (skrotum boyutu, ultrasonda saptanan sıvı miktarı gibi) tanımlanmamıştır. Skleroterapi hidroselde diğer bir tedavi seçeneğidir.

'Spermatosel' genellikle testisin üst kısmının üzerinde ve komşuluğunda bulunur, rete testis ve epididim kisti olarak tanımlanır. Genellikle herhangi bir belirti göstermez. İnsidental olarak erkeklerin % 30 da bulunabilir. Hiç büyümeden aynı boyutta kalabildiği gibi nadiren zamanla büyüyerek skrotumda ele gelen kitle, gerginlik hissi, kozmetik görünüm bozukluğu ve ağrı şikâyetine yol açabilir, bu durumda cerrahi olarak çıkarılması (spermatoselektomi) önerilir. Küçük ve herhangi bir şikâyete neden olmayan spermatosellerin tedavi edilmesine gerek yoktur.

Ayırıcı tanıda ingüinal fıtık, epididim kisti, paratestiküler ve testiküler tümörler yerler. Fizik muayene de fıtık genellikle yumuşak skrotal şişlik olarak palpe edilir ve ingüinal kanala kadar uzanır. Hidrosel sıvı dolu kitle olarak palpe edilir yumuşak veya sert olabilir, aşırı büyük veya sert olan hidrosellerde testis palpe edilemeyebilir ve bu durumda özellikle testis tümörünü varlığını değerlendirmek için skrotal renkli dopler ultrasonografi tetkiki ile birlikte serum tümör belirteçlerinin incelenmesi gerekir.

Kaynaklar:

1. Campbell-Walsh Urology, 11th Edition. Frank A. Celigoj, Raymond A. Costabile. Surgery of the Scrotum and Seminal Vesicles. Alan J. Wein & Louis R. Kavoussi & Alan W. Partin & Craig A. Peters. Elsevier ISBN: 978-1-4557-7567-5.
2. EAU Guidelines on Paediatric Urology 2016. S. Tekgöl, H.S. Dogan, P. Hoebeke, R. Kocvara, J.M. Nijman, C. Radmayr, R. Stein Guidelines Associates: E. Erdem, A.K. Nambiar, M.S. Silay, S. Undre.
3. Penn Clinical Manual of Urology, 2nd Edition. Philip M Hanno, MD, MPH, Thomas J. Guzzo, MD, MPH, S. Bruce Malkowicz, MD and Alan J. Wein, MD, FACS, PhD (hon). ISBN: 978-1-4557-5359-8.

2- Usg de epididim kisti, ameliyat raporunda spermatosel tanısı mevcuttur. Bu iki tanıyı tedavisini, ameliyat endikasyonlarını değerlendiriniz?

'Spermatosel' rete testis ve epididim kisti olarak tanımlanır. Epididim kisti içi sıvı dolu kistlerdir. Kistteki sıvı bazen cansız sperm içerebilir.

Tanı klinik değerlendirme ve skrotal ultrason ile konulmuş olup, skrotal ultrasonda solda epididimde 2.6 mm boyutunda kist saptanmıştır. Epididim kisti genellikle sessiz seyrederek ve herhangi bir şikayete neden olmaz. Bu nedenle, tek başına cerrahi tedavi endikasyonu yoktur. Bununla birlikte spermatosel ele gelen kitle, gerginlik hissi, ağrı, kozmetik problem oluşturacak şekilde büyük boyutlara ulaşmışsa o zaman cerrahi tedavi uygulanmalıdır.

3- Orsiepididimit tanı ve orsiektomi endikasyonunu yorumlayınız.

Epididimin enfeksiyonuna 'epididimit', testisin enfeksiyonuna 'orşit' adı verilir. Akut epididimite enfeksiyon başlangıç evresinde epididimin alt kutbundadır, genellikle ilerleyerek epididimin tümüne ve daha sonra testise ilerler, bundan dolayı hastalık genelde "epididimoorşit" ya da "orşiepididimit" olarak tanımlanır.

Orşit genellikle viral nedenler haricinde genellikle epididimle birlikte görülür. Akut enfeksiyöz ve akut non-enfeksiyöz epididimit; akut enfeksiyöz ve akut non-enfeksiyöz orşit ile aynı şekilde değerlendirilir. Kronik epididimit ve kronik epididimalji de etyolojik ve klinik fark olmayabilir. Kronik epididimit ve epididimoorşit tedavisi kolay olmayan hastalıklardan biridir.

Epididimit;

- Akut bakteriyel epididimit,
- Non-bakteriyel enfeksiyöz epididimit,
- Non-enfeksiyöz epididimit,
- Kronik epididimit ve kronik epididimalji olarak sınıflandırılır.

Kronik epididimoorşitte 4-6 haftalık antibiyotik tedavisi muhtemel bakteriyel patojenlere karşı etkili bir tedavi olacaktır. Kronik epididimoorşit genellikle kendini sınırlar ancak bu süreç çok uzun da sürebilir. Anti-enflamatuvar ilaçlar, analjezikler, skrotal elevasyon ve sinir bloğu ampirik tedavi olarak uygulanabilir. Tüm bu tedavilere rağmen yanıt alınamaması durumunda epididim cerrahi olarak çıkartılabilir (epididimektomi), ancak bunun içinde bu işlemde başarı şansının % 50 ye kadar çıkabildiği hastaya anlatılmalı ve hastanın onamı alınmalıdır. Başarılı spermatik kord bloğunda ağrıda azalma olması cerrahi tedavi başarısını öngörebildiği gösterilmiştir.

Epididimoorşit tanısı alan hastalar muhtemel etyolojiye göre tedavi edilmelidir. Tanı kronik epididimoorşit ise yukarıdaki anlatılan tedaviler sırayla uygulanmalı ve orşiektomi mümkünse son seçenek olmalıdır.

4- Uzun kordan ağrı nedeniyle kordon çıkartılmış. Bu tanı ve ameliyat endikasyonunu yorumlayınız.

Klinik çalışmalarda kronik testiküler ağrı için cerrahi tedavi/orşiektomi için klinik çalışmalar zayıftır. Kronik testiküler ağrı için orşiektomi yapılan hastalarda, orşiektominin ingüinal insizyona yapılmasının skrotal yaklaşıma göre daha iyi sonuçları olduğu gösterilmiştir. Tek başına spermatik kordun (funiculus spermaticus) uzun olması (ameliyat sonrası uzun bırakılması) ağrı yapar demek doğru olmamakla birlikte, sadece ağrı nedeniyle orşiektomi yapılacaksa, ingüinal orşiektomi yapılmalıdır.

5- Hasta çok istedi, bu kordon bana batıyor denerek ameliyat yapılmış. Hastanın isteği ile böyle bir ameliyat yapılabilir mi?

Testis tümörü nedeniyle ameliyat edilmesi planlanan hastalarda en kısa spermatik kord kalacak şekilde testis ve spermatik kord çıkartılır. Skrotal orşiektomi sonrası spermatik kordun uzun kalmış olması

yoruma açıktır. Palpasyonda kalan spermatik kord rahatsızlık hissi uyandırabilir ancak kalan spermatik korddan duyulan rahatsızlıkta hastanın beklentisi ve psikolojik durumu da önemlidir. Bu nedenle hastalara herhangi bir tedavi yapılırken doğru endikasyon ve doğru tedavi kadar hastanın psikolojik durumunun, mental kapasitesinin ve beklentilerinin değerlendirilmesi tedavi sonrası beklenmedik durumlarla karşılaşmamak için son derece önemlidir.

Kronik testiküler ağrı için orşiektomi yapılacaksa tedavi memnuniyeti daha iyi olduğu için ingüinal orşiektomi yapılmalıdır. Hastada skrotal orşiektomi yapılmış ve kalan spermatik korddan da rahatsız olduğunu belirtmiş. Tedavi sonrası şikayetlerinin geçmeyebileceği belirtilerek ve olası komplikasyonları da içeren hasta onamı alındıktan sonra ingüinal insizyonla ingüinal orşiektomiyle çıkartılmayan spermatik kord parçası çıkartılabilir.

6- Bu dosyada bilirkişi görüşünüz nasıl olurdu?

Hastanın ilk ultrasonografi raporunda bilateral hidrosel tanısı konulmuş olup sıvı miktarı belirtilmemiştir. Klinik olarak sağ hidrosel tanısıyla hidroselektomi yapılan hastada konulan tanı ve ameliyat endikasyonu tıp kurallarına uygundur.

Kronik epididimoorşit tanısıyla orşiektomi endikasyonu tıp kurallarına uygundur. Hastanın orşiektomi için bilgilendirilmiş hasta onay formu dosyasında mevcuttur.

Sol orşiektomi sonrası çıkartılan dokuların patoloji raporu görülememiştir.

Hastaya yapılan orşiektominin skrotal yoldan değil de ingüinal yoldan yapılması tedavi başarısı için daha doğru bir seçenek olabilirdi.

3.9 TRAVMA

3.9.1 TRAVMA SONRASI BÖBREK YARALANMASINDA YAKLAŞIM NASIL OLMALI?

TALEP

Bir otelin su sporları kısmında muza binen ve buradan düşerek otelin doktoru tarafından muayene edilen ve dinlenmesinin söylendiği iddia edilen, şikayetlerinin artması üzerine Devlet Hastanesi'ne giden burada görevli doktor tarafından bekletildiği iddia edilen, oradan da Özel bir Hastanede ameliyat olan 21 yaşındaki bayan hahhındaki belgelerin incelenmesi suretiyle süreçte kusur ve ihmal olup olmadığının belirlenmesi ve olayın meydana gelişini içerisinde anında müdahale edilse bile ameliyatın kaçınılmaz olup olmadığı sorulmaktadır.

İDDİA

Tatil amacıyla Bodrum ilçesinde bir otelde kalırken otelin bir su etkinliğine katıldığım teknenin çektiği muz adlı şişme bontan teknenin hızla hareket etmesi üzerine düştüm, karnımda ağrı hissedince otelin doktoruna müracaat ettim, bol su içip dinlenmesinin söylendi, ağrı şiddetlenince arkadaşlar tarafından bir taksi tutularak Devlet Hastanesine götürüldüm, orada filmim çekildi, 3-4 saat bekletildim, ağrılar artınca özel hastaneden arkadaşlarım tarafından ambulans çağırıldı, bu hastaneye gidilince iç kanaması olduğu söylendi. Ameliyatta böbrek alındı. Alınan böbrek, 1 saat önce müdahale edilseydi, kurtarılabilirdi, bu yüzden vaktinde yönlendirme yapmayan oteli doktoru, Devlet Hastanesi doktoru, otel müdürü ve su sporu yaptıran kişilerden kazaya sebebiyet verdikleri için davacı ve şikayetçiyim.

SAVUNMA

Otel Doktoru: Olayın olduğu tarihinde otelin resmi iş yeri hekimiydim, Müdürün ricasını kıramayarak o gün itibarıyla otelde doktor olarak bulunuyordum. Genç bayan su sporu yaparken kaza geçirdiğini ve ağrı hissettiğini şikayetle resepsiyona geldi, bende o sırada resepsiyondaydım. Erkek arkadaşı bana,

bananadan düştüklerini kız arkadaşının kasıklarında ağrı hissettiğini söyledi, bende bunun üzerine düşmeye dayalı kaslarının incinmesinden dolayı ağrı olabilir, ancak idranda kan görürsen hemen bana gel dedim, yaklaşık 20 dakika sonra hasta bana gelerek idrada kan var diye söyledi, bunun üzerine ben onları sakinleştirmeye çalıştım, revirde kendisine idrar tahlili yapmak için; kendim görmek için bir bardak verdim, hasta tekrar idrar yaptı, bardakla getirdi ve baktığımda ve tahlil sonucunda idrarda bir kan olduğunu gördük ve muhtemelen iç kanama olduğunu anladık, böbrekten yada mesaneden kaynaklanan bir iç kanama olduğunu anladık, bol bol sıvı almasını istedim, ayrıca devlet hastanesinde nefrolog olmadığını biliyordum, hastanın yakınları panik halindeydi, tabii bunları onlara söylemedim, bu arada ben hastanın bol sıvı almasını bir müddet daha istedim, ayrıca kendilerine istiyorlarsa bir hastaneye gidebileceklerini söyledim, yalnız hastanın nefrolog bulunan İzmir'e gitmesi gerektiğini düşündüğü için özel bir ambulansa İzmir'e kaçma gideceğini sordum ve fiyatını aldım, yaklaşık 1500 liraya gidebileceklerini söylediler, bu arada hasta yakınları taksi çağırmışlar Bodrum'a gidiyoruz dediler, bana nereye gidelim dediler, bende Devlet Hastanesine gidin dedim. Devlet Hastanesine gitmişler, daha sonra duyduğuma göre oradan da özel hastaneye gitmişler ve yapılan Ameliyatta bir böbreği alınmış, ben geçici olarak hatıra binaen baktığım iş yeri hekimliğinde kendime düşen görevi yaptım, ben sadece arkadaşımın yerine hatıra binaen 2 gün baktım yoksa sürekli iş yeri hekimliği yapmamaktayım, bu olayda kusurum yoktur, ben gerekli yönlendirmeyi de yaptım.

Devlet Hastanesi'nde çalışan doktor: Olayın üzerinden 1 seneden fazla geçtiği için bu isimde bir hastayı ve olayı hatırlamadım, acilde çok sayıda hasta gördüm, hastaya ne uygulamışsa hepsi poliklinik defterinde kayıtlıdır. 1,5 saat bekleme nedeni teşhis koymak için istenilen tetkiklerin tamamlanması için olabilir. Gerekli tedavi talimatını da vermişimdir. Acak hasta yakını imza karşılığı hastayı çıkardığından, teşhis ve gereken tedavi muhtemelen sonuçlanamamış olabilir. Poliklinik defteri incelenirse aynı saatte gelen bir başka hastayı durumunun ağırlığı nedeniyle cerrahi servisine yatırdığım anlaşılır. Aynı anda yine başka hastaların da gelmesiyle hepsine aynı anda müdahale etmenin zorluğu anlaşılabilir.

Özel Hastanede'de görevli Üroloji uzmanı: Hasta künt batın travması hikayesi ile halsizlik, karında ağrı, şişlik, idrarda kanama şikayetleri ile acil servisimize başvurmuştur. Yapılan ilk/muayene ve tetkiklerin ardından, anemi+hipotansiyon+batında sağ yarıda şişlik ve hassasiyet saptanan hastaya retroperitoneal kanama ve olası abdominal organ yaralanması ön tanıları ile BT inceleme yapılmıştır ve bu tetkikte retroperitoneal kanamaya bağlı büyük bir hematoma, sağ böbrek laserasyonu ve vena cavada itilme saptanmıştır. Olası vena kava yaralanması, sağ böbrek yaralanması ve retroperitoneal kanama ön tamları ile acil olarak eksploratris laparotomi yapılmasına karar verilmiştir. Acil olarak genel cerrahi ve üroloji uzmanlarınca ameliyata alınan hastanın, ameliyatı sırasında sağ böbrek alt polde hilusa kadar uzanan derin yaralanma ve kanama olduğu, retroperitonda hematoma olduğu saptanmış, başka bir organ yaralanması olmadığı yapılan incelemede görülmüştür. Böbrekteki kanama hemostaz sürürleri ile durdurulmaya çalışılmış, ancak kanamanın durdurulamaması ve hastanın hemodinamik acidan stabil olmaması nedeni ile acil olarak nefrektomi yapılmasına karar verilmiştir. Ameliyattan üç gün sonra vital bulguları ve laboratuvar bulguları stabil olan hasta taburcu edilmiştir.

TIBBİ BELGELER

Bodrum Devlet Hastanesi'nin acil servis poliklinik defterinde; muayene edildiği, TA:85/80, Hemogram+TİT ve D.B. grafi istendiği, İsolyte 500 Novacef 1gr, Novalgin, Metpamid, İzotonik 1000cc uygulanmış olduğu, Hastanın arkadaşı imzalı yazı ile "kendi isteğimle hastamı çıkarıyorum" ibaresi yazılmış olduğu, saat 19:30 yazıldığı, laboratuvar tetkikinde WBC:20.9, Hb:11.1, Hct:33.1, TİT: makroskopik hematüri gözlemlendiği kayıtlıdır.

İstenmesi üzerine Devlet Hastanesi yazısında "hastaya ait film ve grafilerine rastlanmadığı" belirtilmiştir.

Özel Hastane'nin epikrizinde; künt batın travması nedeniyle acil servise başvurmuş olduğu, yapılan fizik muayenede sağda dev retro-peritoneal hematoma hissediliyor (pelviste ve orta hattın hemen soluna kadar uzanım gösteriyor) Hb:8.6, Hct:25.3 olduğu, soygeçmişinde özellik olmadığı, retroperitoneal kanama ön teşhisiyle acil operasyona alındığı, ameliyat notunda; exploratis laparotomi+sağ nefrektomi+retroperitoneal hematoma temizliği yapılan hastada postop komplikasyon gözlenmediği kayıtlıdır.

Tüm abdomen BT'de; sağ böbrekte laserasyon ve pararenal alanda böbreği çevreleyen hematoma, batının sağ yarısında tarifiyen sıvı birikimleri ve peritoneal serbest sıvı götüldü, (Kontrastsız inceleme)

Ameliyat Defterinde; GAA gerekli ameliyat hazırlıkları ve temizliği takiben GÜM ve GAM kesi ile batına girildi, bakıda sağda pelvise ve orta hattın soluna kadar uzanan retroperitoneal hematoma görüldü, intraperitoneal batin içi organları salim olduğu gözlemlendi, told fasiası açılarak sağdan retroperitoneal alana girildi, böbrek alt polde yaklaşık 1/3 böbrek kısmının transvers yönde hylusa kadar tama yakın ayrıldığı ve kopan parçanın kapsülünün sıyrılmış olduğu görüldü, böbrek içi kanamalar hemostaz sütürleri ile durdurulmaya çalışıldı, ancak kanamanın durmaması böbrekte ve lasere kısmında nekroz gözlenmesi üzerine acil nefrektomi yapıldı, retroperitoneal hematoma temizlendi, bölge etrafındaki retroperitoneal organlar kontrol edildi, patoloji gözlenmedi, batdın içi hemostaz ve temizliği sonrası loja batin dren konuldu, batin usulüne uygun kapatıldı.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Bilirkişi üroloji uzmanı raporunda; "Anında müdahale yapılırsa bile böbreğin primer onarımla kurtarılamayacağı" belirtilmiştir.

Ön İncelemeci: Ameliyatı yapan doktorların ifadelerinde görüldüğü üzere müdahale süresinin daha kısa olması hastanın böbreğinin alınmasına mani olamamaktadır. Hastane kayıtlarından da anlaşıldığı gibi doktorun yapması gerekenleri yaptığı ancak hastanın şiddetli ağrısı nedeniyle muhtemelen tahlillerin ve başlangıç tedavisinin yapılmasını bekleyememiş olması, ayrıca tomografi imkanının da Devlet Hastanesinde olmaması nedeniyle kendi rızası ile hastaneden ayrılmıştır. Bu nedenle Devlet Hastanesi acil servis doktorunun *görev ihmali nedeniyle hakkında soruşturma açılmasına gerek olmadığı* kanaatindeyim.

Adli Tıp Kurumu(1): Su sporu yaparken denize düşen ve ağrısı nedeniyle teleme ile atak getirilen ve oteldeki hekim tarafından muayene edilen ve daha sonra Devlet Hastanesine aynı gün muayene olan hastanın burada kendi isteği ile ayrılmış olduğu, aynı gün özel bir hastaneye başvurduğu, burada yapılan muayene ve tetkikler sonucunda sağ böbrekte laserasyon nedeniyle acil explaratis laparotomi+sağ nefrektomi+retroperitoneal hematoma temizliği yapıldığına göre; Kişinin travmaya bağlı böbrek yaralanması olduğu, ilk anda ameliyata alınsa dahi böbrek kaybı ile neticelenbileceği, tıbbi uygulamalarda hata olmadığına karar verildi.

Üniversite öğretim üyesi bilirkişi: Böbrek travması belirti ve bulguları olmasına rağmen otel hekim ve devlet hastanesindeki hekimin buna yönelik inceleme ve tedbirler almaması, almakta gecikmesi, klasik bilgilere uygun davranış göstermemesi nedeniyle kusurlu oldukları, özel hastanede kontrastlı inceleme yapmadan, hastanın konservatif takip edilebilme seçeneğini değerlendirmeden ameliyata alınmasının uygun olmadığı, böbrek kaybının kaza ile illiyeti olduğu, yukardaki eksiklikler olmasa dahi böbrek kaybının olabileceğine karar verildi.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Erem Kaan Başok, Medical Park İzmir Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Böbrek travmasının semptom ve bulguları nelerdir. Bu vakada hangileri ortaya çıkmıştır?

Künt böbrek travmasına genellikle motorlu araç kazaları, düşme, sporlarda alınan darbeler ve saldırılar neden olmaktadır. Böbrek hasarlarının en büyük kısmından künt travmalar sorumludur (%90-95) (Eau Urogenital Trauma Guidelines).

Künt böbrek travmasında idrarda kanama (mikroskopik veya makroskopik hematüri), böğür ağrısı, darbe alanında morluklar, kaburga kırığı, karında hassasiyet, kitle veya gerginlik (distansiyon) bulguları olabilir.

Hastanın ilk oteldeki doktora başvurusunda karın ağrısı ve renal travmanın acil olduğunun en önemli belirtilerinden biri olan idrarda gözle görülebilir kanama (makroskopik hematüri) bulguları olup, daha sonra özel hastanede bu bulgulara iç kanamaya bağlı karında şişlik (retroperitoneal hematoma) ve tansiyon düşüklüğü ile anemiye bağlı halsizlik semptomları eklenmiştir.

2- Otel doktorunun “ben iş yeri hekimiyim, burada rica üzerine bulunuyordum” savunmasını yorumlayınız?

Kişinin mesleğini çalışma yetkisinin olmadığı yerde yapmasının uygun olmadığı ve belki de hukuka aykırı olduğu, özellikle önerilerde bulunarak (bol su içme ve bekleme) hastayı uzmanı olmadığı konularda yönlendirmenin yanlış olduğu kanaatindeyim. Güncel acil yaklaşımlar yetkili olmayan kişilerin müdahalesini önermemektedir.

Ancak; Türk Tabipler Birliği'nin maddeleri de farklı bir bakış açısı getirmektedir:

“Hekimlik mesleğini icra eden veya icra etmeye resmen yetkili olan kimseler, hayatı tehlikede olan bir hasta veya yaralının tedavisi için davet edilmeleri halinde, zamanında çağrıya uymak zorundadırlar. Ancak davetin hastanın yakınları ya da resmi görevliler (polis, jandarma) tarafından yapılmış olması gerekir. Hasta ve yaralı ile ilgisi olmayan bir kişinin haber niteliğinde olmak üzere doktora bir hastanın ya da yaralının tehlikede olduğunu söylemesi çağrı sayılmaz. Hasta ve yaralının yeri uzaksa doktor uygun bir taşıt aracı ile götürülür. Ancak ilkyardıma muhtaç hastanın bulunduğu bölgeye yakın yerde resmi sıfatlı ve bu işlere bakmakla görevli bir tabip (sağlık ocağı tabibi v. d.), sağlık merkezi ya da hastane gibi sağlık kuruluşları varsa, veya daha yakında başka hekimler bulunuyorsa, davet halinde hekim isterse hastaya gidebileceği gibi, yakında bulunan bir hekimin çağrılmasını ya da bir hastaneye götürülmesini de önerebilir. Kamu kuruluşlarında ve tüzel kişiliği olan kurumlardaki hekim ve diğer sağlık mensupları hastayı kabul etmek zorundadır. Özel olarak çalışmasını yürüten bir hekim bir yerde yalnız çalışıyorsa hastayı kabul etmemezlik yapamaz. Yargıtay Ceza Genel Kurulu'nun 9.01.1991 tarih, E1, K1 sayılı kararı, acil durumlarda hekimin hastaya gitmek zorunda olduğunu, aksi halde sorumlu tutulacağını kabul etmektedir. İlk yardım ve acil tedavi yerel olanaklara ve koşullara en uygun biçimde yapıldıktan sonra hekim tarafından gerekli görülürse hasta bir hastaneye sevk edilir. Yerel olanakların kısıtlılığından gelişecek durumlardan hekimin kanuni sorumluluğu söz konusu edilemez.

Acil tedavi; hayatı tehlikede olan ve erken müdahale ile kurtulması mümkün olan hastalar ya da yaralılar için söz konusudur. Acil tedavide hekimin hem kısa sürede belli bir disiplin içinde pek çok şey yapması birçok bilgi ile dolu olması ve öncelikle hayatı kurtaracak şekilde hareket etmesi beklenmekte, hem de hukuki sorumluluklarından hiç ödün vermemesi ve hukuk kurallarını eksiksiz olarak yerine getirmesi istenmektedir. Hekimler acil durumdaki hastaya yardım etmekle yükümlüdürler. Eğer hekim acil durumdaki bir hastaya yardım etmez ve hastanın ölümüne, hastalığının ağırlaşmasına veya hastalığının ağır durumunun sürmesine neden olursa “kusurlu etkili eylem” veya “adam öldürmeden” sorumlu olacaktır. (Yüksek Sağlık Şurası 25.2.1970/6324, Yargıtay 4. Ceza Dairesi 28.2.1970, 28.2.1945/1394. 6).”

3- Devlet hastanesindeki doktorun “çok yoğundu, gerekenler yapılmıştır” şeklindeki açıklamalarını yorumlayınız?

Yukarıdaki ifadelerden Devlet hastanesinde görevli doktorun acil tıp hekimi veya Üroloji nöbetçi uzmanı olup olmadığı anlaşılammaktadır. Eğer acil tıp hekimi ise nöbetçi üroloji hekimine durumu bildirip bildirmediği ve hastaya ne tetkikler istendiği belirsizdir. Akut batın bulguları gösteren künt travma öykülerinde tansiyon ve hemogram bulguları stabil olmayan hastalarda hızlı bir şekilde BT ile değerlendirilip, hemen yatış yapıp konunun uzmanı tarafından yakın takibe alınması gereklidir.

4- Devlet hastanesinde hastayı erkek arkadaşı imza vererek başka hastaneye götürmüş. Acil hastalarda hastanın sorumlusu kimdir (arkadaş, hekim, diğer)?

HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ

Tedaviyi Reddetme ve Durdurma

Madde 25-Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir.

Bu hakkın kullanılması, hastanın sağlık kuruluşuna tekrar müracaatında hasta aleyhine kullanılamaz.

Yukarıdaki TC Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliğininde belirtildiği gibi şuuru açık olan hastadan veya kanuni temsilcilerden birinin imzası ile beraber hekim imzasının da alınması gerekmektedir.

5- Böbrek travması evrelemesi sizce bu vakada nasıldır. Yaklaşım klavuzlara uygun mudur?

Derece 1: Kontüzyon ya da genişlemeyen subkapsüler hematoma, laserasyon yok

Derece 2: Genişlemeyen perirenal hematoma, kortikal laserasyon <1 cm derinlikte, ekstravazasyon yok

Derece 3: Kortikal laserasyon > 1 cm, üriner ekstravazasyon yok

Derece 4: Laserasyon: Kortikomedüller bileşkeden toplayıcı sisteme ya da Vasküler: içinde hematoma ile birlikte segmental renal arter ya da ven hasarı ya da parsiyel damar laserasyonu ya da damar trombozu

Derece 5: Laserasyon: Parçalanmış böbrek ya da Vasküler: renal pedikül hasarı ya da kopması

Yukarıda özetlenen klavuzların belirlediği böbrek hasar derecelendirmesi olup, kontrastlı BT ile yapılır. Özel hastanede yapılan BT sonrası net evreleme belirtilmemiştir. Ancak belirtilen verilere göre (ürinom olması ve laserasyonun >1 cm den büyük olması, kaliks sistemine uzanan tam laserasyon bulgusu) hastanın durumunu derece 4 olarak belirlemek mümkündür.

6- Bu vaka hakkında bilirkışı görüşünüz nasıl olurdu?

Künt travma için toplam eksplorasyon oranı %10'dan azdır. Derece 4 ve 5 renal hasarları olan hastaların büyük kısmı majör hasarlar olup, bu nedenle yüksek eksplorasyon ve nefrektomi oranları içermektedir. Ancak yeni veriler bu hastaların büyük kısmının izlenerek yaklaşım ile güvenli bir şekilde tedavi edilebileceğini göstermektedir. Üriner ekstravazasyon ve devitalize fragmanlar olan majör renal hasarların yönetimi tartışmalıdır. Son yıllarda birçok majör hasarın operasyon dışı tedaviler ile iyileştiği görülmüştür.

Bu hastada olduğu gibi hipotansiyon ve hemogramda düşüş gösteren, renal hemorajiye bağlı yaşamı tehdit eden hemodinamik instabilite, hasar şekline bağlı olarak renal eksplorasyonun mutlak endikasyonudur. Diğer nedenler arasında genişleyen ya da pulsatil perirenal hematoma yer almaktadır. Bu bulgu derece 5 vasküler hasar anlamına gelir ve çok seyrekdir.

Bu hastada transperitoneal eksplorasyon sırasında Gerota fasyası açılmadan önce geçici vasküler oklüzyon ile kanama kontrol altına alındıktan sonra hematoma ve ürinom boşaltılıp, renal hasar onarımı veya parsiyel nefrektomi yapılması ile böbrek koruyucu cerrahi daha tercih edilen bir yöntem olmasına rağmen, operasyon sırasındaki hastanın vital bulguları cerrahi nefrektomi yönünde tercihe zorlayabilir.

Hastanın sürecindeki gecikmeden daha çok, süreçte kan kaybının tamamlanması ve hastayı daha stabil hale getirerek operasyon sırasında böbrek onarımına olanak tanıyacak ilk müdahale eksikliği gözlenmektedir. Ancak böbrek kaybının kaza ile ilişkili olduğu, yukardaki eksiklikler olmasa da böbrek kaybının olabileceği kanaatindeyim.

3.9.2 DÜŞME SONUCU MESANE PERFORASYONUNA YAKLAŞIM

TALEP

Kendisinde karaciğer yetmezliği hastalığı bulunan ve geçirdiği motorsiklet kazası sonrası kaldırıldığı hastaneden yaklaşık 7-8 saat sonra ambulansla sevk edildiği hastanede mesane perforasyonu şüphesi ile acilde izlenirken Üroloji Kliniğine yatırılarak operasyon planlanırken öldüğü bildirilen 59 yaşında kişi hakkında düzenlenmiş adli ve tıbbi belgelerin incelenmesi ile Tıp Fakültesi Hastanesi ve Devlet Hastanesinde tedavi süresince hizmet kusuruna yol açacak nitelikte doktor hatası ve kusuru veya tetkik tedavi ve teşhis hatası ve kusuru bulunup bulunmadığı sorulmaktadır.

İDDİA

Kişi düşme sonucu, 04.05.2014 günü saat 19:00 sıralarında Devlet Hastanesi Acil Servisi'ne kaldırılmış, bu hastanede herhangi bir tıbbi müdahale yapılmaksızın 7-8 saat bekletildikten sonra, Devlet Hastanesi ambulansı ile 5.5.2014 günü sabaha karşı saat 05:00 sularında Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisi'ne getirilmiştir.

Kişi gerek Devlet Hastanesinde gerekse Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisinde hiçbir müdahale ve tedavi yapılmaksızın bekletilmiştir. Devlet Hastanesi Acil Servisine yatışından 26 saat, Tıp Fakültesi Hastanesi acil servisine girişinden ise 16 saat sonra Saat:20.30 civarında eşinin ve çocuklarının bir türlü anlayamadıkları bir ilgisizlik sonucu acılar içinde kıvranarak vefat etmiştir.

Ölüm nedeni gerek Devlet Hastanesi görevlilerinin gerekse Tıp Fakültesi Hastanesi görevlilerinin ağır ihmalden kaynaklanmaktadır. Teşhis ve tedavi Devlet Hastanesi olanakları ile mümkün iken orada bu yapılmamış, hasta hiç bir müdahalede bulunulmaksızın saatlerce bekletilmiştir. 10 saat gecikme ile Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisine nakledilen kişi bu hastanede de tedaviye yönelik hiçbir girişimde bulunulmaksızın (ölünceye kadar) bekletilmiştir.

Dilekçemiz üzerine C.Savcılığının talimatı ile mezar, 18.05.2014 tarihinde açılmış, yapılan otopsi sonucu, hastada "Mesane önyüzünde mesane içini gösterecek şekilde 10x10 cm ebadında periton boşluğu ile iştirakli, düzensiz kenarlı yırtık" tespit edilmiştir. Mesanesi yırtılmış hastanın derhal ameliyata alınıp yırtığın dikilmesi ve idrarın karın boşluğuna yayılmasının önlenmesi gerekirken, hasta bu müdahale yapılmadan bekletilmiştir. Mesane yırtığının tespiti her iki hastanenin teknik olanakları ile mümkündür. Yine bu yırtığın dikilmesini sağlayacak uzman kadrolar da her iki hastanede mevcuttur.

SAVUNMA

Devlet Hastanesi Acil Hekimi: 04.05.2014 tarihinde saat 19:44'de acil polikliniğe düşme sonucu bilinç bulanıklığı ve karın ağrısı şikayetiyle getirilen ve alkol de aldığı tespit edilen, kronik karaciğer hastalığı (siroz) nedeniyle tedavi görmekte olan hastaya acil müdahale yapılmış, düşme sonucu kırık tespiti açısından boyun ve akciğer grafileri çekilmiş, kalp ritmi, tansiyonu ve solunum takibi açısından monitöre bağlanmış, idrar çıkışı takip edilmek üzere sonda takılmış, acil serviste gözlem altına alınmıştır. Tansiyonun düşük olması nedeniyle hastaya 1000 cc İzotonik, 1000 cc Dextroz, Bemiks ampul, Ulcuran ampul ve idrar çıkışının artırılması için 1/2 ampul Lasix yapılmış. İdrar sondasından gelen idrarın az (anüri) ve kanlı (hemorajik) olduğu gözlenmiş. Kr. Karaciğer siroz hastalığı olduğundan dahiliye uzmanı konsültasyonu istenmiş. Konsültasyon istemi saat 01:20'de yapılmış, hemen akabinde tarafımdan yapılan muayene bulguları saat 01:40'da acil muayene kartında belirtilmiştir. Şuuru hafif bulanık olduğundan tam kooperasyon kurulamamıştır. Fizik muayenede karının hassas ve ağrılı olduğundan, hemogrammda da kan değerinde düşme olduğundan ve de tansiyonu düşme eğiliminde olduğundan ve hastanın ayrıca Kr. Karaciğer sirozu olmasından dolayı kanama olasılığı fazla olduğundan acil Genel Cerrahi konsültasyonu ve sebebe yönelik acil tüm batin ultrasonografisi istenmiş. Hastada başkaca acil bir dahili patoloji düşünülmemiştir.

Devlet Hastanesi Genel Cerrahi uzmanı: Hasta hakkında 05.05.2014 tarihinde gece saat 02:00 sıralarında icapçı olmam nedeniyle Acil servis görevlileri tarafından telefonla davet edildim. Hastanın uzun süredir Tıp Fakültesi Hastanesinde Karaciğer sirozu nedeniyle tedavi gördüğü, bugün de alkol alımı sonrasında merdivenden düşerek yaralandığı belirtilmekteydi. Hastaya ait bulgular kayıtlarda mevcut olup; multitravmaya ait bulgular ve siroza ait bulgular şeklindeydi. Hastaya öncelikle mevcut durumuna göre tıbbi resüsitasyon uygulandığı ve acil servis görevlileri tarafından da gerekenlerin yapıldığı görüldü. Yapılan tedavi sonucunda hasta bulguları açısından stabilize edildi ve sevk edilmeye uygun hale getirilip, yakınları ile görüşüldü. Hastada devam eden Karaciğer sirozuna bağlı klinik ve laboratuvar bulgularının devamı, multitravma olması, hastanemizde tek olan Anestezi uzmanının izinli olması ve yoğun bakım ve replasman imkanlarının kısıtlı olması nedeniyle ileri merkeze sevkine karar verildi. Durum yakınlarına anlatıldı. Nakledilmeye uygun hale getirmek için gereken tüm hazırlıklar yapıldıktan sonra saat 03:00'a doğru ambulansla nakledilmiştir. Hasta nakli konusunda da herhangi bir gecikme olmamıştır. Hasta resüsitasyon altında Tıp Fakültesi Hastanesi'ne özenli bir şekilde ulaştırılmış ve teslim edilmiştir.

Tıp Fakültesi Doktoru: 05.05.2014 tarihinde saat 5:40 civarında hasta Tıp Fakültesi Acil Servisine düşme sonrası makroskopik hematüri nedeni ile Devlet Hastanesinden sevk edilmiştir. Devir öncesi hastanın ilk değerlendirmesi ve fizik muayenesi sonrasında yapılan batin ultrasonografisinde; batin ve pelviste yaygın serbest sıvı, mesanede koagulum tespit edilmiş olup, batin tomografisi dahil tüm laboratuvar ve pelvik tetkikleri benden önceki nöbetçi hekim tarafından istenmiştir. Yine benden önce hastada makroskopik hematüri, mesanede koagulum, batin ve pelvik alanda yaygın serbest sıvı olmasından dolayı, Genel Cerrahi ve Üroloji konsültasyonu istenmiştir. 08:00'da vizitte hastayı devraldım. Ben hastayı devraldıktan sonra, 08:15 civarında, hastanın planlanan ve girişi yapılan batin tomografisi çekildi. Saat 08:30'da yeniden Genel Cerrahi ve Üroloji konsültasyonu istendi. Genel Cerrahi uzmanının hastadan haberi vardı. Batin Tomografisini radyoloji biriminde gördüğünü ve mesane perforasyonu olarak değerlendirdiğini belirtti. 08:40'da radyolojiden alınan hastanın batin tomografi raporu sonucuda "batin içi serbest sıvı ve mesane perforasyonu" olarak not edildi.

Travma alanında izlenen hasta 09:00-09:30 saatleri arasında Üroloji hekimi tarafından değerlendirildi ve hastaya mesane perforasyonu tanısını doğrulamak amacıyla sistografi yapıldı. Sonrasında üroloji hekimi hastayı Uzman Doktoruna danıştığını belirtti. BT'de batın içi serbest sıvı, mesane perforasyonu mevcut, sistografide mesane konturları olağan izlendi şeklinde not koydu ve sondalı idrar takibi, aralıklı mesane irrigasyonu, IV hidrasyon, hemodinami, hemogram ve biyokimya tetkik takibi önererek hastanın günlük üroloji konsültasyonları ile takibi önerdi. Üroloji mevcut bulgularla hastada mesane perforasyonu düşünmediği belirtti.

Hasta, batın içi yaygın serbest sıvı etyolojisinin tespiti açısından, 10:00 civarında Genel Cerrahi ile yeniden konsulte edildiğinde, genel cerrahi konsultanı, üroloji konsultanı ile kendisi görüştü ve "hastanın intraperitoneal mesane perforasyonunun bulunduğunu" belirtti ve genel cerrahi açısından acil cerrahi patolojisi olmadığını, hastanın üroloji tarafından yeniden değerlendirilmesi gerektiğini belirtti. Üroloji konsultanı ısrarla "mesane perforasyonu düşünmediklerini" belirtti. Genel cerrahi konsultanı hastayı değerlendirme notunu 10:55'de tamamladı.

Hastaya 10:30 civarında, mesane perforasyonu tanısının kesinleştirilmesi adına mesane opaklı, kontrastlı Pelvik BT çekildi. 2. çekilen tomografi sonucuda; İntraperitoneal mesane perforasyonu ile uyumlu geldi. Hastaya saat 11:00 da 2. kez ultrasonografi yapıldı. 2. ultrasonografide; kc konturları düzensiz (Sirotik Karaciğer?) ve batın içi yaygın serbest sıvı tespit edildi. Üroloji hekimi ile 11:00-11:30 arası telefonla yeniden görüşüldü ve 2. çekilen pelvik tomografi sonucu hakkında bilgilendirildi ve raporun yine mesane perforasyonu ile uyumlu olduğu belirtildi. Üroloji; hastayı değerlendirdiklerini, notlarını koyduklarını ve şu an için ek önerilerinin olmadığını söyledi. Hastanın kontrol vitalleri ve hemogram takipleri yapıldı. Sıvı tedavisine devam edildi.

Saat 11:30- 12:00 civarında tekrar Genel Cerrahi ile konuşuldu. Genel cerrahın tam olarak kullandığı ifade: "batın ponksiyonu yapayım, bu sonuçla da hastayı alması da görevim" dedi. Saat 12:30'da batından sıvı örneği alındı, örneğin laboratuara girişi 12:58'de ve 13:40'da laboratuardan sonucu çıktı. Batından alınan sıvı örneğinin laboratuvar sonucunda, batın tomografisini doğrular nitelikte, "mesane perforasyonu" ile uyumlu geldi. Saat 14:00-14:30 arasında tekrar üroloji hekimine sonuçlar bildirildi. Saat 15:00'de üroloji tarafından mesane perforasyonu tanısıyla üroloji bölümüne yatış verildi. Hasta 16:00 dan önce ürolojiye yatışı yapıp gönderildi.

BELGELER

Devlet Hastanesinin 04.05.2014 yatışı 05.05.2014 çıkış tarihli tıbbi belgeleri: Saat 19.20 da alkol alımı ve düşme nedeniyle getirildi, TA:120/80 ölçüldü, toraks grafisi yan servikal toraks grafi, cervikal grafi istendi, Dektroz 500x2, Ulcuran ampul İzotonik 1000 uygulandı. Hemogram, Krt, AST, ALT, Glukoz Na, K, Cl, Ca tetkikleri istendi, 01.00'de TA:65/45 ölçüldüğü, 01.40'da yapılan Dahiliye muayenesinde şuur hafif bulanık, kooperasyon kurulamadı, batın palpasyonda ağrılı hemogramda ciddi düşme mevcut, acil Batın Tomografisi, ultrason, acil genel cerrahi konsültasyonu önerildi. Yapılan Cerrahi Muayenesinde; siroza bağlı tedavi gördüğü öğrenildi, TA:55/35, Nb filiform, batın distandü (asit?) alt kadrantlar palpasyonla ağrı mevcut, bilinç uykuya eğilimli, foley sondadan anüri mevcut, ayrıca hemorajik gelmekte, bu haliyle (bilinç bulanıklığı hipotansiyon, anüri, hematüri) ileri merkezde takibi uygun olduğu kararına varıldı. Laboratuvar tetkiklerinde: Htc:38.4, Hb:12.7, WBC:95000, üre:38.7, Krt:0.57, AST:90 Alt:40. Saat 03.00 de Üniversite Hastanesine sevk edildi.

Tıp Fakültesinin 5.5.2014 yatış/çıkış tarihli tıbbi belgeleri: Düşme sonucu makroskopik hematüri nedeniyle sevkli geldi, TA:100/90, Nb:92, SS:14, olduğu, batın distandü, yaygın hassasiyet var, alkollü, tetkiklerinde;(06.11) SGT:88, SGP:51, T.Bil:1.31, LDH:582, Htc:36, Krt:2.06, ölçüldü, 2 ünite kan isteğinde bulunuldu, acil batın USG'de batın ve pelviste yaygın serbest sıvı, bol parankimde ekojenitesinde artma mesanede koagülüm olduğu, tespit edildi, Genel Cerrahi muayenesinde acil cerrahi patoloji düşünülmediği, kararına varıldı. Üroloji muayenesinde; TA:90/60, Nb:80, SAT%89, vitalleri iyi, batın hassas, siroz mevcut, defans (-) rebaund (-), USG'de batında yaygın sıvı mesane perforasyonu, BT'de batın içi serbest sıvı, mesane perforasyonu, sistografide mesane kontürleri olağan, Krt:2, Htc:30, tespit edildi, sondalı takibine aralıklı mesane irrigasyonu IV hidrasyonu, hemodinami takibine devam edilmesine karar verildi.

Saat 10.50'de yapılan Genel Cerrahi Muayenesinde; TA:90/50, Nb:96, barsak sesleri normal hematüri (+) oldu, RT'de gaita bulaşığı mevcut, tetkiklerinde (10.30) SGOT:119, SGPT:66, Krt:2.05, Htc:30.7.

Saat 11.00'de yapılan USG'de KC konturları düzensiz izlendi, (sirotik KC) batın için yaygın serbest sıvı olduğu, batın için organlar olağan, akut sonografik radyopatoloji saptanmadığı, mesane boş olduğundan değerlendirilemedi.

Saat 16.55'de üroloji kliniğine kabul edildi, acil operasyon planlandı, 2 ünite ERT 3 er ünite TDP ve trombosit istenildi, dahiliye konsültasyonu istendi, yapılan muayenesinde pH:6.94, HCO3:10, PCO:47, PO2:66, TA:50/30, Hb:7.3, Htc:23, Plt:82.000, hastada 17.30'da kardiak arrest gelişti, hasta entübe edildi, CRP yapıldı, hasta geri döndü, amubu ile O2 desteğinde başlandı, alınan AKG'de asidozu olması üzerine HCO3 başlandı, hipotansiyon gelişen hastaya Dopamin ve Dobutamin başlandı, bradikardisi gelişen ve TA düşen ve tekrar kardiak arrest gelişen hastaya 19.30'da CRP başlandı, 3 Adrenalin ve 6 Mg Atropin yapıldı, anestezi hekiminin de katıldığı 1 saat süren CRP'a yanıt vermeyen hasta 20.30'da eksitus kabul dildi.

Adli Tıp Kurumu otopsi raporu: ... Karın boşluğu açıldığında batın içinde 1 lt kadar kısmen koagüle, tefessüh mayi ile karışık kanlı sıvı ile mesane çevresindeki yumuşak dukalarda yaygın hematoma (yaklaşık 600-650 cc kadar) görüldü. Karaciğer 1370 gr ve sirotik görünümde olup dış görünümü ile yapılan kesitlerinde kokuşmaya bağlı renk ve kıvam değişiklikleri görüldü. Mesane ön yüzünde mesane içini gösterecek şekilde 10x10 cm ebadında periton boşluğu ile iştiraki düzensiz kenarlı yırtık görüldü, İleri derecede kokuşma nedeniyle ekimoz tefrik edilemedi.

Kanda 129 mg/dl = 1.29 promil etil alkol bulundu, kanda aranan diğer uyutucu-uyuşturucu maddelerden hiçbiri bulunamadı

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu:

Kendisinde karaciğer yetmezliği hastalığı bulunan ve 04.05.2008 tarihinde geçirdiği motorsiklet kazası sonrası kaldırıldığı hastaneden yaklaşık 7-8 saat sonra 05.05.2014 tarihinde ambulansla sevk edildiği hastanede mesane perforasyonu şüphesi ile acilde izlenirken saat 16.55 de Üroloji Kliniğine yatırılarak operasyon planlanırken saat 19.30 da öldüğü bildirilen 59 yaşında kişi hakkında düzenlenmiş adli ve tıbbi belgelerde bulunan verilerin değerlendirilmesinde,

1- Tıbbi belgelerde kayıtlı veriler ile topside saptanan bulgular birlikte değerlendirildiğinde kişinin ölümünün kendisinde mevcut karaciğer sirozu ve aside bağlı genel durum bozukluğu ile düşmeye bağlı mesane perforasyonu ve gelişen komplikasyonlar sonucu meydana gelmiş olduğu,

2- Düşme sonrası saat 19.00 sıralarında götürüldüğü Devlet Hastanesinde yapılan tetkikler sonrası hastada karaciğer sirozu olduğu anlaşıldığı takip ve medikal tedaviye başlandığı, genel cerrahi ve dahiliye konsültasyonu yapılarak genel durum bozukluğu ve multitravma tanısı ile saat 03.00'de Tıp Fakültesine sevk edildiği anlaşılmakla, yapılan işlemlerin tıp kurallarına uygun olduğu,

3- Devlet Hastanesinden sevkle gönderildiği Tıp Fakültesinde yapılan tetkikler sonrası mesane perforasyonu tanısının gecikmeli olarak konulduğu mesane perforasyonun ürolojik acillerden olduğu tıbben bilinmekle birlikte tanı konuluncaya kadar destek tedavisi uygulandığı ve tanı konulduktan sonra izleme alındığı ve kişide karaciğer sirozu ile aside bağlı genel durum bozukluğu da olduğu birlikte değerlendirildiğinde olay sonrası cerrahi müdahale yapılması halinde dahi kurtulmasının kesin olmadığı oy birliğiyle mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Enver Özdemir, Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Multitravmalı hastaya, ürolojik bulguları dikkate alarak nasıl yaklaşılmalıydı. Her iki hastanedeki uygulananları değerlendiriniz?

Kendisinde karaciğer sirozu bulguları olan hasta, alkol aldıktan sonra motor kazası sonucu multitravma nedeniyle, önce devlet hastanesi acil servisine kaldırılıyor. Hasta hikâyesinde motor kazasını merdivenden

düşme şeklinde tanımlıyor. Dolayısı ile alkol muayenesi ancak otopsi sonucunda belirtilmiş. Devlet Hastanesi Acil servisine 120/80 mmHg tansiyon arteriyel ile kaldırılan hastada 3 saat sonra 65/45 mmHg ve 4. saatte ise 55/35 mmHg ye düşüyor. Batıda distansiyon ve hassasiyet belirtilmiş. Hastaya bu süreç içerisinde destek tedavisi uygulanmış ve takriben 8 saat içerisinde hastanın TA li 100/90 olarak kaydediliyor. Bu süre içerisinde görüntüleme isteniyor ancak yapılan bir görüntüleme yok. Hastaya ait Acil Servis Hekimi ve Genel Cerrahi Hekiminin koymuş olduğu notlar mevcut. Hastanede anestezi hekiminin izinli olması ve yoğun bakım ve replasman imkânlarının kısıtlı olması gerekçelendirilerek, Hasta Tıp Fakültesi Acil Servisine yönlendirilmiştir. Bu Hastanede yapılan tetkiklerde hemogramın stabil olduğu, üre ve kreatinin değerlerinin normal olduğu ve karaciğer enzimlerinden ALT ve AST düzeyinin 100 IU/L nin altında olduğu görülüyor. Ayrıca WBC sayısının 95000 olarak kayda düşülmesinin de büyük bir ihtimalle sehven yüksek yazıldığını tahmin ediyorum. Hastaya takılan üretral foleyden anüri ve hematüri tarif ediliyor. Bu hastanede, hastaya herhangi bir görüntüleme işlemi yapıldığına dair bir kayıt düşülmemiştir. En azından batın punksiyonu yapıp asitın vasfı hakkında bilgi sahibi olunabilirdi. Hastanın bilirübin düzeyleri, protrombin aktivitesi ve total protein ve albümin düzeylerine de bakılmadığı anlaşılıyor. İlave olarak bilinç bulanıklığı olan hastada ne beyin cerrahi konsültasyonu ve nede görüntüleme raporuna rastlamadım.

Tıp Fakültesi Acil servisinde ise nispeten stabil vital bulgularla gelen ve daha önce de siroz nedeniyle takipte olan hastanın, batında yaygın hassasiyet ve asit olduğu, ilave olarak hastanın alkollü olduğu ve yine hastanın yanlış bilgi olan düşme sonucu travma geçirdiği rapor edilmiştir. Burada yapılan tetkiklerinde kreatinin değeri 2.06 ölçülmüş ve makroskopik hematüri olduğu bildirilmiş ve aralıklı serum fizyolojik ile irrigasyon yapıldığı kaydedilmiş. Hastaya yapılan BT sonucunda mesane perforasyonu rapor edilmiş ve Üroloji Kliniği ile konsulte edilmiş. Üroloji tarafından çekilen klasik sistografide ise, mesane kontürlerinin olağan izlendi şeklinde rapor edilmiştir. Ancak Genel Cerrahi ve Acil Servis Hekimlerinin ısrarı üzerine tekrarlanan BT sonucunda ve batın ponksiyonu sonuçlarının mesane perforasyonunu teyit etmesi üzerine, Hasta Üroloji Kliniğine yatırılarak ameliyat için hazırlıklar yapıldığı süreçte hasta ex olmuştur.

Hastaya Tıp Fakültesi Hastanesinde yapılan batın BT tetkikinde, mesane perforasyonu tespit edilmiş olması, hastada mesane perforasyonu olduğunu kesin bir bulgusudur.

Mesane travmaları çoklu organ yaralanmasına eşlik edebilirler ve %5-22 oranında mortalitesi olduğu bildiriliyor (Urry RJ, Clarke DL, Bruce JL, Laing GL. The incidence, spectrum and outcomes of traumatic bladder injuries within the Pietermaritzburg Metropolitan Trauma Service. Injury, Int. J. Care Injured 47:1057-63, 2016). Motosiklet kazası sonucu getirilen hastada TA değerlerinde düşme ve konfüzyon bulgularının olması nedeniyle kafa travmasına yönelik inceleme sonuçlarının dosyada olmaması ölüm nedenini kesin olarak açıklamada yetersizlik oluşturuyor.

2- Tıp Fakültesinde sistografide mesane düzgün konturlu görülmesi nedeniyle mesane travması dışlanmış. Ancak böyle olmadığı anlaşılmış. Mesane perforasyonu şüphesinde hangi tetkikler nasıl yapılmalıdır. Yalancı negatifliklerle nasıl başa çıkılır?

BT ile mesane perforasyonu incelemesi son zamanlarda sistografi incelemesinin yerini almıştır ve sensitivitesinin >%90 olduğu bildiriliyor. Ancak, BT sistografi ve standart sistografi tetkiklerinin mesane perforasyonunu % 11 oranında atladığı bildiriliyor. Yanlış negatiflik nedenleri arasında en sık mesane doluluğunun yetersiz olması gösteriliyor. (Wright GJ, Peter R, Poletti PA et al. Advances in the management of blunt traumatic bladder rupture: experince with 36 cases. BJU Int 106:1344-9, 2010). İntraperitoneal mesane rüptürlerinin standart tedavisi açık ve laparoskopik explorasyonla onarım ve batın içeriğinin serum fizyolojikle bol yıkanmasıdır. Bu hastada Üroloji Konsültanı tanıyı kesinleştirmek amacıyla sistografi çekmiş, ancak muhtemelen teknik yetersizlik nedeniyle intraperitoneal mesane rüptürünü tespit edememiştir. Oysa BT sistografi ve klasik sistografi tekniklerinde batında opak görüntünün atılmış pamuk manzarasında görüntüsü kesin tanı koydurucudur. Ancak daha sonra tekrarlanan BT sonucu ve akabinde yapılan ponksiyon sonrası inceleme ile intraperitoneal mesane rüptürü tanısı kabul edilmiş ve hasta ameliyata hazırlanırken Ex olmuştur.

Ancak hastaya Devlet Hastanesi Acil Servisinden başlamak üzere üretral Foley kateter takılmış ve anüri ve hematüri tespit edilmiştir. Tıp Fakültesi Hastanesinde ilave olarak aralıklı irrigasyon uygulandığı tanımlanmıştır. Ancak üroloji uzmanları, intraperitoneal mesane rüptürü olduğu durumlarda, irrigasyonla verilen

sıvı miktarının tama yakın bir miktarda geri alınamaması bulgusunu da göz ardı etmezler. Hastaya devamlı serum fizyolojik irrigasyonu uygulanabilseydi, idrarın batın içerisindeki konsantrasyonunu düşürerek irri-tatif etkisinin sınırlandırılmasına katkıda bulunulacaktı. Amerikan Üroloji Derneği Guidelines önerileri dikkate alındığında; B gücünde önerilen hastaya BT sistografi uygulanması önerisi yerine getirilmiştir. Ancak, aka-binde tekrarlandığı söylenen klasik sistografi yanıltıcı olmuştur. Yine aynı guidelines da B gücünde önerilen künt ve keskin periton içi mesane rüptürlerinde cerrahi onarım seçeneğine, teşhiste geç kalınması nede-niyle, gecikmeli olarak karar verilmiş ve hazırlık aşamasında hasta Ex oluşmuştur.

3- Bu dosya hakkında bilirkışı görüşünüz nasıl olurdu?

Karaciğer sirozu olan hasta 04.05.2008 tarihinde alkol aldıktan sonra motosiklet kazası sonrası kaldı-rıldığı Devlet Hastanesinde vital bulguları stabilize edilmiş ve yaklaşık 7-8 saat sonra 05.05.2014 tarihinde ambulansla Üniversite Hastanesine sevk edilmiştir. Hasta mesane rüptürü şüphesi ile acilde izlenirken saat 16.55 de Üroloji Kliniğine yatırılarak operasyon planlanmış ve saat 19.30 da ölmüştür. Ellidokuz ya-şında olan Hasta hakkında düzenlenmiş adli ve tıbbi belgelerde bulunan verilerin değerlendirilmesinde;

a- Tıbbi belgelerde kayıtlı veriler ve otopside saptanan bulgular birlikte değerlendirildiğinde kişinin ölümünün kendisinde mevcut karaciğer sirozu ve aside bağlı genel durum bozukluğu ile düşmeye bağlı gelişen başta periton içi mesane rüptürü ve gelişen komplikasyonlar yanısıra almış olduğu alkol ve geli-şen travma natürü sonucu oluşabilecek bakılamamış sistemlerdeki patolojiler sonucu meydana gelmiş olabileceği,

b- Düşme sonrası saat 19.00 sıralarında götürüldüğü Devlet Hastanesinde yapılan tetkikler sonrası hastada karaciğer sirozu olduğu anlaşıldığı takip ve medikal tedaviye başlandığı, genel cerrahi ve dahiliye konsültasyonu yapılarak genel durum bozukluğu ve multitravma tanısı ile saat 03.00'de Tıp Fakültesine sevk edildiği anlaşılmakla, yapılan işlemlerin tıp kurallarına uygun olduğu,

c- Hastanın kesin ölüm nedeni olarak; batın içi idrar irritasyonu sonucu daha da artan batın içi ascit gelişimine bağlı kompartman sendromu gibi görünmekle birlikte, laboratuvar bulgularında enzimlerin çok yüksek olmaması, bilirübin değerinin normale yakın olması, hastanın karaciğer siroz bulgularının tek başına ölüme neden olmamış olabileceğini ve sadece ölüme katkısı olan faktör olabileceğini gösteriyor. Hastanın bünyesi zaten asitin olumsuz etkilerine alıştıktır. Periton içi idrar irritasyonu ise, hastaya sonda takılması ve aralıklı yıkama ile kısmen kontrol altına alınmış gibi duruyor. Genç olan hastada bilinen bir elektrolit imbalansı ve kardiyak patoloji de rapor edilmemiştir. Kreatinin değerinin 2'nin üzerine çıkmış olması ölüme katkısı olmuş olabilir, ancak yine de yeterli gerekçe olmaz. Ben hastada muhtemelen alkol alması nedeniyle atlanmış olan konfüzyon ve TA düşüklüğü nedeniyle bakılması gereken kafa grafileri ve beyin tomografisi yapılmamış olmasını eksik yaklaşım olarak değerlendiriyorum.

d- Multitravmalı hastada Devlet Hastanesi ve sevkle gönderildiği Tıp Fakültesinde kafa travması-na yönelik tetkik yapılmamış olması bir eksiklik. Yapılan tetkikler sonrası, mesane rüptürü tanısının gecikmeli olarak konulduğu anlaşılmaktadır. Bu konuda sorumluluğu olan bir gecikme söz konusudur. Hasta yakınlarının özgeçmişte motosiklet kazası olayını, basit düşme olarak bildirmeleri yanıltıcı olmuş olabilir. Mesane rüptürü ürolojik acillerden olduğu tıbben bilinmekle birlikte, tanı konuluncaya kadar destek tedavisi uygulandı ve tanı konulduktan sonra izleme alındığı ve kişide karaciğer sirozu ile aside bağlı genel durum bozukluğu da olduğu birlikte değerlendirildiğinde, olay sonrası cerrahi müdahale yapılması halinde dahi kurtulmasının kesin olmadığı oy birliğiyle mütalaa olunur.

3.9.3 PELVİS TRAVMASI HANGİ UZMANLIK ALANININ SORUMLULUĞUNDADIR?

İDDİA

Başka bir hastanın yakını: 09/09/2011 günü saat 15.30 sıralarında eşim ve kızım trafik kazası geçir-mesi sonucu Devlet Hastanesine kaldırıldı. Onlar Acil Serviste tedavi gördükleri sırada 5 dakika sonra iş kazasından dolayı bir erkek şahsın pelvis kısmından yaralı olarak aynı acil odasına getirilip bir sedyeye yatırıldı. İki araç arasında ezildiğini söylediler. Görünen bir yarası yoktu. Yarası şahıs geldiğinde acildeki görevlilerden acı içinde, çeşitli sözlerle yardım istemekte idi. Ancak acildeki hemşireler yaralıya sus ko-

nuşma kimseyi rahatsız etme bir şeyin yok diye azarladılar. O sırada acil odasında Beyin Cerrahi benim hastalarım için gelmişti. Beyin cerrahı, acil doktoruna ve hemşirelere bu adam şoka girmek üzere dikkat edin dese de kimse pek orali olmadı. Aradan bir süre geçtikten sonra benim hastalarımı ve diğer şahsı tomografi ve ultrason için yukarı kata yönlendirdiler. Bu şahsın başında personel dışında kimde yoktu. Bu hasta orada öylece bekliyor ve yardım edin diye inliyordu. Tomografi ve ultrason beklerken Beyin Cerrahi Uzmanı gene oralarda idi. Oradaki görevlileri hasta gidici acele edin dedi. Hatta biz sıramızı bu şahsa verdik. Buna rağmen şahıs ile ilgilenen kimse olmadı. Aradan uzunca bir zaman geçtikten sonra yaralının tomografi ve ultrason işlemleri bittikten sonra bizimle beraber tekrar acil odasına getirildi. Burada iken yaralının pelvisinin kötü bir şekilde zarar gördüğünü ve iç kanama geçirdiğini öğrendim. Acil doktoru ve diğer hemşireler, sonradan yanlarına gelen başka bir doktor yaralıya bir şeyler yapıyorlardı ancak tam olarak göremedim. Bu sırada hasta hala konuşabiliyordu. Sonradan yaralıya kan getirttiler hatta doktor kan soğuk diye söylendi ama gene de taktılar. Bir süre sonra acile Üroloji Uzmanı geldi. Orada ne yaptı görevlilere ne talimat verdi bilmiyorum ama sonra gitti. Gece saat 21.00'de acile tekrar gittiğimde şahsın bulunduğu yerin perdesinin yarı örtülü olduğunu yaralının gövdesinin cinsel organının şiştiğini, sadece kan verildiğini komada olduğunu herhangi bir müdahalede bulunulmadığını gördüm. Acilin dışında yaralı yakınlarının hastayı neden ambulans veya helikopter ile sevk etmediklerini sorduklarını; görevlilerinde akşam olduğu için helikopterin gidemeyeceğini söylediklerini duydum. Ben dışarıda acil kantininin önünde beklerken saat 22.15 sıralarında yaralının acele ambulansa bindirilerek gönderildiğine şahit oldum. O dakika sonra ambulans geri döndü yaralı ölmüştü. Acil kayıta görevli personel arkadaşım olur, onunla bu konuyu konuştuğumda bana ismini bilmediğim bir anestezi uzmanının "hocam hasta iç kanama geçiriyor, burada yaralı bölgeyi açalım daha sonra sevk edelim yoksa yaralı burada ölecek" denmesine rağmen doctor herhangi bir şey yapmadı, yaralıyı sevk etmedi, yaralıyı kaderine terk etti yaralının ölmek üzere olduğunu kendisine bildirilmesi üzerine, hastanede ölmesin diye son anda sevk ettirdiğini öğrendim. Ben vicdanım rahatsız olduğu için bu ifadeyi verdim.

Beyin Cerrahi Uzmanı: Mesai bitimine yakın saat 16.00 civarında acile davet edildim. Hastanın iş kazası nedeni ile geldiğini öğrendim. Sistemik muayenesini yaptım. Hasta şuuru açık ve kopere idi. Hastanın şokta olduğu şok nedeninin muhtemelen lateral pelvis kompresyonuna bağlı pelvis içine, pelvis organları içine retroperitoneal kanamaya bağlı olduğuna kanaat getirdim. Hemen Ortopedi, Genel Cerrahi, Üroloji Uzmanlarının vakit geçirilmeden ve mesai yerini terk etmeden çağrılmalarını istedim. Bu arada bizzat ilgilenerek kan bankasında temin ettiğim 2 ünite kanı 2 ayrı yoldan takarak hastanın şok durumu ile acil mücadeleyi başlattım. Kan verme işlemi bizzat tomografisi makinesi içerisinde çekim yapılırken devam ettirilmiştir. Ayrıca damar yolundan mayiide devam etmekte idi. Hastanın tomografi çekimlerini hiç vakit geçirmeden bizzat makine içerisinde değerlendirilerek kesinlikle acil müdahale gerektirecek nöroşirüjikal patoloji olmadığı kanaatine vardım. Daha sonra hastaya yaptığım konsültasyon neticesini acil cerrahi havuz nöbetçisine acildeki poliklinik defterine bizzat not ederek tavsiyelerimi bildirdim. Hastanın otopsi raporunda da herhangi bir nöroşirüjikal patoloji tespit edilememesi de vakanın Beyin cerrahi branşıyla ilgili olmadığını östermektedir.

Genel Cerrahi Uzmanı: Hastayı acil serviste gördüm. Muayenem sırasında Beyin Cerrahisi ve Ortopedi uzmanı başında idi. Tansiyon arterial 100/80 mmhg nabız 90 olan hastanın batın serbest hassasiyeti, rebaund ve defansı bulunmamakta idi. Hastanın sağ ayak ve kalçadan şiddetli ağrısı, sağ ayakta motor bozukluğu mevcuttu. Soğuk terlemesi olan hastanın ilgili branşlarca değerlendirilmesini istemek ile birlikte Genel Cerrahi açısından sorun olmadığını düşündüm. Görüşlerimi not düştüm. Aynı tarihte daha önce çağırıldığım başka bir hastanın ameliyatına girdim. Kayıtlardan operasyon çıkış saati olan 17.30'da acilde yeniden tetkikleri ile birlikte hastayı değerlendirdiğimde yine cerrahi açıdan hassasiyeti, rebaund ve defansı olmadığını saptadım. Genel Cerrahi açısından opere etmeyi düşünmedim. Hastayı bu ikinci görüşümde Üroloji Uzmanı hastayı değerlendirmekte idi. Hastanın Genel Cerrahi açısından acil sorununu düşünmediğimden ilgili branşların değerlendirilmesi sürdüğünden hastanın sevkini kendisi açısından hastanemizde yapılamayacak bir müdahaleyi tanımlayan branş Uzman hekiminin yapması gerektiği için sevkii düşünmedim. Daha sonraki gelişmelerden haberdar değilim.

Anestezi Uzmanı: Ameliyathaneden 16.35'de acil cerrahi bölümüne hasta için çağırıldım. İş kazası nedeni ile yatmakta olan hastayı değerlendirdim. Şok tablosu olan hastanın hipotansiyonlu terlemesi

mevcuttu. Bilinç açık, oryantasyonu şüpheli hastayı değerlendirdim. Solunum sıkıntısı mevcuttu. Müdahale için ekipmanlarımı hazırladım. Bu sırada hasta solunum ve kardiyak arrest oldu. CPR uyguladım. Hasta kısa sürede CPR 'ye cevap verdi. Hastayı yoğun bakımda ventilatör desteğine başladım. Çalışılan tam kan ve diğer testlerine göre ihtiyacı olan kan transfüzyonunu belirleyerek bunları olması gereken yöntem ve şekilde uyguladım. Tekrar tekrar kardiyak arrest olan hastaya saatini hatırlamıyorum, bir iki defa CPR uyguladım. Bu sırada kalp Damar Cerrahi Uzmanı, Genel Cerrahi Uzmanı, Ortopedi Uzmanı, Beyin Cerrahi Uzmanı ve Üroloji Uzmanları konsültasyonlarını tamamlamışlardı. Hastanın sevki planlanmış yaklaşık saat 19.00 sularında hastanın sevk edildiği hastane ve il belli olmuştu. Hasta ambulansa koyulduğunda tekrar arrest olduğu yapılan müdahalelere rağmen uzun süre kalp masajına rağmen cevap vermedi. Şu an saati hatırlamıyorum kayıtlarda olan saatte hasta ex oldu.

Ortopedi Hastalıkları Uzmanı: Hastayı 09/09/2011 tarihi akşam üzeri 16.00'da mesai biterken acil de gördüm. Hastanın durumu ciddi gözüküyordu. Tansiyonu 80/40 mmhg pelvis bölgesi hassas hemotomlu ve ağrılı idi. Alt ekstremitelerinde nabızları alınmıyordu sağ alt ekstremitesinde nörolojik defisiti vardı. Hemen genel durumu değerlendirip damar yolunu açılmasını kan transfüzyonu için hazırlığın yapılmasını söyledim. Hastanın Üroloji, Genel Cerrahi, Damar Cerrahisi ve Beyin Cerrahisi tarafından da değerlendirilmesini söyledim. Değerlendirme için BT tetkikine çıkarıldı. BT tetkikinde sacrumda deplase olmayan kırık ve hafif ayrılma ve simfsiz pubis seperasyonu görülüyordu. Hastanın gros hematürisi mevcuttu. Hastanın tansiyonu düşüyordu sürekli kan tranfüzyonu yapılmasını sağladım. Hastanın gros hematürisi ve alt ekstremitesinde nabızlarının alınmamasından dolayı Üroloji ve Damar Cerrahisi uzmanları gelinceye kadar takip ettim. İlgili Uzmanlar gelince hastayı değerlendirmeleri için onlara bıraktım. Gerekli Ortopedik tedavisinde onların değerlendirilmesi ile birlikte yapılabileceğini söyledim. Eğer diğer Cerrah arkadaşlar acil ameliyat düşünürlerse ben de ameliyatına girebileceğimi söyledim. Daha sonra hastanın sevk edilip yolda iken ex olduğunu öğrendim.

Damar Cerrahi Uzmanı: Adı belirtilen hastayı konsülte etmem için evimden nöbetçi hekim tarafından çağırıldım. Çağrıya uyarak hastahaneye geldim ve hastayı acil serviste gördüm. Nöbetçi uzman hekim hastayı öncelikle branşıyla ilgili olarak değerlendirmemi ve yapılabilecek bir müdahale varsa yapmamı istedi. Öyküsünden iş kazası geçirdiğini öğrendiğim hastanın mevcut laboratuvar ve klinik bulgularım değerlendirdim. Hastada üriner sistem travması (hastanın idrar sondasından masif kanaması mevcuttu) ve pelvis kırığına bağlı geliştiğini düşündüğüm şok tablosu mevcuttu. Hastanın efektif bir damar yolunun olmadığını gözlemladim ve hemen bir santral ven kateteri takarak daha hızlı şekilde kan ve sıvı replasmanı yapılmasına yardımcı oldum. Hastada periferik damar yaralanmasını düşündüren bulgulara rastlamadım. Mevcut durumda tarafımdan yapılabilecek bir cerrahi girişim olmadığından, öncelikle var olan travma durumuna göre ilgili branş hekimlerinin gerekli müdahaleyi yapmalarını önerdim.

Acilde nöbetçi hekim: Saat 16.00 civarında 112 iş kazası diyerek şahsı getirdi. Şahsın görünürde açık bir yarası yoktu. Pelvisin sağ tarafının ağrılı olduğunu bacağına hassasiyet olduğunu söyledi. Bilinç açıktı. Tansiyonu 110/60mmhg civarında idi. Nabız 90 idi. Hastanın muayenesini yaptıktan sonra rutinlerini aldırıldı. Ve hastaya sonda taktım. Sondadaki idrar renginin bozuk olması, iç kanama şüphesi ve kırık şüphesi ile tomografi ve filimlerini istedim. Bu arada Beyin Cerrahi Uzmanı, Ortopedi Uzmanı ve Genel Cerrahisi Uzmanını acilen çağırdık. Beyin Cerrahisi filimlerini gördü omurga kırığı olmadığını ancak hastanın görünüşünün iyi olmadığını terlediğini söyleyerek bu hasta ölebilir dikkat edin kan takın dedi. Ortopedi Uzmanı filimleri değerlendirdi. Müdahaleye başladılar. Genel Cerrahisi muayene etti. Muayenesinde batin serbest hassasiyet yok, ağrılı yer sağ taraf, branşıyla ilgilisi yok dedi. Ürolojik vaka olabileceğini söyledi. Bu arada Üroloji uzmanı hastaya müdahale ediyordu. Ortopedi Uzmanı, Üroloji Uzmanı ve Beyin Cerrahi Uzmanı hastanın durumu kötüleşince Anestezi ve Damar Cerrahi Uzmanına haber verilmesini istedi. Genel Cerrahi Uzmanını hastayı bir daha muayene etmesini istedim ve tekrar muayene etti. Tekrar vakanın Ürolojik olacağını söyledi. Dahiliye tarafına geçtiğim için bundan sonraki müdahaleleri bilmiyorum ara sıra boş kalınca hastaya bakıyordum. Hastanın sevk olunmasına karar verildiğini öğrendim ancak saati hatırlamıyorum. Pratisyen hekim olduğumuz için sevk yetkimiz olmadığından görüşmeleri Üroloji Uzmanı Hayati bey yaptı. Hasta yakınları özel ambulans bulmak için girişimde bulundular. Bu arada ambulans geldi. Hasta sevk edildi. Ancak yolda ex olduğu için geri geldiğini öğrendim.

Üroloji Uzmanı: 09/09/2011 tarihinde icapçı Üroloji uzmanıyım. Saat 17.00 civarında hastaneden arandım ve hastaneye geldim. Hastanın çekilen grafi ve tomografilerinde pelvis seperasyonu ve multiple pelvis kırığı olduğunu söyledi. Hastaya sonda konulmaya çalışılmış ama konulamamış ben denedim ve kan geldi sonda geçmedi. Üretra rüptürü olduğunu ve ayrıca mesane rüptürü olabileceğini düşündüm ve bu arada sondayı serum fizyolojik ile yıkayarak durumu öğrenmeye çalıştım. Kanlı idrar geldiği için hastanın böbreklerinin durumunu öğrenmek amacı ile batin tomografisi için hastayı tomografi bölümüne götürdük, 2 defa denenmesine rağmen tomografi çekilemedi. Bu arada radyoloji Uzmanını aradım. Teknisyen tomografiyi çekemiyor diyerek hastaneye davet ettim. Ancak kendisi gelseydi tomografi çekilemesede ultrason ile durumu öğrenebilirdik. Hastanın genel durumu bozulunca tekrar acile indirdik. Hastada multitravma vardı. Bu arada hastayı Genel Cerrah, Damar Cerrahisi Uzmanı, Anestezi Uzmanı gördü. Hastanın durumunun ağırlaşmasının üzerine müdahale başlandı. CPR uygulandı. 6 Ünite kan verildiğini hatırlıyorum. Genel durumunun düzelmemesi ve yoğun bakımda da yer olmamasından dolayı hastayı 112 KKM kanalı ile yoğun bakımı olan ileri bir merkeze sevkine karar verildi. Anestezi Uzmanı hastayı gidebileceği yere transportu için uygun duruma getirdiğinde gideceğini söyledim. Hava karardıktan sonra helikopter ambulans ile sevk mümkün olmadığından kara ambulansı ile sevkine karar verildi. Hasta sevk edilmeye karar verildikten ve 112 KKM'ye haber verildikten sonra, 112 KKM sevk zinciri oluşturmaktadır. Hastanın kabul edileceği hastaneyi bulmak 112 KKM'nin işidir. Bu süreç bizim kontrolümüz altında değildir. Bu nedenle sevk kararından sonraki sürede hasta acil servise bir süre beklemiştir. Ancak müdahale halinde olduğumuzdan sürenin farkında değilim. Hastaya üretra rüptüründen dolayı sonda konamayınca ve mesaneye girmeyen sondadan kan gelmesi üzerine serum fizyolojik ile yıkama yaptım. Kan gelmeye devam ediyordu. Bu kanama mesaneden, kırıklardan veya travmaya bağlı olarak böbreklerden olabilir diye düşündüm. Üst batin tomografisi çekilmek sureti ile durumu aydınlatıp hastayı ameliyata almayı düşündüm. Ancak 2 kere denenmesine rağmen röntgen teknisyeni üst batin tomografisini çekemedi. Ben de Radyoloji Uzmanını aradım ve hastaneye gelmesini istedim. Ancak hastaneye gelmedi. Bu arada hastanın genel durumu kötüleşti. Ve tekrar acil servise indirdik. Anestezi Uzmanı tarafından CPR'e başlandı. Bu arada yoğun bakımda yer olmadığı için hastayı ileri bir merkeze sevk etmeye karar verdim ve 112 KKM'yi aradım. Hastada alt batin ve genital travma sonucu pelvis seperasyonu ve pelvis kemiklerinde kırıklar ve üretra rüptürü vardı.

Radyoloji Uzmanı: İlgili hasta hakkında önceden bilgim yok. Bahse konu olan gün mesai saati bitimi hastaneden ayrıldım. Akşam üstü saatlerinde saat 18'den sonra olabilir. Üroloji uzmanı tarafından hastane telefonundan arandım. Doktor beyin söylediklerini çok iyi anlayamamakla birlikte söz konusu hastanın üzerine iş makinesinin kepeçesinin düştüğünü, idrarından kan geldiğini, genel durumunun kötü olduğunu, kendinde olmadığını US yapıp yapamayacağımı sordu. US yapabileceğimi ancak doktor beyin belirttiği kadarı ile hastanın tetkike koopere olamayacağı ve pozisyon verilemeyeceği hastanın US masasında kayıp edilme riskinin yüksek olduğunu, ben gelene kadar vakit kaybetmemek gerektiğini ve bu durumdaki hastalarda öncelikle yapılması gereken tetkikin BT olduğunu, hemen çekim yapılması gerektiğini ve raporlayabileceğimi söyledim. BT yapıldığını söyledi. Değerlendirmek istedim, tetkikin kendisinin istemediğini ortopedi uzmanının istediğini söyledi. Kim istediğinin önemli olmadığını filmleri okuyabileceğimi söyledim. Doktor beyin söyledikleri anlamakta güçlük çektiğim için ortopedi Uzmanı ile görüşmek istedim. Ortopedi uzmanı çekim yapılan BT tetkikinin kendi bölümü ile ilgili olduğunu sadece pelvik bölgeyi içerdiğini böbrekleri ve abdomen bölgeyi göstermediğini söyledi. Abdomen BT önerdim. Teknisyenin de bildiği çekim protokolünü hatırlattıktan sonra çekim esnasında gerekli olabilir diye hastaneye gitmek için hazırlandım. Evden çıkmadan önce çekim hakkında bilgi almak için teknisyeni cep telefonundan aradım. BT tetkikinin yapılmadığını, çekim masasında hastanın durumunun kötüleştiğini ve ajite olduğunu söyledi. Bu durum üzerine teknisyenimize hastaneye geleceğimi hastanın durumu uygunsa ve gerekli görülürse ultrasonu hazırlamalarını söyledim. Yolda iken teknisyenimiz cep telefonundan aradı. Hastanın acile kaldırıldığını radyolojik olarak US yada BT tetkikine uygun olmadığını söyledi. Hastanın ameliyata alındığı yada belki sevk edilmiş olabileceğini düşündüm. Geri döndüm. Bu aşamadan sonra bana hiç bir şekilde geri dönüş olmadı. Radyoloji ve nükleer tıp birimlerinde yalnızca acil tanı ve tedavinin uygulanabilmesi için başhekimlikçe radyologlar için vardiya ve nöbet düzenlenmesi olanağı bulunmaktadır. Bu nedenle nöbetimiz yoktur. Ancak daha önceki çağrılmalarımda da her zaman

davete icap etmişimdir. Ayrıca kunt karın travması sonrası hemoperitoneum değerlendirilmesi için US kullanımı yaygın hale gelmiştir. Ancak pelvis kırıklı olan hastalarda duyarlılık ve özgüllük yetersiz kalır. Pelvik fraktürlü hastalarda hemoperitoneumun tespit edilmesinde US uygulanması güvenilir değildir. Asla BT ve laparotominin yerini tutamaz. Bu nedenle BT çekilebildiği için ve bu vaka için ilk planda US gereksiz olduğu için icaba çağrılmamın çok uygun olmadığını düşünüyorum. Ama yinede gitmek üzere yola çıktım. Bu hasta için arandığımda ne US nede başka bir tetkik için hastaneye gelmeyeceğimi söyledim. Bu hasta için tüm dünyada ve ülkemizde kabul edilen gerekli protokolü önerdim. Öncelikli tetkik yukarıda da belirttiğimi gibi BT tetkiki idi.

BELGELER

Devlet Hastanesinde kişiye ait düzenlenen tıbbi belgeleri: Kişinin iş kazası nedeni ile 09/09/2011 tarihinde yaklaşık 15.30 civarında 112 Acil Ambulans aracılığı ile acil servise getirildi. Nöbetçi doktor hastayı değerlendirdi.

09.09.2011 de WBC 26, Hb 16, Htc 50, PLT 69 bin.

Genel cerrahi konsultasyon notu, şuur açık koopere, TA 100/60, N 90 /dk, batında hassasiyet, rebound yok, soğuk terlemesi mevcut, sağ kalça ve ayakta şiddetli ağrısı var, genel cerrahi açısından acil sorunu yoktur.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Ön inceleme: Acil Servisinde görevli doktor ve radyoloji uzmanı hakkında soruşturma izni verilmesi gerektiği, Üroloji Uzmanı, Beyin Cerrahi Uzmanı, Genel Cerrahi Uzmanı, Ortopedi Uzmanı, Anestezi Uzmanı ve Damar Cerrahi Uzmanı haklarında isnat bulunan suçların sübuta ermiş olduğu anlaşıldığından soruşturma izni verilmesi gerektiği görüş ve kanaatine varılmıştır.

Öğretim üyesi bilirkişi: Pelvis travması olan hastaya acildeki hekimlerin yaklaşımı (genel cerrah, ortopedi ve üroloji uzmanı) genel acil hastaya yaklaşım usullerine uygun değildir. Hastaya daha hızlı ve branşlar sahiplenerek yaklaşılsaydı dahi hastanın ölüm ihtimali yüksek olacağı Kabul edilmelidir. Ölüm ile hekimlerin davranışı arasında direk illiyet kurulamamıştır.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Şeref Başal,

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa S. Abdulhamid Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1-Pelvis travmalı hastaya yaklaşım klavuzlara göre nasıl olmalıdır? Bu hastaya yaklaşımı değerlendiriniz?

- Travma geçirmiş bir hastada takip eden kriterlerin olması durumunda ürolojik değerlendirme gerekmektedir. Bunlar;
- Makroskopik hematüri mevcudiyeti,
- Penetran travmalı hastada mikroskopik hematüri olması,
- Künt travmalı hastada sistolik kan basıncının <90mm/Hg ile birlikte mikroskopik hematüri olması,
- Pediatrik yaş grubunda (≤ 16) idrar analizinde 50 RBC,
- Genitoüriner yaralanmaya neden olabilecek hızlı deselerasyon tipi travma,
- Flank ekimoz, alt kosta kırıkları, böbreğe yakın vertebraların transvers çıkıntılarının kırıkları ve pelvik kırık gibi genitoüriner yaralanmaya neden olabilecek bulguların varlığı.

Pelvik travmalarda ürolojik olarak en çok yaralanan organlar üretra ve mesanedir. Üretra ile mesanın kombine yaralanması %4.1-15 oranında görülmektedir. Pelvik kırıkların yaklaşık %10'unda üretral yaralanma görülür ve bu yaralanma genellikle üretranın perineal membranı geçtiği yer olan bulbomembranöz bileşkededir. Posterior üretra yaralanmalarının %72'sinde pelvik kırık nedenlidir. Gros hematüri, eksternal meada kan, perineal hematoma, pelvik kırık, yüksek yerleşimli prostat olması ve idrar yapamama durumlarında üretral yaralanmadan şüphelenilir. Bu durumlarda üretral yaralanma; kontüzyon, minör parsiyel yırtık, majör parsiyel yırtık veya tam ayrılma şeklinde olabilir. Ayırıcı tanıda retrograd üretrogram

birinci tercih olarak yapılır ve transüretal sonda takılması bu görüntümeden sonra planlanmalıdır. Üretral kontüzyonda transüretal kateter tercih edilirken, diğer tip yaralanmalarda suprapubik drenaj tercih edilir. Ancak parsiyel üretra yaralanmalarında hasta stabil ise floroskopi ve endoskopi kılavuzluğunda transüretal kateter yerleştirilebilir.

Pelvik kırıkların %3.6'sında mesane yaralanması gözükürken, mesane yaralanmalarının %60-90'nı pelvik kemik kırıklarıyla ilişkili künt travmalar oluşturur. Özellikle motor kazalarında mesane yaralanmaları görülebilir. Bu yaralanma kontüzyon, intraperitoneal, ekstraperitoneal(en sık) veya iki durum birden olabilir. Mesanenin yeterince kontrast madde ile doldurularak (350 ml.) yapılan sistografi tercih edilen tanısal yaklaşımdır. Ekstraperitoneal yaralanmalarda transüretal kateterle takip önerilirken intraperitoneal yaralanmalarında açık onarım düşünülebilir (Jeff A. Wieder. Pocket Guide To Urology. Fifth edition).

2- Pelvis travmalı hasta, hangi branş hekimlerince birincil olarak sahiplenilmelidir?

Pelvik travması olan hastalar birincil olarak ortopedi ve travmatoloji servisi tarafından takip edilmeli. Çünkü pelvik travmalarında diğer klinikleri ilgilendiren sorunlar genellikle kemik kırıklarına sekonder oluşan nedenlere bağlı olarak gelişmektedir. Ürolojik açıdan pelvik kemik kırıklarına bağlı olarak %5-10 arasında üretra yaralanması ve/veya mesane yaralanması görülebilmektedir. Bu tip yaralanmaların tedavisi ürolojik açıdan acil değildir. Ancak hasta stabil ve beraberinde mesane boynu yaralanması, mesane içerisinde fragmente olmuş kemik, rektum yaralanması veya vajinal yaralanma var ise erken cerrahi elektif şartlarda yapılabilir.

3- Bu dosya hakkında bilirkışı görüşünüz nasıl olurdu?

Bu tür hastalar ortopedi ve travmatoloji kliniğinin öncülüğünde kalp damar cerrahisi, genel cerrahi, radyoloji ve üroloji uzmanlarının katılımıyla multidisipliner bir yaklaşımla değerlendirilmeli. Bu vakada da multidisipliner bir yaklaşım gösterilmiş ancak ortopedi ve travmatoloji kliniği tarafından hastanın sahiplenilmediği düşünüldü. Hemodinamisi santral venöz kateter takılarak kan verilmesine rağmen düzeltilmeyen bir hastanın acil operasyona neden alınmadığı anlaşılammıştır. Ancak yine de ciddi bir pelvik yaralanması olan hastanın hayati tehlikesi mevcuttur ve ilgili hekimler sorumluluklarını tam olarak yapsalar bile hasta kaybedilebilir. Hastanın ölümü ile hekimlerin yaklaşımı arasında doğrudan bir illiyet kurulamaz.

3.9.4 TRAFİK KAZASINDA AKUT BATIN: TANI NEDEN KONULAMAMIŞ

İDDİA

Araç içi trafik kazası geçirdik, aracımız takla attığı, annem kaburgalarım ağrıyor demesine karşın 112 elemanlarınca yatırılarak sedyede taşındı, bu sebeple iç kanaması arttı. Hastanede tomografi cihazı arızalı diye hasta 4-5 saat bekletildi. Acil kısmında doktor ve diğer sağlık personeli ilgi göstermedi ve hastam öldü. Olayda 112 elemanları doktorların ve acil kısım görevlilerinin ağır ihmalinin bulunduğu inanıyorum.

SAVUNMA

Pratisyen Hekim: Ölen kişi ile beraber aynı kazadan 3 yaralı geldi. Hastaların ilk muayenesi yapıldıktan sonra hastalara damar yolu açıldı, sıvı replasmanı yapıldı ve hastanemizde cerrahi uzman nöbeti tutan uzmana (O gün üroloji uzmanı idi) haber verdim. Uzman hasta geldikten 4-5 dakika sonra geldi. Uzman ölen kişinin röntgenlerinde bir yanlışlık olduğunu söyleyerek kendisi hastayla beraber röntgen çektiirmek için röntgen servisine gitti. Ben daha sonra acile yeni gelen hastaları muayene etmeye devam ettim. Uzman hastanın tedavisini yönlendirdi. Daha sonra tahminen 17:30-17:40 saatleri arasında Genel Cerrahi Uzmanı geldi. Ben trafik kazası geçiren bu hastayı muayene ettikten sonra yapılacak tedavinin pratisyen hekim bilgileri üzerinde olduğu için o günkü cerrahi havuz nöbetçisi üroloji uzmanına durumu bildirdim ve hastayı teslim ettim. Aynı ortamda bulunduğumuz için girip çıkarken o hastayla ilgili yapılanları ara ara gördüm. Fakat yapılan teşhis ve tedavilerde herhangi bir yönlendirmem olmamıştır.

Üroloji Uzmanı: Üroloji uzmanı olmama rağmen cerrahi acil nöbetçisiydim. Saat 15:00 sularında acil servisten trafik kazası nedeniyle çağırıldım. 3 yaralıyı da aciliyet durumunu tespit etmek için hızlıca muayene ettim. Acil serviste görevli doktor ile görüşerek her bir hasta için istenmesi gereken tetkik ve filmlere karar verdik ve istedik. Hastalardan birinin tansiyon düşüklüğü (yanlış hatırlamıyorsam 70/40 civarındaydı) mevcuttu hemen damar yolu açtırıp isotonik serum replasmanına başladık. Hastaların film ve tahlilleri çıkıncaya kadar hastanın yanından hiç ayrılmadım. Tansiyon düşüklüğüne rağmen kafa içi, torax içi ve batin içi kanamayı düşündürecek hiçbir şikâyeti yoktu ve muayene bulgusu yoktu. İlk çıkan hemogram sonucunda hemogloblin değeri 11 gram civarında olması nedeniyle hastada tansiyonu düşüren sebebin herhangi bir kanama olma olasılığında uzaklaştım. Pratikte sık gördüğümüz tansiyonu 70 mm cıvaya düşürecek derecede şiddetli batin içi kanamalarda hem hastanın karın şikâyeti, hem muayene bulgusu hem de ciddi hemogloblin düşüklüğü görülür. Bu hastada bunların hiçbiri mevcut değildi. Yaklaşık 1500cc sıvı replasmanı (prokalamınle) verildi. Hastanın tansiyonunun yükselmemesi üzerine yaklaşık 1 saat sonra tekrar hemogram istendi ve 10 gram civarında geldi. Bu kadar sıvı verilen bir hastada kanama olmasa bile hemogloblin değeri 1 gram kadar düşer. Bu bulgu bizi batin içi kanamadan uzaklaştırdı. Bu sırada hastanın hala karınla ilgili bir şikâyeti ve muayene bulgusu yoktu. Tansiyonun yükselmemesi üzerine nöbetçi dâhiliye şefi Kardiyoloji Uzmanından yardım istendi. Batin içi kanama yoksa perikard tamponadı bu tabloyu yapabileceği düşünülürdü. Travmalarda batin içinde olmayan kanama kalp zarlarının arasında olup, bu tabloyu yaratabilir. Kardiyoloji polikliniğinden eko cihazı getirildi ve hastaya kalp ekosu yaparak perikart içinde kanama olmadığını söyledi. Bu sırada hala hastaya sıvı replasmanı devam ediyordu. Tansiyonun yükselmemesi üzerine Genel Cerraha bilgi verilerek hastaneye davet edildi. Saat kaç sularında çağırıldığını hatırlamıyorum. Yaklaşık 15 dakika sonra gelerek hastayı muayene etti. Batin içi kanama düşündürecek hiçbir belirti ve bulgunun olmadığını söyledi. Tomografi cihazının arızalı olduğunu öğrendi. Hastaya kan verelim diye öneride bulundu. Bende hastanın hemogloblin değerinde anlamlı bir düşmenin olmadığını kan vermenin gerekli olup olmadığı konusunda tereddütlerim olduğunu ama bundan sonra hastanın kendisinin hastası olduğunu kararı kendisinin vermesi gerektiğini söyledim. Cerrahi servisine yatış için gerekli evrakları düzenledi ve kan istedi. Kaç ünite istediğini bilmiyorum. Bu sırada halen ben hastanın başında tedavisi ve kontrolleriyle ilgilenmekteydim. Kan bankasında verilecek kan hazırlanıp geldiğinde hasta ex oldu. Bana haber verildiği andan itibaren ex oluncaya kadar hastanın tanısı, tedavisi ve kontrolleriyle ilgili olarak başından hiç ayrılmadım. Hastanın filmleri ve tahlillerin hızlı bir şekilde çıkması için şahsi bir gayretim oldu. (Hızlı tanı koymak için) İlk haber verildiğinde hastayı muayene ettim. Tansiyon düşüklüğünün sebebini açıklayacak muayene bulgusu yoktu. Daha sonraki yaptırdığımız tahlil ve tetkikler bunu açıklamak içindi. Tüm bu uğraşlara rağmen tansiyon düşüklüğü düzelmeyince sebebini de açıklayamayınca genel cerrahi uzmanına haber verdim. Genel cerrahi uzmanına haber verinceye kadar hastanın tansiyon düşüklüğünü açıklayacak herhangi bir belirtisi ve bulgusu yoktu. Travmalarda hastayı pre şoka sokan en önemli sebebin kanama olduğu tüm doktorlar tarafından bilinir. Batin içi kanama olaylarında hastayı pre şoka sokacak miktarda kanama olduğunda mutlaka karınla ilgili hastanın bir şikâyeti ya da muayene bulgusu ya da hemogloblin değerinde düşme olmalıdır. Bu hastada bu 3 kriterden hiçbiri olmadığı için sebebi açıklamak adına hastanın perikardına bile bakılmıştır. Klasik otopside kanla dolu olan bir karından söz edilmektedir. Kanla dolu olan bir karında hasta yakınması muayene bulgusu ve laboratuvar desteğinin olmadığı bir vakayla ilk kez karşılaşmaktayım. Hastaya batin ultrasonografisi, tomografisi ya da ponksiyonu endikasyonunu koyacak olan genel cerrahtır, kaldı ki genel cerrahi uzmanı hastanın bulguları ve muayenesi sonucunda batin içi kanamadan şüphelenmemiştir.

Genel Cerrahi Uzmanı: Beni nöbetçi uzman cep telefonumdan aradı. Tansiyon düşüklüğü olan ve trafik kazası nedeniyle gelen bir hasta var. Tansiyon düşüklüğünü bir türlü anlayamadık bir sebepte bulamadık Kardiyoloji Uzmanı da gördü oda herhangi bir şey tespit etmedi, abi birde siz gelip bir baksanız dedi. Bende acil servise geldim. Hastayı muayene ettim. Hastada taşikardi ve hipotansiyon dışında travmaya ait herhangi bir yara izine, hassasiyete veya kanamaya ait bir bulgu saptamadım. Hastayı 2 kez muayene ettim. Karın muayenesini yaptım, torax ve batin oldukça rahattı. Hastayı hem yatarak hem de oturarak muayene ettim, karında ve torax duvarında ağırlı hiçbir bulgu saptamadım. Acildeki arkadaşlara bir tomografi çektirelim ve ultrasonografi yaptırılalım dedim. Bana tomografi cihazının bozuk oldu-

ğunu radyolog arkadaşın da acil ultrason yapmak için hastaneye gelmediğini söylediler. Ancak hastanın laboratuvar tetkiklerinde 10 gr. civarında hemoglobini olduğunu gördüm. Hastanın genel muayenesinde de bir preşok hali olduğunu tespit ettiğim için ve hastanın genel durumunun iyi olmadığını gözlemlediğimden hastaya 2 ünite hızlı şekilde kan verilmesini ve takibini yapalım dedim, hastaya yatmadan kan istenemeyeceğini söyleyince bende hastayı cerrahi servisine yatış yaptım. Ultrasonografi ve tomografi yaptırma şansım olmadığından 2 ünite acil kan istedim ve hiç olmazsa kanın bir ünitesinin hızlı bir şekilde acil serviste verilmesi ve daha sonra servise çıkartılması talimatını vererek cerrahi servisine çıktım. Aradan yaklaşık 10-15 dakika geçmeden istenilen kanın kroslarının bile acil servise gelmeden ve kan takılamadan hastanın ex olduğunu bana söylediler. Hastaya 2 kere yaptığım muayenede iç kanama olabileceğini düşünmedim. Ancak hasta preşokta olduğu için hızlı bir şekilde kan verilmesi gerektiğini ve hastanın izlenip gerekirse ameliyata alınması gerektiğini düşündüm ve kan isteminde bulundum.

BELGELER

Otopsi raporu: „...Sağ ve sol plevral boşluk: Serbest sıvı ve/veya kan görülmedi. Plevral yapışıklık izlenmedi. Perikard boşluğu: 10 cc seröz karakterde sıvı izlendi. Perikardiyal yapışıklık izlenmedi. Karın boşluğu: Kanla dolu izlendi. Organlar normal anatomik pozisyonlarında idi. Diyafragma solda 14x6 cm.lik, sağda 8x6 cm.lik ekimoz izlendi. Sonuç:Kişinin ölümünün trafik kazasına bağlı künt batin ve pelvis travması, karaciğer ve mezo yaralanması sonucu meydana geldiğini, ölümü üzerine etkili harici başka bir nedenin tespit edilmediği” kayıtlıdır.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Bilirkişi Genel Cerrahi Uzmanı: Acil hekimi hastanın ilk muayenesi tetkiklerini yaptırdıktan sonra o günkü nöbetçi uzmana hastayı görmek üzere acil servise davet etmiştir. Bir acil hekimi olarak yapması gerekenleri yaptığı ve görev ihmali olmadığı kanaatindeyim. Nöbetçi uzman hastayı gördüğü andan exitus olduğu zamana kadar hastayla yakından ilgilenmiştir. Hastaya yaptırdığı tetkiklerin sonuçları bir iç kanama olasılığını akla getirmeyecek şekilde gözükmektedir. Tansiyon düşüklüğü kalp tamponadı olasılığını düşündürmüştü, kan değerlerinde, geçen zaman içerisinde anlamlı düşüş olmaması iç kanamayı akla getirmemiştir. Nöbetçi uzmanın görevi ihmali olmadığı kanaatindeyim. Nitekim hastayla ilgili tansiyon düşüklüğü soruna açıklama getiremediği için genel cerrahi uzmanını davet etmiştir. Genel cerrah hastayı görüp değerlendirdikten sonra batin tomografisi çekilmesini istiyor. Fakat kendisine tomografinin bozuk olduğu bildiriliyor. Bunun üzerine hastayı izlemek amacıyla servise yatırılması ve kan verilmesi talimatını veriyor. Fakat kısa süre sonra hasta exitus oluyor. Batin içi kanamalarının tanısında parasentez, yani batını enjektör ile kontrol etme yönteminin güvenilirliği çok azdır ve günümüzde pek rağbet edilmemektedir. Bu amaçla kullanılabilecek en duyarlı yöntemler tomografi ve ultrasonografidir. Hastanede tomografi cihazının bozuk olması ve acil serviste ultrasonun bulunmaması, batin travmalı hastalara rutin olarak ultrasonografinin yapılamıyor olması, bu tip hastalarda tanı ve tedavide gecikmelere ve istenmeyen sonuçlara yol açmaktadır. Yeterli imkânların sunulmadığı bir acil serviste tüm hekimlerden hatasız görev yapmaları beklenmektedir. Acil hastalarda zaman çok önemlidir ve gerekli görüntüleme araçları ve yeterli donanım mevcut değilse tanı ve tedavide yanılma ve gecikmeler olabilir. Bu sonuçlardan orada görevli hekimlerin sorumlu tutulması ne kadar doğrudur diye düşünülmelidir. Bu sebeplerden dolayı bir genel cerrahi uzmanı olarak bu olayda adı geçen hekimlerin görevlerini ihmal etmedikleri kanaatindeyim.

Ön inceleme-1: Hasta saat 15:00 civarında acil servise getirilmiş ilk müdahale ve tetkikler saat 16:00 da tamamlanmıştır. Çünkü tanık ifadesinde nöbeti saat 16:00 da devraldığına hastanın müdahale odasından (müdahale ve tetkikler tamamlandığı için) müşade odasına alındığını belirtmektedir. Tansiyonda düşme devam ettiği için icapçı genel cerrahın bu saatte çağırılması gerekirdi. Nöbetçi ekibin bu konuda gecikmesi olmuştur. Saat 17:30 da nöbetçi uzman ile görüşülmüştür. Genel cerrahi uzmanı tarafından saat: 18:10 da yatış yapılmış ve saat: 18:20 de 2 ünite kan verilmesi ve tomografi isteği yapılmıştır. Kan isteği kan bankasına gitmiştir. 2 ünite kan istemi yanında tomografi isteği de yapılmıştır. Bu istekten acil servis çalışanı nöbetçi doktorlar ve servis hemşirelerinin haberi yoktur. Kan istemi bilgisayar girişi olduğu halde tomografi isteminin bilgisayar girişi de yoktur. Nöbetçi hemşirenin ifadesinde

belirttiği gibi hastanın durumu stabil oluncaya kadar acil serviste kalması daha sonra cerrahi servisine çıkarılması nöbetçi uzman tarafından belirtilmiştir. Hastanın trafik kazası ile acil servise başvurusu, verilen sıvı replasmanına rağmen tansiyon düşüklüğünün devam etmesi, hastada kanama odağı olduğunu düşündürmeliydi. Batın içinde çok fazla (2-3 Lt. gibi) kanama olmadan bulgu vermeyeceği, bunun için ultrason veya ponksiyon yapılması gerektiği belirtilmiştir. Fakat hastaya bunların hiç birisi yapılmamıştır. Tomografi çekildi mi diye genel cerrah tarafından nöbetçi doktora sorulmuş Tomografi bozuk cevabı alınınca bunun yapılmasıyla ilgili genel cerrahdan bir girişim olmamıştır. Hastaya ultrason ve batın içi ponksiyon yapılmaması kanamayı hiç düşünmediklerini göstermektedir. Yapılan klasik otopsi sonucunda karın boşluğu kanla dolu olduğu görülmüştür. Sadece batın içi ponksiyon yapılsa idi hastanın tanısı konulabilirdi. Bu durum tıbbi olarak kusur ve ihmal düşündürmektedir. Bu nedenle hakkında Önceleme yapılan acilde görevli pratisyen hekim, nöbetçi uzman (üroloji uzmanı) ve genel cerrahi uzmanı hakkında 4483 sayılı yasaya göre soruşturma izni verilmesi kanaatimi bildiririm.

Ön inceleme-2: Devlet Hastanesi Acil hekimi hakkında yapılan önceki ön inceleme neticesinde Kaymakamlık makamınca hakkında soruşturma izni verilmesine rağmen, acil hekiminin, uzman cerrahi havuz nöbetçisine hastayı bildirmekle sorumluluğu kalktığından, acil hekimi için soruşturma izni verilmesi kanaatini bildiririm.

Bilirkişi başhekim yardımcısı: Batın içi kanama enfeksiyon olmadığı sürece yani kanamaya bağlı sak veya üriner sisteminde bir yırtılma eklenmediği sürece peritoneal irritasyon oluşturmaz. Bu nedenle muayenede saptanması zordur. Ancak 2-3 litre gibi çok kan kaybında batın bombesi bulgu olarak çıkabilir. Bu nedenle batın içi kanamalarını muayene ile tanımlamak zordur. Trafik kazalarında preşoka sokan sebebin başı kanamayı akla getirmelidir. Bence en kolay en ucuz yol olanaklar varsa ultrason veya batın içi ponksiyon olmalıdır. Ancak bu yardımcı tam yöntemlerinin kullanılmasında hastanın genel durumu ve muayene sırasındaki görünümü karar verilmelidir. İlk gören hekimlerin ve genel cerrahın bu klasik bilgiyi bilmemeleri düşünülemez ancak devamlı tansiyon düşmesi ve sıvı replasyonuna rağmen tansiyonun yükselmemesi vücut boşluğuna kanamayı düşündürmeli, bence EKO yerine ayakta akciğer batın ultrasonu veya en basitinden batın içi ponksiyon yapılabilirdi diye düşünüyorum. Tabi olay retragrat düşündüğünde yapılmamış olmanın sıkıntıları ortaya çıkmaktadır.

Adli Tıp Kurumu: Acil hekiminin hastanın ilk muayenesini yaparak günün nöbetçi Cerrahi Üroloji Uzmanından konsültasyon istediği, Üroloji uzmanı tansiyon düşüklüğü (TA:70/40) nedeniyle sıvı replasmanına başladığı, tekrarlanan hemogramda 1 gr düşme saptanması üzerine perikard tamponadı düşünülerek Kardiyoloji Uzmanından konsültasyon istediği, EKO yapıldığı, perikard içi kanama saptanmaması üzerine Genel Cerrahi Uzmanı hastaneye davet edildiği, saat 17.50'de genel cerrah hastayı değerlendirdiği, saat 18.00'de Genel Cerrahi servisine yatırışı yapıldığı, saat 18.30'da eks olduğu, otopsisinde künt batın ve pelvis travması, karaciğer ve mezo yaralanması tespit edildiği, hemodinamisi yapılan sıvı replasmanına rağmen düzelmeyen hastada batın için kanama düşünülerek batın lavajı yapılmasının gerekli olduğu, yapılmamasının tıbbi bir eksiklik olduğu, cihetle Genel Cerrahi Uzmanının eyleminin tıp kuralarına uygun olmadığı, Hastanın ilk muayenesini yaparak ilgili cerrahi branştan konsültasyon istemi nedeniyle acil hekimi ve hastayı muayene eden acil cerrahi havuz nöbetçisi Üroloji Uzmanının eylemlerine kusur atfedilemeyeceği mütalaasına varıldı.

Üroloji Öğretim üyesi bilirkişi raporu: Hasta acile getirildikten sonra pratisyen hekim, cerrahi nöbeti tutan üroloji uzmanı ve acil şefi kardiyoloji uzmanı tarafından muayene ve değerlendirmelere tabi tutulmuş, sıvı replasmanı yapılmıştır. Tansiyon düşüklüğü, hemogramda düşme olan hastada yapılması gereken kanama odağı aranmıştır. Hastanın batın bulgusunun olmaması nedeniyle başka kanama odakları aranmış, kalp tamponadı düşünülerek eko yapılmıştır. Batın kanaması bulgusu olmadığı gerekçesi ile batın dışı kanama nedenleri araştırılmış. Ancak otopside batın içi kanama ve buna bağlı ölümden bahsedilmektedir. Otopside kanamanın yeri anlaşıldıktan sonra batın lavajının neden yapılmadığını sorgulamak kolaycı bir yaklaşımdır. Hekimler muayene bulgularına göre ilk başta batın kanamasını düşünmemişlerdir. Otopside kanama göğüs boşluğunda olsaydı veya kafa içinde olsaydı başka yorumlar yapılacaktı. Acilde zaman çok önemli olmasına rağmen sorunun ne olduğunun anlaşılması için muayene, tetkikler ve değerlendirmelerle bir sürenin geçmesi kaçınılmazdır. Hastanın sorunun ne olduğu anlaşıldıktan sonra tedavi planı ve ameliyat yapılabilir. Genel cerrahi uzmanı çağırıldıktan sonra

20 dakikada hastaneye ulaşmış ve muayeneden sonra tedavi planlanmış ancak yaklaşık 40 dakika sonra hasta eks olmuştur. Nöbetçi üroloji uzmanı Genel Cerrahi uzmanını daha erkenden çağırması ve genel cerrahi uzmanı daha aktif davranması gerekirdi. Bu durumda hastanın kurtulma ihtimali olabilirdi. Öte yandan genel cerrah erkenden çağrılıp, tanı konulabilseydi ve hasta ameliyata alınsaydı ölüm yine de olabilirdi. Kusurlu haseket ile ölüm arasında illiyeti kesin olarak söyleyebilmek mümkün değildir. Ölüm ile doktorun kusurlu hareketi arasında direk illiyet vardır denildiğinde trafik kazasının etkisini dikkate almamız oluruz. Kişinin ölümüne sebep trafik kazasıdır. Hem üroloji uzmanı hem de genel cerrahi uzmanının kusurları ölüm arasında indirek bir illiyet bağı mevcuttur.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Halil Alış, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Trafik kazası ile gelen hastada hipotansiyon ve hemogram düşüklüğü olmasına rağmen batin içi kanama tespit edilememiş. Böyle bir vakada değerlendirme-ayırıcı tanı nasıl yapılmalıydı? Vakaya yaklaşımı klasik ve klavuz bilgilerine göre değerlendir misiniz?

Dosya üzerinden yapılan incelemede; dosyadaki hastaya ait muayene bilgileri ve istenen tetkiklerin ayrıntısının olmaması- eksik olması hasta hakkında yorum yapmayı olanaksız kılmaktadır. Ancak dosyadaki bilgiler ışığında olgu genel özellikleri ile tartışılacaktır.

Hastanın AİTK ifadesi ile hastaneye başvurduğu, acilde görevli pratisyen hekim tarafından ilk değerlendirmesinin yapıldığı, daha sonra nöbetçi cerrahi uzmanına (Üroloji uzmanı) ve onun değerlendirmeleri sonucunda da genel cerrahi Uzmanına haber verildiği anlaşılmaktadır. Hastanın geliş ve sonrasında ki tansiyon, nabız ve şuur durumunun ve fizik muayene bulgularının bilinmesi gereklidir.

	Sınıf I	Sınıf II	Sınıf III	Sınıf IV
Kan kaybı (ml)	0-750	750-1500	1500-2000	>2000
Kan kaybı (% vücut volüm)	0-%15	%15-30	%30-40	>%40
Nabız/dk	<100	100-120	120-140	>140
Sistolik basınç	Normal	Normal	Azalmış	Azalmış
Nabız basıncı	Normal/artmış	Azalmış	Azalmış	Azalmış
Solunum sayısı	14-20	20-30	30-40	>35
İdrar çıkışı (ml/saat)	>30	20-30	5-15	Neredeyse yok
SSS-mental durum	Hafif anksiyöz	Anksiyöz	Anksiyöz, konfü	Konfü, letarjik
İlk sıvı replasmanı	Kristalloid	Kristalloid	Kristalloid ve kan	Kristalloid ve kan

Tabloda görüldüğü gibi ancak 750-1500 ml arasında kan kaybında, hastada bulgu ortaya çıkmaya başlamaktadır. Bu nedenle künt travma ile başvuran hastalarda yapılması gereken standart tetkikler tanımlanmıştır. Hemogram, kan grubu, toraks grafisi, pelvis grafisi, cranial BT (veya cranial grafi) gereklidir. Hastanın takibinde tansiyon düşüklüğü ve hemogram düşüşünün olması (Dosyada bahsedilen 11 değeri normal olarak sayılmamalıdır) travma ile başvuran olguda kanama odağının araştırılmasını zorunlu kılar. Bu durumda kanama odağı için öncelik toraks ve batına ait olmalıdır ve bu amaçla da objektif tanı araçlarını gerekli kılar. Güncel kılavuzlar bu amaçla toraks kaynaklı kanama için tomografiyi; batin kaynaklı kanama içinse ilk olarak FAST (acilde yapılan ve 6 bölgeye bakılan USG) veya batin tomografisini önermektedirler. Ponksiyon veya lavaj güncel algoritmalarda yer almamaktadır.

Bu tetkikleri isteme görevi acilde hastayı karşılayan veya gören her hekime, bu tetkiklerin yapılacağı cihazların çalışır durumda tutulması görevi ise hastane idaresine aittir. Eğer bu tetkikler zamanında istenmiş / çekilmiş olsa idi hastanın tanısı daha erken dönemde konulabilirdi. Sırasıyla ilgili hekimlerin bu tetkikleri istemisi beklenirdi.

2- Üroloji uzmanının cerrahi nöbeti tutmasını nasıl değerlendirir siz. O gece genel cerrahi uzmanı nöbetçi olsaydı durum değişir miydi?

Travmaya ilk yaklaşım ve tanının konulması, pratisyen hekim dahil olmak üzere acilde bulunan tüm hekimlerin bilmesi ve uygulaması zorunlu olan bilgilerdir. (Bu nedenle hastayı gören tüm hekimler tanı konma aşamasındaki eksiklik nedeni ile sorumlu tutulmalıdır)

Hipovolemik şokta ilk tedavi tüm hekimlerce bilinmeli ve uygulanmalıdır (Resüsitasyon eksikliği nedeniyle tüm hekimler sorumlu tutulmalıdır) İlgili uzmanlık dalının görevi kendi alanı ile ilgili konulan tanının tedavisi alanında başlamaktadır.

Genel cerrahın ilk andan itibaren acilde bulunması hastaya yaklaşımı değiştirebilirdi.

Ancak hastane acilinde nöbet esasları Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliğinde belirlenmekte ve acilde nöbet tutan hekimler yukarıda anılan esasları kabul etmiş olarak kabul edilmektedirler.

3- Bu dosya hakkında bilirkşi görüşünüz nasıl olurdu?

Hastanın tanısının konulmasındaki gecikme, resüsitasyon aşamasındaki yetersizlik ve genel cerrahi konsültasyonu istenmesindeki gecikme dolayısı ile hekimlerin; ilgili tetkik araçlarının çalıştırılmaması dolayısı ile idarenin kusurlu olduğunu düşünüyorum. Hekimlerle ilgili kusur dağılımı ise ayrıca tartışılmalıdır.

3.9.5 BİSİKLETTEN DÜŞME SONUCU URETRA YARALANMASI: GEÇ TANI

İDDİA

Küçük çocuk 14/06/2010 tarihinde evlerinin bahçesinde bisiklet sürerken dengesini kaybederek düşmüş ve kalça kısmında anüsün 2,5 cm sağında bir yaralanma meydana gelmiştir. Çocuğun çığlıklarını duyan annesi ve komşular hemen Devlet Hastanesi Acil Servisine götürmüşlerdir. Küçük çocuğun yakınlarının telaşına rağmen şüpheli doktor cep telefonu ile konuşmakta, konuşması bittikten sonra ancak yaraya bakmıştır. Şüpheli doktor umursamazlığı bununla da kalmamış yaralı bölgeye baktıktan sonra hemşireyi çağırarak 2-3 dikiş atın gönderin şeklinde talimat vermiştir. Bunun üzerine çileden çıkan müşteki baba çocuğun yarasının sanıldığından kötü olabileceğini daha özenli bir müdahale ile bakılmasını bu şekilde geçiştirilmemesini belirtmiş de şüpheli doktor Serdar azarlayarak " Ne panik yapıyorsun altı üstü ufak bir çizik" demiş ve güvenliği çağırarak müştekiyi dışarı çıkarmıştır. Dolayısıyla küçük Kürşat dikiş atılarak 15 dk sonra evine gönderilmiştir.

Eve dönen küçük çocuğun gün boyunca ağrıları ve feryatları sürmüştür, bir türlü idrarını yapamamıştır. Aile tüm geceyi uyumadan geçirdikten sonra sabah 09:30'da ambulans çağrılarak tekrar anne ve babası tarafından Devlet Hastanesi Acil Servisine ulaştırılmıştır. Durumu gösterilen buradaki bir doktor çocuğun derhal çocuk Hastanesine sevk edilmesi gerektiğini söylemiştir. Derhal ambulansla Çocuk Hastanesi Acil Servisine götürülen çocuk diğer şüphelilerden burada çalışan doktora gösterilmiştir. Şüpheli doktor çocuğun dikişlerden dolayı idrarını yapamadığını belirtmiş ve "bölgeye su tutun idrarını yapar" diyerek pansuman yapmış ve yine müştekiler evlerine gönderilmişlerdir. Her iki müdahaleye rağmen küçük çocuğun şikayetleri artarak devam etmiştir.

Ertesi gün çocuğun karnı şişmeye başlamış ve ağrıları dayanılmaz hale gelince tekrar ambulans çağrılarak Çocuk Hastanesi'ne ulaştırılmıştır. Bu defa Çocuk Cerrahi Servisinde görevli diğer şüpheli doktor doktor bakmış ve muhtemelen küçük çocuğun yaradan dolayı enfeksiyon kapıldığını söylemiş, çocuğu hastaneye yatırmış ve 3 gün boyunca antibiyotik tedavisi uygulamıştır. 3 gün boyunca süren antibiyotik tedavisinden sonra küçük çocuk iyileşmek yerine daha da kötüleşmiş ve 3. günün sonunda makatından idrar yapmaya başlamıştır. Ardından dikişleri patlamış ve o bölgede biriken cerahat üzerine boşalmıştır. Durumun ciddiyetini anlayan doktor küçük çocuğu Tıp Fakültesi Hastanesi'ne sevk etmiştir. Tıp fakültesine geldiğinde eksiksiz tetkik ve tahliller yapılmış ve bisikletin metal bir parçasının makatından 11 cm içeri girerek saplandığı, o bölgedeki idrar, yollarını kopararak parçaladığı, bölgenin yoğun şekilde iltihaplanarak kangrene dönüştüğü tespit edilmiştir. Burada tedavisine başlanan çocuk yaklaşık 1 ay boyunca bu hastanede yatmış ve 9 tane ameliyat geçirmiştir. Taburcu işleminden sonra 2 ay boyunca sonuyla gezmiş ve okuluna devam edememiştir. Şüphelilerin görevlerine aykırı ve ihmali hareketlerinden dolayı meydana gelen tüm bu olaylar neticesinde çocuğun üreme sisteminde bir hasar olup olmayacağı

belirsizdir. Ancak çocuğun 16 yaşına gelmesinden itibaren aydınlatılabilecek bu hususta aile korkuyla beklemektedir.

Şüphelilerin görevlerini gereği gibi yerine getirmemeleri küçük çocuğun ve ailesinin önemli mağduriyetlerine yol açmıştır. Türk Ceza Kanunu'nun 257. maddesinin birinci fıkrası kamu görevlisinin görevinin gereklerine aykırı hareket etme suretiyle ve ikinci fıkrası ise görevinin gereklerini yapmakta ihmali veya gecikme göstermek suretiyle kişilerin mağduriyetine sebep olma suçunu düzenlemiştir. Buradan hareketle şüpheliler birinci ve ikinci fıkra hükmünde yazılı suçlar ve bütün şüpheliler açısından bir mesleğin icrasının gereği gibi yerine getirilmemesi suretiyle taksirle yaralama suçu esas olmak üzere suç duyurusunda bulunma zorunluluğu doğmuştur.

SAVUNMA

Devlet Hastanesi Acil Servis Doktoru: Acil Serviste nöbetçi iken, bisikletten düşme şikayetiyle getirilen hastanın yapılan muayenesinde genel durumu iyi idi. Hastanın yakınlarından alabildiğimiz kadarıyla edinilen anemneze göre hastanın bisikletten düştüğü, düşerken kimsenin görmediği ve yerden alınarak getirildiği ve kalça kısmında kesi olduğu söylendi. Hasta yakınlarına tekrar bisikletten kendisinin mi yoksa başka biri tarafından mı düşürüldüğü veya trafik kazası olup olmadığı sorularak olayın adli bir olay olup olmadığı öğrenilmeye çalışıldı. Ama ısrarla sadece bisikletten düştüğü söylendi. Çocukta bunu teyit etti. Yapılan gözlem ve muayenede hastanın şuurunun açık olduğu, oryantasyon ve koopereasyonunun olduğu, kol ve bacak motor hareketlerinin olduğu, batının rahat ve gevşek olduğu ağrının sadece kalça kısmındaki keşide olduğu gözlemlendi. Kesiye bakılırken anüste değerlendirildi. Anüste herhangi bir kesi, sıyrık, kızarıklık veya çatlak olmadığı görüldü. Çünkü olayın farklı bir boyutu olabilirdi. Bunlar üzerine hastaya tetanoz yapıldı. Kesi temizlendi, sütüre edildi, pansuman yapıldı ve hastanın tedavisi düzenlendi. Ayrıca bu şekilde gelen diğer hastalara yapıldığı gibi hasta yakınlarına bilgi verildi. Eğer hastanın durumunda herhangi bir değişiklik olursa ne zaman olursa olsun hastanın hemen ya bize tekrar veya ilgili uzmanın olduğu hastaneye götürmesi söylendi. Bütün bunlar hasta yakınının yarattığı gerginlik ve zor şartlar altında yapılmaya çalışıldı. Şöyle ki hasta yakını Acil Servise girdiği andan itibaren ajite bir haldeydi. Bu gibi durumlarda hasta yakınından sağlıklı bir bilgi almak için sakinleştirilmeye, panik yapmaması gerektiği söylenerek yatıştırılmaya çalışılır. Ancak hasta yakınının ajitasyonu devam etti. Bu ortamda bir yandan olayın ne olduğu anlaşılılmaya çalışılıyordu, bir yandan da hasta yakınının sözlü tacizine maruz kalmıyordu. Sağlıklı bir muayene yapabilmek ve anamnez alabilmek için hasta yakını mecburen dışarı çıkarılmak zorunda kalındı. Bu uygulama gelen hastanın ve orada bulunan diğer hastaların iyiliği için yeri geldiğinde yapılması gereken bir uygulamadır. Çünkü Zaten Acil Servis ağır çalışma koşulları olması yanında ne yazık ki gelen hasta yakınları tarafından doktor, hemşire ve diğer yardımcı sağlık personelinin sıkça sözlü ve fiziksel tacize maruz kaldığı ve yeterli güvenlik önleminin olmadığı bir servistir. Bu yüzden ajite olan hasta yakınının dışarı çıkarılması söylediğim gibi normal bir uygulamadır. Ayrıca söylendiği gibi o anda acil serviste hiç hasta bulunmamaktaydı sözü yanlış bir sözdür ki o gün için bakılan acildeki hasta sayısı 789'dur bu rakam bazen 1000'lere kadar çıkmaktadır. Takdir edilir böyle yoğun bir ortamda telefonu elimize alıp sohbet etme gibi bir lüksümüz yoktur. Yapılan telefon görüşmeleri yine hastalarla ilgili keyfi değildir. Hasta yakınının söylediği gibi hastanede hastanın 15 dakika kaldı yönündeki sözü doğru değildir. Zira yetişkin bir hastaya bile dikiş atmak vakit alıcı ve zordur ki bir çocuğa dikiş atılması 15 dakika gibi bir süre içinde imkansızdır. Ayrıca hasta yakınının verdiği ifadeden hastanın ağrısının arttığı idrarını yapamamasına karşın söylendiği gibi bize o gün tekrar getirilmediği veya başka bir hastaneye götürülmediği anlaşıldı.

Çocuk Hastanesi Acil Servis Doktoru: Acilde nöbetçi iken, bana makattan ağrı ve kaka yapamama şikayeti ile başvurmuştur. Çocuğun bir gün önce bisikletten düştüğünü ve Devlet Hastanesi Acilinde makat yakınındaki yaraya dikiş atıldığını sorgulayıp öğrendim. Hastanın dış görüntüsü doğaldı. Ateşi yoktu. Kalp atışı normaldi. Karın muayenesinde anormallik saptayamadım. Ama hastada travma hikayesi olduğu için batın USG değerlendirmesi istedim. Sonuç normal çıkınca cerrahi konsültasyon önerdim. Cerrahi uzmanı hastayı muayene ettiğinde acil cerrahi durum düşünmedi. Yatışa gerek görmedi. Bu durumda hastanın yara bakımını yaptırıldı. Aile kaka yapamadığından şikayetçi idi. Kazadan beri ikinci gündü iki gün kaka yapmamak, batın USG normal iken acil bir durum değildir. Hastaya hem yara

temizliği, hem bağırsak boşaltımı için oturma banyosu önerdim. Durumunda kötüleşme olursa tekrar gelmesini tembihleyerek eve gönderdim. Ertesi gün hasta karın ağrısı ve kaka yapamama şikayeti ile tekrar gelince, nöbetçi cerrahla görüşerek hastaneye yatışını yaptım. Ben acil doktoru olarak hastaya bilgilim ve inisiyatifim oranında gerekeni yaptığımı düşünüyorum.

Çocuk Hastanesi Çocuk Cerrahi Servis Doktoru: Çocuk Hastanesi Çocuk Cerrahi Kliniği'nde görevli uzman doktorem. Hasta 16.06.2010 tarihinde tarafımdan Çocuk Hastanesi Acil Servisinde değerlendirildi. Ailenin anlattığı hikayeden 14.06.2010 tarihinde bisikletten düşerek perianal bölgeden yaralandığı ve Devlet Hastanesinde yaranın dikildiği öğrenildi. Hastanın aynı zamanda düşmeye bağlı penil glansta ekimozu mevcuttu. Hastanın benim değerlendirdiğim sıradaki şikayetleri sol kalçada ve dikilen yarada kızarıklık, idrar yaparken yanma ve damla damla idrar yapma idi. 'Hastanın idrarını yapamadığı' şeklinde davacı tarafın iddia ettiği durum gerçeği yansıtmamaktadır. Hastanın idrarını yaptığı hemşire gözlemlerinden de görülebilir. Düşmeye bağlı penis ucunda morluk ile başvuran hastalarda idrar yaparken yanma ve yandığı için de idrarını damla damla yapma söz konusudur. Bu sebeptir ki hastanın idrar yaparken yanma ve damla damla idrar yapma şikayeti bu duruma bağlandı. Hastanın 2 gün önce devlet hastanesinde acil doktoru tarafından yarası dikildiği için herhangi bir ek yaralanma görülmediği düşünülerek kapalı yara açılmadı. Hasta bahçede bisikletin metal aksamı ile yaralandığı için kalçadaki ve yaradaki kızarıklık yumuşak doku enfeksiyonuna bağlandı. Ailenin ve çocuğun endişelerini azaltmak, yara enfeksiyonunun iyileşmesini hızlandırmak ve çıkabilecek ek yaralanma ve komplikasyonları gözlemlemek amacı ile hasta Çocuk Cerrahi Servisine yatırıldı. Hasta ve ailesi yatış sırasında hastalık, olası riskler ve tedavi konusunda bilgilendirilerek onam formu hastanın babası tarafından imzalandı. Davacı tarafın iddia ettiğinden farklı olarak hastanın karın şişliği yoktu ve muayenede karın şişliği gözlemlenmedi. Hastaya antibiyotik ve ağrısını azaltmak için ağrı kesici başlandı. Yatırıldığı gün 39 dereceyi bulan ateşinin olması enfeksiyon lehine idi. Yatırıldığı gün hastamızdan gönderilen tam kan sayımı da enfeksiyonu desteklemekte idi (Beyaz küre sayısı: 15000/uL). İddia edildiği üzere 2 gün boyunca hastamız idrar yapmamış olsaydı böbrek fonksiyon testlerinin bozulmaya başlaması beklenirdi, fakat hastamızın böbrek fonksiyon testleri normaldi (Üre: 33 mg/dl ve Kreatinin:1.02 mg/dl). Hastamızın dikiş atılan bölgesine pansumana başlandı. Hastaya günlük klinik izlem notları yazıldı. 17.06.2011 tarihinde yara yerinde az miktarda açık sarı renkte seröz akıntı gözlemlendi ki bir gün önce muayenede yoktu. Kızarıklık bir gün önce ile aynı düzeyde idi. Pansuman, antibiyotik ve ağrı kesici tedavisine devam edildi. Hastamız idrar yaparken yandığını ve damla damla yapmaya devam ettiğini ilettili. 1 kez normal gaita çıkışı oldu. Antibiyotik tedavisi başladıktan sonra ateşi olmadı. 18.06.2010 tarihi sabahındaki muayenede kızarıklık ve az miktarda seröz akıntı devam ediyordu. Aynı gün saat 24:00'de hastalara vizit yaparken hasta idrarını dikiş atılan yerden yatağına yaptığını ilettili. Hastanın yatağı tarafımdan incelendi ve gaita ile karışık ıslaklık gözlemlendi. Hastanın sulu ishal mi olduğu yoksa idrarını dikiş atılan bölgeden mi yaptığını net olarak anlaşılmadığı için hastanın sabaha kadar olan idrar ve gaita takipleri yapıldı. Hastanın idrarını dikiş bölgesinden yaptığını düşünülürdü. Apse ve seroma bu bölgeye yapılan ultrasonografi ile ekarte edildi. Aynı anda karın ultrasonografisi de yapıldı, normaldi. Kayıtlardan anlaşılacağı üzere hastaya ultrasonografi yapılmadığı iddiasının doğru değildir. Hastamızın dikiş atılan bölgesinden cerahatin üzerime fışkırdığı iddiasının da gerçeği yansıtmadığı hemşire gözlemi, doktor klinik gözlemi ve ultrasonografide apse saptanmaması ile çürütülmektedir. Hastamızda üretral yaralanma düşünülerek tanının kesinleştirilmesi, yaralanmanın yeri ve boyutunun anlaşılması için skopi altında üretrogram planlandı. Fakat hastanemiz skopi cihazı yoktu. Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı ile görüşerek 112 ambulansı eşliğinde hastamızın güvenli ve uygun şartlarda sevkini gerçekleştirdim.

BELGELER

Çocuk Hastanesi Çocuk Cerrahi Servisi epikriz notunda; Servise alınan çocuğun takiplerinde vital bulgular stabil seyretti. Antibiyotik tedavisine rağmen kızarıklık ve hassasiyeti gerilemeyen hasta 18.06.2010 saat 24 de perianal bölgeden idrarının geldiğini tarifledi ishal ? üretra travması ? hastanın sabaha kadarki takiplerinde perianal bölgede idrarının yaptığı anlaşıldı. Usg normal, yüzeysel usg de sol gluteal bölgede ödem+abse yok. Hasta Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahi bölümüne ambulans ile sevk edildi.

Tüm Abdominal Ultrasonografi 21.06.2010 tarihli raporunda; Batında serbest sıvı izlenmedi Sol-da glutoal bölgede cilt ve cilt altı dokular ödemlidir. Abse görünümü saptanmadı. Mesane konturları mantazam olup lümende patoloji saptanmamıştır.

Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı 02.07.2010 tarihli epikriz notunda; 14/06/2010 tarihinde bahçede bisiklet sürerken bisikletin gidonu yerinden çıkmış ve gidonunu tutan kısım hastanın makatının yan tarafına batmış. Gaziantep'de çocuk hastanesine götürülmüş. Hasta acilde değerlendirilmiş, daha sonra yırtığı primer olarak dikilmiş. Eve gönderilen hastanın bir gün sonra idrarını yaparken yanma ve zorlanma olmuş. bu şikayet ile çocuk hastanesine götürülen hastaya çocuk cerrahisi doktoru değerlendirmiş. Glansta hemotom olduğu görünce temizlenmiş eve gönderilmiş ve hastaya ılık oturma banyosu verilmiş ancak eve giden hasta idrarını yaparken ağrısı devam etmiş kesik kesik işemiş dikiş atılan yerde kızarıklık olunca 16/06/2010 tarihinde selülüt düşünülerek hasta çocuk cerrahisi kliniğine yatırılmış. Hastaya cefemazi, biteral, amikasin tedavisi başlanmış. İdrarını kesik kesik yapan hastanın kaka yapma problemi olmamış. 18/06/2010 tarihinde ağrısı olan huzursuzlanan hasta kıncınca dikiş atılan yerden ve makatından bol miktarda ishal şeklinde sıvı gelmiş. Bu sabah da aynı şekilde makatından sıvı gelince idrar olduğu düşünülerek hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla kliniğimize gönderilen hasta yatırıldı. GD iyi. GÜS muayenesinde sol gultealde yaklaşık 3cm lik insizyon mevcut ve oradan idrar geldiği görüldü. Hastanın gluteası üzerinde hiperi kızarıklık ve hassasiyet mevcut. Diğer sistem bulguları doğal.

Travma nedeni ile kliniğe yatırılan hasta 20/06/2010 da ETGAA da sistostopi yapıldı. Sistoskopide posterior üretradan ileriye gidilemedi mesaneye geçilemedi üretranın koptuğu düşünülen hastaya acık sistostomi yapıldı ve uretraya sonda takıldı, penroz dren yerleştirildi. işleme son verildi. postop antibiyoterapi başlanan hasta destek tedavisi ile takip edildi. 21/06/2010 da hastaya maske ile GAA da yara depritmanı yapıldı. Litotomi pozisyonun da anüs sol tarafında yara içinden hematom boşaltıldı. Eski penroz dren çıkarıldı. Yeni penroz dren yerleştirildi. 23/06/2010 da hastaya maske ile GAA da yara depremanı yapıldı. Tekrar penroz dren yerleştirildi. 25/06/2010 da maske ile GAA da eski dern çekildi. Debitman yapıldı. 12 no nelaton sonda yerleştirildi. lavman yapıldı. Batikonla yıkandı. Pansumanı kapatıldı. 27/06/2010 da diren yerindeki nelatondan yıkama yapıldı. 01/07/2010 da maske ile GAA litotomi pozisyonunda muayene yapıldı. Yara yerine bakıldı. Granülasyon dokusu oluşmuştu. yara yeri kapanmıştı. dren ile yıkama yapıldı. Aşağıdan geleni yoktu. Sistostomi kenarındaki dikişler alındı. Dren çekildi. işleme son verildi. Problemi olmayan hastaya taburcu edildi.

Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı 13.08.2010 tarihli epikriz notunda; 14/06/2010 da bisikletten düşme sonucu bisiklet gidonu makatına batan hastaya 20/06/2010'da kliniğimizde sistostopi yapıldı. posterior üretra rüptürü mevcuttu. Phanensfstiel insizyonla laparotomi yapıldı. Üretradan ve mesaneden sonda geçirilerek uçları bağlandı. Üretra onarımı yapıldı. Şu an sistofiksten ve üretradan idrarını yapan hasta üretra sondası çekilmesi planlanarak kliniğe yatırıldı. 12/08/2010 da üretra sondası çekildi. Çekilen dintegred grafide üretra kalıprasyonu iyi idi. Hastanın sistofiksi kapatıldı. Kontinan olduğu görüldü. Problemi olmayan hasta önerilerle taburcu edildi.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Ön incelemeci: Devlet Hastanesi Acil Serviste görevli doktor, bisikletten düşme şikayeti ile gelene hastada üretra yaralanmasını düşündürecek bulguların (perinede üninom veya hematom, meatustan kan gelmesi, işeyememe ve buna bağlı glob vezika, pelvis kırığı) bulunmaması üzerine mevcut perine yaralanmasını yüzeysel bir cilt kesisi olarak değerlendirerek sütüre etmiş, tedavisini düzenleyerek gerekli önerilerde bulunmuştur.

Çocuk Hastanesi Acil Serviste görevli doktor, travmadan bir gün sonra "kaka yapamama ve makatta ağrı" şikayeti ile gelen hastayı değerlendirmiş, sütüre edilmiş bölge ve karm muayenesi de dahil olmak üzere fizik muayene bulgularında bir anormallik saptamamıştır. Travma hikayesi olması üzerine yaptırdığı ultrasonografi ve cerrahi konsültasyonunun da normal, değerlendirilmesi üzerine hastaya önerilerde bulunarak göndermiştir.

Çocuk Hastanesi Çocuk Cerrahi Servisinde görevli doktor, travmadan 2 gün sonra acil servise başvuran hastayı takip amacıyla yatırmıştır. Damla damla idrar yapma şikayeti olmasına rağmen hastada glob vezika olmayışı, hematüri/üretoraji olmayışı, sütüre edilmiş perine bölgesinde hematom/üninom

gelişmemesi, ultrasonografi ve kan biyokimyasının normal oluşu, hemşire gözlemlerinde hastanın idrar yaptığının belirtilmesi gibi nedenlerle üretra yaralanması düşünmemiş, hastanın bu yakınmasını glans peniste mevcut olan ekimoza bağlamıştır. Yaralanmadan 4 gün sonra sütüre edilen bölgeden idrar gelmesiyle üretra yaralanması düşünerek hastayı başka merkeze sevk etmiştir.

Üretra yaralanmalarının klinik seyrinde farklılıklar olabilmektedir. Her üretra yaralanmasında idrar ekstravazasyonu olmamakta, bazen üretra laserasyonu olmadan ödem ve hematoma bağlı disüri şikayetleri olabilmektedir. Bu tür hastalar kendiliğinden düzelebildiği gibi geç dönemde üretral darlık gelişince hastaneye başvurabilmektedir. Çocuk hastada ilk başvurusu ve hastanede yatarak gözleminin ilk 3 gününde üretra yaralanması düşündürecek klasik bulgular kaydedilmemiştir. Hastada mevcut olan damla damla idrar yapma şikayeti hekim tarafından glans peniste ekimoza atfedilmiştir. Hastanın açık cilt yarasının sütüre edilmesini takip eden ilk günlerde değil ancak 4. günden itibaren cilt kesisi hattından idrar gelmeye başlaması, travmayı takip eden ilk günlerde üretra bütünlüğünün korunduğunu ve fistülün sonradan geliştiğini düşündürmektedir. Gelişen bu yeni bulgu hastanede müşahede altındayken saptanmış ve bundan sonraki süreç üretra yaralanmasına göre yönlendirilmiştir. Tüm bu değerlendirmeler ışığında hastaya yapılan müdahalelerde hizmet kusuru olmadığı kanaatine varılmıştır.

Üniversite öğretim üyesi bilirkşi: Perinede yaralanma ile getirilen çocukta yaralanmanın boyutu değerlendirmeden, konsültasyonlar istenmeden yaranın kapatılması, ikinci gelişte şikayetlere yönelik değerlendirmeler yapılmaması, klasik bilgilere göre ayırıcı yanı yapılmaması nedeniyle tıbbi hata mevcuttur.

Adli Tıp Kurumu: 2000 doğumlu çocuk hakkında düzenlenmiş tıbbi ve adli evrakların incelenmesi sonucunda; davacının ilk başvurusu ve hastanede yatarak gözleminin ilk 3 gününde üretra yaralanması düşündürecek klasik bulgular kaydedilmediği, hastada mevcut olan idrar yaparken zorlanma şikayetinin hekim tarafından glans peniste ekimoza atfedildiği, hastanın açık cilt yarasının sütüre edilmesini takip eden 4. günden itibaren cilt kesisi hattından idrar gelmeye başlaması, travmayı takip eden ilk günlerde üretra bütünlüğünün korunduğunu ve fistülün sonradan geliştiği, gelişen bu yeni bulgu hastanede müşahede altındayken saptandığı ve bundan sonraki süreç üretra yaralanmasına göre yönlendirildiği, üretra yaralanmalarının klinik seyrinde farklılıklar olabileceği, her üretra yaralanmasında idrar ekstravazasyonu olmadığı, bazen üretra laserasyonu olmadan ödem ve hematoma bağlı disüri şikayetleri olabileceği, davalı doktorların hastanın tanısı ve tedavisi için yaptıkları işlemlerin tıp kurallarına uygun olduğu oy birliği ile mütaala olunur.

DEĞERLENDİRME-1

Yard. Doç. Dr. Eray KEMAHLI, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Perinede yaralanması olan çocuğun şikayetlerindeki dikkate alarak her üç müracaatta yapılan tıbbi uygulamaları klasik ve klavuz bilgilerine göre yorumlayınız?

Üretra yaralanmaları oluş şekillerine göre (künt veya delici, iyatrojenik veya iyatrojenik olmayan) ve etkilenen üretra bölgesine (anterior veya posterior) göre sınıflandırılır. Beraberinde eşlik eden komşu organ yaralanması (rektum, mesane, vajen) var ise kompleks yaralanmalar olarak adlandırılırlar.

Üroloji pratiğinde üretra yaralanmalarının çoğu iyatrojenik (transüretral kateterizasyon, transüretral cerrahi, sonda uygulaması, olarak meydana gelmesine rağmen klasik bilgiler büyük çoğunluğunun künt travmalar sonrasında (motorlu taşıt kazaları, perine üzerine düşmeler) geliştiğini söylemektedir (Mundy, A.R., et al. Urethral trauma. Part I: introduction, history, anatomy, pathology, assessment and emergency management. BJU Int, 2011. 108: 310, Bjurlin, M.A., et al. Genitourinary injuries in pelvic fracture morbidity and mortality using the National Trauma Data Bank. J Trauma, 2009. 67: 1033.). Posterior uretral yaralanmalar özellikle pelvik ringin hasarlandığı kırıklarda görülür (Bjurlin, M.A., et al. Genitourinary injuries in pelvic fracture morbidity and mortality using the National Trauma Data Bank. J Trauma, 2009. 67: 1033.). Sakroiliak eklemin eşlik ettiği/etmediği ata biner (straddle)tarzı düşmelerde ve Malgaigne fraktürlerinde üretral yaralanma riski en yüksektir (Koraitim, M.M., et al. Risk factors and mechanism of urethral injury in pelvic fractures. Br J Urol, 1996. 77: 876).

Bahsi geçen olguda hastanın posterior üretrasında yaralanması olduğu söylenebilir. Posterior üretra yaralanmaları cerrahi olarak parsiyel ve komplet olmak üzere ikiye ayrılır. Erkeklerde posterior üretra parsiyel yaralanmalarda üretral duvarın devamlılığı korunmuş iken komplet yaralanmalarda ayrılan üretranın uçları arasında bir boşluk oluşur. Posterior üretra yaralanmalarının %25'i basit gerilme, %25'i parsiyel ayrılma ve %50'si de komplet kopma şeklinde oluşur. Yetişkinde bulbo-membranöz üretra, prostat-membranöz üretradan daha fazla yaralanma eğiliminde olup mesane boynu ve prostatik üretra yaralanmaları nadirdir. Çocuklarda ise prostatın daha tam gelişmemesi nedeni ile üretral yaralanmalar proksimalde mesane boynuna doğru uzanma eğiliminde olabilir.

Meatusda kan görülmesi üretral yaralanmanın ana bulgusudur fakat kanamanın olmaması yaralanma ihtimalini ekarte edemez (Mundy, A.R., et al. Urethral trauma. Part I: introduction, history, anatomy, pathology, assessment and emergency management. BJU Int, 2011. 108: 310., Kitrey N.D., et al. EAU Guidelines on Urological Trauma Urology 2016, members of the EAU Guidelines Panel on Urological Trauma: Arnhem, The Netherlands.). İdrar yapamama (palpe edilebilir distandü mesane ile birlikte) diğer bir klasik bulgu olup sıklıkla komplet üretral rüptürü ile ilişkilidir (Mundy, A.R., et al. Urethral trauma. Part I: introduction, history, anatomy, pathology, assessment and emergency management. BJU Int, 2011. 108: 310.). Bunların yanında hematüri ve ağırlı idrar yapma da görülebilir. İdrar ekstrevasyonu ve kanamaya sekonder skrotal, penil veya perineal şişlik ve ekimozlar travmanın yerine ve şiddetine bağlı olarak görülebilir (Chapple, C., et al. Consensus statement on urethral trauma. BJU Int, 2004. 93: 1195). Bu klinik semptomlar gecikmiş olarak (>1 saat) ortaya çıkabilir.

Rektal yaralanma olguların %5'inde eşlik eder ve bu durumu dışlamak için rektal muayene mutlaka yapılmalıdır. Rektal muayenede parmakta kan görülmesi ve/veya laserasyonun palpe edilmesi rektal yaralanmayı düşündürür (Figler, B.D., et al. Multi-disciplinary update on pelvic fracture associated bladder and urethral injuries. Injury, 2012. 43: 1242). Muayenede yüksek yerleşimli prostat saptanabilir ama güvenilir bir bulgu değildir. Muayenede rektal yaralanmanın tespit edilememesi atmış morbiditeye ve hatta mortaliteye sebep olabilir. Hasta kadın ise olası vajinal laserasyonu değerlendirmek için vajinal muayene de şarttır.

Üretral yaralanmaların önemli bir bulgusu da foley kateterin ilerletilmesinde karşılaşılan zorluktur (Figler, B.D., et al. Multi-disciplinary update on pelvic fracture associated bladder and urethral injuries. Injury, 2012. 43: 1242).

Akut üretral yaralanma düşünülen erkek hastada retrograd üretrografi, standart tanı aracıdır (Chapple, C., et al. Consensus statement on urethral trauma. BJU Int, 2004. 93: 1195). Fossa navikularise yerleştirilip, şişirilen bir foley kateterden 20-30cc kontrast madde verilerek uygulanır. Hastaya pozisyon verilmesinde bir sıkıntı yok ise 30derece oblik pozisyonda çekilmesi önerilir. Hasta stabil değilse işlem ertelenebilir.

Üretrografi, travmanın yerinin ve yayılımının gösterilmesi konusunda yardımcıdır (Figler, B.D., et al. Multi-disciplinary update on pelvic fracture associated bladder and urethral injuries. Injury, 2012. 43: 1242.). Üretra dışına ekstrevasyon tanı koydurucudur ancak parsiyel ve komplet rüptür arasındaki ayırım her zaman net olamayabilir. Parsiyel rüptürde tipik görüntü mesane dolmaya devam ederken üretrada ekstrevasyon olmasıdır. Komplet rüptürde ise mesane dolmadan yaygın ekstrevasyon görülür (Mundy, A.R., et al. Urethral trauma. Part I: introduction, history, anatomy, pathology, assessment and emergency management. BJU Int, 2011. 108: 310).

Ultrasonografi suprapubik kateter yerleştirilmesinde yardımcı olabilir. BT ve MR ise ek yaralanmaların değerlendirilmesinde yararlıdır. Fleksibl sistoskopi akut üretral yaralanma düşünülen hastalarda komplet ve parsiyel rüptür ayırımında ve tedavide kullanılabilir (Chapple, C., et al. Consensus statement on urethral trauma. BJU Int, 2004. 93: 1195). Erken kateterizasyon için mesaneye klavuz tel iletimine olanak sağlayabilir.

Devlet hastanesi acil servisinde görevli doktor, bisikletten düşme perineal kesi şikayeti olan ve erken dönemde üretra yaralanması bulguları olmayan hastaya rektal muayene dahil gerekli müdahaleler yapıldığı belirtilmiştir. Hastanın meatustan kan gelmemesi, pelvis kırığının olmaması, idrarını yapabilmesi, glob vezikale olmaması klinik durumu gölgelemiştir. Perinedeki mevcut kesinin derinliği konusunda değerlendirme yapıp yapılmadığı ile ilgili bilgi mevcut değildir. Eğer kesinin derinliği ile ilgili gerekli muayene yapılsaydı ve derin bir yaralanma olarak değerlendirilseydi üretral yaralanmanın akla gelme ihtimali olabilirdi, cerrahi konsültasyon ve retrograd üretrografi çekilmesi ve hastanın muhtemel inkomplet

rüptürünün daha erken tanı konabilmesi ihtimalleri vardı. Bu durumda bile hastanın tanısının dört gün sonra konulup tedavisinin yapılmasının hastalığın seyrine etkisinin minimal olduğu geciktirilmiş (2 gün-2 hafta arasında yapılan) primer tedavinin, erken dönemde yapılan tedavi ile benzer potansiyel avantajları mevcut olduğu bilinmektedir. Hekim tarafından yaralanmanın yüzeysel olduğunu düşünerek kesi hattı primer olarak sütüre edilmiş, gerekli tetanoz profilaksisi yapılmış ve öneriler ile taburcu edilmiştir. Hasta ve yakının anlaşıldığı kadarı ile aynı gün içinde idrar yapamama, hematüri veya üretroraji şikayeti ile aynı veya farklı bir sağlık kuruluşuna müracaatı bulunmaması hastanın durumunun stabil olması veya doktor önerilerine uyulmaması şeklinde yorumlanabilir.

Çocuk hastanesi acil servis doktoru: Makatta ağrı ve gaita yapamama şikayeti ile başvurduğu kaydedilen hastaya muhtemelen akut batın düşünülerek gerekli muayene ve tetkikler yapılmış, hastanın şikayeti gastrointestinal sistem ile alakalı olduğu düşünülerek abdomen ultrason istemi yapılmış, cerrahi doktorundan konsültasyon istenmiş olup gerekli yara bakımı da sağlanarak önerilerle taburcu edilmiştir. Hastanın şikayetlerinin geçmemesi üzerine bir sonraki gün tekrar müracaatını takiben nöbetçi cerrah ile konsülte ederek hastanın yatışını sağlamıştır. Hastada halihazırda üretral meada kan olması, işeyememe ve dolu mesanenin palpe edilmesi tiradı olmadığı ve de yaralanmanın derinliği konusunda bilgi sahibi olunamayacağı için hastanın şikayetlerine uygun gerekli tedavi ve yönlendirilmeler yapılmıştır.

Çocuk hastanesi çocuk cerrahisi doktoru travmadan iki gün sonra acil servise başvuran hastaya gerekli muayeneyi yapmış, Hastanın şikayetinin idrar yaparken yanma ve damla damla idrar yapma ve sütüre edilen yara yeri ve çevresinde kızarıklık olduğunu belirtmiş olup, gözlem ve takip amacı ile hastaneye yatırmıştır. Hastanın idrarını damla damla ve ağrılı yapma şikayetleri glans penisde mevcut ekimoz ile birlikte travmaya bağlanmıştır. Hasta yakınlarının belirttiğinin aksine hastanın idrar yapabildiğini belirtmiştir ve bu durum hemşire gözlemleri ile de desteklenmiştir. Hastada glob vezikale olmaması, hematüri veya üretrorajinin olmaması, sütür hattından erken dönemde idrar ektravazyonunun olmaması, yara yerinin yüzeysel USG'sinde ve abdominal USG'de üretra rüptürünü düşündürecek bulgunun olmaması ve kan biyokimyasının normal olması nedeni ile üretra yaralanmasını öncelikli olarak düşünülmemiş görünmektedir. Yaralanmadan dört gün sonra yara yerinden idrar gelmesini takiben üretra rüptürü olabileceği düşünülerek ve de skopi imkanlarının olmaması gerekçe gösterilerek, gerekli tetkik ve tedavinin yapılabileceği merkeze uygun şartlar altında hastayı yönlendirmiştir. Üretra rüptürü tanısı koymak için gereken retrograd üretrografinin çekilmesi için gerekli olduğu söylene skopi cihazının olup olmadığı ile ilgili resmi bir bulgu dosyada bulunmamaktadır. Retrograd üretrografi, röntgen çekilebilme imkanı olan her sağlık kuruluşunda rahatlıkla yapılabilecek bir uygulamadır. Bunun yanında hastanın retrograd üretrografisinin çekilmeden tersiyer merkeze sevkinin hastalığının ilerlemesi ve olası bir morbidite açısından bir önemini yoktur.

2- Bu dosya hakkında bilirkşi görüşünüz nasıl olurdu?

Düzenlenmiş tıbbi ve adli evrakların incelenmesi sonucunda. Hastanın ilk başvurusundan başlayıp, yara yerinden idrar gelmesine kadar ki süreçte üretra yaralanmasının klasik patognomonik bulgularından üretroraji, hematüri, glob vezikale gözlenmediği tespit edilmiştir. Hastada olan dizüri glans penisde olduğu belirtilen ekimozla bağlanmıştır ve travma sonrasında üretral rüptürü olmasa bile dizüri gelişebileceği düşünülmüştür. Yara yerinin sütürasyonundan öncesinde ve üzerinden dört gün geçene kadar kesi hattından idrar gelmemesi fistülün sonradan geliştiğini düşündürmektedir. Kesi hattından idrar gelmesi sonrasında üretral yaralanma düşünülmüş olup bu olay müşahade altında gerçekleşmiştir. Sonraki tıbbi süreç uygun şekilde idare edilmiş olup uygun şartlarda uygun kliniğe sevk sağlanmış olup tedavisi burada uygun şekilde gerçekleştirilmiştir. Tüm hastalıklarda olabileceği gibi uretra yaralanmalarında da klinik seyir farklılıklar gösterebilmektedir. Hastanın taburcu sonrası iki ay boyunca sondalı gezmesi ve okula gidememesi durumu hastalığına geç müdahalesinden ziyade hastalığının normal seyrine bağlıdır. Davalı doktorlar hastanın tanısı ve tedavisi için yaptıkları işlemlerin tıp kurallarına uygun olduğu kanaati oluşmuştur. Hasta tanısının geciktirilmesine bağlı hasta mağduriyetinin oluştuğu düşünülmemiştir.

Hernekadar hasta yakını tarafından şikayetçi olunmasa da tersiyer merkezde cerrahi yapılmadan önce retrograd üretrografi çekilmemesi, parsiyel rüptür olabilme ihtimali olan bir yaralanmanın rijid sistoskop ile yapılan müdahale esnasında komplete dönüşme ihtimalini akla getirmektedir. Retrograd

üretrografinin erkek üretral yaralanmalarının değerlendirilmesindeki standart tanı aracı olduğu unutulmamalıdır. İleri tarihlerde gelişebilecek olası medikolegal problemlerin ortadan kaldırılabilmesi için üretral travma nedeni ile operasyon düşünülen özellikle erkek hastaların preop değerlendirilmelerinde retrograd üretrografi istenilmelidir.

DEĞERLENDİRME-2

Prof. Dr. Recai Gürbüz, Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Perinede yaralanması olan çocuğun şikayetlerindeki dikkate alarak her üç müracaatta yapılan tıbbi uygulamaları klasik ve klavuz bilgilerine göre yorumlayınız?

Perine yaralanmaları morbidite ve mortalite oranları ile seyrederek beraberinde özellikle pelvis, rektum, ürogenital sistemler gibi birbirinden farklı yapıda ve fonksiyonlara sahip bölgelerle iç içe olduğu için yaralanmalarında tedavisi zor, hemoraji, sepsis gibi ciddi sorunlara neden olabilir. Ayrıntılı anamnez, fizik muayene, travmanın tipi ve yeri çok önemlidir. Beraberinde tetanoz profilaksisi, primer suturasyon, antibiyotik tedavisi, gerekirse intravenöz tedavi ve klinik gözlem gereklidir. Hasta ilk geldiği acil serviste ilgili doktoru tarafından değerlendirilip, ilk müdahalesi yapılmış. Rektumla ilişkisi değerlendirilmiş, fakat üretrada bir travma olabileceği ayrıntılı olarak değerlendirilmemiştir. Ayrıca primer suturasyon sonrası hastayı takip etmek, idrar ve gaita takibi yapılması ve travmayla ilgili uzmanlardan konsültasyon bilgisi alınması gerekirdi. Unutulmamalıdır ki; Perine travmalarında %5 rektal yaralanma olabilir. Pelvik kemik kırıklarının olduğu travmalarda üretrada %75 etkilenebilir. Üretral travmanın klasik triadı, üretral meadan kan gelmesi, idrar yapamama ve palpable dolu mesanedir. Özellikle anterior(ön) üretral yaralanmalarda %75 kan görülebilir. Travmaya bağlı kelebek tarzı perineal ödem görülebilir. İdrar eğer ekstravazasyon oluyorsa perine, üretra boyunca ve yara yerinden gelebilir. Hastada olduğu gibi semptomların hepsi olmasa da, ayrı ayrı görülebilir, ilerleyen zamanda artabilir (EAU 2015 urology guideline). Hastanın idrar yapamaması ya da yaparken zorlanması perineye oturmuş hematoma olabilir. Ayrıca tanıyı mutlaka yapamamak gerekir. Perine travması olan hastalar mutlaka yakın gözlemlenmelidir. Üretral travmalar hakkında bilgi verecek olursak; Üretral travmalar hayati tehdit bulundurmamasına rağmen, uzun dönemde ciddi problemlere neden olabilir. Üretral travmaların %90'ı künt travmalar sebep olur. Daha sonra delici, kesici alet yaralanmaları ve iyatrojenik sebeplere bağlı olabilir. Üretra yaralanmaları Ön(anterior) ve arka (Posterior) 2'ye ayrılır. Ön yaralanmalar bulboz ve penduloz üretrayı içerirken, arka yaralanmalar prostatik üretra ve membranöz üretra yaralanmalarını kapsar. Arka üretra yaralanmalarında beraberinde pelvik kemik kırıkları mevcut iken, ön üretra yaralanmaları daha izolelidir. En sık bulboz üretra yaralanma görülür. Bulboz üretra, pubik kemik altına fiks olduğu için tekme, bisiklet ve motosiklet kazaları, yüksekten düşme gibi olaylarda, ata biner tarzda düşmelerde pubis kemikleri arasında kalan üretra sıkışır ve yaralanır. Ön üretra yaralanmaları 3 gruba ayrılır. Kontüzyon; klinik olarak üretra yaralanmayı düşündürür ama üretrografi normaldir. İnkomplet yaralanma; Üretrografide ekstravazyon gösterir ancak Üretral devamlılık kısmen korunmuştur. Kontrast madde mesane ve üretrayı doldurur. Komplet yaralanma; Üretrografide kontrast madde tamamen ayrılmıştır. Tedavide ise mesane ve arka üretra görülemez, devamlılık yoktur. (Campbell-Walsh Urology 11. Edition) Eğer üretra kontüzyon ya da inkomplet yaralanma görülürse foley sonda takılması tek başına yeterli olabilirken gerekirse perkütan sistostomi takılması gerekebilir. Üretrogramda komplet yaralanma varsa açık cerrahi gerekir. Açık cerrahi perkütan sistostomi sonrası üretra stabilizasyonu ve travmadan sonraki iyileşme sonrası en az 2 ay beklendikten sonra yapılmalıdır (Campbell-Walsh Urology 11. Edition).

Yara yerine primer suturasyon sonrası hastanın şikâyeti olursa tekrar gelmesi ya da uzmana gitmesi söylenerek taburcu edilmiş. 2. Gün hasta idrar ve gaita yapamama şikâyetiyle çocuk hastanesine başvurduğunda uzman hekimce muayene edilmesine rağmen üro-genital muayene yüzeysel yapılmış, glanstaki ekimotik alan dışında ayrıca tetkik istenmemiştir. Tekrar aynı şikâyetle ve yara yerinde selülit oluşması nedeniyle hastaneye başvuran hasta yatırılmış. Bu şikâyetlerden sonra artık idrar yapmada zorlandığını belirten hastada üretrada travmaya bağlı hasar olabileceği ve ayrıca tanı ile ilgili ek tetkikler mutlaka istenmeliydi. Üretral travmada ayrıca tanıda en etkili tetkik üretrogramdır. Fossa navikularise

kateter yerleşirip, üretraya kontrast madde verilerek, skopi eşliğinde üretra ve mesane değerlendirilmesine dayanan bir tetkiktir. Üretrograma sonucuna kontrast madde ekstravazasyonu görülürse tipine göre sistoskopi, foley sonda yada perkütan sistostomi açılması gerekirdi. Bunlar yapılmayıp hasta yara yeri enfeksiyonuna yönelik medikal tedavi verildiği anlaşılmaktadır. 4. Günde yara yerinden idrar gelmesi üzerine hasta başka merkeze yönlendirilmiş. Hadiseden anlaşıldığı kadarıyla hastada üretrada kontuziyon yada inkomplet travmanın yara yeri enfeksiyonuna sekonder olarak, idrarında bölgedeki iyileştirmeyi geciktirmesine de bağlı komplet üretra travması ve cilde fistüle olduğu anlaşılmaktadır. Ayırıcı tanı tetkikleri daha erken yapılsaydı, idrar fistül oluşmadan foley sonda ile komplet travmaya doğru gitmeden engellenebilirdi ya da üretrogramda kontrast ekstravazasyonu varsa perkütan sistostomi ile geçici olarak tedavi edilebilirdi. Yara yernin idrarla ilişkisi kesilerek iyileşme daha hızlı olabilirdi. 2. Merkezde ayırıcı tanıda en faydalı tetkik olan üretrogram çekilmesi için gerekli olan skopi aletinin olmaması da tek başına tetkik eksikliği nedeniyle doktora bağlanmaması gerektiğini belirtmek gerekir. Uzman doktor elindeki imkan ve olanaklarla hastaya en uygun tedavi yöntemiyle yaklaştığını unutmamak gerekir. Fakat bu tetkikler için daha erken başka bir merkeze sevk etmesi gerekirdi. 3. merkezde çocuk cerrahi kliniğinde klavuzlarda belirtildiği gibi öncelikle üretrogram ve sistoskopi yapılmış olup perkütan sistostomi takılmış, yara yeri revizyonu ve üretral stabilite sağlandıktan sonra 2 ay sonra rekonstrüktif cerrahi yapılmıştır. Klavuzlara uygun olarak tedavi edildiği anlaşılmaktadır.

2- Bu dosya hakkında bilirkışı görüşünüz nasıl olurdu?

Adli tıp kurumunun raporunda birinci ve ikinci kurumda hastanın üretra travmasına yönelik klasik triadi olmadığı, idrar yaparken zorlanmanın peniste ekimoza atfedildiği ve yara yerinden 4. Gün yara kesisinde idrar geldiği ve fistülün sonradan geliştiği kanatine varıldığı belirtilmiştir. Fakat hastaya ilk iki merkezde ayırıcı tanıya yönelik araştırmaların tam yapılmadığı gözlenmiştir. Oluşan fistül yara yeri enfeksiyonuna bağlı sekonder oluşabileceği gibi, üretradaki inkomplet olan bir travma yetersiz tedaviye bağlı komplet hale dönüşebileceği de unutulmamalıdır. Üretra travması olan hastalarda idrar takibi yapılmalı, eğer yapama, zorlanma varsa üretrogram tetkiki mutlaka yapılmalıdır. 4. Günde oluştuğu için hangi sebebe bağlı olduğunu anlamak zordur. Perine travmalarına rektum, üro-genital sistem, levator kası gibi birçok sistem yakın komşuluk gösterdiği için dikkatli olunmalı, akla gelebilecek bütün olasılıklar ayrıntılı şekilde değerlendirilmelidir.

3.9.6 TRAVMA İLE TORSİYON İLİŞKİLİ MİDİR?

TALEP

20.05.2013 tarihinde darp edildiği bildirilen 1997 doğumlu kişi hakkında düzenlenen adli ve tıbbi belgelerin tetkik ederek kişinin olay nedeniyle organlarından birinin işlev kaybına neden olup olmadığı, yaşamsal tehlike geçirip geçirmediği, bu yaralanmalarından dolayı basit tıbbi bir müdahale ile giderilecek şekilde yaralanmasının olup olmadığı, ayrıca suç tarihinde sanıklar tarafından dövüldüğü iddia edildiğinden, dövülme olayı ile sol testisinin ameliyat ile alınması olayı arasında illiyet bağının bulunup bulunmadığı, ayrıca testis torsiyonu olup olmadığı, testis torsiyonunun kendiliğinden olup olmadığı, yada darp olayı sonucu olup olmadığı, darp olayı sonucu olmuş ise olay ile illiyet bağının bulunup bulunmadığı sorulmaktadır.

İDDİA

Mağdur: Bana saldıran kişilerden biri elindeki sulama hortumuyla sol taraf kürek kemiğime vurdu, başka bir şahıs gelerek hayalarım tekme attı, diğer şahısta karnıma tekme attı.

Mağdurun babası: Olay tarihinde oğlum akşam saat 22,00 sıralarında dışarı çıkacağını söyledi, aradan bir saat geçtiği, oğlum kasıklarını tutarak evin içine girdi, direk odasına geçip yattı, o akşam kendilerine de bir şey demedi, aradan 3-4 gün geçtikten sonra hayalarının, testisinin ağrıdığını söyledi, çocuk hastanesine götürdüm, ne olduğunu anlayamadığı, olay olduktan bir hafta sonrası çocuk hastanesine başka bir doktor beye götürdüm, o da ne olduğunu anlayamadı, ondan sonra Devlet Hastanesine üroloji servisine götürdüm, orada doktor ilk muayene ettiğinde ameliyat olması gerektiğini, testisinin alınacağını söyledi, bunun nasıl olduğunu sorduklarında bu bir darbe almış diye söyledi.

SAVUNMA

Üroloji uzmanı (1): Testis torsiyonu demek yumurtanın damarları ile birlikte kendi etrafında dönmesidir. Testisin kendi etrafında damarları ile birlikte dönmesinin sonucu olarak testis 24 saat içerisinde tüm fonksiyonlarını kaybeder, 6 saatten başlamak üzere en geç 24 saat içerisinde müdahalede bulunulmazsa testis bütün fonksiyonlarını kaybeder. Hastanın ameliyatında bulundum, sadece hastayı ameliyatta gördüm, bu olayın muhtemelen darp olayına bağlı olarak gelişebileceği gibi kendiliğinden olarak ta gelişebilir.

Üroloji uzmanı (2): Testis torsiyonu spontan olarak ortaya çıkan bir klinik rahatsızlık olduğu gibi künt skrotal travmalar da torsiyona yol açabilir. Hastanın gerek poliklinik başvurusunda travma öyküsünün bulunmaması gerekse fizik muayenede haricen travmaya ait bir bulguya rastlanmaması nedeniyle testis torsiyonunun travmaya bağlı olup olmadığına dair kesin bir kanaate varılamadı.

BELGELER

Devlet Hastanesi'nin 06.06.2013 tarihli adli muayene raporu: Hasta acil servise karın ağrısı ile başvurdu, hiçbir şekilde darp öyküsü vermeyen hastanın yaşının büyük olması, açık vücut bölgelerinde ve karnında darp izine rastlanmaması üzerine sadece karın ağrısı şikayeti değerlendirildi, devam eden şikayeti üzerine çocuk cerrahisine yönlendirildi. Genel durumu iyi, bilinç açık, batın rahat, renkli doppler istendi, skrotal USG sonucu normal gelen hastaya reçete verilerek gönderildi.

Devlet Hastanesi'nin 07.06.2013 giriş, 11.06.2013 çıkış tarihli epikriz raporu: Sol yumurtasında ağrı ve şişlik yakınması mevcut. 2-3 gün önce sabah uyandığında bulantı, kusma, sol kasıklarında ağrı şikayeti ile uyanmış, sol testis normalden büyük, palpasyonda ağrılı ve difuz olarak şiş, sol testis sağa göre daha yukarıda, palpasyonla sol testis ve sol epididim net olarak birbirinden ayırt edilemedi, torşiyon, orşit ve epididimit tanısı koyuldu, genel anestezi altında yapılan operasyonda; skrotal rafeden yapılan insizyondan tabakaların geçildi, sol testis ve spermatik kord eksplore edildi, sol testisin tümüyle siyah renkte olduğu ve tunuca vaginalis açıldığında hemorajik sıvı geldiği, testis ve epididimin bir bütün halindeydi ve birbirinden net ayrımı yapılamadı. Spermatik kord ve elemanları serbestlenip klempe edilip kesilip sol orşiektomi yapıldı, kordun serbest bölümü ligatüre edilip hemostaz yapıldı, bilahare sağ testis eksplore edilerek 3 ayrı noktadan geçilen sütürlerle sağ testis dartos fasyasına tespit edilip hemostazı takiben tabakaların kapatıldı, patoloji raporunun hemorajik nekroz gösteren orşiektomi materyalin olduğunun belirtildi.

07.06.2013 tarihli Skrotal USG Raporu: Sağ testis epididim olağan, sol testis içinde sınırları düzensiz hipoekoik alanların izlendi (iskemi), parankim içinde kanlanma azalmış, sol epididim boyutu artmış heterojen görünümde, kanlanma alınmadı, torsiyone lehine değerlendirildi.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli tıp kurumu: Testis torsiyonu kendiliğinden ortaya çıkabileceği gibi travma ile de oluşma ihtimali mevcuttur. Dövüldüğü belirtilen kişide, scrotumda darbe izinin bulunmaması da dikkate alındığında, testis torsiyonunun darbe sonucu mu yoksa kendiliğinden mi oluştuğunun belirlenemeyeceğine karar verildi.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Mehmet İnci, Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Literatürde travma ve torsiyon ilişkisi nasıldır?

EAU guidelinee scrotal travma bölümünde künt travma sonrası akut dönemde testis dislokasyonu görülebileceği ve bu durumun manuel olarak düzeltilebileceği başarılı olmazsa orşiopeksi yapılması önerilmektedir. (D. Lynch, L. Martinez-Piñero, E.Plas, E.Sterafetinidis, L. Turkeri, M. Hohenfellner, European Association of Urology 2015. <https://uroweb.org/guidelines/>)

2- Bu vaka tıbbi olarak nasıl yönetilmeliydi?

Testiste ağrı şişlik ve kızarıklık şikayetiyle başvuran genç hastada düşünülecek olan ön tanılar epididimo orşit ve testis torsiyonudur. Ayırıcı tanıda fizik muayenede scrotal elevasyonla ağrının azalması

epididimo orşit lehine yorumlanırken artması veya değişmemesi torsiyon lehine yorumlanır. Torsiyonda muayane edilebilirse epididimin yer değiştirdiği tesbit edilir. Laboratuvar bulgularında epididimo orşit te idrarda piyüri ve kanda lökositöz tesbit edilir. Kesin ayırıcı tanıda scrotal doppler USG buda kesin sonuç vermezse testiküler sintigrafi yapılır. Bu vakada hastanın genç olması, olayın uykuda gerçekleşmesi ve ani olması torsiyon şüphesini artırmaktadır. 06.06.2016 tarihli doppler usg de scrotal patoloji olmayışı fakat kliniğin 2 gün önce başlamış olması, 07.06.2016 tarihli doppler usg de ise iskemi görülmesi tezat oluşturmaktadır. Bu vakada iki usg raporunun farklılığından dolayı testiküler sintigrafi istenebilirdi. Ayrıca hastanın tit ve hemogram çalışılarak enfeksiyon olup olmadığı ekarte edilebilirdi.

3- Bu dosya hakkında bilirkşi raporunuz nasıl olurdu?

Testis torsiyonu kendiliğinden ortaya çıkabileceği gibi travma ile de oluşma ihtimali mevcuttur. Dö-vüldüğü idda edilen kişide kişide, scrotumda darbe izinin bulunmaması ve rahatsızlığın uyku esnasında olması dikkate alındığında, testis torsiyonunun muhtemelen kendiliğinden oluştuğu ancak darbe sonucuda gelişebileceğinden, testis torsiyonunun kesin olarak kendiliğinden mi yoksa darbe sonucumu oluştuğunun belirlenemeyeceğine karar verildi.

3.9.7 TESTİS TRAVMASI TORSİYONA, TORSİYONE TESTİS FOURNIER GANGRENİNE NEDEN OLUR MU?

TALEP

Eşinin cinsel organına 2014 şubat ayında tekme atması sebebiyle sol yumurtalığının alındığını beyan eden 44 yaşındaki kişinin gördüğü tedavinin darp edilmesinden ötürü olup olmadığı sorulmaktadır.

İDDİA

Eşim cinsel organıma tekme ile vurdu, buna ilişkin Devlet Hastanesinde tedavi gördüm, ancak herhangi bir şikayette bulunmamıştım. Ancak şu anda şikayetçiyim.

BELGELER

Devlet Hastanesinin evrakları:

24.2.2014: Yapılan üroloji muayenesinde 36 saat önce sol testiste ağrı ve şişme başlamış, ayakta ağrının daha fazla olduğu, yatarken daha az olduğu ifade edilmiş. Muayenede phren belirtisi olmadığı, idrarda yanma ve sık çıkma olduğu kaydedilmiş ve reçete verildiği belirtilmiştir.

28.2.2014: Skrotal ödem, hidrosel? Yapılan USGde sol testiste kan akımı olmaması üzerine torsiyon düşünülerek yatırıldı, ameliyata alındığı, testi dokusunun epididimden başlayarak lokal olarak kanlanmasının iyi olmadığı görüldü, preop konsülte edilerek testisin kısmen de olsa kanlandığı sonucuna varılarak orşiektomi yapılmadı, takibinde genel durumu iyi olan kişinin 3.3.2014 tarihinde taburcu edildiği.

6.3.2014 tarihinde tekrar başvurdu, USG'de sol testis parankimi heterojen olup kan akımı saptanmadığı, sol epididim boyutları artmış, heterojen olduğu, her iki skrotumda cilt altında ödem olduğu tespit edildi.

10.3.2014 tarihinde hasta üroloji servisine yatırıldı, debritman ve asit borik uygulaması yapılarak takip edildi.

16.3.2014 tarihinde furnier gangren debritmanı ve sol orşiektomi ameliyatı yapıldı. Ameliyattan çıkarılan materyalin yapılan patolojik incelenmesinde nekrotik özellikte orşiektomi materyali olduğu, pyogenia epididyumorchitis tanısı konuldu.

Takiplerinde problemi olmayan kişi 20.3.2014 tarihinde taburcu edildi.

24.3.2014 tarihinde yapılan muayenesinde yara enfeksiyonu olduğu tespit edildi, reçete verildi.

27.3.2024 tarihinde skrotal abse tanısı konuldu, reçete verildi.

7.4.2013 tarihinde tekrar hastaneye yatırıldı, furnier debritmanı yapıldı.

9.4.2013 tarihinde şifa ile taburcu oldu.

14.4.2014 tarihinde yapılan muayenesinde yara revizyonu ve pansuman yapıldı.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Scrotum travmasının testis torsiyonuna neden olması beklenen bir durum değildir. Bu nedenle travma ile torsiyon arasında illiyet kurulamamıştır.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Yusuf Özlem İlbey, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1. Travma-Torsiyona, Travma-Fournier Gangrenine ve Torsiyon-Fournier Gangrenine neden olur mu veya riski artırır mı ?

Travma-Torsiyon ilişkisi:

Testis torsiyonu testis kaybının önemli nedenlerinden biridir. Anne karnında, çocukluk döneminde ve erişkin yaşlarda görülebilir. İnmemiş testis, gevşek epidim-testis birleşimi, testisin horizontal uzanımı, çan tokmağı deformitesi, gubernekulumun normalden uzun ya da kısa olması gibi predispozan faktörler torsiyona yol açabilmektedir. Testis travması, testise oblik olarak yapışan kremester adedelelerinde ani kasılmalara neden olur. Kremester kaslarındaki bu ani kasılmalar testiste torsiyona neden olabilir. Literatüre bakıldığında torsiyon vakalarının %4-8'inde travmanın indükleyici faktör olarak saptandığı görülmektedir (Elsaharty S, Prantikoff K, Magoss IV, et al. Traumatic torsion of the testis. J Urol. 1984;132:1155-6). Hatta bu oranın % 12 olduğunu bildiren yayınlar da mevcuttur.

Travma-Fournier gangreni ilişkisi:

Fournier gangreni oldukça mortal seyreden ve nadir görülen bir nekrotizan fasittir. Diyabet, alkolizm, kötü hijyen gibi durumlar altta yatan predispozan faktörleri oluşturmaktadır. Genital bölgeye olan travmaların özellikle de üretra yaralanmalarının Fournier gangreni'ne neden olduğu bildirilmiştir (Fournier's Gangrene. Department of Surgery, York Hospital, Pennsylvania. The Surgical Clinics of North America (1994, 74(6):1339-1352). Enfeksiyon ajanının çoğunlukla vücuda girişi; periüretal sepsis, anorektal sepsis, prostatik sepsis veya travma nedeniyledir (The features and aetiology of Fournier's gangrene. Postgrad Med J 1994;70:568-571 doi:10.1136/pgmj.70.826.568).

Torsiyon-Fournier gangreni ilişkisi:

Bazı çalışmalarda Fournier Gangrenli olgularda testis nekrozu saptanmıştır. Bu olgularda gelişen testiküler nekrozun testis dokusunun enfeksiyonuna sekonder olarak gelişebileceği gibi, kan akımının azalmasına bağlı olduğu da vurgulanmıştır (Koukouras D, Kallidonis P, Panagopoulos C, Al-Aown A, Athanasopoulos A, Rigopoulos C, Fokaefs E, Stolzenburg JU, Perimenis P, Liatsikos E: Fournier's gangrene, a urologic and surgical emergency: presentation of a multi-institutional experience with 45 cases. Urol Int 2011;86:167-172.) (Ayan F, Sunamak O, Paksoy SM, Polat SS, As A, Sakoglu N, Cetinkale O, Sirin F: Fournier's gangrene: a retrospective clinical study on forty-one patients. ANZ J Surg 2005;75:1055-1058.) Literatürde yeterli veri olmasada kan akımının bozulmasına bağlı oluşan testiküler nekrozun da fournier gangreni etyolojisinde yer alabileceği görüşündeyim. Ayrıca testis torsiyonunun komplikasyonları arasında enfeksiyon da yer almaktadır. Enfeksiyon ise Fournier gangreni nedenleri arasında yer almaktadır.

2. Torsiyon nedeniyle açılmış hastada testis hangi kriterler varlığında korunur veya orşiektomi yapılır?

Testis torsiyonu ön tanısıyla yapılan skortal eksplorasyonda testisin görünümüne ve rengine bakılır. Tunika albugineaya küçük insizyonlar yapılarak kanamanın olup olmadığına bakılır. Nekrotik bir görünümü olan ve kanlanmanın izlenmediği olgularda orşiektomi yapılır (Baeza-Herrera, C., et al. "Orchiectomy for acute testicular torsion." Rev Mex Urol 70.1 (2010): 36-40.)

3. Bu dosya hakkında bilirkışı görüşünüz nasıl olurdu?

Hastanın olayın gerçekleşmesinden 36 saat sonra sağlık kuruluşuna müracaat ettiği görülmektedir. Testis torsiyonunda testisin kutulabilmesi açısından ilk 4 saat çok önemlidir. Bu süre içerisinde tanı konulup tedavi uygulanırsa testisin kurtulma olasılığı bir hayli yüksektir. Bu açıdan bakıldığında en baştan hastanın sağlık kuruluşuna geç gittiği görüşündeyim.

Öte yandan hastanın hastaneye ilk başvurusunda (24.02.2014) travma öyküsü olan bu hastaya skrotal doppler USG çekilmediği, doppler USG'nin ancak hastaneye ikinci başvurusunda (28.02.2014) istendiği ve testiste kan akımının olmadığı saptandığı görülmüştür. Hasta doğru bir kararla detorsiyon amacıyla ameliyata alınmış ve kanlanmanın olduğu gereğiyle orşiektomi yapılmamıştır. Fakat perop tarif edilen bu alanlar parsiyel nekroz alanları olabilir. Nekrotik alanlar nedeniyle parsiyel orşiektomi yapılabilir ve canlı alanlar korunabilirdi, ayrıca yine bu cerrahi işlem sırasında fiksasyon ve hatta karşı testisinde fikse edilmesi gerekirdi. Çünkü sonrasında yeni bir torsiyon gelişmiş de olabilir ve parsiyel olan bu nekroz komplet bir hal almış olabilir.

03.03.2014'de taburcu edilen hastanın 10.03.2014'de tekrar gelmesi üzerine yapılan doppler USG'de kanlanmanın saptanmaması üzerine hastanın yeniden operasyona alınması, hem debridman hem de orşiektomi yapılması gerekirdi. Fakat bu işlem için yaklaşık 6 gün beklenmiş.

Sonuç olarak;

Alınan travma ile torsiyon arasında illiyet bağının olduğu,

Hastanın olayın gerçekleşmesinden sonra sağlık kuruluşuna geç müracaat ettiği,

Hastanın sağlık kuruluşuna ilk müracaatı ile başlayan ve sonraki süreçte bir takım tıbbi hatalar yapıldığı (ilk müracaatında doppler USG'nin istenmemesi ve reçete ile gönderilmesi, yapılan ilk skrotal eksplorasyonda detorsiyon, parsiyel orşiektomi ve fiksasyon yapılmaması gibi) kanaatindeyim.

3.9.8 TESTİS TRAVMASINDA ÜREME FONKSİYONU FONKSİYON KAYBI?

TALEP

Yaralanmanın organlardan birinin işlevinin sürekli zayıflaması ya da yitilmesi veya çocuk yapma yeteneğinin kaybolmasına neden olup olmadığı, soruşturma dosyası içeriği ve beyanlar incelenerek şüphelinin mağdura yönelik eylemi ile meydana gelen yaralanma arasında illiyet bağının bulunup bulunmadığı sorulmaktadır.

İDDİA

Mağdur: 15.7.2011 tarihinde daha önceden tanımadığım bir şahısla tartıştık, olay yerine 10 kişi geldi, tartıştığım şahıs testislerime tekme ile vurdu, kavgadan aileme bahsetmedim, ancak akşam ağrı olunca hastaneye gittik, ameliyat oldum.

Mağdurun babası: Oğlum testislerine top isabet ettiğini söyledi, doktora götürdük, doktorun muayene edip ilaç yazdı, eve geldik, ertesi gün ağrısı geçmeyince tekrar hastaneye götürdük, USG istendi, 3. gün USG için tekrar hastaneye götürdük, doktor sonuca bakınca 3 yerde çatlama var dedi ve ameliyata aldı. Doktor dayak yemiş olabileceğini söyledi, oğlum da olayı anlattı.

BELGELER

Üniversite Hastanesi Üroloji Bölümü'nün epikrizi: Hormon profili ve semen analizi yapıldı, FSH:9.3, LH:6.7, Testesteron:5.8, semen 2.6 cc, 21 milyon, A.6.5, B. 38, USG: sağ testis 31x27x15 mm, sol 45x35x25 mm, sağ testis alt lop hafif heterojen görünümde, (travmaya sekonder?), her iki testiste renkli doppler USG ile kan akımları doğal, epididimler normal, venöz yapılar normal, mevcut bulgularla çocuk yapma yeteneğine engel bir durum saptanmadı.

Adli Tıp İhtisas Kurulu'nun 14 Mart 2012 tarihli mütalaası: Devlet Hastanesi'nin 14.7.2011 tarihli Üroloji uzmanı raporunda sağ hemiskrotumda ödem ve hassasiyet şikayeti olduğu, acil operasyona alındığı, sağ testis 3 yerde tam ayrılmadan açılma olduğu, tunika albugineanın yırtılmış olduğu, kanlanma mevcut olduğu, testisin onararak kapatıldığı, sağ testiste kalıcı hasar mevcut olduğu, Adli Tıp Kurumu Şube Müdürlüğü'nün 20.9.2011 tarihli raporunda, kişinin yapılan muayenesinde 1-1.5 ay önce kavga esnasında kasıklarına tekme geldiğini, o akşam Devlet Hastanesinde ameliyat olduğunu, başka hastane başvurusu olmadığını, kontrollere gitmediğini, şu an herhangi bir tıbbi şikayeti olmadığını söylediği, Üroloji uzmanı muayenesi yaptırılmasının uygun olduğu, Bölge Devlet Hastanesi'nin 19.10.2011 tarihli USG raporunda, sağ testis parankimi heterojen, parankimde 16x10 mm boyutunda içerisinde kalsifikas-

yonlar bulunan heterojen hipoeoik alan (hematom sekeli) izlendiği, her iki testis skrotum içinde, her iki testis boyutu ve sol testis parankim ekojenitesi ve parankimal kanlanması normal olduğu, intra veya ekstra testiküler patoloji saptanmadığı,, her iki epididim normal olduğu, Devlet Hastanesi'nin 19.10.2011 tarihli Üroloji uzmanı raporunda, kişiye yaptırılan tetkik sonucu sağ testiste kalıcı hasar olduğu, fakat bu hasarın çocuk sahibi olmasına engel olmadığı, Devlet Hastanesi'nin 31.1.2012 tarihli USG raporunda, sağ testiste 10x8 mm boyutunda hipoeoik heterojen içerisinde milimetrik kalsifikasyonların izlendiği alanın dikkati çektiği, hematom sekeli düşünüldüğü, Devlet Hastanesi Üroloji uzmanının 31.1.2012 tarihli notunda, hastanede cihaz bulunmadığından spermogram yapılamadığının kayıtlı olduğu bildirildiğine,

Sonuç olarak; Sağ testiste hematoma neden olan yaralanmasının,

- 1) Kişinin yaşamını tehlikeye sokan bir durum OLMADIĞI,
- 2) Kişi üzerindeki etkisinin basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte OLMADIĞI,
- 3) Vücudunda kemik kırığı tarif edilmediği,
- 4) Organlardan birinin işlevinin sürekli zayıflaması ya da yitilmesi veya çocuk yapma yeteneğinin kaybolup olmadığı hususunda görüş bildirilebilmesi için kişinin "spermogram" tetkiki yapılabilen bir hastaneye sevk edilerek yaptırılacak spermogram tetkiki sonuçlarının incelenmek üzere Kurulumuza gönderilmesi gerektiği mütalaa edilmiştir.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu:

- 1) Kişide saptanan sağ testis hematomuna neden olan yaralanmasının, sert ve künt cisim travmasıyla meydana gelebilecek nitelikte olduğu, kişinin iddia ettiği gibi genital bölgesine tekme atılması ile meydana gelebileceği gibi, diğer bir iddia konusu olan bu bölgeye aynı tarihlerde şiddetli bir şekilde top çarpması ile de oluşabileceği, mevcut verilerle bunlar arasında tıbben ayırım yapılamadığı,
- 2) Kişide dava konusu olaya bağlı çift organdan birinin boyutlarında küçülme olması nedeniyle işlevinin sürekli zayıflaması niteliğinde olduğu, çift organdan diğerinin fonksiyon etmesi nedeniyle spermogram ile fonksiyonel kaybın derecesinin belirlenemeyeceği,
- 3) Çocuk yapma yeteneğinin kaybolması mahiyetinde tıbbi bulgu tanımlanmadığı oy birliği ile ek mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Turgut Yapanoğlu, Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1. Testis travması sonucu tunica albuginea yaralanması 3. gün tespit edilmiş ve ameliyat yapılmış. Geç tanı konmasının testisin hayatiyeti ve fonksiyonu ile ilişkisi mevcut mudur. Başka bir deyişle tunica albugineanın yaralanmalarında ameliyat endikasyonları ve aciliyeti nasıldır. Bu vakayı da bu bilgiler ışığında yorumlayınız?

Künt skrotal travma sonucu testiküler rüptür, dislokizasyon, hematosel ve hematom gelişimi vakaların %45' de görülebilir. Uzun vadede ise uygun ve zamanında tedavi edilmeyen hastalarda infertilite, hypogonadizm ve kronik testiküler ağrı olabilir.

Skrotal travma ile başvuran kişilerin fizik muayenesi ağrıdan dolayı zordur. Muayene yapılsa bile travma sonucu oluşan testis etrafındaki ödem, testisin palpe edilmesine ve değerlendirilmesine izin vermez. Bunun aksine bazı hastalarda testiküler rüptür olsa bile ağrı olmayabilir. Bu gibi durumlarda dolayı künt scrotal travmalı hastalar radyolojik olarak değerlendirilmelidir. EAU guideline göre önerilen radyolojik yöntem Ultrasonografidir (USG). Doppler USG'nin kanlanmayı gösterdiğinden dolayı etkinliği daha fazladır. Yine EAU Guideline, USG ile tanıda güçlük çekilirse scrotal Magnetik Rezonans Görüntüleme ve Skrotal Tomografi önermektedir. Bunlarla tanı konulamayan hastalarda cerrahi eksplorasyon endikasyonu mevcuttur.

Tanı konulduktan sonra yapılan erken cerrahi girişimler organ kaybını veya organ fonksiyon kaybını önemli oranda azaltmaktadır. Geç tedavi edilen hastaların yaklaşık %50'de organ kaybı olabilmektedir.

Ayrıca geç tedavilerde nekahet dönemi uzun olmakta, dolayısıyla iş gücü kaybına yol açarak tedavi maliyetlerinin yükselmesine neden olmaktadır.

Mağdurun babasının ifadesinde olayın 15.7.2011 tarihinde olduğu, bu tarihte hastaneye başvurduğunu belirtmekte, kendisine kesin tanının üç gün sonra koyularak cerrahi tedavinin üç gün sonra yapıldığını belirtilmektedir. Mağdurun babasının ifadesi baz alındığında radyolojik incelemede ve tedavide geciktiğini ifade edilmesine rağmen. literatürde erken müdahale ilk 72 saat içinde yapılan girişimler olarak tanımlanmaktadır. Diğer taraftan fonksiyon kaybı yalnızca tedavinin gecikmesine bağlı olmayıp, künt travmanında bu konuda sorumlu olduğu karar verirken akıl tutulmalıdır.

Üroloji uzmanının ifadesine göre hasta 14.07.2016 tarihinde hastanın başvurduğu ve tanı konulduktan sonra ise gerekli işlemlerin yapıldığını belirtmektedir. Dolayısıyla hekim ifadesine göre herhangi bir geçikme söz konusu değildir.

2. Bu olayda, devlet hastanesinde yapılanları bilirkişi olarak nasıl değerlendirirsiniz?

Hekim raporuna göre hastaya yapılması gereken herşeyin yapıldığı görülmektedir. Organın fonksiyon kaybı yapılan tıbbi girişimin sonucu olmayıp künt travmanın şiddetine bağlı olarak ortaya çıkmış bir sonuçtur. Testisler için, separe fonksiyon kaybı derecesini belirleyebilecek herhangi bir yöntem bulunmamaktadır. Dolayısıyla spermogram veya hormon analizleri bu konuda bize yardımcı olması mümkün değildir.

KAYNAKLAR:

1. Urological Trauma, 2016 EAU Guideline
2. Aetiology, epidemiology and management strategies for blunt scrotal trauma. Dalton DM, Davis NF, O'Neill DC, Brady CM, Kiely EA, O'Brien MF. Surgeon. 14(1):18-21, 2016.
3. Diagnosis and management of testicular rupture after blunt scrotal trauma: a literature review. Wang Z, Yang JR, Huang YM, et all. Int Urol Nephrol. 48(12):1967-1976, 2016.
4. Can ultrasound help to manage patients with scrotal trauma? Adlan T, Freeman SJ. Ultrasound. 22(4):205-212, 2014.

3.10 TRANSPLANTASYON

3.10.1 TRANSPLANTASYON SONRASI NEFREKTOMİNİN NEDENİ?

İDDİA

Böbrek hastasıyım, tedavi için özel bir hastaneye gittik, nakil merkezi sorumlusu ile görüştük. Beni ikna ettiler, ameliyat karar verdik. Eşimin böbreği bana nakli planlandı. Ancak eşimle kan gruplarımız ayrı yani eşim 0 Rh negatif ben A Rh pozitifim, dediğimde, yeni sisteme göre nakil olacağını belirttikler. Neticede eşimin böbreği bana nakledildi. Ancak aynı gece nakil nedeniyle rahatsızlandım, bunun üzerine nakledilen böbrek geri alındı. Olayda doktorların hatalı ameliyat yaptığını düşünüyorum. Ameliyat olmadan önce doktorların ikna etmesi sonucu, iyi olacağını söylemeleri nedeniyle imza attım, halen iyileşmedim, diyalize giriyorum, şikayetçiyim.

SAVUNMA

Organ nakli servisi sorumlusu: Nakil konseyi şahsın ameliyatına karar vermiştir. Buna istinaden ameliyatı yaptık. Diğer şüpheliler ameliyat öncesi hastayı ameliyata hazırlayan hekimlerdir. Hastanın eşi böbreğini vermişti. Bu böbrek de araştırılmıştı ve uygun olduğu saptanmıştı. Böbreğe gelen damarın tıkanması sonucu komplikasyonlar oluştu. Ameliyattan 8-10 saat sonra bu durum oluştu. Hemen ameliyat etmek durumunda kaldık ancak kılcal damarlardaki pıhtıyı açamadık ve böbreği vücuttan almak zorunda kaldık. Böbreği bıraksaydık hayati tehlike yaratabilirdi. Bu tür ameliyatlarda hastaya herşey anlatılır,

ölüm oranları dahi verilir ve rızası alınır. Ameliyattan önce operatör olarak bizler de anlatırız her zaman risk olduğunu söyleriz. Bu somut olayda da aynı şeyleri anlatmışızdır buna rağmen hasta ameliyatı kabul etmiştir. Hasta dosyasında bütün bu anlattıklarımın belgeleri vardır, bu hususta yazılı savunmamı da ibraz ediyorum. Kusurlu olduğumu kabul etmiyorum. Ayrıca şikayetçi kan grubunun uygun olmadığını iddia etmektedir. Bu doğru değildir. Verici 0 (sıfır) grubudur herkese verebilir, alıcı grubu A olarak hatırlıyorum. 0 kan grubundaki verici her kan grubundaki hastaya böbrek verebilir. Sağlık bakanlığının kadavra kayıt sisteminde yapılan incelemede hastanın isminin halen görüldüğü dolayısıyla tekrar nakil olmak isterse bizim görev yaptığımız hastanede bize ameliyat olmak istediği anlaşılmaktadır. Suçlamaları kabul etmiyorum.

Organ nakli koordinatörü: Muhtemelen 1 yıl önce şikayetçi hastanemize müracaat etmişti. Böbrek yetmezliği olup diyalize giren bir hastaydı, bu tür hastalıklarda hastayı ve yakınlarını, sevenlerini bir odaya alıp sunum yaparız, kendimizi, diyalizi, nakili ve aradaki farkları anlatırız. Karşılaşabileceğimiz ölüm dahil muhtemel sıkıntıları oransal olarak anlatırız kendilerine tüm istatistikleri verip ameliyat olma kararını hastaya ve yakınlarına bırakırız, bu husus standart olup aynı işlemi şikayetçi için de yaptık, bunun üzerine hasta ve yakınları böbrek nakli ameliyatı kararı aldılar, bu hususta özellikle psikolojik baskı yapmadım veya garanti vermedim, hiçbir zaman garanti vermeyiz, oransal olarak istatistik bilgilerini veririz, yapılan tetkikler sonucunda da şikayetçinin eşinin böbreğinin nakledilmesinin uygun olacağı sonucuna varıldı, kan gruplarının farklı olduğu doğrudur. Ancak bu durum böbrek nakline engel olmaz, hatta negatiflik ve pozitifliğinde önemi yoktur. Şikayetçi A grubu, verici 0 grubu kana sahiptir. Bu şekilde tetkikler sonucu ameliyatın ekibe gerçekleştirildiği, ben katılmadım, niçin suçlandığımı bilmiyorum.

Nefroloji uzmanı: Böbrek nakline karar veren hasta ve yakınlarıdır. Eşinin böbreği uygun görüldüğü için eşinin böbreği kendisine nakledilmiştir, benim görevim ameliyattan önce hasta ile görüşüp aynı zamanda verici ile de görüşüp tıbbi olarak değerlendirmektir, bu değerlendirmeler ve tetkikler yapıldıktan sonra bütün uzmanlar toplanarak ameliyat olma veya ameliyat olmama şeklinde karar veririz, herhangi bir olumsuzluk görmediğimiz için şikayetçinin böbrek nakli karar verilmiştir, kan gruplarının farklılığı tıbbi olarak bir önem arz etmez, kan uyumu kurallarına göre karar verilir, bu nedenle olayda benim bir kusurum yoktur.

Ameliyat sonrasında da cerrahlarla birlikte hastayı ben de takip ediyordum. Böbreğe giden atar damar pıhtı ile tıkanması söz konusu oldu. Böbrek vücuda zarar vermeye başlayınca nakledilen böbrek tekrar alınmak zorunda kalındı. Hasta şuanda böbreksiz ve diyalize girmek suretiyle yaşamını sürdürmektedir, ihmal söz konusu değildir. Suçlamayı kabul etmiyorum.

BELGELER

Ameliyat raporu: Genel anestezi sonrası sağ transplant kesisi ile katlar geçildi. Eksternal ilyak ven üzerindeki lenfatikler bağlanarak kesikli ve ven askıya alındı. Daha sonra external ilyak arter serbestleştirildi. Perfüze edilmiş donörden alınan sağ böbrek loja getirildi. Renal ven eksternal ilyak vene 7/0 prolen ile uç-yan, renal arter external ilyak artere 7/0 prolen ile uç-yan anastomoz uygulandı. Klempler kaldırıldığında böbrek hemen pembeleşti ancak arter anastomozunda çok miktarda kanama oldu. Primer sütürasyon ile kanamanın kontrol altına alınamayacağı düşünülerek arter anastomozu bozuldu. Böbrek UW solüsyonu ile yeniden perfüze edildi. Venöz akışı sağlamak için renal vende 3-4 mm'lik bir kesi yapıldı. Böbrek çok güzel perfüze oldu herhangi bir perfüzyon defekti yoktu. Daha önce serbestleştirilmiş olan internal iliak arter distali bağlandı, proksimaline buklog klemp konarak renal arter internal iliak artere uç-uca 7/0 prolenle anastomoz edildi. Renal vendeki drenaj için açılan kesi 7/0 prolenle sütüre edildi. Klempler kaldırıldığında böbrek hemen pembeleşti ve idrar çıkışı başladı. Eksternal iliak arterdeki yapılan anastomozu bağlı açıklık 5/0 prolenle arter aksının dikine kontinü sütüre edildi. Üreter ile mesane arasına double J kateter eşliğinde Lich-Gregoir yöntemine uygun uretero-neosistostomi uygulandı, Loj sıcak serum ile yıkanarak hemostaz sağlandı. Loja l adet dren konarak katlar anatomisine uygun kapatıldı. İdrar çıkışı azalması üzerine yapılan doppler USG'de transplant renal arterde kan akımı izlenmemesi üzerine hasta ameliyathaneye tekrar alındı. Eksplozasyonda renal ven açık, renal arter açıldı ancak arter akımı zayıftı, böbrek rengi hafif mordu. Böbreğin UW solüsyon ile soğutulmasına karar verildi. Arter anastomozu bozuldu ancak arterden verilen perfüzyon solüsyonu akımı sağlanamadı. İntraparenkimal

arteriolar yaygın tromboza bağlı olduğu düşünüldü. Renal ven ve üreter anastomozu bozularak greft nefrektomi yapıldı, internal iliak arter güdüğü 2/0 ipekle bağlandı. Eksternal iliak vendeki anastomozu bağlı açıklık 5/0 prolentle kapatıldı. Mesane mukozası ve kas tabakası 5/0 prolentle kapatıldı. Kanama kontrolünü takiben dren yerinde bırakılarak katlar sırasıyla kapatıldı.

Patoloji raporu: Klinik bulgular; 09/09.2011'de eşinden böbrek nakli. postop 7. saatte yapılan USG'de böbrekte kanlanma görülmedi, hasta acil operasyona alındı, açıldığında arterde atım görülmedi ve böbrek perfüze edilemedi; nefrektomi yapıldı.

Makroskopik Bulgular: 1) Böbrek: 183 gram ağırlıkta üzerinde 2 cm uzunlukta 0,6 cm çapta üreter bulunan 12x6,5x3,5 cm ölçülerinde total nefrektomi spesmeni. Kesitinde böbrek parankimi konjesyone görünümündedir. Kaliksler medullaya 0,5 cm uzaklıktadır. Kitlesel bir lezyon izlenmedi. 2) 0,5x0,3x0,2 cm ölçülerinde sarı pembe renkli yumuşak kıvamda böbrek wedge biyopsi.

İmmunhistokimyasal İnceleme Sonuçları: Parankimal CD45 pozitifliği yoktur. Damar içinde, trombüslerde yoğun polimorf nüveli lökositlerden zengin lökositler vardır. CD31 ile boyanan arter endotel-leri altında lökosit saptanmadı, ancak Birkaç ana vende venülit görüldü. C4d büyük damar iç yüzlerinde ve çoğu medullada yerleşmiş tek tük kapillerlerde pozitifdir (<%1).

Tanı: böbrek; allogreft; nefrektomi: Hiler arter ve vende trombüs, lobar arter ve venlerde trombüs, böbrekte yaygın konjesyon, üreteropelvik mukozada yaygın florid von brun adaları,

Yorum: Rejeksiyon için tanı koydurucu bulgu görülmediği, trombüsler sadece ana damarlarda mevcuttur, küçük arterler, arterioller ve glomerüllerde yaygın ve ağır konjesyon mevcuttur.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Kişinin ve eşinin organ nakli konusunda ve olası sonuçlar hakkında yeterince bilgilendirildikleri, alıcının kan grubu A, verici ise 0 olduğu, kan gruplarının farklı olduğu, ancak uyumlu olduğu, 0 kan grubu bir kişinin A kan grubundaki bir kişiye böbrek verebileceği, şikayetçinin dilekçesinde belirtilerin nakil günü böbrekte morluk tespit edilmesinin tıbbi literatürde renal arter trombozu denen böbrek atar damarının tıkanması durumu olduğu, kişide meydana gelen sonucun dikkat ve özensizlikten değil böbrek nakli işleminin bir komplikasyonu olduğu, yapılan tıbbi işlemlerde hastaya zarar veren ihmal veya kusur içeren bir eylem mevcut olmadığına oy birliği ile karar verildi.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. İsmet Nane, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Canlı böbrek donörü olmak için temel şartlar nelerdir?

Canlı Böbrek donörü olmak için aşağıdaki şartlar gerekmektedir.

- 18 yaşından büyük olmak
- 4. dereceye kadar kan akrabası veya hısım
- Her alıcı, kendisiyle aynı kan grubundan olan vericiden böbrek alır (Ulusal Organ Ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi Yönergesi (Makamın 28.05.2008 tarih ve 19735 sayılı Onayları ile yürürlüğe girmiştir)

Not: Kan grubu bariyerine rağmen transplantasyon yapılabilir. Türkiye de yapılmamasına karşın Dünyada bazı merkezlerde uygulanmaktadır. Ancak, ağır immünoşüpresif gereklidir ve komplikasyonları fazladır.

Ayrıca bazı marjinal kriterlere uyan kişiler donör olabilirler. Bu kriterler aşağıdaki gibidir.

Marjinal Donör kriterleri

- >60 yaş
- 55-59 yaş ve 1 risk faktörü
- <55 yaş ve 2 risk faktörü
 - Kreatinin >1.5mg/dL
 - Yüksek kan basıncı

Aşağıdaki durumlarda kişiler böbrek vericisi olarak kabul edilmezler;

- 18 yaş altındakiler
- Ciddi böbrek hastalıkları
- Ağır hipertansiyon
- Belirgin diyabet n
- Malignite (bazı beyin tümörleri hariç)
- Aktif infeksiyon varlığı (tbc, osteomyelit vb.)
- Orta-ileri kronik karaciğer hastalığı
- Ağır ateroskleroz
- Mental disfonksiyon
- Yüksek per-operatif mortalite ve morbidite riski
- Önemli bulaşıcı hastalıklar
- ABO uyumsuzluğu
- Donör lenfosit ve alıcı serumu arasında pozitif cross-match bulunması
- Gebelik
- Sistemik vaskülitler
- İlaç suistimali
- İleri alkolizm

2- Kan grubu alıcı ve verici şartları nasıl olabilir?

- Her alıcı, kendisiyle aynı kan grubundan olan vericiden böbrek alır (Ulusal Organ Ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi Yönergesi (Makamın 28.05.2008 tarih ve 19735 sayılı Onayları ile yürürlüğe girmiştir.)
- Kan tranfüzyonundaki ilkeler transplantasyonda da geçerlidir. Rh uyumu gerekmemektedir. Buna göre;
 - kan grubu genel vericidir.
 - AB kan grubuna sahip kişiler yalnızca AB kan grubuna sahip kişilere donör olabilir.

Akılda kalıcı tablo şu şekilde yazılabilir.

Verici	Alıcı
O	O
O ve A	A
O ve B	B
O, A, B ve AB	AB

3- Bu hastada nakil sonrası arterde trombozdan bahsediliyor. Erken dönemde başarısızlığın sebepleri nelerdir. Bu vakayı ameliyat raporu dikkate alarak yorumlayınız.

Bu hastanın ameliyat raporu değerlendirildiğinde; operasyon sırasında arter anastomozunda arteriyel ektravazasyon ve buna bağlı kanama gerçekleşince anastomoz bozulmuş ve böbrek yeniden perfüze edilmiştir. Operasyon sonlandırılmış, ancak operasyondan sonrası gelişen tromboz nedeniyle renal arterde Doppler ultrasonografi tetkikinde akım görülmemiş ve yeniden eksplorasyonda anastomoz bozulup yapılmasına rağmen böbrek perfüzyonu gerçekleşmemiştir. Böylece graft nefrektomi kararı verilmiştir.

Böbrek naklinde vasküler tromboz %2 oranında görülmekte ve graft kaybına sebep olmaktadır. Böbreğin denerve olması sebebiyle arteriyel trombozlar ağrısız klinik seyir göstermektedir. Görüntüleme yöntemleri ile tanı konulduğunda graftin kurtarılması pratikte mümkün olamamaktadır. Venöz trombozlarda ise graft rüptürü ve kanama olabilmekte ve yine tanı konduğunda graftin kurtarılması pratik olarak mümkün görülmemektedir. Tromboz komplikasyonlarında tanı peroperatif olarak konup yönetilerek en aza indirgenebilmektedir. (Moris, Kidney Transplantation, Principles and Practice, 7e). Vasküler trombozların yarısının ikinci nakil sonrası ortaya çıktığı bildirilmiştir.¹

Erken dönemde ABO-uyumsuz canlıdan böbrek nakli graft kaybının, ABO-uyumlu nakillere göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir.^{2,3} Ayrıca, erken dönem graft kayıplarının önemli nedenlerinden bir tanesi de hiperakut rejeksiyondur. Bu rejeksiyonda dakikalar (10 dk ile 60 dk arasında) içerisinde önceden var olan presensitize aloantijenler graft endotelyumuna oturup destrüksiyona neden olur. Fibrin ve anti -HLA antikoları (C3, C4d) küçük damarlarda görülmektedir.⁴

4- Bu vaka hakkında bilirkşi raporunuz nasıl olurdu?

İddia, belgeler ve savunmanın değerlendirilmesi sonucu nakil yapılan hastanın ve eşi olan donörün uygun bir şekilde bilgilendirildikleri, alıcının kan grubunun A Rh negatif, vericinin O Rh pozitif olduğu ve bu durumun organ nakli prensipleri için uygun olduğu, O kan grubu kişinin A kan grubu olan bir kişiye Rh uyumluluğuna bakılmaksızın verebileceği, nakil gecesi hastanın rahatsızlanma sebebinin nakil böbrek damarında tıkanma (renal arterinde tromboz geliştiği) ve bu durumun böbrek nakli komplikasyonu olarak literatürde %2 oranında görüldüğü, hastada meydana gelen bu durumun doktorun hatalı ameliyat yapmasından kaynaklanmadığı ameliyat komplikasyonu kapsamında değerlendirildiği yapılan tıbbi işlemlerde hastaya zarar veren ihmal veya kusur içeren bir eylem olmadığı anlaşılmıştır.

1. Penny, M. J., Nankivell, B. J., Disney, A. P. et al.: Renal graft thrombosis. A survey of 134 consecutive cases. *Transplantation*, **58**: 565, 1994
2. Fuchinoue, S., Ishii, Y., Sawada, T. et al.: The 5-year outcome of ABO-incompatible kidney transplantation with rituximab induction. *Transplantation*, **91**: 853, 2011
3. Tanabe, K., Takahashi, K., Sonda, K. et al.: Long-term results of ABO-incompatible living kidney transplantation: a single-center experience. *Transplantation*, **65**: 224, 1998
4. Halloran, P. F., Wadgymar, A., Ritchie, S. et al.: The significance of the anti-class I antibody response. I. Clinical and pathologic features of anti-class I-mediated rejection. *Transplantation*, **49**: 85, 1990

3.10.2 BÖBREK NAKLİ ÖNCESİ DEĞERLENDİRMELER NE KADAR DETAYLI OLMALI

İDDİA

1960 doğumlu müvekkilim 1999 yılında menopoza girmiş olup bu dönemden itibaren Kadın Hastalıkları Polikliniğinde genel kontrolleri yapılmaktadır. 2010 yılından itibaren de müvekkilimin rahim duvarında kalınlaşma sebebiyle 6 ay ile 1 yıl arasında rutin smear testi ve doku örnekleme yapılmış, ancak test sonuçları bozuk gelip tedavi sonrası kontrollerin tekrarı önerilmesinden dolayı bu kontrollere devam edilmiştir. 2013 yılının Ocak ayında ise müvekkilim, kardeşine tek böbreğini vermek istemiş ve gerekli işlemler hastaneye başvurmuştur. Müvekkilim, nakil öncesindeki hazırlık işlemlerinde kadın hastalıkları polikliniğinde tedavi gördüğünü ve bir rahatsızlığı olduğunu bildirerek geçmişe ait raporlarını hastane yetkililerine vermiş kadın hastalıkları Polikliniği'nin muayenesinin gerekip gerekmediğini sormuştur. Ancak, davalı hastane yetkilileri gerekli görmedikleri için muayene yaptırılmadan müvekkilimin verici olmasında hiçbir sakınca olmadığı görülerek ameliyat işlemleri başlatılmış ve söz konusu ameliyat yapılmıştır. Müvekkilimde ameliyat sonrasındaki 20 gün içerisinde vajinal kanama başlamış ve Kadın Hastalıkları Polikliniği'ne gidilmiştir. Burada rutin yapılan muayene sonucunda müvekkilimin önceki hastalığının ilerlemiş olduğu görülmüş olup kendisinin ameliyat olması gerektiği ancak müvekkilimden parça alınarak bu parçanın incelenmesi üzerine gelecek sonucuna göre hareket edilmesi gerektiği belirtilmiştir. Yapılan patoloji sonucuna göre müvekkilimin rahim içi kanseri olduğu öğrenilmiştir. Kanser olduğunu öğrenen müvekkilim, rahim ve yumurtalıkların temizlenmesi için acil ameliyat olma kararı almış ve ameliyat olmuştur. Ameliyat parçaları da incelendikten sonra müvekkilimin radyoterapi (ışın) alması gerektiğini bildirmiştir. Yaklaşık 4 ay kadar devam eden ışın tedavisinin sonrasında yapılan kontrolde periton (karın içi zarı), böbrek loju, mesaneye yakın alanlarda metastaz (tümör) olduğu görülmüş ve acil kemoterapiye başlanması gerektiği, cerrahi müdahalenin yapılamaz olduğu belirtilmiştir. Müvekkilim halen kemoterapi almaktadır. Ancak, tek böbreği olan müvekkilim, zaten ağırları oldukça şiddetli olan

kanser hastalığını ağrı kesici almadan çekmek zorunda kalmaktadır. Müvekkilimin halen maruz kaldığı acılar dayanılmaz derecede kuvvetlidir. Buna ilaveten tek böbreği olan müvekkilim bir yıl içerisinde bu ağır ameliyatları olmuş, ışın tedavisi ve kemoterapi almış ve olan tek böbreğini oldukça yormuştur ve yormaya devam etmektedir. Müvekkilim, olan tek böbreğinin de kaybetmekten korkmaktadır ve sürekli olarak kendisiyle ilgilenmekte olan ailesine karşı kendisini suçlu hissederek fiziksel acısının yanında psikolojik olarak da bir hayli yıpranmaktadır. Bütün bunlar olurken müvekkilimden alınan doku parçası incelenip kendisinin kanser hastası olduğu öğrenildikten hemen sonra müvekkilimin kızı davalı hastaneye gitmiş ve davalılardan organ nakil koordinatörü ile görüşmüştür. Müvekkilimin kızı, davalı nakil koordinatörüne müvekkilimin kadın doğum muayenesinin yapıp yapılmadığını sormuş ve böyle bir muayenenin yapılmadığı zaten buna gerek olmadığı cevabını almıştır. Daha önce de belirtildiği üzere müvekkilimin bu yönde talebi olmasına rağmen gerekli muayene yapılmamıştır. Böbrek nakli ameliyatının hazırlık aşamasında müvekkilimin kanser hastası olduğu ortaya çıkmış olsaydı müvekkilimin vücut direnci bu kadar düşük olmayacaktı. Yine aynı nedenledir ki, müvekkilimin gittiği her doktor tek böbreği olduğunu görünce buna göre ilaç vermiş, ışın tedavisi uygulamış, kemoterapi başlatmış ve tedaviye devam etmiştir. Tedavi süresince müvekkilimin iki böbreği de bulunsaydı daha ağır ve etkili tedavi yapılabilecek, hastalığın bu hızla ilerlemesinin önüne geçilebilecekti.

SAVUNMALAR

Böbrek nakli merkezi sorumlu hekimi: Davacı hastamız kronik böbrek yetmezliği olan kardeşine bir böbreğini bağışlamak için gönüllü olarak başvurmuştur. Hastamız, hazırlık süreci boyunca hastanın tıbbi dosyasında kayıtlı olduğu üzere kesinlikle ve katıyetle tarafıma ve diğer tüm tıbbi ekibe kadın ve doğum hastalıklarıyla ilgili en ufak bir şikâyetle bulunmamış, en ufak bir hastalık öyküsü vermemiş ve kadın-doğumla ilgili bir hastalığı olmasını düşündürecek bir tıbbi bilgi veya belge sunmamıştır. Hastamızın tüm tıbbi hazırlıkları tüm dünyada kabul gören tıbbi kılavuzlara göre özenle ve eksiksiz olarak tamamlanmıştır. Ameliyatı başarıyla gerçekleştirilmiş ve hastamız şifayla taburcu olmuştur. Ameliyat sonrasında bu hastada daha sonra görülen tıbbi sorunlar ameliyatımız ve tıbbi sürecimizle ilişkilendirilemez. Böbrek verme işlemi ile mevcut hastalık arasında bir nedensellik bağı kurabilmek tıbben mümkün değildir. Yukarıda arz ve izah edilen bilgi ve sunulan tıbbi kayıtlar kapsamında davacının tüm iddialarının reddi ile haksız ve hukuka aykırı davanın reddini Sayın Mahkemenizden talep ederim.

Organ Nakli Koordinatörü: Davacı kardeşine böbrek naklinde verici olmak amacı ile müracaat etmiş ve yapılan tetkikler neticesinde ve nefroloji, üroloji, immünoloji bilim dallarının doktorlarından oluşan konseyde alınan olurluluk neticesinde böbrek nakli ameliyatı gerçekleştirilmiştir. Davacı işbu davada ameliyat öncesi gerekli tetkiklerin yapılmadığını, bu nedenle de kanser hastalığının atlandığını, hastalığına geç müdahale edildiği gibi, nakil ameliyatı öncesi kanser hastalığından haberdar olsa idi, nakli düşünmediğini belirtmiş, teşhisin atlandığından bahisle manevi tazminat talep ve dava etmiştir. Organ nakli koordinatörü, organ nakli merkezinde görev yapan yardımcı bir personeldir. Tıbbi süreç ve kararlarla bir ilgisi yoktur. Bu bağlamda hastamız tarafından şahsıma da açılan davanın muhatabı olmadığımı belirtmek isterim.

BELGELER

Abdominal BT Anjiyografi Raporu: (Nefrektomi öncesi, 11.01.2013) Her iki böbrek normal boyut ve lokalizasyondadır (sağ böbrek 11.3x5x5.3 cm. sol böbrek 11.1x4.9x4.2 cm). Sağ böbreğin konturları lobüle olup parankim kalınlığı yer yer incelmış olarak izlenmiştir. Sol böbrek konturları ve parankim kalınlığı normaldir. Her iki böbreği besleyen ve abdominal aortadan ayrılan birer adet renal arter izlenmiştir. Her iki böbreği drene eden birer adet renal ven mevcut olup sol renal ven preaortik seyir göstererek normal konfigürasyonda vena kava inferiora katılmaktadır. Karaciğer boyutları, konturları, parankim dansitesi normaldir. Karaciğerde sol lob segment 2'de ve segment 4'de milimetrik boyutlu, sağ lob segment 6 lokalizasyonunda yaklaşık 1 cm çaplı kist ile uyumlu kontrast tutmayan hipodens lezyonlar izlenmiştir. Paraaortakaval patolojik boyut artışı gösteren lenf nodu saptanmamıştır.

Batın MR Raporu: (Nefrektomi sonrası): Karaciğerin büyüklüğü, konturları tabii olarak izlenmiştir. Karaciğer sol lobda milimetrik ebatta kontrastlanan odak izlendi (hemangioma?). Sağ böbrek izlenmedi.

(opere ?). Sol böbreğin lokalizasyonu, büyüklüğü, konturları, kortikomedüller sinyal intensité dağılımları, pelvikaliseal sistem genişlikleri tabii olarak izlenmiştir. Mesane homojen, muntazam konturlu dolmakta olup mesane cidar kalınlığı ve sinyal intensité dağılımı tabii olarak izlenmiştir. Uterus normal şekil ve büyüklüktedir. Konturları muntazamdır. Myometrium intensite yapısı tabiidir. Endometrial line düzenli ve normal kalınlıktadır. Tetkike dahil kesitlerde patolojik boyutta lenfadenopati izlenmemiştir.”

Eğitim ve Araştırma Hastanesi Epikriz Raporu: 13 yıldır menapozda olan hastanın yapılan muayenesinde endometrial hiperplazi tespit edildiği, alınan biyopsisinde az diferansiye endometrial CA görüldü, operasyon amacıyla yatırıldı, genel anestezi altında ameliyata alındı, TAHBSO, pelvik lenf nodu diseksiyonu, parsiyel omentektomi ve batın mai örneklemeleri yapıldı, ameliyat sonrası takiplerinin yapıldı ve öneriler ile taburcu edildi.

Patoloji Raporu: Uterus + adneksler; TAH+BSO: Endometrioid Tip Adenokarsinom. Histolojik grade: 3. Nükleer grade: 3. İnvazyon derinliği: Tümör myometrium 1/2'sinden fazlasına invaze. Endoservikal yayılımı yok. Perimetrium invazyonu yok. Cerrahi sınırlar: Tümör görülmedi. Omentum: Tümör görülmedi. Sağ pelvik 2 adet lenf nodunda reaktif hiperplazi. Sol pelvik 2 adet lenf nodunda reaktif hiperplazi Batın sıvısı; Negatif.

Tüm Batın MR (30.04.2013) Raporu: “Karaciğer sol lobda dom düzeyinde milimetrik ebatta kontrastlanan lezyon izlendi (hemangioma?). Karaciğer segment 6 düzeyinde yaklaşık 1.5 cm çapında post-kontrast incelemelerde periferik nodüler kontrastlanma izlenimi alınan lezyon saptandı (hemangioma?). İntrahepatik ve ekstrahepatik safra yollarının genişlik ve konfigürasyonları doğaldır. Safra kesesi infundibulum düzeyinde çamur veya kalkül ile uyumlu hipointens alan saptandı. Sol böbreğin lokalizasyonu, büyüklüğü, konturları, kortikomedüller sinyal intensité dağılımları, pelvikaliseal sistem genişlikleri tabii olarak izlenmiştir. Sağ böbrek izlenmedi (opere? belirgin atrofik değişiklik?). Mesane homojen, muntazam konturlu dolmakta olup mesane cidar kalınlığı ve sinyal intensité dağılımı tabii olarak izlenmiştir. Mesane cidarında yer kaplayıcı lezyon saptanmamıştır. Uterus izlenmedi (opere). Vaginal güdük proksimal uç seviyesinde hafif düzeyde ekspansiyon izlendi (postoperatif skatrisyel değişiklikler?). Tetkike dahil kesitlerde patolojik boyutta lenfadenopati izlenmemiştir. Kesit planına giren kas, kemik ve yumuşak doku oluşumlarının morfoloji ve sinyal intensite dağılımı tabiidir.

PET (21.10.2013) Raporu: Sağ böbrek lojunda hipermetabolik dens lezyon izlenmiştir (metastaz). Batında sağ üst kadranda ve sol alt kadranda peritoneal alanlarda BT de izlenen heterojen dansiteli lezyonlarda FDG tutulumu izlenmiştir (metastaz, omental kek?). Perihepatik alan ve mesane anteriyöründe izlenen lokule sıvıda düşük düzeyli FDG tutulumu mevcuttur (metastaz?).

05.11.2013 Giriş ve 07.11.2013 Çıkış Tarihli Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Epikriz Raporu: Nisan 2013 tarihinde endometrium CA tanısıyla TAH + BSO + Pelvik LND uygulandığı, patolojisi evre IB, G3 gelmesi üzerine pelvik XRT aldığı, takip sırasında yapılan PET/CT de sağ böbrek loju ve omentum seviyesinde tutulum izlendiği, endometrium malign neoplazmi tanısı ile yatırıldığı ve Debulking ameliyatına alındığı, ameliyat raporunda; “GAA, supine pozisyonda, uygun alan temizliğini takiben ksifoidopubik kesiyile batına girildi. Eksplorasyonda, omentum kek halinde, transvers kolonu da içine alacak şekilde tümör dokusuyla kaplıydı. Diafragmada tümör görülmedi. Pelviste geçirilmiş operasyona ve radyoterapiye bağlı yoğun yapışıklıklar gözlemlendi. Keskin ve küntdisseksiyonla omental kek formasyonu transvers kolon ve mideden ayrıldı, serbestleştirildi ve total olarak çıkartıldı. Daha sonra paraaortik lenfadenektomiye geçildi. Retroperitoneal alan duodenumdan itibaren treitz ligamentine kadar açılarak paraaortik mesafeye ulaşıldı. Renal ven seviyesine kadar lenfadenektomi yapıldı. Kanama kontrolünü takiben batın katları anatomik olarak kapatıldı. Komplikasyon görülmedi.

Patoloji Raporu (8.11.2013): Tanı: Omentum, total omentektomi; adenokarsinoma infiltrasyonu. Omental lenf nodları (toplam 14 adet); tümör negatif düzenli yapıda lenf nodları. Paraaortik lenf nodları (toplam 12 adet); Adenokarsinoma metastazı (3 adet). Tümör negatif düzenli yapıda lenf nodları (9 adet). Batın yıkama sıvısı, sitosantrifüj; adenokarsinoma ile uyumlu sitomorfolojik bulgular.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Ön inceleme: Birçok uluslar arası klavuzda donör değerlendirilmesi PAP smear testini kapsamaktadır. 1960 doğumlu bayanda kadın hastalıkları yönünden malinite araştırması yapılması gerekmektedir.

Hastada bu yönde değerlendirilme yapılmaması tıbbi hatadır. Bu hata nedeniyle malinenin oluşumu arasında ilişki mevcut değildir. Böbreğin alınmış olması, kanserin tedavisinde kullanılacak bazı nefrotoksik kemoterapi ilaçların kullanılmasını sınırlayabilir. Buna rağmen böbreğin alınmamış olması durumunda da hastanın kanseri benzer yönde seyir izleyeceği kabul edilmelidir.

Adli Tıp Kurumu (1): Dava konusu olayda kişiye böbrek nakli vericisi ameliyatı öncesinde gerekli tahlillerin yapıldığı, erken menopoza girilmesinin böbrek nakli vericisi ameliyatına engel teşkil etmediği, kişinin böbreğini bağışlamak için başvurduğunda böbreğini vermesine engel herhangi bir tıbbi bulgu ve belgeye dosyada bulunmadığı cihetle kişinin tedavisinde görev alan sağlık çalışanlarına atfı kabil kusur tespit edilmediği oy birliği ile mütalaa olunur.

Adli Tıp Kurumu (2):Böbrek nakli için verici olacak kişilere standart olarak sistemik sorgulama, muayene ve tetkiklerin yapılması gerektiği, kişiye sistemik sorgulama, muayene ve tetkiklerin yapılmış olduğu, ancak yapılması gereken tıbbi işlemler arasında servikal kanser için tarama testlerinin yapılmasının da bulunduğu, bu bağlamda PAP smear testinin yapılmasının gerektiği, ancak mevcut tıbbi belgeler arasında bu testin yapıldığını gösterir kayda rastlanmadığı, bununla birlikte kişinin böbreğini vermeden yaklaşık 2 yıl önce 03.12.2010 tarihinde Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılan PAP smear testine ait raporunun dosyada bulunduğu, bu raporda malignite bulunmadığının kayıtlı olduğu, yine ameliyat sonrası dönemde 19.03.2013 tarihinde Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde PAP smear yapıldığı ve malignite tespit edilmediği, kişide tespit edilen endometrial kanserin tarama yapılması önerilen kanser türleri arasında yer almadığı, ayrıca endometrial kanser tanısının PAP smear testi ile konulmadığı, kişiye donör ameliyatı öncesi PAP smear testinin yapılmamasının bir eksiklik olduğu, ancak kişide gelişen kanserin türü dikkate alındığında bu eksikliğin endometrial kanserin erken tanısının konmasında etkisinin bulunmadığı, tanıda gecikme iddiası ile PAP smear testinin yapılmaması arasında illiyet bağı bulunmadığı,

Dava konusu olayda kişiye böbrek nakli vericisi ameliyatı için erken menopoza girilmesi durumunun böbrek nakli vericisi olmasına engel teşkil etmediği, kişinin böbreğini bağışlamak için başvurduğunda böbreğini vermesine engel halinin bulunduğunu gösterir herhangi bir tıbbi bulgu ve belgenin dosyada bulunmadığı cihetle kişinin tedavisinde görev alan sağlık çalışanlarına atfı kabil kusur tespit edilmediği oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Volkan Tuğcu, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1. Böbrek donörlerinde hangi incelemelerin yapılması gerektiği belirlenmiş midir yoksa her merkez araştırmasını kendi planlarına göre mi yapmaktadır?

Donörlerin incelenmesinde Avrupa Üroloji ve Nefroloji Derneklerinin de arasında bulunduğu çeşitli kurumlarca hazırlanmış değerlendirme rehberleri bulunmakta olup ülkemizde de bu rehberler takip edilmektedir. Avrupa Üroloji derneği kılavuzuna göre potansiyel vericinin değerlendirmesi bağımız bir hekim tarafından yapılabilir ve tam bir oyku ve fizik muayene, rutin laboratuvar testleri ve Epsitein-Barr virusu (EBV), herpes virusu, sitomegalovirus (CMV), insan immün yetmezlik virusu (HIV) ve hepatit B virusu (HBV) ve hepatit C virusu (HCV) için serolojik değerlendirmeyi içermelidir. Rutin değerlendirmenin bir parçası olarak, idrar analizi ve kültürün yanında kreatinin klirensi ve protein atılımı için 24 saatlik idrar toplanır. Sınırdaki hipertansiyon şüphesi varsa, en az üç ila on farklı zamanda ölçüm yapılmalıdır. Toplama sistemini görüntülemek için bir atılım evresiyle renal arteriografi yapılması zorunludur. Bu tip bir test ayaktan hasta temelinde uygulanabilir. Bazı merkezlerde geleneksel anjiyografinin yerine spiral bilgisayarlı tomografi (BT) taraması kullanılır. Manyetik rezonans (MR) anjiyografinin kullanımı da giderek önem kazanmaktadır. Diyabeti olan potansiyel vericilere rutin olarak 5 saatlik glukoz tolerans testi uygulanmalı ve 24 saatlik idrarda proteinuri bulunmamalıdır. Açıklanamayan mikroskopik hematuri alta yatan böbrek hastalığının göstergesi olabilir. Tromboemboli veya tromboflebit potansiyel vericiyi yüksek pulmoner emboli risk grubuna yerleştirir. Bu durum ileri kalp hastalığı veya malign neoplazi oykusu olan hastalar için de geçerlidir. Obezite, ideal vucut ağırlığı %30'un üzerinde olan herhangi bir potansiyel verici için göreceli kontrendikasyon olabilir.

Tüm kadın hastalardan PAP smear alınmalı, özellikle aile öyküsü olan kadınlardan mamografi istenmelidir. Aile öyküsü olan erkek hastalardan prostat kanseri açısından PSA testi istenmelidir.

- Kesin kontrendikasyonlar
- Yaş <18
- Kontrol edilemeyen hipertansiyon
- Diabetes mellitus
- Proteinuri (> 300 mg/24 st)
- Yaş için normal aralığa göre anormal glomeruler filtrasyon hızı
- Mikroskopik hematuri
- Yüksek tromboemboli riski
- Tıbbi olarak anlamlı rahatsızlık (kronik akciğer hastalığı, yakın geçmişli malign tumor, kalp hastalığı)
- Çift taraflı bubreğ taş öyküsü
- HIV pozitif hasta

Göreceli kontrendikasyonlar

- Aktif kronik infeksiyon (tuberkuloz, hepatit B/C, parazit)
- Obezite
- Psikiyatrik bozukluğu olan vericiler bir psikiyatrist tarafından önerilen işlemi anladığına ve kabulüne ilişkin kapsamlı olarak değerlendirilmelidir. (EAU kılavuzu)

2. Bu hasta jinekolojik muayeneye tabi tutulsaydı sizce bu kanser tespit edilebilirdi?

Verici adayının malignite açısından taranmasının iki temel amacı bulunmaktadır. Bunlardan ilki, verici adayında saptanabilecek malignitenin gerek kendisi, gerekse tedavinin getireceği risklerin soliter bubreğ altında oluşmasının önlenmesidir. Diğer temel amaç, vericide bulunabilecek malign bir hastalığın alıcıya yayılmasını önlemektir. Bu amaçla Klinik Pratik Uygulamamız şu şekilde olmalıdır:

- Persistan Mikroskopik Hematuri: Görüntüleme yöntemleri ve 40 yaş üstü adaylarda sistoskopik değerlendirme önerilmektedir.
- Akciğer: Risk faktörü olmayanların akciğer grafisi ile değerlendirilmesi önerilirken, risk faktörü olan adayların (sigara öyküsü, 1. derece aile bireylerinde akciğer kanseri öyküsü) kontrastlı akciğer tomografisi ile değerlendirilmesi önerilmektedir.
- Kolon: Genel popülasyondaki öneriler ışığında risk faktörü olmayan adaylarda 3 farklı zamanda alınan gaytada gizli kan (GGK) taraması. GGK pozitif bulunan adaylar ile 1. derece aile bireylerinde kolon kanseri öyküsü olanlarda kolonoskopik değerlendirmesi önerilmektedir.
- Meme: 40 yaş üstü tüm kadınlar ile 1. derece aile bireylerinde meme kanseri öyküsü olanların ultrasonografi ve mamografi ile değerlendirilmesi önerilmektedir.
- Uterus: Tüm kadın verici adaylarının pelvik ultrasonografi ile, 40 yaş ve üzeri adayların ise servikal smear ile değerlendirilmesi önerilmektedir. Uterus kalınlığı 3-4 mm nin üzerinde olan özellikle postmenopozal kadınlarda endometrial biyopsi uygundur.
- Prostat: 50 yaş üstü veya 1. derece aile bireylerinde prostat kanseri öyküsü olan erkek verici adaylarının prostat muayenesi ve prostat-spesifik antijen ile değerlendirilmesi önerilmektedir.

Ayrıca değerlendirme sırasında şüpheli görülen tüm lezyonlar (örneğin melanom açısından şüpheli nevüsün dermatolojik değerlendirmesi) genel popülasyondaki öneriler doğrultusunda değerlendirilmelidir.

Melanom, testikuler kanser, renal hücreli kanser, koryokarsinom, hematolojik malignite, bronşial karsinom, meme kanseri ve plazma hücre hastalıkları öyküsü genellikle kontrendikasyon kabul edilir. Malignite öyküsü olan verici adayında, renal fonksiyon uygulanan tedavilerden olumsuz etkilenmemişse, kur gerçekleştirilmişse ve kanser hücrelerinin geçişi riski dışlanabiliyorsa verici aday kabul edilebilir. (Transplantasyon Nefrolojisi, Pratik Uygulama Önerileri, Türk Nefroloji Derneği, Editör: Prof. Dr. Aydın Türkmen, Basım tarihi: 07.10.2016, Ankara)

3. Bu dosya hakkında bilirkşi raporunuz nasıl olurdu?

Öncelikle şunu bilmeliyiz ki; böbrek vericisi olmak için vericinin oluru ve otonomisi gerekli ancak yeterli değildir. Tıbbi değerlendirme ve mutabakat temeldir. Vericinin otonomisi, tıbbi değerlendirme ve hükmün üstünde değildir. Postmenapozal bir kadında seviks ca açısından smear alınması, pelvik USG ile endometrium kalınlığının ölçülmesi ve gereğinde ya da şüphe halinde biyopsi yapılması rutin döner değerlendirilmesinin bir parçası olmalıdır. Preoperatif MR, BT bulguları ve 2 yıl öncesinde yapılmış smear testinin dosyada bulunması, hastanın preoperatif sözel iyilik hali beyanatları rutin muayenin ayrıntılı yapılmamasına haklı gerekçe olarak sunulamaz. Nakil ekibinin lideri olarak böbrek nakli merkezi sorumlu hekiminin bu vaka da preoperatif değerlendirmede ihmale yatkın davrandığı görülmektedir.

3.11 HEKİM SEÇME HAKKI

3.11.1 AMELİYATIMI BAŞKA HEKİM YAPMIŞ

İDDİA

Müvekkilim böbrek ağrısı şikayeti ile hastaneye gitmiş ve burada böbrekte tümör tanısı konulmuştur. Sağlık Bakanlığı Tedavi Kurumlar Yönetmeliği'nde "... şeflerin bulunmadığı esnada şef yardımcılarının bu görevi üstlendiği" ifadesi yer almaktadır. Yani Eğitim hastanelerinde ameliyatın başka uzman doktorlar tarafından yapılmasına yasal bir engel bulunmamaktadır. Ancak dilekçemizde belirtmiş olduğumuz hususun bir kez daha altını çizmek isteriz ki; sıkıntı sadece müvekkilenin ameliyatının başka bir doktor tarafından yapılmış olması değildir. Asıl sorun bu durumun müvekkileye farklı şekilde aksettirilmiş olmasından kaynaklanmaktadır. İlgili hekim tarafından müvekkile ve yakınlarında aksi yönde kanaat yaratılmış, hasta bizzat doktorun ameliyatı yöneteceği noktasında ikna edilmiş fakat daha sonrasında ameliyat ilgili hekim tarafından gerçekleştirilmemiştir. Salt bu durum bile alınan "aydınlatılmış onamın" gerekli açıklamalar yapılmadan imza altına alındığına dayanak teşkil etmektedir. Müvekkilenin normal bir vatandaş olarak Sağlık Bakanlığı Tedavi Kurumları Yönetmeliği hükümlerini bilmesi kendisinden beklenemeyecek bir özeni gerektirmektedir. Oysa ki vekil olarak nitelendirilen ve vekilin özen borcu gereği bu durumları aydınlatması gereken doktorlar hastaya gerekli bilgiyi sunmamışlardır. Hatta ve hatta yanlış bir yönlendirmenin yapıldığı da açık şekilde ortadadır. Sadece bu husus dahi idarenin kusuruna dayanak teşkil etmektedir, zira hastalar operasyon öncesinde yeterince bilgilendirilmemektedir. Şayet müvekkileme başka bir doktorun da ameliyatı yönetebileceği bilgisi verilmiş olsaydı, kendisi bu bilgi dahilinde seçme hakkına sahip olabilecekti. Farklı bir sağlık kurumunda kendi seçeceği doktorun ameliyatını gerçekleştirmesini isteyebilecekti. Anayasal bir hak olan sağlık hakkı kapsamında ameliyatınızı yapacak doktorun kim olmasını istediğinizi, daha da doğrusu en azından ameliyatınıza kimin gireceğini bilme hakkı mevcuttur. En basit bir muayenede bile hekim seçme hakkı bulunmakta iken hayati açıdan önem arz eden ameliyat ile ilgili olarak böyle bir hakkın bulunmadığını, ameliyata kimin girdiğinin önemli olmadığını söylemek doğru olmayacaktır. Davalı idarece operasyonun şef yardımcısı tarafından yapılmasının mümkün olduğu bunda herhangi bir yanlışlığın bulunmadığı, uygulamanın sıklıkla karşılaşılan bir durum olduğu belirtilmiştir. Bir durumun sıklıkla yaşanmış olması yapılan işlemin doğru olduğunu göstermeyecektir, aksine sıklıkla yaşanan bu tarz durumların incelenmesi, hastalara gerekli açıklamaların yapılıp yapılmadığının da sorgulanması gerekecektir. Müvekkileye yapılan operasyona şef yardımcısı girdiği halde, dışarıda bulunan hasta yakınlarına ameliyatta şefin bulunduğu bilgisinin verilmesinin hiçbir şekilde haklı görülebilir yanı bulunmamaktadır. Doktorun yurtdışında olduğu ve ameliyatı yönetmediği bilgisinin verilmeyişinin nedeni, hasta yakınlarının tepkisi ile karşılaşmamak içindir. Çünkü hasta ve hastanın yakınları operasyonun bizzat klinik şefi tarafından yapıldığı bilgisi verilerek ameliyata ikna edilmişlerdir, ameliyat anına kadar da operasyonun başka bir hekimce gerçekleştirildiği bilgisi kendilerine kesinlikle söylenmemiştir. Tüm bu bilgiler ışığı altında diyebiliriz ki yapılan işlemde gerekli ve yeterli bilginin sunulmaması, hasta yakınlarına farklı farklı açıklamaların yapılması da dahi idarenin kusuru olduğu ortadadır. Doktorlar Ameliyat ve müdahalelerden evvel ve sonra hasta için ge-

rekli her türlü ihtimamı göstermek ve tedbirleri almakla, icabeden tahlilleri zamanında yaptırmakla yükümlüdürler.

Operasyon sonrası müvekkilenin günde en az iki kez vizitelerle takip edildiği ifade edilmiş ise de yapılan viziteler de hastanın yakınmaları dikkate alınmamıştır. Davalı idarenin iddia ettiği aksine müvekkilenin eşi ve çocuklarının yoğun çabaları sonucunda konsültasyon istenmiştir. Yani olağan bir süreç ile gerçekleşen durum bulunmayıp aksine müvekkilenin yakınlarının çırpınması neticesinde hastaya bahsi geçen tıbbi işlemler yapılmıştır. Şayet müvekkilenin yakınlarının durumu farketmeyip, bu şekilde çaba göstermeselerdi, hastada ameliyat sonrası gelişen komplikasyonlar fark edilmeyecek ve belki de hasta hayatını kaybedebilecekti. İlgili dökümanların yorumlanması uzmanlık gerektiren bilgiyi gerektirmekte olup, bu konu bilirkişi incelemesi ile aydınlığa kavuşacaktır. Fakat hastanın, hem de böyle ciddi bir operasyon geçiren bir hastanın yaşadığı sancuların ve acıların duygusallık olarak nitelendirilmesi doğru değildir. Nitekim olayların seyri göstermiştir ki müvekkilenin çektiği acılar, yapılan hatalı operasyonun sonucu olup duygusallık ile yakından uzaktan herhangi bir ilişkisi bulunmamaktadır. Hasta müvekkilenin genel cerrahi servisine sevki; müvekkilenin acılarının dayanılmaz bir hal alması üzerine, eşinin çabaları neticesinde gerçekleşmiştir. Bu gelişmeleri takiben Genel Cerrahi uzmanı gelmiş ve hemen bir ameliyat yapılması gerektiğini, bağırsakta 0,5 cm çapında bir yırtılmanın meydana geldiğini, ameliyat yapılmadığı takdirde yaşamsal tehlikeler ile karşılaşabileceğini müvekkilim ve eşine anlatmıştır. İşte ilk ameliyatı gerçekleştiren ekipçe alınan aydınlatmış onamın geçersiz olduğu burada ortaya çıkacaktır. Zira genel cerrah yapılan işlemlerin olası sonuçlarını detaylı şekilde açıklayarak hastaya ikinci operasyonu gerçekleştirme yoluna gitmiş iken, böbrek ameliyatının gerçekleşmesi için verilen onamda hasta ve yakınları hiçbir açıklama yapılmamış, kendilerinin anlayamayacağı birçok tıbbi terimi içeren belgenin alelacele, sırf şekli bir prosedürel işlemi gerçekleştirmek adına imzalatılması söz konusudur. İlk ameliyatta alınan onamın bu nedenle geçerli olmadığı kanaatindeyiz.

Davacıda görülen bağırsak yırtılması olayı nadir görülen bir durum ve komplikasyon olarak nitelendirilmiştir. Bunun ameliyat anında gözlemlenmemesi durumunda tekrar bir cerrahi işlem gerekeceği ifade edilmiştir. Zaten idarenin kusuru da tam bu noktada üst düzeye ulaşmıştır. Şöyle ki; bu durum komplikasyon olarak kabul edilse dahi idare bu komplikasyon ihtimalini göz ardı ettiği ve hastadaki karın ağrılarının, yakınmaların, karın bölgesinde ki şişliğin ameliyattan sonraki 4. günde anlaşılması, operasyonu gerçekleştiren doktorların bu durumu kendilerinin dahi göz ardı ettiğine kanıttır. Tıbbi işlemleri hastadan çok daha iyi bilen doktorların bile ihmal ettiği bu durumun hastanın onay verdiği gerekçesi ile kabul edilebilir olarak karşılanması doğru olmayacaktır. Diğer yandan ameliyat sırasında %0.1-0.3 oranında bağırsak yaralanması görülebilmekte olup, European Urology dergisinde 656 hastada radikal nefrektomi sonrası bağırsak yaralanması oranının % 1.8 olduğu davalı idarece belirtilmiştir. Oranın düşük olması böyle bir durumla karşılaşılmayacağı anlamına gelmemektedir. Hekimler yaptıkları iş gereği özenli davranmak zorunda olup, hafif kusurlarından bile sorumlu tutulacaklardır. Bu yüzden doktorun meslek alanı içinde olan hafif de olsa tüm kusurlarından sorumlu olduğu kabul edilmelidir. Doktorlar hastalarının zarar görmemesi için yalnız mesleki değil, genel hayat tecrübelerine göre herkese yüklenebilecek dikkat ve özeni göstermek zorundadır. En ufak bir tereddüt gösteren durumda bu tereddütü ortadan kaldıracak araştırmaları yapmak ve bu arada koruyucu tedbirler almak ile yükümlüdürler. Mesleki iş gören doktorlardan ona güvenen müvekkil titiz bir ihtimam ve dikkat gösterilmesini istemekte haklıdır. Gerçekten de hasta tedavisini üstlenen meslek mensubu doktorundan tedavinin bütün aşamalarında mesleğin gerektirdiği titiz bir ihtimam ve dikkati göstermesini beden ve ruh sağlığı ile ilgili tehlikelerden kendisini bilgilendirmesi güven içinde beklemek hakkına sahiptir. Şayet tıbbin gerek ve kurallarına uygun davranılmakla birlikte sonuç değişmemiş ise doktor bundan sorumlu tutulamayacaktır. Oysaki müvekkilenin olayı nadir de olsa görülebilen bir durum iken, bu durum hekimlerce göz ardı edilmiştir. Buraya kadar ki kısım kusurun mevcudiyetini açık şekilde göstermektedir. Ancak olayın devamı da kusurun varlığını artırıcı durumları ihtiva etmektedir. Zira hasta müvekkile ameliyat sonrasında ciddi yakınmalarda bulunmuş, karındaki rahatsızlığın acısını elinden geldiğince ifade etmeye çalışmış ise de, kendisi duygusal davranmakla ve şımarıklık etmek ile suçlanmıştır. Bu suçlamaları yapmak yerine hastanın şikayeti ile anında ilgilenilmiş olsaydı olaylar zaten bu safhaya gelmeyecekti. Ancak hastanın

yakınma ve şikayetleri ciddiye alınmayarak, müvekkilem tüm bu acılarla dört gün boyunca baş etmek zorunda bırakılmıştır. Bağırsaktaki yırtılma ihtimalinin olabileceği madem bilinen bir komplikasyondur, o halde neden bu duruma ilişkin semptomlar baş gösterdiğinde hastaya gereken müdahale yapılmamıştır? Hasta kendisi bu durumu bilemeyeceğine göre, bu durumu bilmesi ve öngörmesi gereken doktorların ihmali açıkça ortadadır. Ameliyatın seyrini takip eden ekip kusurludur, hem de kusurları neredeyse müvekkilenin canına malolacak derecede de ağır bir kusurdur. Bağırsaktaki yırtık son ana kadar ciddiye alınmamış, detaylı olarak tetkik edilmemiş ve hasta ölümcül seviyeye ulaştığında, hasta yakınlarının yoğun çabası neticesinde duruma müdahale yoluna gidilmiştir. Oysa ki en basta yapılacak detaylı bir tetkik ve gözlem neticesinde bunların hiçbiri yasanmayabilirdi. Bu durum karşısında orta seviyede tedbirli bir doktorun aynı hal ve şartlar altında göstermesi gereken mutad özen ve ihtimamın müvekkilime gösterilmediği ortada olup, ihmâl ve kusurun kabulü zorunludur. Böbrek ameliyatını gerçekleştiren ve sonrasında hastayı gözlemleyen ekipteki doktorların hastaya gereken özeni göstermedikleri, hastanın şikayetlerini göz ardı ettikleri, nadir görülsede dahi görülmeye ihtimali olan bir komplikasyona karşı hazırlıksız oldukları, gereken tetkikleri yapmakta ihmâl ve kusuru sergiledikleri, 4 gün süre ile bu ihmâlî davranışın devam ettiği, hasta yaşamsal tehlikeye girinceye kadar da gereken müdahalenin yapılmamış olduğu durumu açıkça gözler önündedir.

SAVUNMA

Davalı avukatı: Davacı vekili, sayfalar boyunca, davaya konu ameliyata klinik şefi yerine başak bir üroloji uzman doktorunun girmesinin ve bu durumun zamanında müvekkiline bildirilmemesinin idarenin ağır kusurunu oluşturduğunu, Anayasada düzenlenen sağlık hakkına açıkça aykırılık teşkil ettiğini belirtmiştir. Açıkçası bu tutumu anlamak mümkün değildir. Davacının ameliyatına herhangi bir doktor değil alanında uzman birçok kere bu tür ameliyatları gerçekleştirmiş, aynı zamanda öğretim görevliliği yapan klinik şef yardımcısı girmiştir. Bu olguyu öne sürerek davaya başlamak baştan itibaren ne amaçla dava açıldığını zaten göstermektedir. Yapılan incelemeler de davacının böbreğinde tümör bulunduğu ve dolayısıyla böbrek kanseri tespit edilmiş ve gerçekleştirilen operasyonla bu tümör alınmış ve kanserin yayılması engellenip davacının hayatı kurtarılmıştır. Gerçekleştirilen operasyonda bu tür ameliyatlarda sıkça rastlanan türden bir komplikasyon vuku bulmuştur. Gerek operasyon sırasında gerekse operasyon sonrasında davacı ile yoğun bir şekilde ilgilenilmiş, günde en az iki kez yapılan vizitelerle takibi sağlanmıştır. Davacı ile yeterince ilgilenilmediği ve şımarıklıkla suçlandığı gibi hususlar tamamen soyut ve gerçek dışı iddialardır.

Sağlık bakanlığı avukatı: Yapılan incelemeler de davacının böbreğinde böbrek kanseri tespit edilmiş ve gerçekleştirilen operasyonla bu tümör alınmış ve kanserin yayılması engellenip davacının hayatı kurtarılmıştır. Gerçekleştirilen operasyonda bu tür ameliyatlarda sıkça rastlanan türden bir komplikasyon vuku bulmuştur. Gerek operasyon sırasında gerekse operasyon sonrasında davacı ile yoğun bir şekilde ilgilenilmiş, günde en az iki kez yapılan vizitelerle takibi sağlanmıştır. İşbu dava açısından da hizmet kusuru değil komplikasyon mevcuttur ve ağır hizmet kusurunun olmaması nedeniyle Sağlık Bakanlığının dava konusu olay bakımından bir sorumluluğu bulunmamaktadır.

BELGELER

Epikriz: Sol böbrekte kitle tespit edildi, hasta radikal nefrektomi amaçlı interne edildi, sol radikal nefrektomi uygulandı, postop 3. günde hastanın karın ağrısı olması üzerine genel cerrahi konsültasyonu istendi genel cerrahi tarafından opere edildi, patoloji raporunda; renal hücreli karsinoma tespit edildi, Genel cerrahi operasyonda batın içinde Treitzdan itibaren 40. cm'de 0.5 cm'lik ince barsak perforasyonu, peritonit gözlemlendi, segmenter rezeksiyon ve uç uca anastomoz yapıldı.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli tıp kurumu: Hastanın böbrek tümörü tanısı, tanıya göre yapılan ameliyatın tıp kurallarına uygun olduğu, ameliyattan sonra tespit edilen barsak perforasyonu komplikasyon özelliğinde olduğu, komplikasyon yönetiminin tıbbi kurallara uygun olduğu, hastanın ameliyatına girecek hekim yerine başka bir hekimin ameliyata girmesinin hasta hakları ihlali, aydınlatılmış onam ilkelerini ihlal niteliğinde

olduğu, ancak bu durumun davacı iddiası olduğu, bu iddianın gerçeklik durumunun adli incelemelerle tespit edilebileceği, dosya üzerinde bu durumla ilgili karar verilemediğine karar verildi.

Ön inceleme:

1. İlgili hekim tarafından hasta ve yakınlarıda, ameliyatı bizzat yapacağı söylenmiş ancak ameliyat ilgili hekim tarafından gerçekleştirilmemiştir.

2. Operasyon sonrası müvekkilenin günde en az iki kez vizitelerle takip edildiği ifade edilmiş ise de yapılan viziteler de hastanın yakınmaları dikkate alınmamıştır. Hasta müvekkilenin genel cerrahi servisine sevk; müvekkilenin acılarının dayanılmaz bir hal alması üzerine, eşinin çabaları neticesinde gerçekleşmiştir. Bu gelişmeleri takiben Genel Cerrahi uzmanı hemen bir ameliyat yapılması gerektiğini, bağırsakta 0,5 cm çapında bir yırtılmanın meydana geldiğini, ameliyat yapılmadığı takdirde yaşamsal tehlikeler ile karşılaşabileceğini anlatmıştır. Bu durum hastanın bilgilendirilmediği sonucunu doğurmaktadır.

DEĞERLENDİRME

Uz. Dr. Selçuk Şahin, Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Hastanın hekim seçme hakkı konusunda mevzuat nasıldır. Uygulamada nasıl olmaktadır. Bu konuda yorumlarınız nasıldır?

Ülkemizde hekim seçme hakkı ile ilgili düzenlemelerin geçmişi Resmi Gazetede 19/02/1960 tarihinde yayınlanan "Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi"ne dayanmaktadır. Bu nizamnamenin 5. Maddesi'nde "Sağlık müesseselerinde tatbik olunan usul ve kaideler mahfuz olmak üzere, hasta; tabibini ve dış tabibini serbestçe seçer" hükmü yer almaktadır.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'ne (1983) 2005 yılında eklenen bir madde ile (Madde 8), "Yataklı tedavi kurumlarında mevcut her klinisyen uzmanın poliklinik hizmeti vermesine yönelik düzenleme yapılarak hastaların hekim seçmesine imkan sağlanır." ibaresi getirilmiştir.

Resmi Gazetede 01/08/1998 tarihinde yayınlanan "Hasta Hakları Yönetmeliği"nde, hem sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirme hakkı (Madde 8), hem de sağlık personelinin tanıma, seçme ve değiştirme hakkı (Madde 9) ayrıntılı olarak yer almaktadır.

Sağlık Bakanlığı'nın 2004/117 sayılı genelgesi "poliklinik hizmetlerinin sunumunda, hastalarımızın hekimini seçebilme özgürlüğü esastır. Bu nedenle hastaların hekimini seçebilmesine imkan verecek her türlü tedbir alınacaktır". hükmüyle fiilen hastanelerde hekim seçme özgürlüğünün kullanılmasının sağlanmasını istemektedir.

Sağlık Bakanlığı hekim seçme ve değiştirme hakkının kullanılabilmesi için 2007 yılında ayrıntılı bir şekilde "Sağlık Hizmeti Sunumunda Poliklinik Hizmetlerinin Hastaların Hekimini Seçmesine ve Değiştirmesine İmkân Verecek Şekilde Düzenlenmesi Hakkında Yönerge"yi hazırlayarak yürürlüğe sokmuştur.

Hekimlik Meslek Etiği Kuralları 1988 yılında Türk Tabipler Birliği tarafından yayınlanmıştır. Hekim seçme özgürlüğü başlıklı bölüm madde 22 'Hasta, mevzuatın belirlediği kurallara, tıbbi uygulamanın özelliklerine ve kurumun koşullarına göre hekimini seçmekte özgürdür'. (Aydın Erdem, Tıp Etiği, Ankara, Güneş Kitabevi, 2006).

Türk Tabipler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi 4-5 Nisan 2008 tarihinde "Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeleri Çalıştayı"nda kabul edilmiştir. Bu bildirgeye göre, "seçim: sağlık kurumunu, hekimi, tıbbi uygulamayı seçmeyi ve başka hekimlerden görüş alınmasını isteme hakkını kapsar." görüşü ile hastaların seçme uygulamasında daha geniş haklara sahip olması vurgulanmaktadır.

Ülkemizde 1. ve 2. Basamak sağlık kurumlarında hekimler bireysel çalıştıkları için hastalarıyla birebir muhatap olmaktadır. Eğitim hastaneleri ve üniversitelerde özellikle hocalar ve eğitim görevlilerinin poliklinik hizmetlerini asistan ve uzman hekimlerin yürütmesi gerekebilmektedir. Kliniklerde ameliyat endikasyonları eğitim sorumlularının başkanlığında toplantı ve vizitelerde kararlaştırılmaktadır. Ameliyatlar ve tıbbi uygulamalar, eğitim ve idari sorumlularınca belirlenen hekimler tarafından yapılmaktadır. Bu seçim yapılırken hekimin uygulamayı yapabilecek yeterlilikte olması göz önünde bulundurulmaktadır. Gerekli görülen ameliyatlara ekip halinde birkaç cerrah girebilmektedir. Hastaların ameliyat yapacak hekimini seçmesi konusu çoğu zaman geri planda kalmaktadır. Ülkemiz şartlarında eğitim hastanelerin-

deki eğitim ve işleyişin düzenli olarak devam edebilmesi ve hekimlerin belli konularda kendilerini geliştirebilmeleri için bu uygulamada sakınca görmüyorum. Ayrıca hastanın ameliyatını gerçekleştirecek hekimin klinik sorumlu hekimi tarafından belirlenmesinin hastanın menfaatine olduğunu düşünüyorum.

2- Bu dosya hakkında bilirkişi raporunuz nasıl olurdu?

Bu konu hakkında bilirkişi olsam öncelikle hastanın dosyası ve tetkiklerinden ameliyat endikasyonu, ameliyat öncesi hazırlıklarında eksiklik olup olmadığını kontrol ederdim. Belgelerden anlaşıldığına göre bu konuda hekimlerin herhangi bir eksikliği bulunmuyor.

İkinci önemli husus, hastadan aydınlatılmış onamın usulüne uygun olarak alınmasıdır. Hasta hakları yönetmeliğinin 15. Maddesi b fıkrasına göre 'Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi' hastaya anlatılmalıdır. Bilgi vermenin usulü ile ilgili 18. maddede 'Hasta, tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından tıbbi müdahale konusunda sözlü olarak bilgilendirilir. Bilgilendirme ve tıbbi müdahaleyi yapacak sağlık meslek mensubunun farklı olmasını zorunlu kılan durumlarda, bu duruma ilişkin hastaya açıklama yapılmak suretiyle bilgilendirme yeterliliğine sahip başka bir sağlık meslek mensubu tarafından bilgilendirme yapılabilir.' yazmaktadır. Ameliyatıyla ilgili bütün bilgiler sözlü olarak hastaya aktararak rıza formu hastaya veya kanuni temsilcisine imzalatılmalıdır. Rıza formu bilgilendirmeyi yapan ve tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından imzalanır.

Hastanın şikayet dilekçesinde, ameliyatına klinik şefi hekimin gireceğinin söylendiği, ameliyat sırasında şefin ameliyatta olduğunun söylendiği fakat doktorun o sırada yurtdışında olduğu ifadesi var. Bu ifadelerin doğruluğunu bilmiyoruz ve bu durum ancak hukuki süreçlerle aydınlatılabilir. Fakat ifadeler değerlendirildiğinde hastaya ameliyatına girecek hekimle ilgili yanlış bilgilendirme yapılmıştır. Bu durum aydınlatılmış onam ilkelerine aykırıdır.

Üçüncü önemli husus ameliyat sonrası gelişen istenmeyen durum ve bu sorunun hekimler tarafından nasıl yönetildiğidir. Bağırsak yaralanması radikal nefrektomi ameliyatında görülebilen bir komplikasyondur (Mejean A, Vogt B, Quazza JE, Chretien Y, Dufour B. Mortality and morbidity after nephrectomy for renal cell carcinoma using a transperitoneal anterior subcostal incision. Eur Urol. 1999 Oct;36(4):298-302). Bu bilgi Türk Üroloji Derneği tarafından hazırlanan ve kliniklerimizde sık kullandığımız onam formunda mevcuttur.

Madde 7- Bağırsak içeriğinin kaçacağına neden olan bağırsak yaralanması olabilir. Bu durum ameliyat yarasının daha uzun olmasına, geçici veya kalıcı ileostomi veya kolostomi gereksinimine ve hastanede kalış süresinin uzamasına neden olabilir (%0,1-0,3).

Bu konuda önemli olan hekimlerin ameliyat sonrası hastaya gerekli ilgi ve özeni göstermesi, takibini yapması, gelişen komplikasyonu tanıyabilmesi ve gerekli müdahaleyi yapmasıdır. Hekim ve hasta ifadeleri birbirinin zıttı yönde olması bu konuyu değerlendirmemizi güçleştiriyor. Fakat sonuç olarak dosya incelendiğinde hastada gelişen komplikasyon uygun bir şekilde tedavi edildiği ve hastanın sağlığına kavuşturulduğu görülüyor.

4.1 LAPAROSKOPİ

4.1.1 LAPAROSKOPİK NEFREKTOMİDE BARSAK YARALANMASI

İDDİA

42 yaşındaki müvekkilime böbrek rahatsızlığı nedeni ile yapılan tetkikler sonucu sol böbreğinin %7 oranında vücuda katkıda bulunduğu ve bu böbreğin alınması gerektiği tespiti yapılmıştır. Bu ameliyatı yaptırmak üzere doktor ile görüşmüştür. Özel bir hastaneye yatırılan müvekkilim ameliyathaneye indirilmiştir. Ancak ameliyat masasında iken, ameliyatta kullanılacak laparoskopi cihazının arızalı olduğunu söyleyerek kapalı ameliyat yerine açık ameliyatı kabul edip etmediği sorulmuştur. Müvekkilim açık ameliyatı kabul etmemiş, bunun üzerine ameliyathaneden çıkarılmış, evine gitmesini, telefon ile haber vereceklerini söylemişlerdir. Şüpheliler ertesi günü müvekkilimi aramışlar, arızanın giderildiğini, ameliyatın yapılacağını söylemişlerdir. Müvekkilim tekrar yatırılarak ameliyata alınmış, sol böbreği laparoskopik yöntemle çıkarılmıştır.

Ameliyatta müteakip müvekkilim karnında şiddetli sancılar duymuş, şüpheli doktorlar bunun normal olduğunu, gaz sıkışması olabileceğini sıvı gıdalar olarak bolca yürüme tavsiye etmişlerdir. Müvekkilim bu tavsiyelere uyarak ve ancak sancılar içinde geceyi geçirmiştir. Sabah da şikayetlerinin artarak devam etmesi üzerine şüpheliler yine aynı tavsiyelerde bulunmakla birlikte ağır kesici ilaç da vermişlerdir. Müvekkilin şikayetinin gaz sıkışmasına bağlı olduğunda ısrar edilerek gaz çıkışını teminen lavman da yapılmış ancak bir yararı olmamıştır. Müvekkilimin tüm şikâyetleri artarak devam ederken şüpheliler bu olağan bir durum diyerek müvekkilimi taburcu ederek evine göndermişlerdir. Müvekkilimin şikâyetleri evinde artarak devam etmiş, ameliyat yerinde akıntı ve koku gelmiş, karnı şişmiş ve hastane ile telefonla irtibata geçip şikâyetlerini bildirmiştir. Şüpheliler bu durumun normal olduğunu önceki tavsiyelere uyulmasını, sıvı gıda alınmasını ve yürümesini tekraren söylemişlerdir. Müvekkilimin ameliyat yerinden kokulu sıvı gelmesi ve sargının değişmesi ihtiyacı karşısında yakındaki özel bir klinikten bir sağlık elemanı eve getirilmiş ve sargı değiştirilmiştir. Gelen sağlık elemanı akıntının ve kokunun normal olmadığını, derhal ve acilen hastaneye gidilmesi gerektiğini söylemiş, müvekkilim de hem şiddetli ağrıları ve hem de kokulu akıntı nedeniyle aynı gün gece hastaneye tekrar gitmiştir. O saatteki nöbetçi doktor, ameliyatı yapan doktor ile irtibata geçilmesini söylemiş, konuşacak durumda olmayan müvekkilimin yerine müvekkilimin babası şüpheli doktoru aramış şikayetleri tekrar etmiş hocam ne yaptınız, benim oğlumun bağırsaklarını mı kestiniz, bu ameliyat yerinden dışkı akıyor, koku geliyor' demesine rağmen şüpheli doktor gelmeyip, durumu kimliğini bilmediğimiz şüpheli olarak gösterdiğimiz doktora anlatacağını, onun ilgileneceğini beyanla telefonu kapatmıştır. Şüpheli olarak gösterdiğimiz ve fakat kimliğini bilmediğimiz

doktor ise o gece sabaha kadar hiçbir şey yapmamış müvekkilim sancı ve ağrılarla dolu bir geceyi hastane odasında yatarak geçirmiştir. Müvekkilimin babası ilerleyen saatlerde de şüpheli doktoru aramışsa da da hastaneye kadar ne kendisi ne de ameliyatı yapan diğer şüpheli doktorlar gelmemiş, nöbetçi doktor ve ekip ise sadece rutin tansiyon ölçümü yapmıştır. Ertesi gün sabah bütün şüpheli doktorlar rutin vizit için bir araya gelmiş olmalı ki, hepsi birden müvekkilimin odasına gelmişler, bu hastanenin yeterli teknik imkanının bulunmadığını, küçük bir ek operasyon için ambulansla acil olarak sevk edileceğini söylemişlerdir. Müvekkilim acilen üniversite hastanesine sevk edilmiş, üroloji servisine yatırılmış, acil ultrason, röntgen ve diğer tetkik ve tahliller yapılmış, buradaki doktor, yapılan laparoskopik ameliyat sırasında kalın bağırsağın kesildiğini, ağız yolu ile alınan tüm sıvı ve gıdaların tamamının 3 gün boyunca karın boşluğuna dolduğunu, batin bölgesinin cerrahi müdahale ile açılıp temizlenmesi gerektiğini, içeriye dolan üre ve diğer ifrazattan içeride mikrop-bakteri üremiş olabileceğini, bu ameliyatın çok ciddi olduğunu ve geç kalındığını söylemiştir. Bunun üzerine müvekkilim derhal ameliyat olmayı kabul etmiş ve aynı gün ameliyata alınmıştır. Takip eden 5 gün boyunca yoğun bakımda kalmıştır. Ameliyat sırasında kesilmek zorunda kalınan bağırsak uçları karnın tamamen dışına çıkarılarak kolostomi torbası denilen bir torbaya bağlanmıştır.

SAVUNMA

Üroloji Uzmanı: Müşteki hastanemize dilekçesinde belirttiği rahatsızlığı nedeni ile başvurmuştur. Kendisine teşhis, tedavi eksiksiz ve hatasız olarak uygulandı. Herhangi bir görev ihmalimiz yoktur. Hasta ameliyattan sonra taburcu edildi, ancak şikayetleri devam edince tıp fakültesine yönlendirdik ve hastamız olduğu için orada da yardımcı olduk. Bu tür ameliyatlardan sonra bu tür komplikasyonların gelişebilme ihtimali vardır. Bununla ilgili bilimsel yayınları da tarafınıza ibraz ediyorum.

BELGELER

Ameliyat notu: Genel anestezi altında sol lomber pozisyonda 12 kosta inferoposteriordan 1,5cm.lik bir insizyon yapılarak künt diseksiyon ile retroperitoneal alana girildi. Bu alanda balon (dilatasyon) yöntemi ile diseke edildi. Yeterli diseksiyon sonrası 11mm.lik torakal konularak alan görüntülendi. Bu portla oluşturulan görüş altında sol tarafta 11m.lik sağda 5cm.lik torakalar yerleştirildi. Batında alt polden başlayarak çevre dokular diseke edildi, diseksiyon sonrasında atrofik böbreğe bağlı yapışıklıklar vardı. Böbrek serbestleştirildiği, ureter ve pediküle wedge klips konularak böbrek spesmeni alındı, takiben operasyon alındığı gaz basıncı düşürülerek retroperitoneal alan kontrol edilip loja 5mmlik portun yanına bir adet dren konulup ameliyata son verildi.

Tıp Fakültesi tarafından düzenlenen epikriz: Tanı; barsak perforasyonu olup perforasyon onarımı yapıldı, eksploratif laparotomi uygulandı, eksploratif laparotomide kolon splenik fleksurada posterior perforasyon+segmenter kolon rezeksiyonlu+çifte namlulu kolostomi yapıldı, parsiyel kolon rezeksiyonu çifte namlu ağız kolostomi açılması ameliyatı uygulandı.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Kolon perforasyonunun laparoskopik retroperitoneal nefrektomi esnasında gelişmiş olduğu ancak klinik tablonun 2 gün sonra ortaya çıkması nedeniyle bu yaralanmanın termal hasara bağlı olarak gelişebileceğinin düşünüldüğü ve de hastaya taburcu sonrası aynı gece yatışından akut batin tablonun oturmadiğı ve 1 gün sonra müdahale edildiği dikkate alındığında, konulan tanı, yapılan ameliyat ve takibinin tıp kurallarına uygun olduğu oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Hakan Kılıçaslan, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Laparoskopik nefrektomide kolon yaralanmasının teknik açıdan nedenleri nelerdir?

Laparoskopik retroperitoneal nefrektomi esnasında kolon yaralanmasının teknik açıdan nedenleri;

- Transperitoneal laparoskopik nefrektomiye göre daha dar sahada çalışılıyor olması,

- Bu vakada olduğu gibi perirenal yapışıklıklar
- Kolonik yapışıklıkların diseksiyonu sırasında kolona yakın ve termal enerjinin fazlaca kullanılması olabilir.

2- Kolon yaralanmasının farkedilmemesinin nedenleri nelerdir?

Sadece serozal yaralanmalar ve termal hasara bağlı yaralanmalarda akut batın tablosunun tam belirgin hale gelmesi zaman alabilir.

3- Hastanın takibinde eksiklikler olduğunu düşünüyor musunuz, nasıl takip edilmeliydi?

Hastanın takibinde eksiklikler olduğunu düşünmüyorum.

4- Bu dosya ile ilgili bilirkşi raporunuzu nasıl olurdu?

Termal hasara bağlı kolon perforasyonunda klinik tablonun 2 gün sonra ortaya çıkması nedeniyle yapılan ameliyat ve takibinin uygun olduğunu düşünüyorum.

4.1.2 LAPAROSKOPİK PARSİYEL NEFREKTOMİDE KANAMA

İDDİA

Müvekkilin her iki böbreğinde multipl basit kistler saptanarak sağ böbreğindeki kistlerin laparaskopi ile alınmasına karar verilmiş, tıp fakültesi hastanesinde operasyona alınmış, 3 gün sonra dren takılı vaziyette taburcu edilmiştir. 4. gün ateşinin yükselmesi ile fenalık geçiren hasta eşi tarafından Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Servisi'ne tekrar yatırılmış, operasyona bağlı enfeksiyon ve böbrekte kanama teşhisi konulmuş, böbrek anjiyosu yapılarak bazı arterlerin kapatılmış, enfeksiyon ve yüksek ateşin kontrol altına alınması için yoğun ve devamlı antibiyotik tedavisi uygulanmış ve 8 ünite kan verilmiş, 40 gün sonra sağ böbreğindeki süzmenin yaklaşık %50 olduğu söylenerek taburcu edilmiştir. Hastanedeyken başlayan yoğun ishal taburcu edildiğinde de devam etmiş, davalı hastaneye teşhis edilemeyen durumun müvekkilin Gastroenteroloji Uzmanına gitmesi ile açıklığa kavuşmuştur. Fazla dozda ve yoğun şekilde yüklenen antibiyotik tedavisi nedeni ile ortaya çıkan ince bağırsak alerjisi olan Çölyak Hastalığı teşhisi konulmuş, müvekkil hayatı boyunca diyet yapmak durumunda kalmıştır. Daha sonra bir özel hastanede yapılan tetkikle adeta tek böbrekle yaşamaya mahkum edildiğini öğrenmiştir. Bu tür bir operasyonun açık ameliyatla yapılması gerekmekte iken doktorlar laparoskopiyi tercih ettiklerinden müvekkil zarar görmüştür.

SAVUNMA

Üroloji Öğretim Üyesi: Hasta 2 yıllık izleminde şüpheli sağ böbrek kistik kitlenin malign kriterlerinin artışı, kanser olasılığının yükselmesi nedeniyle operasyon önerilmiştir. Hastanın önerilen açık radikal nefrektomi, laparoskopik radikal nefrektomi, açık parsiyel nefrektomi ve laparoskopik parsiyel nefrektomi operasyonlardan laparoskopik parsiyel nefrektomi yöntemini tercih eteleri üzerine, hasta opere edildi. Taburculuk tarihinden 10 gün sonra ateş, dren hattından pürülan drenaj ve idrarda kanama ve hemoglobin düşüklüğü ile yara enfeksiyonu, operasyon bölgesinde kanama ön tanıları ile yeniden yatırıldı, yapılan radyolojik incelemelerde tümörün kesildiği bölgede arteriovenöz fistül ve karın içerisinde hematoma saptandı, enfeksiyon tedavisi ve takibi konunun uzmanlarıncı düzenlendi. Parsiyel nefrektomi yöntemi başta kanama olmak üzere komplikasyonlara açık bir tekniktir. Yara enfeksiyonları ve psödoanevrizmanın ikinci hafta ortaya çıkan komplikasyonlardır. Hastanede yattığı sürece hastadan defalarca çeşitli kültürler alındı, bu dönemde aldığı antibiyotik tedavisi hastanın hayatını kurtarmıştır. İshal sistemik antibiyotik tedavisinin en çok bilinen komplikasyonudur. Keza böbrekte arteriovenöz fistül ve psödoanevrizma gelişimi hem açık hem laparoskopik parsiyel nefrektomi sonrası geliştiği bilinen bir komplikasyonlardır. Tedavide kanamaya neden olan damarın anjiyografi ile bulunup tıkanmaktadır. Hastaya konservatif izlem, açık cerrahi ve anjiyografik embolizasyon yöntemleri anlatıldı, kanaması ve hemoglobin düşüşü yavaş seyreden hastaya bir süre konservatif izlem yapıldı. Ancak semptomatik psödoanevrizmalarda konservatif izlemin tedavi şansı yok denecek kadar az olduğundan hastadan an-

jiyografik embolizasyon için onay alındı, yapılan anjiyografide psödoanevrizmadan sorumlu damar bulunup başarılı bir şekilde embolize edildi, ilk embolizasyon sonrası hemoglobin düşüşü bir süre duran hastanın klinik izleminde yapılan ikinci anjiyografide normal damarlar korunarak yapılan ilk embolizasyon bölgesinin yeniden kanalize olduğu gözlemlendi, bunun yanında sağlıklı böbrek dokusunu besleyen diğer arterlerde de nedeni bilinmeyen çeşitli düzensizlikler olduğu saptandı, hasta ve yakınlarının onayı alınarak parent arter embolize edildiğini, bu işlemden sonra kanaması tamamen duran hasta 10 gün içerisinde evine gidebilecek hale geldi.

BELGELER

30.03.2013 MR: Sağ böbrek üst polünde akut-subakut hemoraji içeren solid tümoral komponent içermeyen kompleks (Bosniak Tip II) kist görüldü.

07.07.2013 MR: Sağ böbrek üst polünde içerisinde koagüle kan ile uyumlu yapılar olan, duvarında ya da içeriğinde tümoral kontrastlanma göstermeyen kompleks kistik lezyon, bu kist komşuluğunda sıvı-sıvı seviyesi içeren, solid komponent ya da kontrastlanma göstermeyen kist görüldü.

08.12.2013 MR: Sağ böbrek üst polünde içerisinde koagüle kan ile uyumlu yapılar ve yoğun sıvı içeriği bulunan duvarında ve içerisinde tümoral kontrastlanma göstermeyen kompleks kistik lezyon, sağ böbrekteki kompleksi hemorajik kist boyutlarında hafif artış mevcut olduğu görüldü.

03.01.2014 BT: Sağ böbrekle en büyüğü 4.5 cm çapta olan multipl sayıda kist, kistlerin bazıları yüksek dansitede olup kompleksi kist ile uyumlu olduğu görüldü.

Epikriz (1): Tanı: bilateral renal kistler, 12/02/2014 de laparoskopik sağ nefrektomi. GAA veresi iğnesi ile girildi, pneumoperitoneum sağlandı, tüm pediküle klemp kondu, kitle eksize edildi, toplayıcı sistemde gözüken açıklık dikildi, kontrolde ekstrasvazasyon olmadı, iskemi süresi 35 dakika oldu, klemp açıldı, dren konuldu, spesimen çıkarıldı. Hastanın postop Hb:9.9, Cr:0.6 geldi, genel durumu iyi, postop dreni takip edil ve giderek drenajın azaldığının görüldü, postop 2.gün üretral sondası çekildi, rahat işlediği görülen hastanın postop 4.gün genel durumu iyi, vital bulguları stabil olarak gerekli önerilerle taburcu edildi.

Patoloji raporu: Renal hücreli karsinom (konvansiyonel şeffaf hücreli tip) Fuhrman grade II/IV, sağ parsiyel nefrektomi, tüm cerrahi sınırlar ve frozen incelemeye gönderilen tümör tabanı intakttır.

Epikriz (2): Yüksek ateş nedeniyle yatırıldı, HT+, DM+. Sağda falnk hassasiyeti, postop yüksek ateş ile yatırılan hastanın Enfeksiyon Hastalıkları konsültasyonunda: taburculuğu sırasında konstipe olan hastaya Alin tb verilmiş, yaklaşık 4 gündür ishali devam eden hastanın 2 gündür ishali ile birlikte kramp tarzında karın ağrısı ve dün 39.5 C ateşi olmuş, tetkikinde; ALT:55.6, AST:29, GGT:96.2, T.bil:2.59, T.prot:5.3, kreatinin:1.17, Lök:19.8, Erit:3.2, Hb:9.4, Hct:28, Piperasilin+Tazobaktam+Metronidazol başlandı, gaita örneklerinde BK izlenmedi. Abdomen BT raporunda; "sağ böbrek üst ve alt polleri arasındaki böbrek parankimine parsiyel nefrektomi uygulandığının anlaşıldığı, bu lojda yaklaşık 3 cm çapında belirgin kontrastlanma gösteren lobule alan (fistül?) izlendi, bu lezyonun posteriora doğru olan kesimde posterior pararenal fasyaya da uzanım gösteren içerisinde çok sayıda hava ve kontrast tutulumu bulunan ve superiorda subhepatik alana da uzanım gösteren koleksiyon saptandı. Anjiyografi notunda; "sağ böbrek alt pol arterinde psödoanevrizma, glue ile embolizasyon" yapıldığı belirtildi. Anjio sonrası BT raporunda; "opere sağ renal kitle, perinefrik, perihepatik ve perisplenik alanda artış gösteren hemorajik dansiteler, yeni gelişen intraperitoneal serbest sıvı, perinefritik alandaki hava dansitelerinde belirgin gerileme" saptandığı belirtilmiştir. Bundan 2 gün sonra yapılan BT anjiyografi tetkikinde; "sağ böbrek lojunda metalik koiller çevresinde 5 cm çapında psödoanevrizma ile uyumlu oluş gösteren lezyon, böbrek çevresinde yaygın hematom ve infarkt alanları, retroperitoneal bölgeden karaciğer çevresine uzanım gösteren ve karaciğere kısmen basan hematom mevcut olduğu, ikinci anjiyografi notunda; "sağ böbreğin orta kesiminde daha önce tıkanan arterin daha proksimalde rekanalize olduğunun izlendiği, bu dalın coil ve %33 glue ile tam olarak tıkanmış" belirtilmiştir. Hastaya 10 Ü ES, 7 Ü TDP kullanıldı. Kontrol BT anjiyografi tetkikinde; "sağ böbrekte 5 cm çapında psödoanevrizma, böbrekte ve böbrek çevresinde hematom ve infarkt alanları, perihepatik hematom" görüldü. İzleminde Hg stabilizeşen hasta enfeksiyon bölümüne de danışılarak gerekli önerilerle taburcu edildi.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Kişiyeye yapılan laparoskopik parsiyel nefrektomi ameliyatının tıp kurallarına uygun olduğu, ameliyat sonrası dönemde gelişen enfeksiyonlara bağlı ateş, fistül ve psödoanevrizma ve sonuçta opere böbrekte fonksiyon azalması gelişmesinin bu tür ameliyatlarda beklenebilir komplikasyonlardan olduğu, çölyak hastalığı etyolojisinde otoimmünite olduğu, antibiyotik kullanımı ve ateşin çölyak hastalığının oluşmasının etyolojisinde yer almadığı cihetle hekimlere ve davalı idareye atfı kabil kusur bulunmadığı oy birliği ile mütalaa olunur.

İtiraz ve Bozma: "Davacıya ilişkin raporda hasta için seçilen ameliyat yönteminin hasta için uygun olup olmadığı, böbrek fonksiyonun kaybedilmemesi için alınması gereken önlemlerin alınıp alınmadığı ve operasyon yerinde kanama, ateş, uzun süreli antibiyotik kullanımı gibi faktörlerin çölyak hastalığına sebep olup olmadığı açık ve doyurucu bir şekilde açıklanmadığı gerekçesiyle ihtisas kurulunun kararı eksik bulunarak Danıştay kararı ile bozulduğundan ve bu haliyle belirtilen hususların yeniden değerlendirilmesi suretiyle Genel Kurulca açıklama ve gerekçeli yeni bir rapor düzenlenmesi, olayda hizmet kusurunun bulunup bulunmadığı saptanması," istenmektedir.

Adli Tıp Kurumu (2. Rapor): Seçilen ameliyat yöntemi ve tekniğinin klasik tıp bilimine uygun olduğuna, ameliyattan sonra gelişen kanamanın her türlü özene rağmen önlenemeyen, tıbbi bir hataya atfedilemeyen komplikasyon olduğuna, gelişen kanamanın düzeltilmesi için yapılan müdahalelerin zorunlu ve uygun olduğuna, bu tür müdahalelerde böbrek fonksiyonlarında azalmanın kaçınılmaz olduğuna, antibiyotik kullanılmasının gerekli olduğuna, kullanılan antibiyotiklerin ishale neden olabileceği bilinen bir durum olduğundan ishale komplikasyon olduğuna ve buna karşı gerekli önlemlerin alınmış olduğuna, cerrahi girişimler, antibiyotikler, bazı viral enfeksiyonlar, stresin çölyak belirtilerini ortaya çıkarabileceği de bilinmekle beraber bu vakada, önceden çölyak gelişiminin bilinmeyeceği, çölyak hastalığının da komplikasyon olarak nitelendirildiğine karar verildi.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Abdullah Erdem Canda, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Komplike kistlerde sınıflama ve ameliyat endikasyonları nasıldır?

Böbrekteki kistler radyolojik olarak Bosniak sınıflamasına göre sınıflanırlar ve her bir kist grubu I'den IV'e doğru gittikçe artan oranlarda böbrek kanseri içerme oranlarına sahiptir. Örneğin, kategori I'de %1.0, II'de %3.8, IIF'de %17.1, III'de %38.0 ve IV'de %82.1 (Oh TH, Seo IY. The role of Bosniak classification in malignant tumor diagnosis: A single institution experience. *Investig Clin Urol.* 2016 Mar;57(2):100-5). Buna göre özellikle kategori III ve IV böbrek kistlerinde artmış böbrek kanseri saptanma oranları nedeni ile ameliyat endikasyonu vardır. Buna karşın kategori IIF böbrek kistlerinde radyolojik izlem yapılabilir (Weibl P, Hora M, Kollarik B, Shariat SF, Klatter T. Management, pathology and outcomes of Bosniak category IIF and III cystic renal lesions. *World J Urol.* 2015 Mar;33(3):295-300).

2- Parsiyel nefrektomide ameliyat sonrasında kanama nedenleri nelerdir ve bunlarla nasıl mücadele edilir?

Böbrek kanlanması oldukça fazla olan bir organ olduğu için parsiyel nefrektomi ameliyatları sırasında ve sonrasında kanama görülebilir. Ameliyat sonrası erken dönemde oluşan kanamaların tanısında hastanın ameliyat sonrası hastanede yattığı dönemde günlük hemogram, vital bulgu ve drenaj miktarı takibi önemlidir. Birlikte idrardan kan gelmesi (hematüri) de eşlik edebilir. Eğer erken dönemde bir kanamadan kuşkulaniyorsa tanıda ek olarak radyolojik girişimlerden de yararlanılabılır (örneğin ultrason, tomografi ve anjiyografi gibi). Daha geç dönemde ise arteriovenöz fistül ve psödoanevrizma oluşumu nedeni ile kanamalar oluşabilir. Gerekğinde kanama miktarını yerine koymak adına hastaya kan transfüzyonu ve taze donmuş plazma transfüzyonu yapılabilir. Yapılacak anjiyografi ile kanayan damar ya da damarlar saptanarak eş zamanlı olarak embolizasyon ile bu kanamalar durdurulabilir. Kanama durdurulmasında birden çok kez damar embolizasyonu yapmak da gerekebilir. Eğer bu işlemler başarılı olmaz ise, hastada hemogram seviyesi düşmeye devam ediyorsa ve vital bulgularda stabilizasyon sağlanamı-

yorsa hasta tekrar ameliyata alınarak kanayan alan görülerek cerrahi olarak tamir edilebilir. Buna müdahalelere rağmen kontrol edilemeyen kanama durumunda böbrek alınabilir (yani nefrektomi yapılabilir).

3- Antibiyotik, ishal, çoliak ilişkisi nasıldır?

Antibiyotikler ameliyat öncesi profilaksi amaçlı yani enfeksiyon gelişimini önlemek amaçlı kullanılabilir. Buna rağmen ameliyat sonrası enfeksiyon gelişebilir. Bu durumda oluşan enfeksiyonun ek antibiyotikler ile tedavisi yapılır. Hangi antibiyotiğin kullanılması gerektiği konusunda karar vermek için hastadan yara yeri ve kan kültürleri alınarak ip uçları elde edilir. Ancak, kullanılan antibiyotikler de bir yan etki ya da komplikasyon olarak hastalarda isale yol açabilir. Bu isal bazen çok şiddetli olabilir ve isali tedavi etmek için de ek tedavi ve girişimler gerekebilir. Bu komplikasyon literatürde de tanımlanmıştır (Al-Jashaami LS, DuPont HL. Management of Clostridium difficile Infection. Gastroenterol Hepatol (NY). 2016 Oct;12(10):609-616). Oluşan isalin tedavisinde gerektiğinde gastroenteroloji konsültasyonu istenebilir.

4- Bilirkişi olarak bu vakayı nasıl değerlendirirsiniz?

Böbrek kistik lezyonlarının laparoskopik cerrahi ile tedavisinin güvenli ve etkili bir yöntem olduğu bildirilmiştir (Pinheiro T, Sepulveda F, Natalin RH, Metrebian E, Medina R, Goldman SM, Ortiz V, Andreoni C. Is it safe and effective to treat complex renal cysts by the laparoscopic approach? J Endourol. 2011 Mar;25(3):471-6). Bir hastalık ile hekime başvuran hastalarda, hastalığın cerrahi ve ek olarak çeşitli ilaçlarla (örneğin antibiyotik gibi) tedavisi gerekebilmektedir. Ancak, yapılacak her tedavi çeşidinin belirli bir yan etki ve komplikasyon oluşturma potansiyeli de mevcuttur. Kanama ve enfeksiyon, her ameliyattan sonra görülebilecek komplikasyonlardır. Her iki komplikasyonu da tedavi etmek için çeşitli ek tetkikler, ek müdahaleler ve ek tedaviler gerekli olabilir. Yapılacak her ek müdahalenin ve ek tedavinin de yine ek bir yan etki ve komplikasyon oluşturma potansiyeli mevcuttur. Hekim hastasını tedavi ederken, yapılacak her ek tetkik, ek tedavi ve ek müdahale ile oluşabilecek ek komplikasyonlar ve ek yan etkiler konusunda hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirmesi önem arz eder. Bu vakada hastaya en başta doğru bir tedavi uygulanmış zira laparoskopik ameliyat sonucunda patoloji sonucu böbrek kanseri çıkmıştır. Bundan sonraki süreçte bu ameliyatlardan sonra görülebilecek çeşitli komplikasyonlar yaşanmış ve bu komplikasyonlar ile gerektiği şekilde uygun olarak mücadele edilmiştir.

4.1.3 KOMPLİKE BÖBREK KİSTİNDE LAPAROSKOPIK PARSİYEL NEFREKTOMİ ENDİKASYON TARTIŞMASI, FİSÜL GELİŞİMİ VE NEFREKTOMİ

İDDİA

Avukat: Müvekkile böbrek rahatsızlığı nedeniyle operasyon önerilmiştir. Doktor Tıp Fakültesindeki araç ve gereçlere güvenmediğini ve an az 1 ay sonraya gün verebileceğini belirtip operasyonu yarı zamanlı çalıştığı Özel Hastaneye yönlendirmiş, müvekkil bunu kabul etmiş ve 27.09.2010 tarihinde sol böbrekte kitle ön tanısıyla opere edilmiştir. Müvekkil hastaneye yatırıldığı gün kendisine teşhis ve tedavi işlemleri, yatış ve onam formu adı altında bir belge imzalatılmış, ayrıntılı açıklama yapılmamıştır. Müvekkilime hiçbir şekilde aydınlatılmış onam belgesi imzalatılmamıştır. Mevcut belge sadece hastaneye kabul edildiğine dair bir belge niteliğindedir. Belge üzerindeki yazılar müvekkilin imzası sonrası yazılmış imzalanmıştır.

Hastane kayıtlarında 27.09.2010 tarihli özellikle ameliyat raporunda böbrekteki kitlenin bir apse olduğu vurgulanmış ve herhangi bir şekilde herhangi bir şekilde böbrek yapısına ve dokularına zarar verilemediği ifade edilmiştir. Ancak daha sonra 13 Aralık 2010 tarihinde Üniversite hastanesinde yapılan müdahalede 27.09.2010 tarihli ameliyatla ureterin rüptüre olduğu tespit edilmiş, ureterin proximal parçasının görülememesi üzerine açık operasyona geçilmiş, böbrek üst polde eski operasyon hattında ufak bir alanda kaçak olduğu görülmüş ve bilahare de tüm tedavilere rağmen sol böbrek kaybedilmiştir. Üstüne üstlük yapılan kötü ameliyatlar nedeniyle fitik oluşmuş ve yeniden ameliyat olmak zorunda

kalmıştır. Halen müvekkilimiz bu operasyonları sonrası meydana gelen deformasyonlardan dolayı acı çekmekte ve operasyonlara maruz kalmaktadır.

Mağdur: Ameliyatımdan 3 gün sonra taburcu edildim. Ameliyatın 25. gününde evimde istirahat halindeyken şiddetli ağrılarım başladı. Tekrar doktora başvurdum. Ameliyat yerimde sızıntı olduğunu, karın boşluğuna idrar toplandığını söyleyerek acil Üniversite Hastanesine yatmam gerektiğini söyledi. Aynı günün gecesi ameliyata alındım. Ertesi gün şüpheli beni muayeneye geldiğinde drenajın olmadığını, tekrar ameliyat olmam gerektiğini söyledi. Ertesi gün tekrar ameliyata alındım. Bana daha kalın stent takıldığını söyleyerek ikinci ameliyat sonrası 15 gün hastanede kaldım ve taburcu edildim. Evde istirahatım esnasında drenaj takılı vaziyette kalması gerektiğini, 1-2 ay bu şekilde idare etmem gerektiği söylendi. 2 aylık süre sonunda ağrılarımın geçmemesi nedeniyle tekrar gittim. 3. ameliyatıma karar verildi. 3. ameliyatım sonrasında da dikişlerimden sızıntı meydana geldi. 1.5 ay boyunca sızıntılarım devam etti ve 5. ameliyatımda böbreğim alındı. Böbreğim alındıktan sonra da uzun süre ağrılarım devam edince şüpheli bana aynı bölgeden birkaç kez operasyon geçirdiğimden dolayı iyileşmesinin süreç alabileceğini söyledi.

SAVUNMA

Üroloji Uzmanı: Yapılan tetkiklerinde (ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi) sol böbreğinde yüksek yoğunluklu kitle saptandığı belirtiliyordu ve görüntülerde de tümör şüphesi oldukça yüksek bir kitle olarak müşahade etmiştim. Ancak yine de şüpheli olduğu için, daha iyi tanı koyabilmek amacıyla dinamik BT ve renkli Doppler ultrasonograf çekilmesini gerekli gördüm. Sol böbrekte kalın duvarlı kistik kitle (Bosniak Tip IIF) tanısıyla, bilimsel yayınlarda da gösterildiği gibi, böyle bir kitleden alınacak biopsinin tanı koydurucu olmayacağını bildiğimden dolayı, laparoskopik ile kitlenin ortaya konulması ve kitlenin çıkartılmasının en doğru yaklaşım olacağını sundum. Hastanın cerrahi tedavisinde hiçbir şekilde zorlayıcı ve yönlendirici davranmadığım gibi, maddi bir çıkarı da gözetmedim. Ameliyattan önce hastaya onam formu verildi ve tüm bilgilendirmelere yapıldı. Ameliyathaneye alınan hastaya genel anestezi verildikten sonra böbrekteki kitleye cerrahiye başlanmadan önce, kitlenin çıkartılmasından sonra nadiren de görülebilecek olan üriner fistülün hem ameliyat sırasında değerlendirilmesi, hem de ameliyat sonrasında fistül gelişiminin önüne geçilmesine yönelik, üreteral 6 Fr. Kateter sol üreterden böbrek içine yerleştirildi ve mesaneye yerleştirilen üretral sondaya, çıkmaması için, tespit edildi. Gerekli hasta pozisyonu (sol modifiye litotomi) verildikten ve cerrahi alanın sterilizasyonu yapıldıktan sonra laparoskopik ameliyat gerçekleştirildi. Laparoskopik ameliyatta da sol böbreki kitle yapısı ve sert duvarı görüldü ve böbrek damarlarının kapatılarak, kitlenin parsiyel şekilde çıkartılmasına karar verildi. Kanama kontrolü için böbrek damarlarının geçici kapatılmasından sonra idrar toplayıcı sistemine çok yakın olan böbrek kitlesi çıkartıldı. Bu aradada kitlenin kalın ve kalsifiye duvarının içinde pürülan yapı olduğu görüldü. Çıkartılan kitlenin boşluğunda böbreğin idrarı toplayan sisteminin açılıp açılmadığını kontrol etmek için, önceden takılan sol üreter kateterinden metilen mavisi verildi. Kitlenin çıkartıldığı yerde, metilen mavisinin geldiği görüldü ve idrar toplayıcı sisteminin açıldığı teyit edildikten sonra, bu açıklık usulüne uygun şekilde tümüyle kapatıldı. Daha sonra kitlenin çıkartıldığı bölgedeki böbreğin korteks kısmı kanama kontrolü açısından, kitlenin lojuna "surgicell rulo" tampon da yerleştirilerek tam olarak kapatıldı. Tüm kapatma işleminden sonra üreter kateterinden verilen metilen mavisinin sistem dışına çıkmadığı son bir kere teyit edildikten sonra, böbrek damarlarındaki bandlar açıldı ve kanama kontrolü yapılarak cerrahi alana bir adet aspiratif dren konularak cerrahi işlem başarılı şekilde tamamlandı ve çıkartılan kitle patolojiye gönderildi.

Ameliyat sonrasında 3 gün hasta büyük bir özen ve dikkatle takip edildi. Takiplerinde hiçbir patolojik durum söz konusu değildi. Dreninden geleni yoktu ve idrar sondası ile üriner fistül riskine karşı sol böbrekteki üreter kateteri çok iyi idrar drenajı sağlıyordu. Kontrollü şekilde ameliyattan sonraki 3. günde sol üreterdeki kateter çıkartıldı ve kateterin çıkartılmasına rağmen 24 saat drenin hiç çalışmaması ve drenajın olmamasından dolayı hasta kesin yatak istirahati ile 7-10 gün içinde kontrole gelmek üzere hastaneden ilaç tedavisi düzenlenerek çıkartıldı. Hasta yaklaşık 10. gününde kontrole geldi. Yaptığım sol böbrek ultrasonografisinde sol böbreğin çok iyi olduğu ve böbrek çevresinde her hangi bir kanama ve idrar kaçağı olmadığı, çıkartılan kitle bölgesinin son derece iyi olduğu görüldü. Hastamıza kesin yatak istirahatina bir süre daha devam etmesi, laparoskopik teknik nedeniyle, ameliyat sonrası

ağrılarının olmaması ve kendisini hızlıca iyileşti diye hissetmesine rağmen, gerçekleştirilen cerrahinin çok önemli olduğu ve kendisini zorlamaması ve yatak istirahati gerektiği belirttim. En ufak bir sıkıntı, ağrı, ateşlenmede bana sekreterim vasıtasıyla ulaşmasını ve hemen kontrole gelmesi gerektiği dikkatle söyledim. Ancak akrabası olan hanımın ve eşinin de bana ifadesi ile bu önerilerime hiç riayet etmediği ve dinlenmediği, bilakis kendisini yoracak aktiviteler yaptığı şeklinde idi. Ameliyatın 4. haftası içinde, birkaç gündür sol yanında ağrılarının olduğu, geçer diye bana haber vermediği, ancak ağrılarının çok artması nedeniyle dayanamadığını ve en son aşamada bana geldiğini belirterek 26.10.2010 tarihinde geldi. Yaptığım sol böbrek ultrasonografisinde böbrek etrafında yaygın sıvı varlığı olduğunu gördüm ve ağrının bu sıvıya bağlı olduğunu söyledim. Bunun da bir idrar kaçağı olabileceğini ifade ederek, neden bana hemen haber vermediğini ve bu şekilde geciktiğini sordum. Kendisi ağrının geçebileceğini düşündüğünü ve beni rahatsız etmek istemediği için 2-3 gün beklediğini ifade etti. Hastanın ağrısının olması ve gecikmiş şekilde kontrole yaklaşık 2-3 gün geç gelmiş olması nedeniyle, akşamın geç saatlerinde olması dolayısıyla, Üniv. Tıp Fak. Hastanesi Üroloji Servisine yönlendirdim ve aynı gün acil olarak müdahaleye aldım. GAA da sol üretere floroskopi kontrolü altında kılavuz tel yerleştirmek istedim. Ancak floroskopi altında kılavuz telin sol üreterin 1/3 üst bölümünden böbreğe geçmediğini gördüm. Bunun üzerine üreteroskopi ile sol üretere girerek bu kısımdaki patolojiyi değerlendirmeyi ve görüntü altında kılavuz teli yerleştirmeyi planladım ve uyguladım. Ancak kılavuz telin takıldı üreterin 1/3 üst kısmında üreter duvarının tümüyle tıkalı olduğunu, en ufak bir kanal olmadığını ve üst kısma geçilemediğini gördüm ve üreteroskoptan verdiğim kontrast maddenin de (floroskopi kontrolü altında) böbrek sistemine geçmediğini ve üreterin tümüyle tıkalı olduğunu gördüm. Üreterden gerekli drenajın üreterde gelişen tıkanıklığa bağlı, sağlanamamasından dolayı, sol böbrekteki idrarın İrenajının gerekli olması nedeniyle aynı seansta hastaya yüzükoyun pozisyon verildi ve sol böbrek etrafındaki sıvı (ürinom) USG kılavuzluğunda perkütan aspiratif iğne ile drene edildi. Bir miktar idrar örneği mikrobiyolojik değerlendirme için kültür- antibiogram amaçlı laboratuara gönderildi. Böbrek etrafındaki toplanmış idrar drene edildikten sonra, böbrek toplayıcı sistem içinde ultrasonografi ve floroskopi kontrolünde sol perkütan nefrostomi yerleştirildi. Floroskopi kontrolü ile nefrostomunun böbrek toplayıcı sisteminde olduğu kontrol edildi ve çıkmaması için dikkatli şekilde tespit edildi. Bu şekilde iyi çalışan sol böbreğin idrarının drenajı sağlandı. Ancak sol böbreğe yerleştirilen perkütan nefrostomunun böbrek sisteminden çıkmasından dolayı (kı bu tüp vücut hareketlerine bağlı olarak yerleştirilen böbrek toplayıcı sisteminde tüm önlemlere rağmen çıkabilmektedir) 28.10.2010 tarihinde, hiç gecikmeden, tarafımca, ameliyathane şartlarında yeniden böbrek sistemine perkütan yoldan yerleştirildi ve perkütan nefrostomunun çıkması nedeniyle böbrek etrafına yeniden biriken idrar koleksiyonu aspire edildi. Bu aşamada 2-3 hafta perkütan nefrostomi ile idrar drenajının sağlanması gerektiği, bu şekilde böbrekteki idrar kaçağının nereden olduğu, neyin buna sebep olduğunu değerlendirebileceğimizi söyleyerek, hastaneden evine çıkartıldı.

13.12.2010 tarihinde böbrekteki bozukluğun tedavisi amacıyla GA altında antegrad pyelografi değerlendirmesinde sol böbrek toplayıcı sisteminin üst üreter seviyesinden itibaren geçiş olmadığı görüldü. Hem üreterdeki tıkanıklığın, hem de böbrekteki idrar kaçağının tedavisi için önce laparoskopik olarak değerlendirme, eğer laparoskopi yöntemi için uygun cerrahi disseksiyon ortamı ve olanağı yoksa açık ameliyat ile cerrahinin gerçekleştirilmesi gerektiği söylendi. Ameliyat sırasında laparoskopik olarak ameliyat bölgesinin değerlendirilmesinde sol 1/3 üreter üst kısmının ve pelvis renalisin tümüyle çevre dokulardaki nedbe ve yapışıklık gelişiminden dolayı yapıldığı ve doku bütünlüklerinin kaybolduğu, bunun nedeninin de dokuların kanlanma ile beslenme ve iyileşmesinin gelişmemesi ve dolayısıyla yoğun nedbe dokusunun etkisi altında tıkanması olarak düşünüldü. Yeterli cerrahi bütünlük olmadığı için cerrahiye geçildi. Sol üretero-kalikostomi gerçekleştirildi.

Böbrekteki hasarı gidermeye ve böbreği kurtarmaya yönelik cerrahi ve tıbbi prensipler dahilinde yapılması gerekenlerin tümü eksiksiz ve kusursuz şekilde zamanında icra edilmesine ve böbrekteki açıklığın açık ameliyatla dahi tam anlamıyla kapatılmasına rağmen, dikişlerin zaman içinde erimesiyle birlikte dokunun kendisini onaramadığı ve tekrar açıldığı ve buradan tekrar idrar kaçağın meydana geldi ve hastada enfeksiyon riski ve ağrıya yol açtığı görüldü üzerine, hastaya ve annesine sol böbreğinin artık kendi dokusunu onarma özelliğinin olmadığını ve bu nedenle alınması gerektiği anlatıldı. Açık basit nefrektomi gerçekleştirildi.

BELGELER

02.09.2010 Üriner Sistem US Raporu: Sol böbrek medial yüzde parapelvik alanda kortikomedüller yerleşimli 43x41x36 mm çaplarda hipoekoik yapıda içerisinde hiperekojen alanlarda izlenen düzenli konturlu solid kitlesel lezyon mevcuttur. Tarif edilen lezyon renal pelvis ve üst pol kalikslere bası yapmaktadır. Orta ve alt pol kalikslere hafif ektazik görünümündedir. Radyolojik Tanı: Sol böbrek solid kitlesel lezyon (tm?, adenom?, anjilomyolipom?)

03.09.2010 Üst Abdomen MR Raporu: Sol böbrek üst pol ve orta kesiminde kortikomedüller yerleşimli T1A'da hipo, T2A'da hiperintens sinyal değişikliği gösteren, çevresinde T1A'da izo, T2A'da hipointens rimi olan, İVKM enjeksiyonundan sonra çevresel tarzda kontrastlanmanın izlendiği, yaklaşık 43x33x39 mm boyutlarında nodüler lezyon dikkati çekmiştir. Lezyon çevresindeki böbrek parankim alanında T1A'da hafif hipo, T2A'da hafif hiperintens sinyal değişikliği dikkati çekmiş olup İVKM enjeksiyonundan sonra böbrek parankimine oranla daha az kontrastlandığı dikkati çekmiştir. Lezyonun pelvis ve üst pol kaliksiyel yapılarına bası etkisi dikkati çekmiştir. Yoğun içerikli kistik kitle lezyonu lehinde yorumlanmıştır. İnferior duvarının kalın izlendiği dikkati çekmektedir (5mm). Ayırıcı tanıda kistik renal hücreli karsinom düşünülebilir. Çevre parankim alanına da infiltre olabileceği düşünülmüştür. Abse formasyonu ekarte edilememiştir. Ayırıcı tanıda enfekte hemorajik kist de düşünülebilir. Hastanın klinik bulguları ile birlikte değerlendirilmesi gerekirse biopsi önerilir. Radyolojik Tanı: Sol böbrek üst ve orta kesimde kortikomedüller yerleşimli kistik kitle lezyonu (Kistik renal hücreli karsinom? Abse? Enfekte hemorajik kist?)

15.09.2010 tarihli BT Raporu: Klinik: Sol Böbrekte komplike kist, tümör? Sol böbrek üst pol medial kesimde 37x33 mm boyutunda, duvarında trabeküler kalsifikasyonlar izlenen kalın cidarlı (en kalın yerinde 4 mm), intrarenal yerleşimli dansite ölçümlerinde kontrast tutulumu saptanmayan kistik kitle lezyonu mevcuttur. Lezyonun kalın cidarlı olması nedeniyle histopatolojik örnekleme önerilir. Paraaortik, aortainterkaal alanda, mezenterik vasküler yapılar çevresinde en büyüğünün kısa aksı 1 cm ölçülen multiple lenf nodları mevcuttur. BT Sonuç: Sol böbrek üst pol medialde kalın cidarlı, duvarında lineer trabeküler kalsifikasyonlar izlenen intrarenal yerleşimli kistik kitle lezyonu, lezyonun kalın cidarlı olması nedeniyle histopatolojik örnekleme önerilir. Paraaortik, interaortakaval alanda multiple lenf nodları

16.09.2010 Renal Renkli Doppler US Raporu: Sol böbrek orta iç kesimde, hilusa yakın, 37x33 mm, kalın uniform duvarlı, duvarında asimetrik kalsifikasyonlar içeren ve lümeninde yoğun debris + kristal / kalsiyum sütü izlenen kist saptandı. US görünümü boyut ve kalın duvar yapısı nedeniyle bosniak tip II F ile uyumludur. Ancak kriterlendirme için BT bulguları da esas alınmalıdır. US de power doppler ile kanlanma, kalın septa, mural nodül gibi bulgular mevcut değildir. US bulguları kompleks kist + komplike kist arasında indeterminate bulgular şeklindedir.

Özel Hastanenin müşahade evrakı ve epikrizi: Sol laparoskopik parsiyel nefrektomi planlandı. 27.09.2010 tarihli Ameliyat Raporunda; "24 F sistoskop ile sol açık uçlu üreter kateteri takıldı. Daha sonra hasta sol lumbotomi pozisyonuna alınıp sol pararektal alandan yaklaşık 2cmlik kesi ile batına girildi. Hasson tekniği ile 12 mmlik trokar yerleştirildi. Ardından direkt görüş altında trokarlar yerleştirildi. Renal artere ve vene vasküler loop ile yapılan turnike konuldu. 45 dakikalık iskemi süresi içinde kitle böbrek dokusundan ayrıldı ve içinde koyu kıvamlı, sarımtırak renkli pü bulunan abse formasyonu olduğu gözlemlendi. Üreter kateterinden metilen mavisi verildi, toplayıcı sistem defekti suture edildi. Parankim defekti cerrahi rulosu üzerinden monocryl ile suture edildi. Klempler açıldı. Kanama kontrolünü takiben loja bir adet lastik dren yerleştirildi. Sol üreter kateteri Foley sondaya tespit edilerek yerinde bırakıldı" denilmektedir.

Postoperatif 2. gün genel durumu iyi, aktif şikayeti yok, gaz çıkışı oldu, sol üreter kateteri ve foley sondası çekildi, drene gelen 50 ml, mobilize oldu. Postop 3. Gün genel durumu iyi, aktif şikayeti yok, drene gelen 30 ml, loj dreni çekildi, herhangi bir sıkıntısı olmayan hasta taburcu edildi.

Üniversite Hastanesinin tıbbi belgeleri:

27.10.2010 tarihli Renal US Raporu: Endikasyon ve Klinik Bulgular: Perirenal Koleksiyon Kontrol. Klinik ön Tanısı: Obstrüktif ve reflü üropati. Radyoloji tanısı: Sol böbrek inferior komşuluğunda -7 cm long aksta en geniş transvers çapı -4x6 cm ölçülen septasyonlar içeren sıvı izlendi."

28.10.2010 tarihli Renal US Raporu: Endikasyon ve Klinik Bulgular: Sol ureterorenoskopi yapıldı ancak ureterden böbreğe geçilemedi, yaklaşık 1000 cc perirenal mayi boşaltıldı. Sol nefrostomi takıldı.

Perirenal mayi kontrol. Sol böbrek inferior komşuluğunda 7 cm long aksta en geniş transvers çapı 4x6 cm ölçülen septasyonlar içeren sıvı formasyonu izlendi

30.10.2010 tarihli Renal US Raporu: Endikasyon ve Klinik Bulgular: Perirenal Koleksiyon Kontrol. Sol böbrek superior komşuluğunda 6x4x3 cm ölçülen yer yer septasyonlar içeren sıvı formasyonu mevcuttur. Sol böbrek orta kesimde nefrostomi kateterine ait ekojen görünüm izlenmiştir.

01.11.2010 tarihli Üriner Sistem US Raporu: Endikasyon ve Klinik Bulgular: Öpüre parsiyel nefrektomi yapılan usg lerinde böbrek çevresindeki septasyon içeren koleksiyon 15 cm lardan 6 cm lere gerilemiş olup kontrol USG yapılması rica olunur. Not: Hastanın çekilen Retrogran Pyelografisinde üreterden retroperitona ekstrasvazyon. Radyoloji tanısı: Sol böbrek superior komşuluğunda 32x31x23mm ölçülen yer yer septasyonlar içeren sıvı formasyonu mevcuttur. Sol böbrek orta kesimde nefrostomi kateterine alt ekojen görünüm izlenmiştir.

26.10.2010- 11.11.2010 Hasta çıkış özeti: Anamnez: Yaklaşık 1 ay öncesinde dış merkezde laparoskopik sol parsiyel nefrektomi operasyonu yapılan hastanın yaklaşık 1 haftadır olan sol böbrek ağrısı, mide bulantısı, üşüme, titreme, ateş mevcutmuş. Yapılan renal usg nde sol böbrek çevresinde abse? idrar koleksiyonu? olması üzerine hasta takip ve tedavi amaçlı yatırıldı. 27/10/2010 tarihinde genel anestezi altında üreterorenoskopi tanısız + nefrostomi (açık cerrahi) işlemi yapıldı. Postop takiplerinde nefrostomiden idrar geleni olan ancak sonrasında geleni olmayan hastaya yapılan üriner sistem usg de böbrek etrafında yaklaşık 15 cm sıvı olması üzerine antegrad piyelografi çekildi. Nefrostomi kateterinin çıkmış olduğu görülünce 28.10.2010 GAA da perirenal abse drenajı (cerrahi) operasyona uygulandı. İntraop çekilen retrograd piyelografide verilen opaklı mayinin retroperitona ekstrasvaze olması ve boşaltılan mayinin abseyi düşündürmesi nedeniyle enfeksiyon hastalıkları ile konsülte edilip Tazocin flk başlandı. Takiplerde sıvı 3 cm e kadar geriledi. Üroloji endoskopide çekilen kontrol antegradında üreterden ekstrasvazyon saptanması üzerine hastaya ileriki bir tarihte üreteroplasti operasyonu planlanarak önerilerle nefrostomili olarak taburcu edildi.

13.12.2010 tarihli Ameliyat Raporu: Genel anestezi altında 45 derece lomber pozisyonda göbek üstü 12 mm trokar yerleştirildi. Ardından 10 ve 5 mm 2 adet trokar girilerek transperitoneal olarak girildi. Periton ve barsaklar medialize edilerek böbrek etrafı dokudan serbestlendi. Ardından üreter distal parçası bulundu. Üreter kateter üst kısmına diseke edilerek serbestlendi. Çekilen rpg'de bu seviyeden geçiş yoktu. Böbrek oldukça yapışık. Pelvis ve üreter prox parçası görülemedi. Posteriorda oldukça yapışık ve nekrotik görünümde idi. Nefrostomiden verilen sf böbrek arkasından geliyordu. Üreter proximalde görülemedi. Üreter distal parçası eksize edildi. Prox görülemeyince ve kaçak başka noktadan olunca açık operasyona geçildi. İnterkostal lomber kesi ile girildi. Böbrek serbestlendi. Üreter kesildi. Dar olan kısım çıkarıldı ve spatüle edildi. Böbrek serbestlendi. Nefrostomi çıkarıldı. Diseksiyonda pelvis ve üreter prox parçası görülemedi. Nefrostomi traktından pelvise ulaşılmaya çalışıldı. Ancak pelvis palpe edilemedi. Böbrek üst polde eski operasyon hattından ufak bir alandan kaçak olduğu görüldü. Burası onarıldı. Nefrostomi traktı onarılarak kapatıldı. Pelvis görülemedi. Pediküle kadar diseke edildi. Ancak pelvis izlenmedi. Bunun üzerine üreterokolikostomi yapılmasına karar verildi. Renal artere klemp konuldu. Ardından alt pol insize edildi ve kalixlere ulaşıldı. Kalixler görüldü ve üreter alt kalixte anatmoz edildi. 6 f 26 dj stent yerleştirildi. Sonrasında parankim onarıldı. Kanama kontrolü yapıldı. Loj dren konuldu. Tabakalar kapatıldı ve sonrasında işlem sonlandırıldı.

Batın US, 09.01.2011: Endikasyon ve klinik bulgular: Yaklaşık 3 ay önce sol parsiyel nefrektomi olan ancak sonrasında sol üreterden ekstrasvazyon olması nedeni ile nefrostomi uzun bir dönem takip edilip yaklaşık 1 ay öncesinde üreterokaleostomi (üreteroplasti) operasyonu yapılan hastanın bu sabah sondası alındı. Üriner sistem US de dren lojunda koleksiyona yönelik yapılan sonografik incelemede; serbest veya loküle sıvı izlenmedi.

İVP, 13.01.2011: Solda double J kateteri ve sol kadranda operasyon materyaline ait görünüm izlenmiştir. İVKM enjeksiyonu sonrasında 5.dk.da her iki böbrek eşit olarak fonksiyone başlamaktadır. Sol böbrek boyutunda ve parankim kalınlığında azalma izlenmiştir.

03.02.2011-12.02.2011, hasta çıkış özeti: Anamnez: 36 yaş bayan hasta. Dış merkezde lap. Parsiyel nefrektomi yapılan daha sonra üriner gelişmesi nedeni ile kliniğimizde nefrostomi takılan en son da üreterokolikostomi yapılan hastanın yara yerinden cilde fistül gelişmesi üzerine nefrektomi planlanarak yatırıldı. 04.02.2011 tarihinde genel anestezi altında basit nefrektomi yapıldı.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Üniversitesi öğretim üyeleri: Hastaya kistik kitle nedeniyle laparoskopik sol parsiyel nefrektomi uygulandığı anlaşılmaktadır. Rezeke edilen kitlenin patolojisinin “malignite bulunmayan, pyelonefrit ile uyumlu bulgular gösteren bir histolojik yapı” olduğu anamnez formunda araştırma görevlisi imzalı belgeden anlaşılmaktadır. Hekimin Üroloji Anabilim Dalı Kliniğinde uyguladığı organ kurtarmaya yönelik tetkik ve tedavilerin endikasyon ve cerrahi müdahale açısından doğru olduğu, bununla birlikte Özel Hastanede uyguladığı ilk operasyonla ilgili gerek endikasyon ve gerekse cerrahi girişim sonucu ile ilgili sorumluluğunun olabileceği kanaatine varılmıştır

Bilirkişi raporu: Sol böbrekte komplike kistik kitle (Bosniak Tip-2 F) lezyonu tanımlanmıştır. Sol parsiyel nefrektomi patolojisinde “malignite bulunmayan, pyelonefrit ile uyumlu” bulgular gösteren bir histolojik yapı bulunmuştur. Malignite şüphesi olan kitleler için böbreği koruyucu parsiyel nefrektomi seçimi doğrudur. Böbreği koruyup kitleyi çıkarmak amacıyla laparoskopi; konusunda deneyimli ellerde uygundur. Patoloji raporunda kanser çıkmamasına rağmen ameliyat endikasyonu hala doğru mudur? Evet. Burada kanser ihtimalini dışlamak ve varsa da onu tedavi etmek için ameliyat yapılmaktadır. Bu tür vakalarda kitlenin natürüne göre % 10-70 arasında kanser ihtimali vardır. Bu nedenle ameliyat kararı doğrudur. Bu ameliyatlardan sonra böbrek etrafında idrar birikmesi olağan bir durum mudur? Evet, çeşitli serilerde sıklığı değişmekle beraber açık ve kapalı ameliyatlardan sonra ürinom denilen idrar birikintisi en sık görülen komplikasyonlardan biridir. Üreterorenoskopi, sol renal abse boşaltılması uygun bir yaklaşım mıdır? Ürinom ve apse boşaltılması açık veya perkütan olarak yapılabilir. Her halikarda uygun bir yaklaşımdır. Neden olduğuna dair bir araştırma yapılmak istenirse böbrekle olan ilişkisini saptamak gerekir, özetlersek böbreğin etrafında sıvı birikmesi bir komplikasyondur. Bunun tedavisinde nefrostomi konulup böbreğin boşaltılması uygun bir yaklaşımdır. Hastayı nefrestomiden kurtararak çalışan böbreği üriner sistemin içine dahil edici üretero kalikostomi ameliyatı yapılması doğru mudur? Kesinlikle doğrudur. Böbreği koruyarak idrar yolunun tekrar normal yoluna yönlendirmek için yapılan bir operasyondur. Zor bir işlemdir, komplikasyon oranı yüksektir, ama bu durumda böbreği korumaya yönelik olarak neredeyse tek seçenektir. Üreterokalikostomi sonrası problemi devam etmesi olası mıdır? Laparoskopi ameliyatı, ürinom oluşması sol renal abse boşaltılması, 2 açık operasyon, retrograt üreterografi ve üreterokalikostomi ameliyatları bir komplikasyonun tedavisi için kullanılan diğer yöntemlerin komplikasyonlarının tedavi çabasının sonucudur. Bütün bu komplikasyonların zamanında tanı ve müdahalesine rağmen sonuçta böbrek kaybı gerçekleşebilir. Sonuç olarak; Sonradan kanser olmadığı anlaşılan bir kitlenin tedavisi için yapılan ameliyat ve ona bağlı oluşan komplikasyonlar neticesinde böbreğin kaybı malpraktis değil, bir komplikasyonlar zincirinin sonucudur.

Davacı Taraf Bilirkişisi: İlk operasyonla ilgili endikasyon mevcut değildir. Hekim gereksiz operasyon yapmıştır? Bu operasyonda ureter yaralanmış, operasyon sırasında ve sonrasında fark edilmemiştir.

Hastada tespit edilen komplike kistin böbreğin üst pol medialde hilusa yakın olduğu ve Bosniak sınıflamasına göre II veya II F olduğu genellikle Bosniak II komplike kistlerin malignite görülme oranının (5-10) düşük olduğu bundan dolayı USG ve/veya BT eşliğinde takip edilerek lezyonda malignite lehine gelişme olursa cerrahi girişim düşünülmesi gerektiği bilimsel veridir.

Hasta aydınlatılmamış ve onamı alınmamıştır. Hastaya imzاتılan “Teşhis ve Tedavi İşlemleri Yatış ve Onay Formu” hastanın aydınlatılmış onamını içermediği, içerik olarak hastane ile ilgili yasal prosedürleri kapsadığı görülmektedir.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Erdal Apaydın, Uz. Dr. Fuat Kızılay, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Böbrek kistlerinin sınıflamasına göre malinite riskleri, ameliyat endikasyonları nasıldır?

Böbrek kistleri, Bilgisayarlı Tomografi görüntülerine dayanarak Bosniak sınıflandırmasına göre beş kategoriye ayrılmaktadır. Bu sınıflandırma kistlerin malignite riskleri yanında tedavi yaklaşımlarını da öngörmektedir. (Warren, K.S., et al. The Bosniak classification of renal cystic masses. *BJU Int*, 2005. 95: 939. Bosniak, M.A. The use of the Bosniak classification system for renal cysts and cystic tumors. *J Urol*, 1997. 157: 1852.)

Bosniak	Özellikler	Tedavi yaklaşımı
I	Septasız, kalsifikasyonsuz veya solid komponenti olmayan ince duvarlı basit benign kist. Su ile aynı dansitededir ve kontrastlanmaz.	Benign
II	Birkaç ince septa içerebilen benign kist. Kist duvarında veya septada hafif kalsifikasyon olabilir. Kontrastlanmayan, keskin sınırlı <3 cm lezyonlardır.	Benign
IIF	Bunlar daha fazla sayıda ince septa içerebilir. Septa veya duvarda minimal kontrastlanma görülebilir. Septa veya duvarda minimal kalınlaşma görülür. Kist nodüler veya kalın yapıda kalsifikasyon içerebilir ve kontrastlanmaz. Kontrastlanan yumuşak doku elemanı içermez. Bu kategori tamamen intrarenal, kontrastlanmayan, >3 cm renal lezyonları içerir. Genellikle iyi sınırlıdır.	Takip. Bazıları maligndir.
III	Bunlar kontrastlanan, kalın irregüler duvarları olan şüpheli kistik kitlelerdir.	Cerrahi veya aktif izlem. %50'den fazlası maligndir.
IV	Kontrastlanan yumuşak doku komponentleri içeren belirgin malign kistler.	Cerrahi. Çoğu maligndir.

2- Kistik tümör, kistik abse, kanamalı kistler karıştırılabilmektedir. Bunların ayırıcı tanısında klavuzların önerileri nelerdir?

Malign renal lezyonların ayırıcı tanısında en önemli kriter kontrastlanmadır (Israel, G.M., et al. How I do it: evaluating renal masses. Radiology, 2005. 236: 441). USG, BT ve MRG renal kitlelerin tespiti ve sınıflandırılması için geleneksel olarak kullanılmaktadır. BT görüntülemeye renal kitlenin kontrastlanması kontrast verilmesinden önce ve sonra Hounsfield ünitesinin (HU) karşılaştırılması ile yapılmaktadır. HU'de 15 ve üzeri değişiklik kontrastlanmaya işaret eder (Israel, G.M., et al. Pitfalls in renal mass evaluation and how to avoid them. Radiographics, 2008. 28: 1325). İntravenöz BT kontrast ajana allerjisi olanlar ve gebelerde MRG kullanılabilir.

Radyolojik olarak şüpheli renal lezyonların tanısında perkütan renal biyopsi yapılabilir (Veltri, A., et al. Diagnostic accuracy and clinical impact of imaging-guided needle biopsy of renal masses. Retrospective analysis on 150 cases. Eur Radiol, 2011. 21: 393). Deneyimli merkezlerde malignite tanısında kor biyopsisinin sensitivite ve spesifitesi yüksektir. Bir meta-analizde malignite tanısı için kor biyopsilerinin sensitivite ve spesifitesinin sırasıyla %99.1 ve %99.7 olduğu gösterilmiştir (Marconi, L., et al. Systematic Review and Meta-analysis of Diagnostic Accuracy of Percutaneous Renal Tumour Biopsy. Eur Urol, 2015). Eğer bir biyopsi non-diagnostikse ve radyolojik bulgular malignite için şüpheliyse ikinci bir biyopsi veya cerrahi eksplorasyon düşünülmelidir. Vakaların önemli bir kısmında (%83-100) tekrarlanan biyopsilerin tanı koydurucu olduğu gösterilmiştir (Leveridge, M.J., et al. Outcomes of small renal mass needle core biopsy, nondiagnostic percutaneous biopsy, and the role of repeat biopsy. Eur Urol, 2011. 60: 578).

Kistik renal kitlelerin kor biyopsisi daha düşük tanı kabiliyetine sahiptir ve solid paternde alanlar (Bosniak tip IV) mevcut değilse tek başına önerilmez (Volpe, A., et al. Contemporary results of percutaneous biopsy of 100 small renal masses: a single center experience. J Urol, 2008. 180: 2333). Kombine ince iğne aspirasyon ve kor biyopsileri, özellikle kompleks kistik lezyonlar için oldukça iyi sonuç verebilir (Lang, E.K., et al. CT-guided biopsy of indeterminate renal cystic masses (Bosniak 3 and 2F): accuracy and impact on clinical management. Eur Radiol, 2002. 12: 2518).

3- Bu vakadan çıkartılması gereken dersler nelerdir?

Vakanın preoperatif USG raporunda renal lezyonun boyut ve kalın duvar yapısı nedeniyle bosniak tip II F ile uyumlu olduğu ancak kriterlendirme için BT bulgularının esas alınması gerektiği belirtilmiştir. BT'de ise Sol böbrek üst pol medialde kalın cidarlı, duvarında lineer trabeküler kalsifikasyonlar izlenen

intrarenal yerleşimli kistik kitle lezyonu, lezyonun kalın cidarlı olması nedeniyle histopatolojik örnekleme önerilir şeklinde raporlanmış. Parsiyel nefrektomi materyali patolojide “malignite bulunmayan, pyelonefrit ile uyumlu” bulgular gösteren bir histolojik yapı olarak raporlanmış.

Böbrek kistlerinin malignite sınıflandırmasında BT bulguları esas alınmalı ve BT’de tanımlanan özelliklere göre hastaların takip ve tedavisi yapılmalıdır. Bu vakada muhtemel bir IIF kategorisinde lezyon mevcuttur ve bu nedenle takip uygun yaklaşımdır. Hastaya yapılan parsiyel nefrektomi operasyonunun endikasyonu sorgulanmaktadır ve bu durum cerrahi zor durumda bırakmaktadır. Bu nedenle hastalarımıza yaptığımız tüm invazif işlemlerde endikasyonun doğru olması çok önemlidir.

Diğer bir önemli husus bu vakada hastadan aydınlatılmış onam alınmamış, hastadan “Teşhis ve Tedavi İşlemleri Yatış ve Onay Formu” için imza alınmıştır ve bu form içerik olarak hastane ile ilgili yasal prosedürleri kapsamaktadır. Hastalardan tüm invazif girişimler öncesi mutlaka aydınlatılmış onam alınmalı, hasta ayrıntılı bir şekilde bilgilendirilmelidir. Aksi takdirde gelişen komplikasyonlardan hukuksal zeminde hekim sorumlu tutulabilmektedir.

4- Bu dosya ile ilgili bilirkişi raporunuz nasıl olurdu?

Avrupa Üroloji Birliği 2016 Kılavuzunda Bosniak tip IIF renal lezyon için takip önerilmekte, şüpheli lezyonlar için de biyopsi önerilmektedir. Bu vakada özel hastanede uygulanan parsiyel nefrektomi operasyonunun endikasyonu şüphelidir (patoloji raporu “malignite bulunmayan, pyelonefrit ile uyumlu” olarak raporlanmıştır), operasyon neticesinde gelişen komplikasyonlar sonucunda nefrektomi gerekmiş ve hastada organ kaybına neden olmuştur. Operasyon sonrası Üroloji Anabilim Dalında komplikasyonlara yaklaşım doğrudur, nefrektomi gelişen endikasyonların bir sonucudur ve her parsiyel nefrektomi vakasından sonra karşılaşılabilecek bir komplikasyondur ancak başlangıçta yapılan parsiyel nefrektomi operasyonunun endikasyonu tartışmalıdır.

Diğer bir önemli husus, hastadan cerrahi öncesi aydınlatılmış onam formu alınmamış, hastanenin idari işleyişiyle ilgili “Teşhis ve Tedavi İşlemleri Yatış ve Onay Formu” imzalatılmıştır. Bu durum hastanın işlem öncesi girişim hakkında yeterli şekilde bilgilendirilmediğini düşündürmektedir.

4.1.4 LAPAROSKOPİK NEFREKTOMİDE DUEDONUM PERFORASYONU, ATNALI BÖBREK

TALEP

Sağ yan ağrısı şikayetiyle yapılan tetkiklerinde sağ böbreğin ileri derecede hidronefrotik parankiminin ince olduğunun tespit edildiği sağ nefrektomi ameliyatı yapıldığı daha sonra akut batın düşünülerek ameliyata alındığı duedonum perforasyonu saptanarak müdahale edildiği ayrıca üroloji uzmanı tarafından sol böbrek alt lob istemektomi yapıp yoğun bakımda takipte ölen 22 yaşında bayanın ölümünde tıbbi hata sorulmaktadır.

İDDİA

Oğlum saat 14:00 de ameliyata alındı ve 18:00 de ameliyattan çıktı. Saat 23:00 sularında hastanın sol tarafından başlayan yanma ve batmalardan dolayı şikayetlerde bulunmaya başladı. Ertesi sabah doktora, hastanın sağ tarafından ameliyat olmasına rağmen sol tarafındaki yanma şikayeti olduğu gece saat 23:00 den itibaren idrar çıkışının olmadığı ve karnının şişmeye başladığı bildirildi. Doktor bunun üzerine birazda kızarak bize “siz ne biliyorsunuz, benim işimi bana öğretmeyin, idrar çıkışı olacak” diyerek ayrıldı. Aynı günün akşamı yine hastanın yanına gelen doktora yine hastanın idrar çıkışının olmadığı, hastanın sağ tarafında bulunan giriş deliğinden sarı sular gelmeye başladığı hususu bildirildiğinde, idrarın geleceğini söyleyerek akıntı gelen yerin temizlenmesini söyledi, başkaca herhangi bir müdahalede bulunmadı. Gece nöbetçi doktor hastayı gördüğünde hemen hastanın ultrasona sokulmasını ve ameliyata hazırlanmasını istedi. Ameliyata alınan hastanın onikiparmak bağırsağında ülseri olduğu, ameliyatla yaranın kapatıldığı söylendi. Yoğun bakıma alınan hasta vefat etmiştir.

SAVUNMA

Üroloji uzmanı: Hasta sağ tarafta ağrı olduğunu söyledi. Bende ultrasonografi yaptım. Sağ böbreğinin aşırı derecede şişmiş olduğunu gördüm. Bunun üzerine tomografi ve sintigrafi istedim. Tomografi çekildiğinde sağ böbreğinin adeta balon gibi şişmiş olduğu görülmüyordu. Normal tomografide bu durum belli olunca ayrıca kontrastlı böbrek görüntüleme istemedim. Hasta yakınlarına sağ böbreğinin ameliyatla alınması gerektiğini söyledim ve hastayı ameliyata aldık. Ameliyat başarılı şekilde gerçekleşti. Ameliyattan sonra hasta mobilize oldu. 10-12 saat kadar sonra şiddetli karın ağrısı olduğunu söyleyince ben tekrar tomografi istedim. Ayrıca genel cerrahi ve dâhiliye uzmanı arkadaşlarla görüştüm. Arkadaşlarla ortak karar itibarıyla hastayı tekrar ameliyata alıp karın bölgesini açıp bakmak gerektiğine karar verdik. Ameliyata ben de girdim. Karın bölgesini açtığımızda 12 parmak bağırsağında kaçak olduğunu tespit ettik. Genel cerrah yarayı onardı. Karını kapatmak suretiyle ameliyat sonlandırıldı. Hastayı yoğun bakım servisine aldık, aniden şuur kaybı oldu. Biz bütün müdahaleleri yapmamıza rağmen hastayı kurtamadık.

Genel Cerrah: Ameliyattan bir gün sonra hastayı muayene ettim. Ağız yoluyla hastaya metilen mavisini verdim. Kısa bir süre sonra önceki ameliyattan dolayı karında bulunan direnden bu sıvı geldi. Hastayı ameliyata aldık. Ameliyatta 12 parmak bağırsağında delinme olduğunu gördüm ve delinmeyi onardım. Ben yaraya baktığımda önceki ameliyatın üzerinden 24 saat geçmişti. Yaranın kenarında herhangi bir koter veya önceki ameliyata bağlı bir kesi izi yoktu. Hatta karın içerisinde temizdi. Ben bu bulgulara göre hastanın ülsere bağlı bir delinme olabileceğini düşündüm.

BELGELER

USG: Sağ böbrek ileri derecede hidronefrotik parankimi ince, sol böbrek normal bulundu.

BT: Sağ böbrek parankimi belirgin incelmış en kalın yerinde 5 mm ölçüldü. Sağ böbrek kaliksiyel sistem hidronefrotik olup renal pelvis AP çapı 2.5 cm dir (UP DARLIK?).

Böbrek sintigrafisi: Her iki böbrek normal anatomik lokalizasyondadır. Sağ böbrek boyutları sola oranla artmıştır. Her iki böbrekte radyoaktivite dağılımı irregülerdir. Sağ böbrek üst ve alt polde pelvikalisel dilatasyonla uyumlu olarak aktivite tutulumu azalmıştır. Posterior pozisyonadaki statik görüntüde her iki böbreğin alt polü at nalı böbreği düşündürecek şekilde orta hatta birleşmiştir. Bu alanda tomografik kesitlerde izlenmeyen minimal kortikal aktivite tutulumu mevcuttur. Toplam böbrek uptake'nin %68,13'ü sağ böbreğe, %31,87'si sol böbreğe aittir.

Ameliyat raporu (Nefrektomi): GAA'da sağ böbrek 90 derece flank pozisyonunda spina iliaka ve kot kavsinin hemen ortasından orta aksiller hatta yaklaşık 1,5 cm insizyon yapıldı, bu insizyondan lombodorsal fasya klemple açıldı, retroperitona girildi ve retroperiton balon ile genişletildi, daha sonra direkt görüş altında 11 mm ve 5mm trokarlar konuldu, gerota fasyasının açılmasını takiben orta hatta vasküler yapılara ulaşıldı, iki adet renal arter hemolokla bağlandı kesildi, renal ven hemolokla bağlandı kesildi, böbrek ileri derecede hidronefrotikti. çevre dokulardan uygun olarak disseke edildi, alt pol disseksiyonu sırasında isthmus gözlemlendi, ürelerin kliplenip kesilmesini takiben böbreği çıkarmak için 5 cm'lik gibson insizyon yapıldı, böbrek bu insizyondan çıkarıldı ve aynı anda isthmektomi yapıldı, isthmus cerrahce kapatıldı.

İkinci ameliyat raporu (Akut Batın): Hasta akut batın düşünülerek ameliyata alındı. Orta hattan batına girildi, batın içerisinde serbest halde serohemorajik 1500 cc mai mevcuttu, duodenum. 2.-3. kısım bileşkesinde yaklaşık 1.5- 2 cm lik perforasyon mevcuttu, perforasyonun muhtemel ülsere bağlı olabileceği düşünüldü, duodenum mukozasında kanama bulgusu ya da koter yanığı bulgusu saptanmadı perfore alan çift kat onarıldı, cerrahi işlem bittikten sonra üroloji bölümü ameliyata devam etti. Genel cerrahi takiben sol böbrek alt pol isthmektomi yapılan bölgeden idrar ekstravazasyonu izlendi, bu bölge sekonder olarak onarıldı ve cerrahce konuldu, kanama kontrolünü takiben katlar usulüne uygun olarak kapatıldı, hasta litotomiye alındı ve 6 fr. 26 cm DJ takıldı, işleme son verildi.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Radyoloji Uzmanı: Dosyasında bulunan radyoloji CD'lerinin radyoloji uzmanı tarafından incelenmesinde; ameliyat öncesi kontrastsız batın BT'de sağ böbrek boyutlarında ileri derecede artma kortikal kalınlıkta ileri derecede azalma toplayıcı sistemde grade 4 dilatasyon mevcuttur.

Ön inceleme: Hastada preoperatif değerlendirmeler yetersizdir. Kontrastli inceleme yapılmamıştır. Sintigrafide at nalı böbrek tanımı yapılmasına rağmen dikkate alınmadığı şüphesi uyandırmıştır. Duedonum perforasyonunun cerrahi sırasında mı yoksa ülser perforasyonu mu olduğu konusu netleşmemiştir.

Adli Tıp Kurumu: Hastanın ameliyat endikasyonu ameliyatı ve post operatif takibinin uygun olduğu post operatif takibi sırasında idrar çıkışı olmaması nedeniyle yapılan takip ve tetkikleri sonucunda akut batın düşünülerek tekrar ameliyata alındığında tespit edilen duedonum 2-3. Kısım bileşkesindeki yaklaşık 1.5-2 cm lik perforasyon ve sol böbrek alt pol isthmektomi yapılan bölgede tespit edilen idrar ekstravazyonunun ameliyatın komplikasyonları olduğu post operatif 1. günde gelişen komplikasyonların tanısının konularak gerekli tedavisinin yapılmasının uygun olduğu takip ve tedavisini yapan hekimlere atfı kabil kusur bulunmadığı oy birliğiyle mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Ali İhsan Taşçı, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Nefrektomi endikasyonu koymak için klasik ve klavuz bilgilerine göre hangi değerlendirmeler yapılmalıdır. Buna göre yapılanları değerlendiriniz?

Nefrektomi endikasyonu için kontrastli inceleme (BT veya MR) yapılmalıdır. Kontrast tutulma ve böbreğin anatomik özelliklerine bakılarak sintigrafik incelemede gerekli olabilir. Nefrektominin gerekçesi iyice ortaya konulmalıdır. Tümör olmayan vakalarda atrofik ve non fonksiyone olan böbreklerde nefrektomi endikasyonu tartışmalıdır. Hipertansiyona sebep olma, enfeksiyon kaynağı olma durumunda nefrektomi kararı verilebilir. Her tıbbi müdahalede olduğu gibi, müdahalenin getirdiği veya getirebileceği risklerle hastalığın getireceği riskler karşılaştırılarak hastanın faydasına olacak karar verilir.

Bu hastada sağ hidronefrotik ve atrofik böbrek tanısı ile ameliyat kararına saygı duymak gerekir. Kontrastli inceleme yapılmamış olması bir eksiklik olarak kabul edilmelidir. Sintigrafisi ile böbrek fonksiyonlarının bozuk olduğu tespit edilmiş olmakla beraber, böbrekte tümöral bir oluşum da olma ihtimalini dışlamak, böbreğin komşuluk ilişkilerini değerlendirmek gerektirir.

2- Nefrektomi aşamalarını ve post operatif takibi nasıl değerlendirirsiniz?

Her ne kadar sintigrafi raporunda atnalı böbrekten bhsedilmişse de dosyadan ve ameliyat raporundan, cerrahın at nalı böbrek tanısı ile ameliyata başlamadığı, ameliyatın ilerleyen safhalarında durumu farkettiği anlaşılmaktadır. Hasta ile iletişimde böyle olduğunu düşündürmektedir.

Duedonun perforasyonu ciddi bir durumdur. Her cerrah bu durumu dikkate alır. Her türlü dikkat ve özene rağmen bu korkutucu hasar meydana gelebilir ve ameliyat sırasında farkedilmeyebilir. Ameliyatın nasıl seyrettiğini bilmeden, cerrahın çalışma usullerini izlemeden dikkatsizlik veya özensizlik olup olmadığı söylenemez.

Postop dönemde hastanın karşı tarafta ağrı olduğunu söylemesi, karnın şişmesi, idrarın çıkmadığının söylenmesine rağmen, herhangi bir değerlendirme yapılmamış ve müdahale ertesi güne bırakılmıştır. Bu durumu da eksiklik olarak kabul etmeliyiz.

3- Duedonum perforasyonu tarif edilen yerine göre iatrojenik mi ülsere mi bağlı olduğu konusunda değerlendirme yapınız?

Erken dönemde yapılan eksplorasyonda duedonumun ülsere bağlı perforasyonu ile iatrojenik perforasyonu ayırt edilebilir. Genel cerrahın perforasyonu ülser perforasyonu olarak değerlendirmesi kabul edilebilir. Ancak aksi yorumlar da yapılabilir.

4- Bu dosya hakkında bilirkişi olarak nasıl rapor yazarsınız?

Tanı, ameliyat endikasyonu konulurken yapılan incelemelerin klasik tıp bilgilerine göre yeterli olmadığı, sintigrafide at nalı böbrek ihtimali belirtilmesine rağmen bu anının dikkate alınmadığı, hasta ve ailenin buna göre bilgilendirmediği anlaşıldığından tıbbi hata mevcuttur. Nefrektomi sırasında meydana gelen duedonum perforasyonu ve istmus kaçağının komplikasyon olarak değerlendirilmiştir.

4.1.5 ANJİOMYOLİPOMDA LAPAROSKOPİK NEFREKTOMİ VE DAMAR YARALANMASI

TALEP

Davacıya konulan teşhisin ve uygulanan tedavinin uygun olup olmadığı, operasyon sırasında tümör alınacakken böbreğinin alındığı, sağ bacak toplar damarının kesildiği, yapılan yanlışlar nedeniyle fıtık olduğu iddialarının doğru olup olmadığı, davacının mevcut ve son hali dikkate alınarak, geçirdiği operasyonlar nedeniyle kalıcı hasara uğrayıp uğramadığı, davalı idareye bağlı hastanenin ve hekimlerin tam, tedavi ve her türlü tıbbi müdahale yönünden kusurlu olup olmadığı hususlarında rapor tanzimi istenmektedir.

İDDİA

Hasta yaklaşık 1 yıl önce çekilmiş olan ultrasonunda böbrekte mevcut olan anjiomyolipom tanısı almış ve takip edilmesine karar verilmiştir. Bu dönem 6 ayda bir ultrason ile takibi yeterli denilerek şayet büyüme olması halinde ameliyatın düşünülebileceği aksi takdirde yıllarca değişimin takip edileceği söylenmiştir. Ancak Müvekkil Hasta karın ağrısı artınca hem ultrason ile kontrol ettirmek amacıyla hemde karın ağrısı tedavisi için üroloji polikliniğine başvurmuş hastaya yeni bir ultrason çektirmeye gerek olmadığı hemen acil ameliyat olması gerektiği söylenmiştir. Müvekkil hasta bu duruma şifahen itiraz etmiş şayet ameliyat olmam gerekiyorsa kitlenin son halini görmeden nasıl ameliyat kararı alınabildiğini hiç olmazsa ultrason çekilerek son durumun gözlemlenmesini talep etmişse de doktorlar gerek olmadığını ameliyat öncesi testleri hemen yaptırıp gelmesini söylemişlerdir. Müvekkil buna rğmen başka hastaneye başvurmuş tomografi çektirmiş ve kitlenin var olduğu ve boyutunun aynı olduğu yanılan sonuçlardan anlaşılmıştır, Müvekkil hasta sonucu göstermek için Eğitim Ve Araştırma Hastanesine gittiğinde ameliyat olması gerektiği tekrarlanmıştır. Doktorlar ameliyatını laparoskopik yöntemle olacağını karnında 3 tane yerden kesi yapılacağı büyük bir ameliyat olmayacağı ve hastanın böbreğinin alınmayacağını bu yüzdende hastanın sadece 1 gün yatırılarak taburcu edileceğini söylemişlerdir. Ameliyata alınan müvekkil sadece sol böbrekten iyi huylu kitlenin alınması için yapılan ameliyat doktorların ağır kusuru ve Bilgi ve deneyim eksikliğinden müvekkilin sağ bacağına toplar damarı kesilmiştir. Doktorlar farkına varamadıkları için müvekkil hasta bu sırada çok kan kaybetmiştir. Daha sonra Ameliyata kalp damar cerrahi çağırılmış. 20 torbadan fazla kan almak zorunda kalmıştır. Müvekkil Hasta 15 gün kadar yoğun bakımda kaldıktan ve 20 günden fazla serviste yatarak tedavi olduktan sonra ancak evine gönderilmiştir. Ancak durumu ağırlaşan müvekkil hasta üç gün sonra yeniden hastaneye müracaat etmiş ve tekrar 15 gün serviste yatmak durumunda kalmıştır. Müvekkilin halen sağ bacağından kan toplayan ana toplar damar tıkalıdır ve onun açılması için ilaç kullanmaktadır. Bu tıkanıklığın ömür boyu süreceği ve ömür boyu bunun sıkıntısını çekeceği söylenmiştir. Müvekkil bacağına üzerinde duramamaktadır. Böylesi bir durumda sağ bacak hemen Uyuşmakta ve şişmektedir. Müvekkilin karnında yapılacağı söylenen küçük kesi yerine şuan yaklaşık 30 cm bir kesi yapılmış ve keşi kas liflerine paralel yapılmadığı için ve acil kesi değiştirilmek zorunda olduğundan, karnı fıtık olmuştur. Ayrıca müvekkil hastanın kitlesi yerine hiç ge- reği yokken böbreği alınmıştır. Hasta şuan tek böbrekli karnında büyük bir fıtığı ve sağ bacağına ciddi damar tıkanıklığı ile mücadele etmektedir.

SAVUNMA

Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşavirliği'nin Savunması: "Davacı "sol böbrek benign necoplazmi" ön tanısı ile pre op. tetkikleri rutin radyolojik ve laboratuvar tetkikleri yapılarak anestezi konsültasyonu tamamlanarak Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği'ne yatışı yapılmıştır. Hastaya, hastalığı ile ilgili bilgiler verilerek laparoskopik bir girişim yapılacağı ameliyat öncesi anlatılmış ve hastada bu ameliyat ile ilgili muaffakatname alınmıştır. Genel anestezi altında laparoskopik girişim ile operasyona başlanmış, operasyon esnasında ureter disseksiyonu sırasında kanama komplikasyonu gelişmesi üzerine açık ameliyata geçilmiş, eksplorasyon esnasında vena kava inferior yaralanması teşhis edilerek acilen Kalp Damar Cerrahisi Uzmanı operasyona davet edilmiş, vena kavadaki defekt alanı kalp damar cerrahı tarafından primer olarak tamir edilmiştir.

Daha sonra hastaya nefrektomi yapılmasına karar verilmiş ve aynı seansta hastaya nefrektomi operasyonu uygulanmıştır. Ameliyat sonrası hasta anestezi reanimasyon yoğun bakım ünitesine alınmış, bu ünite gerekliliği olan takibi ve medikal tedavisi yapılmış, post op. dönemde ARDS ve ateş yüksekliği gelişmesi üzerine uygun medikal tedavi uygulanmış, post op kliniği ve laboratuvar değerleri düzelen hasta post op. 10. gününde servise alınmış, post op 19. günde taburcu edilmiştir. Hasta taburcu edildikten 5 gün sonra "ateş yüksekliği ve halsizlik" nedeni ile müracaat etmiş Üroloji Kliniği'ne yatırılmıştır. Hastanın sağ bacağındaki ısı artışı ve şişlik gelişmesi üzerine Kalp Damar Cerrahisi konsültasyonu istenmiş ve hastaya venöz doppler ultrason çekilerek akut derin ven trombozu teşhisi konulmuştur. Hastaya hemen antikoagülan tedavi başlanmıştır. Tedavi soması 1. günde kliniği düzelen hasta vardım almadan yürümeye başlamıştır. Bakanlığımızın istihdam ettiği personelin hizmet kusuru ve herhangi bir haksız fiili yoktur ve husule gelen netice ile Bakanlığımız personelinin fiili arasında, ilmî-tıbbî belgeler ile teyid edilmiş şekilde uygun illiyet bağı bulunmamaktadır. Bakanlığımızın hizmet kusurunun bulunduğunu ve zarar verici sonucun Bakanlığımız personelinin hizmet kusurundan kaynaklandığını kabul etmek mümkün görülmemektedir."

BELGELER

Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Nefrektomi ameliyatının yapıldığı hastane) Tıbbi Belgeleri:

Son altı aydır sol yan ağrısı şikayeti olduğu, çekilen kontrastlı tüm batın BT'de sol böbrek üst polde 4 cm çapında anjiomyolipom ile uyumlu kitle saptandığı, radikal nefrektomi endikasyonu ile yatırıldığı, laparoskopik yöntemle yapılmak üzere ameliyata alındığı, ameliyat notunda; "GAA sol semilomber pozisyonda umblikusun lateralinden veres ıgnesi ile girildi. Pnömooperitoneum oluşturuldu. Triangülasyon kuralına göre laparoskopik portlar yerleştirildi. Fleksuradan iliak damarlara kadar kolon diseke edilip serbestleştirildi ve mediale itildi. Üreter bulundu asıldı ve proksimale doğru diseke edilmeye başlandı. Diseksiyon esnasında damar yaralanması oldu ve açık operasyona geçildi. Subkostal insizyon yapıldı. Batına kompres yapıldı. 5-10 dakika beklendi. Kalp ve Damar Cerrahisi uzmanları operasyona dahil oldu. Kanamanın iliak ven kaynaklı olduğu gözlemlendi. Primer tamir yapılmaya başlandı. Defekt alanı primer suture edildikten sonra beklendi. Tekrardan kanama gözlemlendi. Defekt alanın vena kava inferiora kadar uzandığı gözlemlendi. Kompres yapıldı. Vena kavaya uzanan defekt primer onarılmaya başlandı. İliak venle aort arası diseke edilip aort asıldı. Defekt tamir edildi. Lomber arterlere kilp koyuldu. Kamana kontrolü tekrardan yapıldı. Aort bifurkasyonunun posteriortortından kanama alanı gözlemlendi. 5/0 prolenele suture edildi. Kanama kontrolü sağlandı ve iliak damarlar çevresine spongiostan yerleştirildi. Radikal nefrektomi yapıldı. Katlar anatomik olarak kapatıldı." kayıtlı olduğu, ameliyat esnasında hastaya 17 Ü ES ve 6 Ü TDP verildiği, ameliyat sonrasında entübe halde yoğun bakım ünitesine alındığı, yoğun bakımda takibinin 10. günü servise alındığı, ameliyat sonrası 19. günde hastanın genel durumunun iyi olduğu, ağrı kesici ve antibiyotik reçete edilerek taburcu edildiği, taburcu edildikten 5 gün sonra 10.10.2011 tarihinde ateş yüksekliği ve halsizlik nedeni ile tekrar Üroloji Servisi'ne yatırıldığı, hastanın sağ bacağındaki ısı artışı ve şişlik gelişmesi üzerine Kalp Damar Cerrahisi konsültasyonu istendiği, hastaya venöz doppler ultrason çekilerek akut derin ven trombozu teşhisi konulduğu, alt ekstremitte venöz sistem RDUS raporunda; "Sırası ile bilateral eksternal magna, ana femoral venler, derin ve yüzeysel femoral venler, popliteal venler, krural venler, vena safena magna, vena safena parvalar ve perforan venler incelenmiştir. Sağda tüm venöz sistemde belirgin akım izlenmemekte olup lümen içi EKO hafifçe artmış görünümündedir. Bu görünüm akut derin ven trombozu ile uyumludur. Sağ bacakta yaygın ödem izlenmiştir.

Batın BT ve Anjiografi raporu: "Sağ böbrek lojunda izlenmiş olup, boyutu, konturları, parankim dansitesi doğal görünümündedir. Sol böbrek izlenmemiştir. Batın alt kadranda ön duvarda barsak ansları arasında aşağıda uterus fundus ile sınırlanan, 9x16 cm ebatlara ulaşan lobüle kontur, ince hiperdens, periferik rimi izlenen, içerisinde milimetrik kalsifikasyon ve hava imajlarının eşlik ettiği heterojen (muhtemel debris sekonder) hipodens kitlesel lezyon alanı mevcuttur. Tomografik görünümü abse formasyonu düşündürmektedir. Lezyon sol posterior konturunda lobülasyonlar ve ilişkisi belirgin olarak seçilememekle birlikte sol psoas adelesi komşuluğunda retroperitoneal yerleşimli, benzer natürde yaklaşık 2 cm çapında periferi hiperdens, santrali hipodens lezyon alanı izlenmiştir. Distal abdominal aortayı çevreleyen, tanımlanan büyük kitleye doğru uzanımı izlenen, belirgin hipodens retroperitoneal şüpheli alanlar dikkati çekmiştir. Ayrıca daha kranialde jejunanal anslar komşuluğunda komşu barsak ans-

larına göre daha geniş olarak izlenen, yaklaşık 4x6.5 cm ebatlara ulaşan hipodens alan dikkati çekmiştir. Tomografik bulgular muhtemel retroperitoneal orijinli, ancak batın alt kadranda barsak ansları arasına doğru uzanım gösteren multi loküle abse formasyonları düşündürmektedir.

Batın BT raporu: Sağ böbrek doğaldır. Sol böbrek izlenmedi (opere?). Pelvis giriminde orta hatta yaklaşık 9x14,5 cm boyutlarında heterojen iç yapıda kitle lezyon izlenmektedir (hematom?). Paraaortik alanda patolojik boyut ve görünümde lenf nodu saptanmamıştır. Batın içerisinde supramezazolik alanda midenin kontrast madde ile dolumu doğaldır. inframezazolik alanda barsak anslarına ait belirgin patoloji izlenmedi. Pelviste mesane dolumu doğaldır. Rektum tabiidir.

Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Akut batın, laparoskopi ameliyatının yapıldığı 2. Hastane) Tıbbi Belgeleri: Anjioliyom nedeniyle sağ nefrektomi yapılan ve bu arada sol iliak ve yaralanması olan hastanın operasyondan sonra karı şişliği ve ara ara bulantı kusma şikayetleri ile başvurduğu, yapılan tetkiklerde batında yabancı cisim ve batın fıtığı saptandığı, yatışının yapıldığı ve ameliyata alındığı, ameliyatta yabancı cismin çıkarıldığı, ameliyat raporunda; "GAA hasta hazırlandı. Göbek altı ve kısmı göbek üstü median keşiyle batına girildi. Gözlemde uterus üzerinde yaklaşık 10x15 cm kitle ile karşılaşıldı. Kist duvarı açıldı. İçerisinden pürülan mayi görüldü ve sıvı alındı. Kist duvarı üst kısmına ince barsak yapışmıştı. Yapışıklıklar ayrıldı. Kist duvarı açılınca içerisinden 3 adet kompress çıkarıldı. Batın içi explorasyonda treitzden itibaren 25. cm de jejunal ans içinde kitle palpe edildi. Bu kitlenin etrafına jejunal ans ve transvers kolon yapışmıştı. İçerisi açılınca pürülan mayi drenajı oldu ve irisinden 1 adet ped çıkarıldı. İnce barsak rezeksiyonu yapıldı. Daha sonra jejunojejunal astomoz yapıldı. Ameliyat sonrası yoğun bakıma alındığı ve tedavisinin düzenlendiği, takiplerinde gaz gaita çıkışı olduğu, genel durumunun iyi olması üzerine taburcu edildiğinin kayıtlı olduğu,

Kişiyeye Ait Grafilerin Adlı Tıp Kurulunca İncelenmesi: Batın BT'de (preop BT) sol böbrekte bir adet kortikal kist ve üst polde heterojen lobüle konturkü içerisinde yağ dansitesi izlenen anjioliyom izlenmektedir.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Böbrek komşuluğunda bulunan anjiomyolipomun cerrahi olarak çıkarılabileceği, cerrahi esnasında cerrahi alan komşuluğunda bulunan damarlarda hasar oluşabileceği, bu nedenle nefrektomi uygulanmak zorunda kalınabileceği, bütün batın ameliyatlarından sonra insizyon yerinde zamanla fıtık oluşabileceği, kişide böbrek komşuluğunda bulunan anjiomyolipomun cerrahi olarak çıkarılması esnasında damar yaralanması oluşması, sonrasında uygulanan nefrektomi (böbreğin çıkarılması) ve ameliyat sonrası oluşan batın fıtığının her türlü özene rağmen oluşabilecek herhangi bir kusur ve ihmalden kaynaklanmayan komplikasyon olarak nitelendirildiği,

Kişinin ikinci ameliyatında çıkarılan yabancı cismin nefrektomi yapılan ameliyatta unutulduğu, kişiyeye çekilen batın BT'de batında yabancı cisim düşündürülen bulguların bulunduğu, ancak bu bulguların Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde dikkate alınmadığı, şahsın unutilan yabancı cisim nedeniyle ikinci bir ameliyata maruz kaldığı, cerrahi operasyonlardan sonra, genel olarak yapılan, ameliyat kesisini kapatmadan önce kullanılan malzemelerin sayımının öncelikle ameliyat hemşiresi tarafından yapıp kayda alınması, ameliyat bitiminde ameliyatı yapan hekim ve ameliyat hemşiresi tarafından tutanağın imzalanması gerektiği, kişinin operasyon bölgesinde gazlı bez unutulması olayında gazlı bez sayımını düzgün yapmayan ameliyat hemşiresinin ve ameliyattan sorumlu cerrahın uygulamasının tıp kurullarına uygun olmadığı oy birliği ile mütalaa olunur.

Dosyada mevcut onam belgesinde ayrıntı bulunmadığı, ifadelerle göre karın arısı artan bu nedenle hastaneye başvuran tanısı konmuş takipli hastaya cerrahi sınır değer olan 4 cm.lik büyüklükte olan kitle için takibe devam edilmesi veya cerrahi tedavi yapılması seçeneklerinin tartışılıp tartışılmadığı, ameliyat onamının nasıl alındığı hususunun hukuki değerlendirmelerle araştırılmasının mahkemenin taktirinde olduğu,

Ön inceleme: Angiomyolipomda vakalarının çoğunda takip en uygun seçenektir. Büyük kitlelerde selektif arteriyel embolizasyon ve nefron koruyucu cerrahi (parsiyel nefrektomi) düşünülebilir. 4 cm müdahale edilme sınır değeri tartışılan bir konudur. Bunlar klasik tıp ve üroloji klavuz bilgileridir. Bu bilgiye rağmen izlem opsiyonunu hastaya önermeden müdahale önerilmesi aydınlatmanın uygun yapılamadığını gösterir. Preop. tetkikleri AML yi gösteren 4 cm lik kitleye cerrahi müdahale yapılması uygun değildir.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Fatih Atuş, Florence Nighatingale Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Anjiomyolipom tanısı nasıl konulmalıdır. Sadece usg ve kontrassız BT ile tanı kesinleştirip ameliyat yapılabilir mi?

Anjiomyolipom genellikle sağlık taramaları esnasında yad a en fazla rastlanılan şikayet olan yan ağrı nedeni ile yapılan radyolojik görüntülemeler sonucu ortaya konulmaktadır. Radyolojik görüntüleme yöntemleri olan Ultrasonografi ve Bilgisayarlı Tomografi, anjiomyolipomun değerlendirilmesinde en sık kullanılan tanı yöntemleridir. Anjiomyolipomun ultrasonografideki tipik bulguları iyi sınırlı ve yüksek hiperekojenitede olmasıdır (1,2).

Anjiomyolipomun tanısında en güvenilir görüntüleme yöntemi Bilgisayarlı Tomografidir. Renal lezyon içi yağ varlığı (ince kesit bilgisayarlı tomografide ≤ 20 hounsfield ölçümü) anjiomyolipom içi diagnostik tanı göstergesidir. Güncel çalışmalar bulgularına göre 20 piksel üzeri alanda hounsfield ünitesinin 20'den az olması anjiomyolipom için pozitif prediktif değeri %100'dür (3).

Bilgileri paylaşılan hastaya mevcut hastalığı nedeni ile hem üriner sistem ultrasonografi hem de Bilgisayarlı Tomografi yapılmış olup tanısız olarak gerekli radyolojik görüntüleme yöntemleri kullanılmıştır. Radyolojik tanısız değerlendirmede eksik görülmemektedir.

2- Anjiomyolipomda ameliyat endikasyonları nelerdir?

Anjiomyolipom'un tedavisinde değerlendirilmesi gereken kriterler; tümör boyutu, semptomların varlığı ve hasta faktörleridir. Sıklıkla semptomatik anjiomyolipomlar özellikle boyut ile ilişkilidir ve günümüze kadar yapılan yayınlarda bu sınır 4 cm olarak bildirilmiştir (4) Anjiomyolipomun cerrahi gerekliliğini araştıran çalışmalara göre ≥ 4 cm büyük olanlarda %30 oranında cerrahi tedavi gerekliliği bildirilmiştir (5).

Anjiomyolipomda ameliyat endikasyonu olan diğer bir faktör ise ağrı kriteridir. Hastanın başvurduğu ilk hastanenin tıbbi belgelerine bakıldığında; hastanın son 6 aydır sol yan ağrısı şikayeti ile başvurduğu öğrenilmekte olup hastada mevcut kitlesinin semptomatik olduğu görülmektedir. (iddianamede hasta karın ağrısının artması nedeniyle tekrardan hastaneye başvurduğu belirtilmektedir)

Mevcut Bilgiler ışığında;

a. Anjiomyolipomda ameliyat endikasyonları olan ağrı semptomunun, hasta şikayetlerinde bulunduğu,

b. Mevcut bilimsel yayınların kabul ettiği ≥ 4 cm üzeri kitle boyutunun hastanın yapılan radyolojik görüntüleme yöntemleri ile ortaya konulduğu anlaşılmaktadır. (Campbell Urology, Eleventh Edition, 2016) Bu bilgiler ışığında hastanın cerrahi tedavi endikasyonunun bulunduğu görülmektedir.

3-Dosyadaki bilgilere damar yaralanmalarını teknik açıdan nasıl izah edebilirsiniz?

Bildirilen operasyon notuna göre transperitoneal yaklaşım ile sol parsiyel nefrektomi gerçekleştirilecek şekilde operasyona başlanmıştır. Operasyon aşamaları standart olarak devam ettiği gözlenmiştir. Böbrek alt polünü askıya alınması amacıyla ureterin distale kadar disekte edilmesi gerekmektedir ve bu diseksiyon esnasında iliak ven yaralanması geliştiği gözlenmiştir. (Ancak ureterin diseksiyonunun iliak damarları çaprazladığı noktaya kadar yapılmasına gerek olmadığı kanısındayım).

4-Dosya hakkında birikişi raporunuz nasıl olurdu?

Laparoskopik operasyonlar esnasında gelişen komplikasyonların bildirildiği yayınlara bakıldığında vasküler yaralanmaların olduğu gözlenmektedir. Thiel ve ark. laparoskopide vasküler yaralanmaları inceledikleri çalışmalarında 6 hastada major yaralanma geliştiğini bildirmişlerdir. 1 hastada lumbal ven, 1 hastada gonodal ven avülsiyonu ve 4 hastada vena kava inferior yaralanması olduğunu bildirmişlerdir (1) Laparoskopik vasküler yaralanmaların bildirildiği diğer bir çalışmada 2 hastada abdominal aort ve 1 hastada iliak ven yaralanması geliştiği bildirilmiştir (7).

Hastanın operasyonu esnasında gelişen vasküler yaralanma, laparoskopik böbrek cerrahisi prosedürleri esnasında gelişebilecek komplikasyonlardan biri olarak kabul edilmektedir.

Klinik anamnez ve radyolojik görüntülemeleri sonucu göre hastada operasyon endikasyonu mevcuttur. Hastanın mevcut durumu ile ilgili ayrıntılı bilgi verilip verilmediği (operasyon aşamaları, operasyon sonrası nekahat süresi ve gelişebilecek komplikasyonlar) araştırılması gerekmektedir.

Elimize ulaşan bilgilere dayanarak, operasyon esnasında gelişen vasküler yaralanmanın laparoskopik prosedürlerde görülebilecek komplikasyonlardan biri olduğu saptanmıştır. Operasyon esnasında saptanması ardından mevcut yaralanmanın laparoskopik yada açık cerrahi ile onarımı gerektirmektedir. Yaralanma sonrası takip edilen prosedürlerin doğru yapıldığı görülmektedir. Ancak; Sol böbrek üst pol kitle nedeni ile operasyona alınan ve operasyonu esnasında gelişen komplikasyon neticesinde yapılan total nefrektomi işleminin ne amaçla yapıldığına dair bir bilgi elimize ulaşan evraklarda mevcut değildir. Açık operasyona geçilen hastada parsiyel nefrektomi seçeneği yerine neden total nefrektomi yapıldığı mutlaka sorgulanması gerekmektedir.

Operasyon sonrası gelişen akut derin ven trombozu major cerrahiler sonrası görülebilen öngörüle-meyen komplikasyonlardan biri olarak bilinmektedir. Ancak hastanın dosyasından hastaya majör damar cerrahi sonrasında clexan gibi veya farklı bir tromboz önleyici bir tedavi verilip verilmediğini bileme-mekteyiz.

1. Siegel CL, Middleton WD, Teefey SA, et al. Angiomyolipoma and renal cell carcinoma: US differentiation. *Radio-logy* 1996;198(3):789-93.
2. Lemaitre L, Claudon M, Dubrulle F, et al. Imaging of angiomyolipomas. *Semin Ultrasound CT MR* 1997;18(2):100-14.
3. Simpfendorfer C, Herts BR, Motta-Ramirez GA, et al. Angiomyolipoma with minimal fat on MDCT: can counts of negative-attenuation pixels aid diagnosis? *AJR Am J Roentgenol* 2009;192(2):438-43.
4. Oesterling JE, Fishman EK, Goldman SM, et al. The management of renal angiomyolipoma. *J Urol* 1986;135(6):1121-4.
5. Steiner MS, Goldman SM, Fishman EK, et al. The natural history of renal angiomyolipoma. *Urol* 1993;150(6):1782-6
6. Thiel, Ralf, et al. "Venous dissection injuries during laparoscopic urological surgery." *The Journal of urology* 155.6 (1996): 1874-1876.
7. Simforoosh, Nasser, et al. "Major vascular injury in laparoscopic urology." *JLS: Journal of the Society of Laparoen-doscopic Surgeons* 18.3 (2014).

4.2 URETERORENOSKOPI

4.2.1 URETERORENOSKOPI ESNASINDA ÜRETERDE KOPMA VE NEFREKTOMİ

İDDİA

Benim böbreğimde rahatsızlık olması nedeniyle Devlet Hastanesi Üroloji Bölümünde muayene ol-dum, böbreğimde ve idrar yollarımda taş olduğunu söyleyerek küçük bir operasyon geçirmem gerekti-ğini söyledi, ben de mecburen kabul ettim. Doktor beni ameliyata aldı, acemiliği ve dikkatsizliği sonucu idrar kanallarını ve böbreğimi zedelemiş, beni acilen Üniversite Hastanesine sevk etti, ambulansla çok acı çekerek Üniversiteye gittim, burada acilen ameliyata alındım ve böbreğimin birisini aldılar, aslında böbreğimde bir rahatsızlık yoktu.

SAVUNMA

Üroloji Uzmanı: Hasta solda şiddetli ağrı şikayeti ile başvurdu. Sol üreter taşı tespit edilerek hasta bilgilendirildikten sonra taşın spontan düşmesi için medikal tedavi uygulandı. Akabinde hasta bir gün sonra tekrar gelerek söz konusu tedaviden dolayı iyileşmediğini beyan etmesi üzerine hastaya ameliyat yapılması gerektiği anlatılarak ve yine riskleri de bildirilerek onayı alınmış ve buna göre söz konusu üre-terorenoskopi operasyonu yapılmıştır. Sonuçta ameliyat esnasında öncesinde öngörüle-meyen üreter avülsiyonu komplikasyonu gelişmiştir. Bunun üzerine ivedi olarak bu konuda daha uzman üst merkez olan Üniversite Üroloji Anabilim Dalı'na ambulansla sevkini sağlamış bulunmaktayım. Herhangi bir ih-

malim yoktur. Söz konusu üreter kopması ameliyatın olağan risklerindedir. Buna ilişkinde hasta bilgilendirilmiştir ve bilgilendirildiğine ilişkin kağıtta imzalatılmıştır. Onama formu vardır.

BELGELER

Devlet Hastanesi'nin USG raporu: Sağ böbrek orta pol alt kalikte 4-5 mm boyutlu taş izlendi. Sol bb toplayıcı sistemi dilate ve sol alt pol kaliksinde taşla uyumlu ekojenite izlendi. Mesane konturları düzenli olup lüminal sonopatoloji izlenmedi.

Devlet Hastanesi'nin epikriz raporu: "Solda kasiğa vuran lomber ağrı olduğu, yaklaşık 1 haftadır sol lomber bölgede şiddetli lomber ağrı şikayeti olan hastaya tüm abdomen BT çekildiği, sol üreter taşı tespit edilmesi üzerine yatırıldığı, HBV taşıyıcısı olduğu, muayenesinde sol kvah (+), batin rahat olduğu, solunuma eşit katıldığı, defans ve rebaund olmadığı, GAA litotomi pozisyonunda 22 fr sistoskopi girildiği, sol üreter orifisinden dj kateter girildiği, ancak tam ilerletilemediği, ardından orifisi balon kateter ile dilate edildiği, urs ile girildiği, proksimal üreterde etrafı ödemli taşta rastlandığı, kenarından dj kateter geçirilmeye çalışıldığı, ancak geçmediği, taş böbreğe geri ittirilirken hemoraji olduğu, kateter ile urs geri çekilirken üreterin avüliye olduğu, üreterden çıktığı gözlemlendiği, üreter mesaneye konulduğu, foley sonda konulduğu, işleme son verildiği, üreter avüliyonu gelişen hasta hemen postop bir üst merkez olan Üniversite Üroloji Anabilim Dalı ile görüşüldüğü, ambulansla sevki uygun görülerek sevk edildiği" kayıtlıdır.

Tıp fakültesi Üroloji Servisi'nin tıbbi belgeleri: "Devlet Hastanesi'nde sol üreter taşı sebebiyle sol URS yapılan ve idrar çıkışı azalıp hematürisi olan hasta üreter avüliyonu ön tanısıyla tarafımıza refere edildiği, hasta ileri tanı ve tedavi amacıyla yatırıldığı, hastaya enfeksiyon onayı ile rocephin flk 2x1, bilateral amp 2x1 başlandığı, acilde intravezikal opak madde verilerek çekilen film ve sonrasında çekilen kontrol BT'de opak maddenin retroperitoneal minimal geçişi izlendiği, sol retroperitoneal alanda hava habbecikleri gözlemlendiği, hastanın yatışının 6. gününde başlayan distansiyonu ve dışkı kalibrasyonundaki değişim sebebiyle hasta genel cerrahiye konsulte edildiği, sonrasında hastaya lavman, sıvı replasmanı ve antibiyoterapinin devamının önerildiği, sonrasında olası piyeloplasti amacıyla hastaya barsak temizliği yapıldı. Hastanın rutinleri görüldü. Operasyon onayı alınan hastaya intrarenal pelvis+anastomoz veya ileal substitusiyonun anatomik olarak uygun olmayacağına karar verilerek hastaya sol basit nefrektomi yapıldı.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Üroloji Uzmanı tarafından hastaya uygulanan sol üreterorenoskopi ameliyatının endikasyonunun ve uygulama şeklinin tıbben doğru olduğu, bu tür ameliyatlardan sonra söz konusu klinik şikayetlere neden olan bulgularda tam düzelmeye olmayabileceği, bunun yanısıra ameliyat sonrasında ortaya çıkan 'üreter avüliyonunun' bu tür ameliyatlardan sonra ortaya çıkabilen herhangi bir tıbbi kusur ya da ihmalden kaynaklanmayan 'komplikasyon' olarak nitelendirildiği, bahse konu komplikasyonu gidermeye yönelik müteaddit operasyonların yapılabileceği, söz konusu komplikasyonun tedavisinin yapılabilmesi için hastanın bir üst merkeze sevk edildiği, komplikasyon yönetiminin uygun olduğu cihetle; davalı hekimin uygulamalarının tıp biliminin genel kabul görmüş ilke ve kurallara uygun olduğu, dolayısıyla ilgili hekime atfı kabil kusur bulunmadığı oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Selçuk Güven, Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Taşa yönelik URS müdahalelerden önce kontrastli incelemenin gerekliliği ya da gereksizliğini klasik ve klavuz bilgilerine göre tartışır mısınız?

Akut yan ağrısında tanı koymak için yapılan kontrastsız bilgisayarlı tomografi (BT) standart görüntüleme metodudur ve intravenöz pyelografinin yerini almıştır. Taşın büyüklüğü ve dansitesi saptanabilir. Taş yoksa karın ağrısının nedeni diğer tetkikler ile açığa çıkarılmalıdır. Kontrastsız BT ile taş için seçilecek tedavi seçeneğini etkileyen taşın yoğunluğu, içyapısı, deri-taş mesafesi ve taşın etrafındaki anatomi belirlenebilir. Ancak kontrastsız BT renal fonksiyon ve üriner toplayıcı sistem anatomisi hakkında bilgi

vermez. Kontrast ile uygulanan BT'de ise hasta, tekniğin kalitesine göre 5-35 kat daha fazla radyasyona maruz kalır (C. Türk, T. Knoll, A. Petrik ve ark. Urolithiasis Guidelines. European Association of Urology 2016, <https://uroweb.org/guideline/urolithiasis/>). Kontrastlı veya kontrastsız BT seçim kararı verilirken her iki tekniğin üstün ve zayıf tarafları göz önüne alınmalıdır. Görüntüleme metotları (özellikle BT) sonrası radyasyona bağlı uzun dönemde ortaya çıkan onkolojik yan etkilerle ilgili kanıtlar hızla artmaktadır. Taş hastalıklarının yaygın görüldüğü, görüntüleme metotlarının birçok ülkeye kıyasla daha fazla kullanıldığı, radyasyondan korunmanın çok iyi kontrol edilemediği ülkemizde, doktorun hukuki açıdan kendisini güvence almak için, hastanın tedavi planında, eğer değişiklik yapmayacaksa kontrastsız yerine kontrastlı BT istemesi ve yine kontrast maddenin kendine bağlı gelişebilecek kısa ve uzun dönemdeki ciddi yan etkiler ayrı bir tartışma konusudur.

2- Rijid veya semirijid ureteroskopların üreter üst uç taşlarında kullanılabilir mi? Kullanılırsa hangi şartlarda, hangi özelliklerdeki cihazlarla kullanılır. Kullanılması halinde riskler nelerdir. Bu risklerin temel mekanizması nasıl olmaktadır.

Literatürde üreter üst taşlarının tedavisi için rijid veya semi-rijid ureteroskopların kullanıldığı çalışmalar halen rapor edilmektedir. Ülkemizde birçok hastanede fleksible ureteroskop bulunmamaktadır. Konuyla ilgili yapılmış en geniş sayıda hasta içeren çalışma CROES ureteroskopi çalışmasıdır. 32 ülkeden 114 merkezin dahil olduğu çalışmada ürologlar üst üç taşı olan olguların %72.1'inde semi-rijid ureteroskop kullanmayı tercih etmişlerdir. Üst üreter taşları için 2007 AUA taş kılavuzunda fleksible ureteroskop ile taşsızlık oranının daha yüksek olduğu bildirilmesine rağmen CROES çalışmasında taşsızlık oranı, işlem sırası ve işlem sonrası komplikasyonlar açısından iki tip alet arasında fark olmadığı ancak semirijid ureteroskop ile işlem sayısı ve tekrar tedavi oranının arttığı rapor edilmiştir. (E.P. Castro, P. J.S. Osther, V. Jinga et al. Differences in Ureteroscopic Stone Treatment and Outcomes for Distal, Mid-, Proximal, or Multiple Ureteral Locations: The Clinical Research Office of the Endourological Society Ureteroscopy Global Study Eur Urol 2014)

FDA tarafından 90'lı yıllardan buyana toplanan verilerle oluşturulan MAUDE (The Manufacturer and User Facility Device Experience) veritabanı kullanılarak Tanimoto ve ark'ları konuyu daha derinlemesine incelemişler. Bu yıl basılan çalışmada; komplikasyon olduğu bildirilen 104 olgudan 6'sında üreter kopması rapor edilmiş. Üreter kopması gelişen olgulardan 4'ünde rijid, 2'sinde fleksible ureteroskop kullanılmış (R. Tanimoto, RC. Cleary, DH. Bagley ve ark. Ureteral Avulsion Associated with Ureteroscopy: Insights from the MAUDE Database. J Endourol. 2016 Mar;30(3):257-61)

Avrupa Üroloji Birliği 2016 kılavuzunda uç genişliği 8F'in altında olan ureteroskopların günümüz standardı olduğu ve tüm üreter boyunca kullanılabilmesi ancak teknolojik gelişmeler ve ekipman kalitesinin artması, dijital endoskopların üretilmesi ile birlikte fleksible ureteroskopların da kullanılabilmesi belirtilmiştir (C. Türk , T. Knoll, A. Petrik ve ark. Urolithiasis Guidelines. European Association of Urology 2016, <https://uroweb.org/guideline/urolithiasis/>).

Fleksible ureteroskopların semi-rijid ureteroskoplar gibi tüm üroloji kliniklerinde kullanımı henüz yaygınlaşmamıştır. Semirijid ureteroskoplara kıyasla ureteral geçiş kılıfı yerleştirme, işlem süresinin uzaması, işlem sırasında daha fazla radyasyona maruz kalınması, maliyet artışı, deneyim yetersizliği gibi limitasyonları hala tartışmalıdır. Bunların ötesinde işlemin uygulandığı ülke ve hastane şartları da göz önüne alınmalıdır. Ülkemizdeki uygulamada, SGK'nın fleksible ureteroskopi için belirlediği fiyatlandırma, maliyeti karşılamamaktadır.

3- Hasta olaydan sonra üniversite hastanesine yatırılmış nefrostomi de konulmadan 6 günde müdahale edilmiştir. Ne düşünülerek izleme tercih edilmiştir.

Üreter kopmalarında yaklaşım; hastanın yaşı, ameliyat öncesi böbrek fonksiyonu, karşı böbreğin durumu, hastanın tercihi ve cerrahın tecrübesi gibi birçok özelliğe göre değişir. Perkütan drenaj ile akut müdahale yapılabilir. Nefrektomi, lomber yaralanmalar için uç-uca anastomoz, alt uç yaralanmaları için reimplantasyon, iliak arter düzeyi yaralanmaları için psaos hitch ve Boari flep kalıcı tedavi seçeneklerindedir. İleoplasti veya ototransplantasyon gibi rekonstrüksiyonlar da uygulanabilir (J. N. Cornu, T. Herrmann, O. Traxer ve ark. Prevention and Management Following Complications from Endourology Procedures European Urology Focus, 2:1, 2016, 49-59)

Hasta mevcut bilgileri ile değerlendirildiğinde; rekonstrüksiyon cerrahisi veya ototransplantasyon, olanaklar yetersizse üst merkeze sevk edilmesi veya nefrektomi adaydır. İleoplasti ve ototransplantasyon için farklı disiplinlerden yeterli deneyime sahip cerrahların, ameliyathane ekibinin hazırlanması belirli bir süreç olabilir. Bu sürecin uzaması durumunda nefrostomi kateteri ile perkütan drenaj uygulanabilir. Hasta her ne kadar 3. basamak sağlık merkezine yatırılmış olsa da, yukarıda sözü edilen deneyim ve olanaklar göz önüne alınmalıdır.

4- Üreterin kopmaması için nelere dikkat edilmelidir. Aşama aşama yazınız.

- Üreter kopması üreteroskopi sırasında, her üreter taşında gelişebilir ancak, küçük çaplı üreter ve taş yükü olan hastalarda daha fazla dikkat edilmesi.
- Üreteroskopi sırasında güç kullanmadan (zorlayıcı manüplasyon) kaçınılması.
- Üst üreter ucunda, alt üreter ucuna kıyasla destekleyici kas dokusu zayıf olduğu için daha dikkatli olunması.
- Çoklu çelik tel basketler yerine nitinol basket kullanılması.
- Taş basketle tutulduktan sonra üreter hasarından kaçınmak için basketin üreter boyunca ureteroskopun hemen distalinde tutarak izlenmesi.
- Basket ile taş alınırken herhangi bir zorlanma varsa taşın serbest bırakılması, üreterden rahat geçecek kadar güvenli küçük parçalara ayrılıncaya kadar kırıldıktan sonra çıkarılması.
- Taşa ulaşmada veya çıkarılmasında engel olacak üreterde darlık durumlarında Double J stent yerleştirilip 2 hafta pasif dilatasyon için beklenmesi.
- İşlem sırasında üreteroskopun geri çekilmesinde zorluk yaşanması üreteroskopa tutunan üreteral mukozanın serbestleşmesi için üreter içindeki irrigasyon basıncının yükseltilmesi, erkeklerde rektal muayene ve kadınlarda vajinal fornixten ureterovezikal bileşkenin itilmesi gibi manevralar da önerilmiştir.

5- Bilirkişi siz olsaydınız raporunuz nasıl olurdu.

Adli tıp kurumu tarafından düzenlenen bilirkişi raporunun uygun olduğunu düşünüyorum.

4.2.2 ÜRETERORENOSKOPİ ESNASINDA ÜRETERDE KOPMA VE OTOTRANSPLANTASYON

İDDİA

Davacı Sigorta A.Ş. Vekilinin dava dilekçesi: Sigortalı hasta sol renal kolik şikâyeti ile üreterorenoskopik taş tedavisi yapılmak üzere davalı tarafından ameliyata alınmıştır. Ameliyat esnasında Davalı doktorun dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırı davranması sebebiyle hastanın üreteri kopmuş ve hasta gerekli tedavi ve müdahalenin yapılması için özel bir hastaneye sevk edilmiştir. Hasta tekrar ameliyata alınmıştır.Yapılan ameliyat sonrası düzenlenen ameliyat raporunda; "Ameliyat notu: Endikasyon: Dış merkezde üreteroskopi ile taş çıkartılması sırasında üreter hasarı nedeni ile refere edildi. Patoloji piyesi şeklinde kopan üreterin uzunluğunun yaklaşık 25 cm olduğu gözlemlendi. BT de üreteral yapı gözlemlenmedi. Hastaya ototransplantasyon kararı alındı." şeklindeki tespitler davalı doktor tarafından yapılan ameliyattaki yanlış tıbbi müdahaleyi göstermektedir.

Davalı hekim dikkat ve özen borcunu yerine getirmediği için meydana gelen ve ödenen ek tedavi ücretinden sorumludur.

SAVUNMA

Üroloji Uzmanı: Davacı sigorta şirketinin iddiaları asılsız ve tıbbi dayanaktan yoksun olduğundan açılmış davanın reddi gerekmektedir. Şöyle ki; hasta, renal kolik tespit edilerek hastaneye yatırılmış, çekilen ve tomografisinde sol proksimal üreter taşı ve hafif-orta pelvikalisyel dilatasyon olduğu tespit edilmiştir. Hastaya durumu anlatılmış ve hastalığın giderilmesi için bir operasyon olması gerektiği söylenmiş ve ameliyatın tüm riskleri ve ameliyat esnasında ve sonrasında oluşabilecek tüm komplikasyonlar

teker teker hastaya açıklanmış, hasta anlatılanları dinlemiş ve ameliyat olmaya karar vermiştir. Ameliyat öncesinde hastadan yapılacak ameliyatın önem mahiyet ve risklerini açıklayan aydınlatılmış onam alınmıştır. Ameliyat esnasında Sistoskopi ile sağ üreterin kateterizasyonu alt uç dilatasyonunu takiben ureterorenoskop ile girilerek üreter içerisinde taşa ulaşılmış ve dar bir segment tespit edilmiş ancak zorlanmamıştır. Dilatasyon için URS geri çekilirken üreter avulsiyonu olduğu tespit edilmiş ve nefrostografi çekilmiştir. Üreter defekti büyük olduğu görülmüş ve bunun üzerine gruba bağlı diğer merkezlerde çalışan diğer ürolog meslektaşlardan görüş alınmıştır. Görüşlerin sonucunda barsaktan üreter yapılabileceği veya ototransplantasyon yapılabileceği kararı verilmiştir. Ancak barsaktan üreter oluşturmak için daha geniş bir insizyon gerekeceği bunun sonucunda başarı şansının daha düşük olacağı bu yüzden de ototransplantasyon yağmanın hasta için daha uygun olacağına karar verilmiş ve hasta diğer davalı hastaneler grubuna bağlı merkeze nakledilmiştir.

Davacı sigorta şirketi her ne kadar müvekkilimin ameliyat için gerekli dikkat ve özeni göstermediğini bu nedenle ek tedavi giderinden davalı hastane ile müştereken sorumlu olduğunu iddia etmişse de davacının davası haksız ve kötü niyetlidir. Zira davaya konu olay hastanın üreterinin kopmasından kaynaklanmaktadır. Üreter kopması olası bir komplikasyondur. Bu tip ameliyatlarda böyle komplikasyonun oluşabileceği tüm ürologlar tarafından bilinen bir durumdur. Olayda müvekkilimin en ufak bir kusuru bulunmamaktadır.

Davalı Hastane vekilinin savunması: Hastaya çekilen BT de sol üreter proksimal kesimde 5 mm boyutlarında kalkül, bu seviyenin proksimalinde hafif-orta derecede ektazik değişiklikler tespit edilmesi üzerine hasta ureterorenoskopik taş tedavisi yapılmak üzere ameliyata alınmıştır. Hekim tarafından sol üretere URS ile girildiği, üreter üst uçtaki darlık nedeniyle URS içinden glide wire ileletilerek pelvise girildiği, URS içindeki glide wire sıkışıp geri çekilememesi üzerine URS ile geri çıkarken ureter avulsiyonu olduğu görüldüğü, perkütan nefrostomi kateteri için radyoloji uzmanı çağırıldığı, başarı sağlanmadığı için glide ve kateter iletilmesi sırasında retroperitoneal alana geçilmesi ve bu alandan idrar geldiğinin gözlenmesi üzerine kateter bu bölgede sabitlenerek ototransplantasyon için diğer merkeze sevk edilip laparoskopik sol nefrektomi, Ototransplantasyon ameliyatı yapılmıştır. Hastada oluşan durum komplikasyon/ tıbbin kabul ettiği normal risktir. Görüldüğü üzere operasyon sırasında öngörülemeyen ve önlenmesi mümkün olmayan risk (komplikasyon) meydana gelmiştir. Yapılacak adli tıp incelemesi sonunda da bu durum anlaşılacaktır. Hastadan oluşan üreter zararı modern tıp ve uluslararası literatürde yapılan operasyonun riskleri arasında kabul edilmekte olup komplikasyondur. Hal böyle olunca söz konusu operasyon sonrasında meydana gelen durum için hekimi kusurlu olarak kabul etmek mümkün değildir.

BELGELER

Ototransplantasyon: Sol Gibson insizyonundan loj hazırlandı. Keskin ve künt diseksiyonla eksternal iliak arter ve ven hazırlandı. Mesane tarafında Ureteral yapı bulunamadı. Hasta sistoskopi pozisyonuna getirilerek sistoskop ile sol üreter orifisi kateterize edildi. Kateterin retroperitoneal alana düştüğü ve üreterin mesane girişinden kopmuş olduğu gözlemlendi. Eksternal iliak ven asılıp, vasküler klemp konduktan sonra veninin genişliği kadar bir insizyon yapıldıktan sonra , 6/0 prolon (2 adet) ile renal ven , eksternal iliak vene uç-yan sürekli şekilde anastomoz edildi. Aynı işlem renal arter içinde uygulandı. Anastomoz sonrası perfüze edilen böbrekte renk değişimi sonra, üreter tamamen kopmuş olduğu için 6/0 PDS ile , 4.8 F (12 cm) stent üzerinden pelvisistostomi yapıldı.

Klinik izlem: Ameliyatında hastanın böbreği sol inguinal bölgeye alınmış, kalan üreter ile böbrek pelvisi mesaneye bağlanmıştır. Post-op yoğun bakım ünitesine alınmıştır. Geldiğinde şuurunu anestezi etkisinde orotrakeal entübe mekanik ventilasyon desteğinde, dinlemekle bilateral doğal, sinüs ritminde, normotansif, batın rahat barsak sesleri hipoaktif olarak değerlendirilmiştir. Yeterli uyanıklığı ardından hasta ekstübe edilmiş, komplikasyon yaşanmamıştır.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli tıp kurumu: Kişiye yapılan ameliyatın endikasyonu olduğu, ameliyat sırasında üreter kopmasının her türlü dikkat ve özene rağmen meydana gelebilen, herhangi bir tıbbi hata ile ilişkilendirilemeyen komplikasyon niteliğinde olduğu, komplikasyon yönetiminin tıp kurallarına uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

DEĞERLENDİRME

Uz. Dr. Özgür Çakmak, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Üreter kopmasının teknik açıdan nedenleri nelerdir, önlenmesi için nelere dikkat edilmalıdır?

Üreter yaralanmalarının %75'i iatrojenik yaralanmalar olup bunların da %42'si endoürolojik girişimler sırasında gerçekleşir (Selzman AA, Spirnak JP. Iatrogenic ureteral injuries: a 20-year experience in treating 165 injuries. J Urol 1996; 155:878)

Üreterorenoskop (URS) ile üreter taşı tedavisi sırasında üreter kopması nadiren (%0-0.3) görülmek ile birlikte en çok korkulan ve ciddi sonuçlara yol açabilen bir durumdur. URS sırasında kullanılan aletin çapının büyüklüğü, üretere giriş, üreterde ilerleme ve/veya işlem sırasında doğru tekniğin kullanılmaması, üreter içerisinde ilerlemeyen URS aletinin ilerletilmeye zorlanması, kullanılan kılavuz telin URS'yi sıkıştırması nedeniyle üreter işlem sırasında hasar görülebilir. Bu hasarlanma minimal mukozal yaralanma şeklinde olabileceği gibi üreterde kopma şeklinde de olabilir.

Üreter kopmasını önlemek ya da daha doğru ifade ile bu olasılığı minimize etmek için öncelikle bütün diğer cerrahi işlemlerde olduğu gibi dokuya saygılı davranmak, işlem sırasında doğru tekniği kullanmak, URS ilerletilemiyorsa kesinlikle sert hareketlerden kaçınmak ve asla zorlayarak aleti ilerletmeye çalışmamak dikkat edilmesi gereken hususların başında gelmektedir. Üreteral akses sağlanamaması durumunda ise JJ stent yerleştirilmesi ve 7-14 gün sonra URS işleminin tekrar edilmesi tedavi alternatiflerinden birisidir (EAU Guidelines on Urolithiasis2016-<http://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-Urolithiasis-2016.pdf>). Hastanın yaşayacağı olası bir üreter avulsiyonunun sonuçları akla getirilerek cerrahi sırasında bir şeylerin ters gittiğinin hissedildiği ve üreterorenoskopun gereğinden fazla zorlanmaya başlandığı anda işlemi ertelemenin bir başarısızlık veya utanç kaynağı olmayacağı bilinmeli ve bu doğrultuda davranılmalıdır.

2- Üreter kopması durumunda nasıl davranılmalıdır?

Üreter kopması ile karşılaşıldığında hasta genel anestezi altında değil ise hastaya ayrıca ilaveten hasta yakınlarına durum hakkında bilgi verilmelidir. Operasyonu gerçekleştiren hekimin moral ve motivasyonunu oldukça kötü etkileyeceği aşikar olan bu durumda gerekirse çalışılan merkezdeki diğer Üroloji uzman ve/veya uzmanları operasyon salonuna davet edilmeli onların da görüş ve önerileri dikkate alınmalıdır.

Komplet üreter yaralanmalarında önerilen tedavi biçimleri ileal barsak segmentinin greft şeklinde üretere transpozisyonu veya ototransplantasyondur (EAU Guidelines on Urological Trauma2016-<https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-Urological-Trauma-2016.pdf>). Her ne kadar çoğu yaralanmalar rekonstrüktif teknikler ile onarılabilse de ileri düzeyde proksimal üreter yaralanması olan hastalarda kullanılabilecek bir seçenek olan nefrektomi uygulanacak ise karşı böbreğin fonksiyonlarının normal olduğu bilinmelidir.

İleal üreteral interpozisyonu böbrek fonksiyonunda bozulma, elektrolit imbalansı, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları ve mukus sekresyonu gibi geç komplikasyonlara yol açabilen morbiditesi yüksek bir ameliyattır. Bu nedenle operasyonun gerçekleştiği merkezin teknik imkanları ototransplantasyon için yeterli değil ise hasta ve/veya hasta yakınları bilgilendirilerek hasta ototransplantasyon yapabilen bir ekibin bulunduğu merkeze sevk edilmelidir. Kopan üreter de içerisinde serum fizyolojik bulunan bir kap ile birlikte ototransplantasyon yapılacak merkeze patolojik inceleme amacıyla gönderilmelidir.

3- Bu dosyaya göre urs endikasyonunu değerlendiriniz?

10 mm altı proksimal üreter taşlarının tedavisinde SWL veya URS ilk tercih edilebilecek yöntemler olup URS ile taş tedavisinin taşsızlık oranları SWL'den daha düşük olmakla birlikte komplikasyon oranları SWL'den daha yüksektir (EAU Guidelines on Urolithiasis 2016-<http://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-Urolithiasis-2016.pdf>).

Avrupa Üroloji Kılavuzlarında üreterin tamamında rijit URS kullanılabileceği belirtilmişken (EAU Guidelines on Urolithiasis2016-<http://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-Urolithiasis-2016>).

pdf), Amerikan Üroloji Derneği kılavuzunda ise 10 mm altı veya üstü proksimal üreter taşlarının tedavisini yapan klinisyenin fleksibl URS bulundurması gerekir ifadesi yer almaktadır (Surgical management of stones: American Urological Association/ endourological society guideline 2016 <https://www.auanet.org/common/pdf/education/clinical-guidance/Surgical-Management-of-Stones.pdf>)

Renal kolik ile başvuran ve görüntüleme yöntemi ile böbrekte hafif-orta derecede dilatasyon saptanan bu hastada URS endikasyonu doğrudur. Fleksibl enstrümanların tortüoziteye uyum gösterebildikleri için rijit olanlara göre daha az üreteral travmatik yaralanmalara neden oldukları bildirilmiştir (Grasso M. Complications of ureteropyeloscopy. In. Complication of ureteroscopic surgery. Taneya SS, Smith RB, Ehrlich RM, (ed). Third Edition, WB Saunders Co, Philadelphia, 268-76, 2002). Ancak dosyada operasyonun semi-rijit URS ile mi yoksa fleksibl URS ile mi gerçekleştirildiğine dair net bir ifade bulunmamaktadır.

4- Bu dosya hakkında bilirkşi raporunuz nasıl olurdu.

Üreterde komplet yaralanma (intussepsiyon veya avülsiyon) proksimal üreter taşının URS ile tedavisi sırasında karşılaşılabilecek komplikasyonlardan bir tanesidir. Ancak operasyon salonunda floroskopik ekipmanların bulunup bulunmadığı ayrıca işlem sırasında fleksibl mi yoksa semi-rijit URS mi kullanıldığı gibi bilgilerin eksikliği bu dosya ile ilgili net mütalaanın oluşmasında kısıtlayıcı faktörler olarak göze çarpmaktadır. Bu olguda gerçekleşen komplikasyonun yönetiminde ise herhangi bir kusur bulunmamaktadır.

4.2.3 ÜRETERORENOSKOPI ESNASINDA ÜRETERDE KOPMA VE İLEAL SUBSTITION

İDDİA

Müvekkil yapılan ameliyatta tedbirsizlik ve meslekte acemilik sebebiyle müvekkilime ait idrar yolu organının işlevini yitirmesine sebep olunmuştur. Müvekkilim hastanede uzun kalmış 4 ameliyat geçirmiştir. İdrar yolu organları kesilen müvekkilimin karın boşluğu sıvı üre (idrar) ile dolmuş, karnı şişmiş, simsiyah olmuştur. Komaya giren müvekkilimin tedavisinin yanlış yapıldığını ve düzeltemeyeceklerini sonunda anlayan hastane yönetimi Üniversite Hastanesine sevk etmek zorunda kalmıştır. Üniversite hastanesinde 29.08.2012 tarihinde müvekkilimin idrar yolu bölgesine suni organ yerleştirilmiş, bir nevi halk deyimiyle “yarım adam” olmuştur. Halen hastalığı şifa da bulmuş değildir.

SAVUNMA

18.06.2012 sol böbrek lojunda 19x26 mm ve 10x16 mm; sağ böbrek lojunda 11 mm, 14x17 mm boyutunda taş ile her iki böbrek toplayıcı sisteminde kaliksel deformasyonun eşlik ettiği grade 2, 3 ektazi tespit edilmiş ve böbrekte bulunan taşların alınması için hastaya cerrahi operasyon önerilmiştir. Daha sonra sistoskop şaftıyla mesaneye girilmiş, sağ üretere kılavuz tel yerleştirilerek böbreğe kadar ilerlenmiş, sağ üreter orifisinin dilatator ile dilate edilmiş, ureteroskop ile üreter orifisine girilerek taşa ulaşılmış ve pnömotik litatriptör ile taş kırılmış ve taşlar alınmıştır. Yine üreterde J katater böbreğe yerleştirilmiş, ve operasyona sorunsuz olarak son verilmiştir.

Serviste yatarken yapılan BT ile selülit tanısı konulmuştur. Kateterden hastanın rahatsız olması üzerine double j kateteri alınmış ancak 2 gün sonra tekrar konulmuştur. Hastanın takibinde akut batın gelişti, Retroperitonu dren konuldu. Takibinde kateterlerinin değişimlerine rağmen dren çalışmaya devam ettiğinden hasta Üniversite Hastanesi Üroloji Bölümüne yönlendirildi.

BELGELER

USG raporu (pre op.): “Her iki böbreğin lokalizasyonu, uzunluğu, parenkim kalınlığı ve parenkim ekojenitesi normaldir. Sol böbrekte alt polde büyükleri 15 mm, 13 ve 14 mm çapında toplam 6 adet taş ekojenitesi, alt polde fokal kaliektazi, sağ böbrekte grade 3 pelvikalektazi, UP bileşkede 21x13 mm boyutunda, alt polde 9 mm çapında taş ekojeniteleri izlenmektedir.

Özel Hastanenin tıbbi belgeleri: "Bel ve böğür ağrısı, mide bulantısı, idrarda zorlanma yakınmaları ile başvurdu, 7 yıldır ağrı ve zaman zaman sancı öyküsü mevcut, sağ böbrek ve renal pelvis taşı tanısı ile üreterorenoskopi ameliyatı yapıldı, 19,5 F Sistoskop şaftıyla mesaneye girildi, sağ üretere kılavuz tel yerleştirilerek böbreğe kadar ilerletildi, sağ üreter orifisi balon dilatatör ile dilate edildi, üreteroskopi ile üreter orifisine girildi, taş ulaşıldı, pnömotik litotriptör ile taş kırıldı, taşlar forcepsle alındı, double J katater böbreğe kadar ilerletilerek yerleştirildi, daha sonra mesaneye rezektoskop ile girilerek taşlar yıkama ile alındı, komplikasyon olmadı. Postop 1. gün genel durumu iyi, vital bulgular stabil, idrar çıkışı iyi, hemşire takip bulguları normal, postop 2. gün hasta mobilize oldu, takibe devam edildiği, BT çekildi, selülit tanısı konuldu, stentin rahatsız etmesi sancı ve sıkıntı vermesinin üzerine çıkartıldı. Postop 3. gün karın ağrısı bulantı oldu. Batında yaygın hassasiyet, istemli defans, her iki alt kadranda hiperemi ve ısı artışı (selülit) mevcuttu, duocid 4x1 başlandı. Tomografi istendi. Tetkiklerde CRP 25'e yükselmiş olduğu, BT'de sağ üreter trasesi boyunca sıvı, batında serbest hava görüldü, akut batın açısından genel cerrahi tarafından değerlendirildi. Kateterin kaymış olduğu tespit edildi. Sistoskop ile alındı, foley sonda konuldu. Retroperitoneal kolleksiyon nedeniyle girişimsel radyoloji tarafından diren konuldu yaklaşık 100 cc mayı aspire edildi. Direnden idrar gelişi devam etti. Hastada solunum sıkıntısı başladı sağ akciğer havalanmada azalma ve BT tetkikinde kollabe olması? nedeniyle konsulte edildi. Akciğerlerdeki bulguların batına sekonder olduğunun düşünülüyor. Takipte direnden gelen mayı azalmaması ve CRP değerlerinin öncekine nisbeten azalması nedeniyle durum hastaya izah edilerek tekrar kateter konulmasına karar verildi. Üreterorenoskop ile girildiği, yukarıya doğru ilerlendiği, üreter içerisinde birkaç adet mm'lik kırılmış kalkül parçalarının geçişi zorlaştırdı üreter mukozasında lineer tarzda fissür ve ekstra vazasyona yol açan kaçış olması muhtemel yer görüldü, böbreğe kadar ilerlendiği, taş forceps ile birkaç adet küçük parça daha alındı, daha sonra 6F double-J katater takıldı, operasyon esnasında skopi ile ve ayrıca USG ile böbrek içerisinde kataterin uygun yerleştiğinin görüldü. Takipte direnden gelen halen devam etti, BT tetkikleri yapıldı, üreter kateterinin yeterli çalışmadığının tespit edildi, yeniden kateter takılması ameliyatı yapıldı, ancak drenajın devam etmesi ve ağrıları nedeniyle hasta sevk edildi.

Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin tıbbi belgeleri: "7 yıldır taş hastalığı olan ve yaklaşık bir ay önce sağ bb'te taş ve hidronefroz saptanması üzerine URS yapılmış, operasyon sonrasında dren takılmış drenajın idrar akımının kesilmemesi üzerine yatırıldı. Sağ retroperitoneal eksplorasyon + monti ileoureterostomi + sağ pigtail ameliyatı yapıldı.

Amelyat notu: GAA litotomide uygun olan arıtım ve örtümü takiben 22 F sistoskop ile girildiği, üretra doğal, mesane normal izlendi, sağ orifise 5F düz üreter kateteri 10 cm kadar gönderildiği, ardından hasta sağ lateral dekübit pozisyona alındı, sağ flank insizyonla cilt, cilt altı dokular geçildiği, periton mediyalize edildiği, retroperitona girildiği, sağ böbrek etrafı dokular (posterior ve medial) oldukça fibrotik izlendi, sağ üreterin proksimal 3-4 cm.lik kesimi ve sağ üreterin distal kesimi (iliak çaprazın hemen altındaki segment bulundu ancak bu aradaki üreteral segment bulunamadı. Bu arada psoas kası içerisinde 2-3 adet 0.5 cm.lik taş rastlandığı, proksimal üreter kateterize edilirken taşın olduğu farkedildiği, taş renal pelvisine itildi, ardında hastanın pozisyonu sırtüstüne çevrildiği, tekrar uygun olan arıtım ve örtüm sağlandıktan sonra insizyon hattı bir kaç cm daha aşağı ve mediale uzatıldı, peritoneum girildi, ileoçekal valvden 20 cm uzaklıkta 3 adet 6'şar cm.lik barsak segmenti mezosu ile birlikte işaretlendi, distal ve proksimal barsak segmentleri GIA 80 ile anastomize edildiği, barsak segmenti longitudinal açılıp uzun kenarları uç uca gelecek şekilde 4/0 vicryl ile sütüre edildiği, ardından 16F foley etrafında silindirik gibi çevrelenip lümen oluşturulduğu, distal ve proksimal üreter segmentlerine anastomize edildi.

Hasta postop 10. gün sütürleri alındı, derin pedaltı yapıldığı, postop 13. gün sondası çekildi taburcu edildi.

Hasta taburcu olduktan sonra kontrolde USG ve renkli doppler yapıldı. "sağ üreter ile ilişkili ileum segmenti genişliği 3.5 cm olup bu ileum segmentinde yoğun içerik mevcuttur. Sağ böbrek pelvisinden sağ üretere-ileal segmente ve oradan mesaneye uzanım gösteren kateter izlendi" raporu alındı.

Hastaya antegrad pyelografi yapıldı raporunda; "Sağ nefrostomi kateterinden antegrad yolla verilen kontrast madde sağ renal pelvisi ve kaliksleri doldurup proksimal üreter düzeyinde ekstravaze olmaktadır. Ayrıca sağ böbrek alt polde milimetrik, kalküller izlenmiştir. Sağda renal pelvisden mesaneye uzanım gösteren double J katater izlendi" olduğu belirtildi.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli tıp kurumu: 7 yıldır ağrı ve zaman zaman sancı öyküsü olan davacının bel ve böğür ağrısı, mide bulantısı, idrarda zorlanma yakınmaları ile davalı sağlık kuruluşuna başvurduğu, yapılan muayene ve tetkiklerinde sağ böbrek ve renal pelvis taşı tanısı ile üreterorenoskopi ameliyatı yapıldığı, sağ böbrek ve renal pelvis taşı için yapılan cerrahi girişimler arasında söz konusu ameliyat şeklinin uygulanan yöntemlerden biri olduğu, bu tür ameliyatlardan sonra söz konusu klinik şikâyetlere neden olan bulgularda tam düzelme olmayabileceği, bunun yanı sıra ameliyat sonrasında ortaya çıkan enfeksiyon (selülit) ve üreter yaralanmasının bu tür ameliyatlardan sonra her türlü dikkat ve özene rağmen ortaya çıkabilen herhangi bir tıbbi kusur ya da ihmalden kaynaklanmayan "komplikasyon" olarak nitelendirildiği, söz konusu komplikasyonları gidermeye yönelik müteaddit operasyonların yapılabileceği, dava konusu olayda komplikasyonun tespit ve tedavisine yönelik yapılan uygulamaların tıp kurallarına uygun olduğu, komplikasyon yönetiminin uygun olduğu cihetle; davalı sağlık kuruluşunda kişinin tedavisine katılan sağlık görevlilerinin uygulamalarının tıp bilimince genel kabul görmüş ilke ve kuralara uygun olduğu, dolayısıyla ilgili sağlık çalışanlarına atfı-kabil kusur bulunmadığı oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Uz. Dr. Erkan Erkan, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Sadece USG yapılarak, sağ upk da 2 cm taşa ureterorenoskopik girişim uygulandığı anlaşıl-maktadır. Preop hazırlık tetkiklerini ve endikasyonu klavuz bilgilerine göre yorumlayınız?

Böbrek taş hastalığı düşündürülen şikâyet ve klinik bulgular varlığında ilk yapılması gereken görüntüleme tetkiki kolay ulaşılabilir ve ucuz bir yöntem olan üriner ultrasonografi (USG) tetkikidir. Bunun yanında hastanın başvuru sırasındaki böbrek fonksiyonlarını belirleme açısından üre, kreatinin, TİT ve idrar kültürü yapılması gerekir. Bu temel tetkiklerden sonra hastanın klinik durumu ve şikâyetler göz önüne alınarak ve de hasta ile ilgili faktörler (yaş, komorbidite, bağışıklık durumu, ek hastalıklar) göz önüne alınarak hastanın hem muzdarip olduğu şikâyetlerden arındırılması hem de uzun vadede böbreğinin tedavi edilmesi için uygun tedavi yöntemlerine geçilmelidir. Söz konusu vakada hastalığın durumu (böbrek taşlarının yeri, miktarı, sayısı, böbrekte oluşturmuş olduğu hasar) göz önüne alındığında tıbbi (ilaçla) tedavi yöntemi yetersiz ve zaman kaybettirici olup, problemi kısa zamanda ve böbrek hasarını kısa zamanda durdurma ve düzeltmeye yönelik olarak girişimsel bir tedavi yönteminin uygulanması doğrudur. Bu girişimsel tedavi yöntemleri olarak dışarıdan şok dalga tedavisi (SWL), retrograd endoskopik böbrek taşı cerrahisi ve perkütan taş cerrahisi olası seçeneklerdir. Vakada hekimin hastasına önermiş olduğu endoskopik yöntem literatürdeki klavuz ve klasik kitaplarda önerilen yöntemlerden biri olarak doğru bir seçenektir. Bununla birlikte hastaya diğer tedavi yöntemleri (SWL, PCNL) konusunda bilgi vermek gerekmektedir ki bu konuda gerek hekim gerekse hasta açısından bir beyanat görülmemektedir. Hekimin hastasına ayırabildiği mesai açısından sözlü beyan yapamama olasılığı göz önüne alındığında, hekimin hastasına önerdiği tedavi yöntemi ile ilgili olarak yazılı onam yoluyla bilgilendirmesi ve onayını alması uygun olacaktır. Bu şekilde planlanan (endoskopik) tedavi yönteminin olası süreç ve sonuçları (başarı, başarısızlık, komplikasyonlar vb) tarif edilirken, hastanın hastalığı (böbrek taş hastalığı) ve bunun diğer tedavi seçenekleri (SWL, PCNL) hakkında da özet bir bilgi verilmesi; hasta bu seçeneklerin kar ve zarar dengesini kendi açısından tarttıktan sonra karar vermesi beklenerek planlanan tedaviye geçilmesi gerekir.

Bu vaka özelinde bu seçeneklerin sunulup sunulmadığı belirsizdir. Bu seçeneklerin sunulduğu göz önüne alındığında sonrasında endoskopik tedavi yönteminin uygulanması endikasyon açısından doğru, evrensel olarak kabul edilmiş bir tedavi yöntemidir. (EAU Extended Guidelines.2016.Urolitiasis. Section 3.4.2.3.3 Recommendations for the selection of procedures for active removal of renal Stones. Sayfa 23).

Planlanan tedavinin uygulama aşamasından önceki hazırlık evresinde hastaya doğru bir görüntüleme yapılması hem hastanın hastalık durumunu, hem de yapılacak tedavinin başarısını öngörmenin yanı sıra aktif tedavi sonrası dönemde de takipler açısından büyük önem taşır. Söz konusu vakada preop dönemde USG dışında bir görüntüleme söz edilmemektedir. Hâlbuki daha önce taş hastalığı olduğu

kesin bilinmeyen hastalarda gerek taş yükünün ve böbrekte yarattığı hasarın (hidronefroz) bilinmesi, hem de benzer bir klinik tabloyu oluşturabilecek hastalıkların ayırımının yapılması için kontrastsız BT görüntülemesinin yapılması gerekir. (EAU Extended Guidelines.2016.Urolitiasis. Section 3.3.1. Diagnostic imaging. Sayfa 10). Söz konusu vakada bu tetkik eksik görülmektedir. Bunu tanısal eksikliğin yanı sıra özellikle girişim aşamasından önce hastanın sağ böbreğine yönelik olarak preop fonksiyonu gösteren bir tetkikin (kontrastlı BT, sintigrafi, IVP) yapılması yine kılavuzlarda önerilir (EAU Extended Guidelines.2016.Urolitiasis. Section 3.3.1.2 Radiological evaluation of patients with renal Stones. Sayfa 11).

Preop değerlendirme ile ilgili olarak bir diğer önemli husus işlemi komplike hale getirebilecek olası bir üriner enfeksiyona yönelik olarak idrar kültür ve antibiyogramının yapılması ve varsa bu enfeksiyonun tedavisinden sonra aktif cerrahi tedaviye geçilmesidir. Eğer hastada enfeksiyon uygun antibiyotik tedavisine rağmen düzeltileniyor, hastanın enfektif şikayetleri geçmiyor veya idrar kültürü steril hale gelmiyorsa, hidropiyelonefroza bağlı pyelonefrit akla gelmeli ve böbreğe yönelik üriner drenaj (perkütan nefrostomi, DJ stent tatbiki) planlanmalıdır. Söz konusu vakada preop kültür yapıldığına dair bir not bulunmamaktadır.

2- Endikasyonun doğru olduğunu varsayarsak, uygulanan cerrahi teknik doğru ve yeterli midir?

Üst üriner sistem taşlarının girişimsel tedavi seçenekleri SWL, üreterorenoskopi (URS) ve PCNL yaygın kullanılan yöntemler olup, laparoskopik ve açık cerrahi yöntemler uygun vakalarda endike olmakla birlikte nadiren uygulanmaktadır. Bunların içinden özellikle taş yükünün yüksek olduğu ve daha yukarıda olan taşlarda PCNL daha ağırlıklı olarak uygulanırken, URS ve SWL daha az sıklıkla kullanılmaktadır. Taşın lokalizasyonu, hastanın cinsiyeti ve anatomisi girişim tekniğini belirlemede önemlidir. Bu durumlar göz önüne alındığında üreterin ikinci anatomik darlığının olduğu varsayılan iliak üreter seviyesinin üzerindeki üreter ve böbrek ve taşlarında semirijid URS uygulanabilir bir seçenek olmakla birlikte bu yöntemin başarısızlık ve komplikasyon ihtimali göz önüne alınarak, girişimin idame ve yönetimini sağlayacak tamamlayıcı yöntem ve ekipmanın (f-URS) hali hazırda bulundurulması daha uygun olacaktır.

Söz konusu vakada ifadelerden kullanılan yöntemin, UPJ'deki taşın tedavisine yönelik olarak yöntemin semirijid URS, pnömatik litotripsi ve taş ekstraksiyonu olduğu anlaşılmaktadır. Bu tedavi kombinasyonu teknik anlamda f-URS-lazer litotripsiye göre görece daha hızlı bir operasyon sağlamakla birlikte özellikle hasta anatomisine bağlı olarak taşa ulaşabilme ve komplikasyon oranı açısından ön planda önerilen tedavi seçeneği değildir. Hastane teknik donanımı ve hasta-hekim diyalogu anlamında kabul edilebilir olmakla birlikte hekimin hastanın beklentileri ve eldeki donanım arasında bir denge oluşturarak, hastayı bu konuda yeterli seviyede bilgilendirme yaptıktan sonra girişime başlaması gerekir.

3- Hastanın ileal transpozisyon yapılan ameliyat notunda üreterin orta segmentinin yokluğundan bahsediliyor. Halbuki urs yapan hekim birkaç defa urs yi tekrarlamış ve double j takmış. veya taktığını düşünüyor. Bu duruma bir yorum yapar mısınız?

Vaka hakkındaki teknik bilgileri elde etme bakımından şikayetçinin verdiği bilgiler bir kenara koyulacak olursa; hekimin ifadeleri, hastane takip formları ve preop ve postop tetkikleri bir arada incelendiğinde çelişkiler içermektedir.

Hekimin ameliyat kronolojisinde genel olarak 1.işlemin başarılı bir şekilde tamamlandığı, sonra hastanın iritasyon şikayetleri nedeni ile dj stentin alındığı, daha sonra ekstarvazasyon düşündüren BT ve klinik bulgular nedeni ile yeniden; sırasıyla URS ile DJ ve retroperitoneal dren takıldığı, daha sonra şikayetlerin devamı üzerine DJ'nin değiştirildiği ve nihayetinde klinik durumun düzelmemesi üzerine de üst merkeze sevk edildiği ifade edilmektedir.

Hasta takip çizelgesinde ise bu kronoloji nispeten farklı seyretmektedir. Bu notlarda postop 2. Gün DJ stentin alındığı ifade edilirken, postop 3.güne ait notta "Kateterin kaymış olduğu tespit edildi. Sistoskop ile alındı, foley sonda konuldu" ifadesi dikkat çekicidir.

Bunu yanı sıra üst merkezde yapılan cerrahi eskplorasyon ve değerlendirmede hali hazırda hasta üzerinde bir DJ olduğundan söz edilmemektedir.

Sonuç olarak vakaya en hakim olan ilk hekimin ifadeleri baz alındığında ve diğer veriler ele alındığında böyle bir kanaat oluşmaktadır;

Hekim ilk operasyonu UPJ- böbrek taşına yönelik semirijid kullanma endikasyonlarını muhtemelen teknik ve anatomik bilgilerine güvenerek zorlamış ama işlemi en azından perop bir komplikasyon gözlemlenmeden tamamlamıştır. Ne var ki özellikle proksimal üreter ve böbrek taşlarının endoskopik tedavisinde uygulama hatası ve artmış intrarenal basınç nedeni ile minör-majör üreteral-renal perforasyonlar görülebilmektedir. Yapılan çalışmalar %1 oranında ektravazasyon bildirmekle (Blute ML, Segura JW, Patterson DE. Ureterscopy. J Urol. 1988;139(3):510-2, Abdel-Razzak OM, Bagley DH. Clinical experience with flexible ureteropyeloscopy. J Urol. 1992;148(6) 1788-92) birlikte klinik bulgu yaratmayan hafif düzeyde ektravazasyon oranının olasılıkla daha yüksek olduğu bilinmelidir. Özellikle yüksek basınçlı irigasyon akımı ve yetersiz drenaja bağlı olarak klinik olarak bulgu vermeyen üreteral ve renal perforasyon-ekstarvazasyon olabileceği bilinmelidir. İşlem sonunda DJ takılmış olması olumlu bir tamamlayıcı işlem olmakla birlikte, iritasyon sebebi ile erken dönemde çıkarılması rasyonel görülmemektedir. Olasılıkla ilk işlem sırasında inkomplet (düşük ihtimalle komplet?) bir perforasyon oluşmuş olabilir. İritasyon üzerine 2.kez URS ile girişim yapıldığında görülen lineer mukozal hasar ve ektravazasyonun doğru olduğu varsayıldığında, bu vakada buna rağmen böbreğe kadar ilerlenmesi-daha proksimale çıkılması ve de forseps ile taş çıkartma işleminin yapılması; hasarın artması- komplet avulsiyon haline gelmiş olmasına sebep olabilir. Her ne kadar işlem bitiminde böbreğe 6 F DJ stent takıldığı ve bunun floroskopi-USG ile yerinin teyid edildiği ifade edilse de bu üreterin devamlılığının devam ettiğini kesinleştirmemektedir.

Takip eden süreçte DJ stent ile drenajın yeterli olmadığı için (distale kaydığı?) 3. Bir işlem ile değiştirildiği ifade edilmektedir. Bu durum 2. İşlemin yetersiz veya yolunda gitmeyen bir işlem olduğunu ortaya koymaktadır.

Sonuç olarak bir tedavi yöntemi (bu vaka için URS) seçildiğinde olası komplikasyonları düzeltmek için (komplikasyon ile sonuçlanan) aynı yöntemden ziyade alternatif yöntemler için hazırlıklı ve yeterli olmak gerekir.

Bu vakaya retrospektif olarak bakıldığında ilk vaka sonunda DJ stenti çıkarmaktan ziyade iritasyona yönelik medikal tedavi vermek daha uygun gibi görünmektedir. Eğer DJ stentin drenajı yeterli olmayıp veya DJ stent doğru yerde olmadığı farkedilip klinik durum devam ediyorsa yeni bir URS girişimi- hele ki semirijid ile böbreğe kadar çıkmak- yerine görüntüleme eşliğinde perkütan nefrostomi takılması daha rasyonel görülmektedir.

4- İleal transpozisyon ameliatlarının geç dönem sonuçları hakkında literatür bilgisi nasıldır?

İleal transpozisyon operasyonunda başarı oranı hasarın çeşitli faktörlere bağlı olarak %81 ile (Verduyck et al. Long-term results of ileum interposition for ureteral obstruction, Eur Urol. 2002 Aug;42(2):181-7) %100 (Matlaga et al. Ileal ureter substitution: a contemporary series. Urology. 2003 Dec;62(6):998-1001) arasında değişmektedir. Yakın zamanda yapılan kapsamlı bir seride uzun dönemde %3 anastomoz darlığı, %6 fistül oranları belirtilmektedir (Armatys et al. Use of ileum as ureteral replacement in urological reconstruction J Urol. 2009 Jan;181(1):177-81). Genel olarak kullanılan teknik (açık-kapalı) veya neo-orifisin açıklığına rağmen klinik olarak anlamlı reflü görülmemektedir (Waldner et al. Ileal ureteral substitution in reconstructive urological surgery: is an antireflux procedure necessary? J Urol. 1999 Aug;162(2):323-6).

Ameliyat sonrası takip, hastanın kişisel özelliklerine dayandırılrsa da postop DJ stentin 6 hafta tutulması önerilmektedir. Stentin alınması sırasında retrograd piyelografi ile üreter sızdırmazlık kontrol edilmelidir. Takip eden dönemlerde orta vadede IVP veya diüretik renogram ile gerek fonksiyonel gerekse üreteral devamlılık ortaya konmalıdır. Yine de uzun dönemlerde üreter veya interpose edilen segmentin beslenmesinin şüpheli olduğu durumlarda anastomotik darlıkların daha olası olduğu bilinerek bu tetkikler tekrarlanabilir. (Campbell Walsh Urology, 11th ed, Chapter 50, Upper Urinary Tract Trauma, Sayfa 1163)

5- Bu dosya hakkında bilirkşi görüşünüz nasıl olur?

Adli tıp kurumununca yapılan değerlendirmede ilgili hekimin yapmış olduğu girişim türünün (semirijid URS), hastanın hastalığını (UPJ-üst üreter taşı) tedavi etmeye yönelik olarak uygun sayılabilecek bir tedavi yöntemi olduğu beyan edilmektedir. Bu doğru olmakla birlikte, uygulanan tekniğin bu rahatsızlığa yönelik olarak tek ve (eğer elde yeterli ileri ekipman ve tecrübe var ise) ilk tedavi yönteminin olmadığı hastaya preop dönemde açıklanmalıydı. Hasta-hekim ilişkisi ve hastanın hekimine olan güvenine dayalı

olarak bu tedavi yöntemi önerilebilir ve uygulanabilir. Fakat hekimin kendi tecrübesi yeterli olmasa bile alternatif tedaviler hakkında bilgi sahibi olması ve hastayı da bu konuda bilgilendirmesi, seçilen yöntemin artmış komplikasyon riskini göze almak ve kabullenmek açısından daha doğru olacaktır. Bu hekim adına bir eksikliklerdir.

Bu duruma rağmen uygulamaya geçilen tedavi yöntemi (URS) ile ilgili olarak oluşan komplikasyonların yönetiminde ise gerekli ilgi ve alakanın gösterildiği ve gerekli tetkiklerin yapıldığı görülmekle birlikte, komplikasyonun tedavisi açısından yetersizlikler mevcuttur. Dj stentin drenajda yeterli olmadığı durumda perkütan nefrostomi tatbiki problemin daha az hasarlı atlatılması açısından daha rasyonel bir manevradır. Muhtemelen hasta konforu düşünülerek yeniden URS ve Dj tatbikinde ısrar, durumu daha komplike hale getirmiştir. Bu durum komplikasyonun minimal hasar ile atlatılması açısından bilgi-beceri eksikliği ile beraberinde hasta ile iletişim kurma ve sürecin yönetilmesi açısından eksiklikler olduğunu göz önüne sermektedir.

Sonuç olarak hekimin hasta ile ilgili karar ve tasarrufları eksiklikler ile birlikte doğru addedilebilir. Yine de olası komplikasyon ve diğer durumları öngörebilme açısından eksiklikler olduğu vurgulanmalıdır.

4.2.4 SAĞ YERİNE SOL ÜRETERORENOSKOPİ, ÜRETERDE KOPMA VE NEFREKTOMİ

İDDİA

Böbrek taşı şikayeti üzerine Devlet Hastanesine gittim. Doktor sol böbrek içinde küçük bir taş olduğunu söyleyerek sol böbrekteki taşın alınacağını söyledi. Bunun üzerine ameliyat oldum. Gözümü açtığımda yatağımdaydım ancak sağ böbrek bölgesi çok ağırıyordu. 2-3 saat sonra odaya kendini başhekim olarak tanıtan kişi geldi, eşimle konuştuk ve tek böbrekle yaşayan çok dediğini, eşimin de o kişiye sus işareti yaptı, bunun üzerine eşimin durumu bildiğini anladım. Daha sonra doktor geldi böbreğini almak zorunda kaldık dedi. Doktora sol böbreğim ne oldu dediğimde "sol böbrekteki taşın böbrekten çıkarak idrar yolundaki dar kısma geldiğini söyledi onu kırarız" dedi. Beni taburcu ettiler. Dosyada el yazısı ile sol böbrek operasyonu yazısı silinerek sağ böbrek operasyonu diye değiştirildiğini gördük. Taburcu olduğumuz ertesi günü Tıp Fakültesine gittik. Oradaki doktor operasyon öncesindeki CD'lere bakarak "senin sağ böbreğine herhangi bir operasyon yapılmasına gerek görülmediğini söyleyerek benim meslektaşım buraya neden operasyon yaptı" dedi. Ertesi gün sol böbreğime stent koydular ve taburcu ettiler. Sonrası taş kırmaya gittim. 10 gün kadar sonra kateteri aldılar. Bana "taş kırma ile taşın çatladığını her an taşın düşebileceği" söylendi. Aynı gün hastaneden taburcu olma hazırlığı yaparken taşın düştüğünü gördüm. Ancak yapılan son tahlillerde ürem çok yüksek çıkması nedeniyle diyaliz merkezine gönderdiler. Burada ürenin çok yüksek olduğunu böyle devam ederse ileride diyaliz sorunu olabileceği ve diyetle başlamak gerektiği söylendi. Doktorun önerilerine uydum. Ürenin eski haline yaklaşmış olduğunu söylediler. Ben sol da taş nedeniyle yatmıştım. Sağ tarafla ilgili bir müdahale yapılacağı hakkında ne bana ne de diğer aile bireylerine bir bilgi verilmedi. Doktora sağ tarafa neden müdahale edildi diye sorduğumda Doktor "ben bütün hastalarımın sağ ve sol böbreklerine kontrol amaçlı müdahale yapıyorum ve buna hakkı olduğunu" da söyledi.

SAVUNMA

Ameliyat notunda belirttiği üzere spinal anestezi altında, üreteroskop ile mesaneye girildi, tamamen somut vaka koşulları göz önüne alarak, yöntem olarak önce sağ üreter sonra taş olan sol üretere üreteroskop planlandı, sağ alt uç dilate edilerek üreteroskop ile girildiği, böbreğe kadar yaklaşıldığı ancak alt uçtaki darlık nedeniyle daha fazla ilerlenemedi ve üreteroskopun geri çekildiği, geri çekilme esnasında komplikasyon gelişerek üreterin üreteroskopa yapışmış olarak geldiğini tespit edildi. Yaklaşık 25-30 cm üreterin kopmuş olduğunu görüldü açık operasyona karar verildi, sağ kesi ile girildiği üreterin mesaneden koptuğu üst uç kontrol edildiğinde üst ucu görülmedi, bunun üzerine sağ subkostal kesi ile böbreğe ulaşıldığında üreterin renal pelvis dahil üreterden koptuğu görüldü, nefrektomiye karar verdim ve sağ nefrektomi yaptım. Diğer taraf üreterde de komplikasyon gelişme ihtimaline karşın, sol üreterdeki taşa o esnada dokunulmadı.

BELGELER

Adli Tıp Kurumu: Dosyada CD içerisinde gönderilen grafilerin Kurulumuzca tetkikinde; batın grafi- de ve kontrastsız BT'de sol üreterde hiperdens imaj (kalkül?) görüldüğü, sağ üreterde opasit izlenmedi.

Adli Tıp Kurumu talebi: Kurulumuzun "Kişi hakkında mütalaa düzenlenebilmesi için müdahaleyi yapan doktor ifadesine başvurularak kişinin sağ üreterine yapılan müdahaleye endikasyon oluşturacak klinik ve görüntüleme bulgularının teminen gönderilmesi, herhangi bir tetkik veya bulgu yoksa bu durumun belirtilmesi istenmiş olup; Kurulumuzun talebi üzerine alınan davalı ifadesinde; "olay ile ilgili daha önce Kaymakamlığın görevlendirdiği bilirkişiye ifademi vermiştim, ifademi aynen tekrar ederim, ekleyecek başka bir hususum yoktur, bana isnad edilen suçlamayı kabul etmiyorum" şeklinde beyan ettiği görüldü.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Sol lomber ağrısı şikayeti nedeniyle başvuran hastanın davalı hekim tarafından yapılan muayene ve tetkiklerinde sol üreter taşı tespit edilerek üreteroskopi ameliyatına alınmış olduğu, sol üreter taşı için yapılan cerrahi girişimler arasında söz konusu ameliyat şeklinin uygulanan yöntem-lerden biri olduğu, ameliyat sırasında önce sağ üretere, sonra sol üretere üreteroskopi planlandığı, da- valı hekim tarafından hazırlanan epikriz raporunda sağ tarafta şüpheli KVAH olduğunun belirtildiği, el yazması tıbbi belgelerde sağ üreter taşı? olduğuna dair kayıtların olduğu, ancak hasta yakını hastanede iken belgelerin fotoğraflarını çektiğini, söz konusu kayıtların belgelerin orijinallerinde olmadığını, bu durumu daha sonra davalı hekime ifade ettiğinde kayıtları düzelterek kaşeleyip imzaladığını ifade ettiği, hastane evraklarında bahse konu düzeltme ile kaşe ve imzaların olduğunun görüldüğü, dosyada CD içerisinde gönderilen grafilerin Kurulumuzca tetkikinde; kontrastsız BT'de sol üreterde hiperdens imaj (kalkül?) görüldüğü, sağ üreterde opasit izlenmediğinin tespit edildiği, mevcut verilerle sağ üreterde üreteroskopi endikasyonu oluşturacak bir patoloji bulunmadığından, davalı hekim tarafından sağ üreter yaralanmasına ve sağ nefrektomiye sebep olan sağ üreteroskopi uygulamasının tıp kurallarına uygun olmadığı ve kusurlu olduğu oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME-1

Prof. Dr. İsmet Yavaşçaoğlu, Uz. Dr. Sinan Çelen, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Kontrastsız BT de solda taş olması nedeniyle URS planlanmış. Preop değerlendirmeleri kla- vuz bilgilerine göre değerlendiriniz ve sol için endikasyonu tartışınız.

Hasta sol bilinen böbrek taşı nedeni ile doktora başvurmuş ve adli tıp kurumu bilgilerinde yer aldığı şekilde değerlendirme amaçlı çekilen kontrastsız BT de sol üreterde hiperdens imaj, kalkül ? izlenmiştir. Hastaya idrar kanalında taşı olduğu ve onun kırılabilceği belirtilmiştir.

Burada hastaya diğer tedavi yöntemleri, gözlem seçeneği , tedavilerin başarı oranları ve kompli- kasyonları hakkında bilgi verilmesi gereklidir. Başvuru sırasında bilgilerde bunun uygulanmadığı görül- mektedir. Üreter taşlarının yeri boyutuna göre farklı tedavi seçenekleri ve buna bağlı değişken başarı ve komplikasyon oranları mevcuttur. (ek bilgi 1)

Taşın boyutu hakkında tam bilgilendirme tedavi kararı seçiminde etkili olmaktadır. Tetkiklerde bu durumun eksik olduğu görülmektedir. (ek bilgi 1)

EK BİLGİ 1: Üreterorenoskopi (URS) ile taşsızlık oranı proksimal, orta ve distal üreterde sırasıyla yakla- şık olarak %80, %90, %95 civarındadır(Wu CF, Shee JJ, Lin WY, et al. Comparison between extracorporeal shock wave lithotripsy and semirigid ureterorenoscope with holmium: YAG laser lithotripsy for treating large proximal ureteral stones. J Urol 2004;172:1899-1902). Ekstrakorporeal şok dalga tedavisine (ESWL) göre URS distal ureter ≤ 10 mm taşlarında ve proksimal üreter > 10 mm taşlarında daha yüksek taşsızlık oranına sahiptir(Elashry OM, Elgamasy AK, Sabaa MA, et al. Ureteroscopic management of lower ureteric calculi: a 15-year single-centre experience. BJU Int 2008;102:1010-1017.). Bununla birlikte urs , eswl ye oranla daha yüksek komplikasyon oranların sahiptir(eau guidelines 2016)

2- Sağ üreter için gerek yokken URS yapılmış. Hekimin “kontrol için yaptım, sağda hassasiyet vardı” ifadesini tartışınız.

Hastaya cerrahi amaç olan sol URS öncesi sağ üretere tanısıl amaçlı URS uygulanmış olup bazı hasta gruplarında gerekli olabilmekte ve gerekli ön bilgilendirme sonrası uygulanmaktadır.

URS endikasyonları değerlendirildiğinde:

a. Üst üriner sistemdeki dolma defektinin değerlendirilmesi b. Üst üriner sistem kaynaklı hematürinin değerlendirilmesi c. Tek taraflı pozitif sitolojinin değerlendirilmesi d. Endoskopik olarak tedavi edilmiş üst üriner sistem ürotelyal tümörlü hastaların izlemi

Tedaviye yönelik olarak: a. Taşların tedavisi b. Üreteral ya da üreteropelvik bölge darlıklarının retrograd olarak insizyonu c. Lokalize düşük evre ve düşük grade'li ürotelyal tümörlerin ablasyon ya da rezeksiyonu d. Üst üriner sistemdeki yabancı cisimlerin çıkarılması şeklinde sıralanır

Üst üriner sistem kaynaklı değerlendirme planlandığında idrar analizi ve kültürünü takiben sitolojik inceleme uygulanır. Radyolojik görüntüleme yöntemlerinin (İntravenöz pyelografi, Abdomen Ultrasonografi ve Bilgisayarlı Tomografi) de yardımıyla üst üriner sistemde yer kaplayan lezyonlar ve dolma defektleri, kontrast öncesi ve sonrası filmler ile değerlendirilir. Görüntüleme yöntemleriyle herhangi bir patoloji veya dolma defekti tespit edilmemiş olsa bile sistoskopik inceleme esnasında üreter orifisinden hematüri izlenmesi görülmesi ve/veya sitolojik inceleme sonucunun pozitif gelmesi, üreterin endoskopik olarak değerlendirilmesini gerektirmektedir.

Adli değerlendirmede , savunma kısmında cerrahi işlem öncesinde sağ taraf ile ilgili KVAH + olması dışında bir bulgu izlenmemektedir. Böyle bir bulgu varlığında diğer radyolojik ve sitolojik değerlendirmeler işlem öncesi uygulanarak sonuçları ve riskleri hasta ile görüşülmelidir. Cerrahi başlaması sırasında üreterden hematüri gelmesi halinde karar verilmesi gerekirse eğer bu durum hasta yakınları ile görüşülmesi ve sonrasında uygulanmalıdır. Ancak işlem öncesi herhangi bir tetkik yapılmadığı görülmektedir.

3-Hekimin uygulamalarının hangi yönlerden hatalar içerdiğini tartışınız?

URS sırasında üreter avulsiyonu zor olgular olarak değerlendirilmektedir. Kompleks ürolojik girişimler ve tecrübeli cerrahlar gerektirir. Üreter avulsiyonu olan bir hastada tedavi seçenekleri nefrektomi, ileal interpozisyon ve ototransplantasyondur. Nefrektomi fonksiyone olan bir organın gereksiz kaybı anlamına geldiği için cerrah ve hasta tarafından genellikle kabul edilemez. İleal üreteral interpozisyon intestinal, taş, elektrolit bozukluğu, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları, böbrek fonksiyonlarında bozulma ve mukus sekresyonu gibi komplikasyonları nedeni pek çok hasta ve ürolog tarafından tercih edilmez.

Cerrahin uyguladığı ani nefrektomi kararı değerlendirildiğinde ; Ani nefrektomi yapılması gereken bir tek durum olduğu bilinmektedir. Bu, üreteral hasarın bir abdominal aort anevrizmasının onarılmasını ya da vasküler protez cerrahisi sırasında cerrahiye komple hale getirmesi durumu nedeni ile uygulanması gerekliliğidir. Böbreğin ve hasarlı üreterinin hemen eksizyonunun daha az üriner sızıntı, ürinom, sepsis ve greft rejeksiyonu olayına neden olduğu bildirilmiştir. (Adams ve ark. 1992). Nefrektomi radikal bir cerrahi gibi gözüksede potansiyel olarak ölümcül olabilecek aort veya iliak vasküler greft çevresinde postoperatif idrar sızıntısı olasılığını ortadan kaldırmaktadır (Schapira ve diğerleri, 1981). Ancak yinde nefrektomi sırasında çünkü rutin aort anevrizmektomisi sırasında böbrek yetmezliğine bağlı mortalite oranı% 3, rüptüre anevrizma bulunan hastalarda% 12 olarak bildirilmiştir. (Schapira ve ark. 1981).

Doktor tarafından izlenen ani nefrektomi kararı mevcut durumda doğru olmamaktadır. Hastaya hızlı bir şekilde nefrostomi takılması evaluasyon amaçlı hızlı bir şekilde bir üst merkeze sevki daha doğru bir yaklaşım olmaktadır.

DEĞERLENDİRME-2

Prof. Dr. Hasan Bakırtaş, Memorial Ankara hastanesi, Üroloji kliniği

1-Kontrassız BT de solda taş olması nedeniyle URS planlanmış. Preop değerlendirmeleri klavuz bilgilerine göre değerlendiriniz ve sol için endikasyonu tartışınız. Sağ üreter için gerek yokken URS yapılmış. Hekimin “kontrol için yaptım, sağda hassasiyet vardı” ifadesini tartışınız.

BT ile sol üreter taşı planlanan hastada tedavi amaçlı üreterorenoskopi planlanmış. Ancak öncelikle solda taş bulunmasına rağmen sağ üreterorenoskopi yapılmış. Mevcut tetkikler ve ifadeler göz önünde

bulundurulduğunda bu işlem tamamen gereksiz gibi görünmektedir. Mevcut kayıtlardan anlaşılabilirdiği kadarıyla hastaya sağ üreterorenoskopi işlemi yapılmamalıydı. Taşın olduğu sol tarafta üreterorenoskopi işleminin kılavuz bilgilerinde tedavide yeri vardır (Cybulski PA, Joo H, Honey RJ. Ureteroscopy: anesthetic considerations. Urol Clin North Am 2004 Feb;31(1):43-7.), ancak bu olguda sağ taraf müdahale endikasyonu yoktur. Muayenede hassasiyet tesbit edilmesi cerrahi müdahale için endikasyon oluşturmamaktadır.

Üstelik böyle bir şey yapılacaksa bile hastanın ne derece bilgilendirildiği husus da tartışmaya açıktır. Hasta sağ tarafa müdahale konusunda bilgi verilmediğini iddaa etmektedir. Dosya kayıtları incelenerek bu durum açıklığa kavuşturulmalıdır.

Üreteral kopma üreterorenoskopi işleminin sevimsiz ama nadir komplikasyonlarından biridir. Üreterdeki kayıp büyük olduğu durumlarda primer onarım mümkün olmayabilmektedir. Ancak bu gibi durumlarda da nefrektomi öncesi ileal üreter ve ototransplantasyon gibi seçenekler de mevcuttur. (Yakupoglu YK, Aki FT, Kordan Y, Ozden E, Tonyali S, Bostanci Y, Vuruskan H, Bilen CY, Sarikaya S. Renal Autotransplantation at Three Academic Institutions in Turkey. Urol Int. 2016 Aug 10. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 27505010 / Liu P, Wu X, Zhu YZ, Tang Q, Fang D, Li XS, Hao JR, Zhou LQ. [Ileal ureteric replacement for iatrogenic long segment ureteric injuries]. Beijing Da Xue Xue Bao. 2015 Aug 18;47(4):643-7. Chinese. PubMed PMID: 26284402.)

2- Hekimin uygulamalarının hangi yönlerden hatalar içerdiğini tartışınız?

Sonuç olarak bu olguda üroloji uzmanının, sağ taraf için endikasyon ve yapılan işlem konusunda, hastayı bilgilendirme konusunda (ancak bu hususun onam formu ve dosya kayıtlarından teyid edilmesi gerekmektedir) kusurlu olduğu kanaatindeyim. Ayrıca komplikasyon sonrası her ne kadar biraz daha zor olsa da diğer tedavi seçenekleri de değerlendirilebilirdi. Ancak esas kusurun endikasyonsuz olarak yapılan bir işlemden kaynaklandığını düşünmekteyim.

4.2.5 ÜRETERORENOSKOPİ ESNASINDA ÜRETERDE KOPMA VE BOARI FLAP

İDDİA

Müvekkilim diyetisyen olup 42 yaşındadır. Devlet Hastanesi Üroloji servisine böbrek taşı şikayetiyle başvurmuştur. Kendisine 1 cm. çapında böbrek taşı bulunduğu ifade edilerek tanı konmuştur. Devlet Hastanesi Üroloji uzmanı öncelikle ESWL önerilmiştir. Doktor Devlet Hastanesindeki ESWL aletinin randıman vermediğini ileri sürerek, bu tedavini yapılmasını Özel bir Sağlık Kuruluşu olan ve kendisinin de ortaklığının bulunduğu merkeze müvekkilemi yönlendirmiştir. Anılan bu kuruluşta ESWL tedavisine başlanıp üç seans tekrarlandığı halde sonuç alınamayınca doktor müvekkilime ya ameliyat ya da ittirme yöntemi ile taşı alabileceğini bildirmiş, ameliyatın son seçenek olduğunu, ittirme yönteminin ise son derece kolay ve 15 dakikalık bir operasyon olduğunu bildirmiş, ittirme yöntemi ile taşı alma işlemini uygulamaya başlamıştır. Önce belden iğne yapılarak anestezi uygulanmış ve monitörden operasyonu Müvekkilemin izlemesi de sağlanmıştır. Yaklaşık 15 dakika sonra müvekkilim ekranın kana bulandığını ve bir terslik olduğunu anlamış, morali sıfır olmuştur. Doktor bu ters olayın akabinde genel anestezi uygulatarak son çare dediği ameliyata almış, iki buçuk saat süren ameliyat sonucunda hasta kendine geldiğinde dayanılmaz acılar içerisinde kıvrılmaya başlamıştır. Müvekkilim kendisi de sağlıklı olması nedeniyle dokordan epikriz istemiş, verilen epikrizi okuduğunda üreterinin parçalandığını, taşların da alınmadığını görmüş ve fenalaşmıştır. Bu başarısız ameliyat sonrasında sun'î üreter takıldığı doğal üreterin dinlenmeye alındığı, sun'î üreterin 3 ay sonra çıkarılabileceği, düzelme görülene kadar ve minimum 15 gün sonda takılı olacağı bildirilerek 20 günlük rapor verilmiştir. Bir ay sonra sun'î üreter çıkarılmıştır. Üreter taşına ilişkin tedaviler orada devam etmektedir.

SAVUNMA

"Şikayetçi üreter taşı ile başvurmuş ve ESWL önerilmiştir. Bu tedavi gerekli rapor alındıktan sonra ister resmi, ister özel herhangi bir merkezde yapılabilir. Hasta özel ESWL Merkezi'ni benim yönlendirmem ile değil eski bir ilaç mümessili olan eşinin iş yerine yakın olması ve orada sorumlu müdür olan üroloji uzma-

nını daha önceden de tanıması nedeni ile tercih etmiştir. İddia edildiği gibi bir yönlendirme söz konusu değildir. Hastanın taşının uzun süredir üreterin aynı yerinde takılı kaldığı, oraya iyice yerleştiği ve dolayısı ile kırılması zor bir taş olduğu belli idi. İddia edildiği gibi parasal bir art niyetle hastaları ortağı olduğum bir merkeze yönlendirecek olsam, olumsuz reklam kaygısı ile; böyle zor ve başarısızlık olasılığı yüksek vakayı değil, çok daha kolay vakaları göndermem gerekirdi. Zaten hastaya orada da tedavi öncesinde başarısızlık olasılığının anlatıldığını çok iyi biliyorum. ESWL tedavisi tahmin edildiği gibi başarısız oldu. Orada sorumlu müdür olan meslektaşım da hastaya benim gibi URS (Üreterorenoskopi) önerdi. Bu yöntemin açılımı taşı itirmek değil idrar yolunun çıkışını takiben endoskopik olarak üreter girip taşı olduğu yerde kırmak, kırılan parçaları olabildiğince dışarı almak, almamıyorsa bile kendiliğinden düşebilecek kadar küçük parçalara ayırmaktır. Bunların hiçbiri yapılamıyor ise idrar akımını sağlamak için taş böbreğe, böbreğin de idrar akımına engel olmayacak göreceli olarak güvenli bir bölgesine itilir. Bütün bunlar, bunların yanında cerrahinin olası sonuçları, karşılaşılabilecek diğer sorunlar, girişim öncesinde hastaya anlatıldı. Hatta çok meraklı olması, eşinin de eski işi nedeniyle sektörü yakından biliyor olması nedeni ile defalarca anlatıldı. Ameliyata spinal anestezi ile başlandı. Taşın, tahmin edildiği gibi, üretere iyice yerleşmiş olduğu gözlemlendi. Kırıp yerinden oynatmaya çalışırken ne yazık ki istenilmeyen bir durum gelişti ve üreter koptu. Bu durum bilinci açık olan hastaya anında haber verildi. Genel anesteziye geçilerek üretroneosistostomi yapıldı. Yani mesanedeki üreter giriş deliği kapatılarak üreter mesaneye başka bir giriş ile açıldı. Bu durum, ne yazık ki; bir komplikasyondur. Komplikasyon; tedavinin istenilmeyen ama olabileceği de hiçbir zaman göz ardı edilemeyecek bir sonucudur. Bu komplikasyon hastaya, geliştiği anda; hemen ameliyat esnasında belirtilmiştir. Ameliyattan sonra, gerek ayılma aşamasında, gerek sonrasında da, hem kendisine, hem eşine, hem de yakınları olan hastanemiz personeli çalışma arkadaşlarıma en ince ayrıntısına kadar bilgi verilmiş, hiçbir ayrıntı gizlenmemiştir. Epikriz; hasta çıkış raporu olup, hastanın isteği üzerine düzenlenen bir belge değil, hastaneye yatan istisnasız her hastaya çıkış esnasında verilen bir belgedir. Hastaya da "derhal" değil, hastaneden çıkışı esnasında verilmiştir. İddia edildiği gibi hastadan gizlenen ve ancak bana nerede ise zorla yazdırılan epikrizin okunmasından sonra anlaşılan bir durum yoktur. Hastaya ameliyatta "Double-J üreter kateteri" konulmuştur. Bu üreterin içine konulan, mesane ile böbrekte kalan uçları kıvrılan, böylece yerinden çıkmadan uzun süre kalabilen bir kateterdir. İdrar içinden geçebilir, böylece böbrek drene olur, taşın tıkanmış olduğu idrar akımı sağlanır ve gergin olan böbrek rahatlar. Ayrıca üreter keşişinin kapanmasını sağlayan bir kalıp görevi görür. Birkaç aya kadar vücutta kalabilir, esnekler. Değil yolculuk yapmaya engel olmak, hasta yaşının ve diğer vücut sistemlerinin izin verdiği ölçüde en ağır sporları bile yapabilir. Mesaneye konulan üretral sonda ameliyatın 10. günü çekilmiştir. Hastanın durumundan dolayı elbette ki üzgünüm. Ancak; tıbbi yanlışlık ve hata iddiasını kabul edilemez buluyorum.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Üreter taşlarında ESWL kullanılan tedavi seçeneklerinden olduğu, bu tedavinin başarısızlığı durumunda endoskopik yöntemlerin de kullanılabilmesi ve üreteroskopik uygulamalar esnasında üretral yaralanmaların gelişebileceği, üreterin kopması gibi ciddi istenmeyen komplikasyonların oluşabileceği, üriner sistemin devamlılığının yeniden sağlanması için ayrı bir cerrahi işlemin gerekeceği, kişide üreteroskopik taş kırma işlemi sonrasında üretral yaralanma oluştuğu, oluşan bu durumun bir komplikasyon olarak değerlendirildiği, bu durumda böbreği korumak için yapılan üretroneosistostomi işleminin doğru bir yaklaşım olduğu, kişiye konulan tanı, yapılan ameliyat ve oluşan komplikasyonun yönetiminin tip kurallarına uygun olduğu oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Lütfi Tunç, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

Uz. Dr. Serdar Yalçın, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Üreter kopması durumunda tıbbi, etik ve hukuk yönleri ile nasıl davranılmalıdır.

"Komplikasyon, tanı ve tedavi uygulamaları sırasında hekim ya da hekimler tarafından gösterilen tüm titizlik ve özene karşın gelişen istenmeyen durum; ilişkili bir karmaşayı dile getirir". Tanı ve tedavi

yöntemlerinin kendilerinden ya da hastanın bireysel özelliklerinden kaynaklanırlar. Öncelikle; hekimin, girişimin komplikasyonları hakkında hastayı ayrıntılı bir şekilde bilgilendirmesi gerekir. Bilgilendirme konusunda Yargıtay'ın ilgili dairelerinin kesin kararları vardır ve bilgilendirme olmadığında yargı kesin olarak hekimi kusurlu bulmaktadır. Hastanın yapılacak tıbbi işlem öncesi bilgilendirilmesine "Aydınlatılmış Onam" ya da "Bilgilendirilmiş Rıza" denir. Eğer bu bilgilendirme eksiksiz yapılmışsa o aşamada bir kusur yoktur. Komplikasyon ortaya çıktığında temel soru komplikasyonun nasıl yönetildiğidir. Başarılı bir şekilde yönetilen komplikasyonda hekime kusur atfedilemez. Ancak komplikasyon yönetiminde başarısızlık söz konusu ise hekim kusurludur. "Komplikasyon Yönetimi" (Prof. Dr. Sedat Işık) Başarılı bir komplikasyon yönetimi için öncelikle hastanın ayrıntılı olarak bilgilendirilmesi gerekir. Yargı buna etkin bilgilendirme demektedir. Etkin bilgilendirme bilgi, kültür ve Türkçe'yi kullanma düzeyine bağlı olarak, hasta tarafından tümüyle anlaşılabilir şekilde yapılmalıdır. Bu hususu dikkate alarak; hastaya yaklaşık yüzde ellisi yabancı terimlerden oluşmuş tıp diliyle bir açıklama yapmak ya da bu şekilde yazılmış bir belgeyi imzalatmak "Aydınlatılmış Onam" hususunda gerekenin yapılmadığı anlamına gelir. Bu şekilde hazırlanmış bir belge altında "okudum, anladım" ibareleri ve hasta ve hasta yakınının imzası olmasına rağmen geçerli kabul edilmemektedir. Diğer taraftan aydınlatılmış onam belgeleri girişimden en az yirmi dört saat evvel hastaya sunulmalı ve bütünüyle anlayıp anlamadığı özenle gözden geçirilmelidir. Yatış sırasında imzalatılan ve hastanın yeterince değerlendirme olanağı bulamadığı aydınlatılmış onam belgeleri hukuken geçerli değildir. Yargı karşısında, hastadan ayrıntılı bir bilgilendirmeden sonra ayrıntılı onam alınıp alınmadığının ispatı ilgili hekime aittir. Hekim, hasta yakınlarından ve tıbbi çalışanlardan tanıklar koyarak ve onların imzalarını alarak aydınlatılmış onamın hastaya yeterince anlatıldığını ortaya koymak zorundadır. Aydınlatma bizzat sorumlu hekim tarafından yapılmalıdır. "Hasta bu belgeyi imzalamış dahi olsa sorumluluk yine hekimdedir". Yasal süreç burada diğer davalardan biraz farklı işlemektedir. Normalde diğer tüm yasal süreçlerde suçlu ispatlamak suçlayanın yükümlülüğünde iken, burada ispat yükümlülüğü doğrudan hekime aittir. Yani hekim aydınlattığını ispatlamak zorundadır. O nedenle öncelikle komplikasyon konusunda hasta ayrıntılı bir şekilde bilgilendirilmelidir. İlk adım yukarıda bahsedildiği gibi hastanın doğru bir şekilde aydınlatılmasıdır. Bundan sonraki adım ise; hekimin bu komplikasyonlar hakkında yeterince bilgisinin olup olmadığı hususudur. Hekim yargı karşısında o işlemlerle ilgili; cerrahi, medikal vb. süreçlere ait tüm komplikasyonları bilen kişi olarak değerlendirilmektedir ve ortaya çıkan herhangi bir komplikasyonda "bilmiyordum" deme şansı yoktur. Bu açıdan bakıldığında hekimin bildiği halde gerekeni yapmadığı düşünülmektedir. Yani aslında, hekim yargı karşısında, ortaya çıkabilecek komplikasyonlarla ilgili ön bilgisinin olup olmadığını sorgulanırken, bir yandan da kuramsal olarak bilmesi gerektiği kabul edilmektedir. Bundan sonraki adım ise yapılan işlemin endikasyonlarının doğru olup olmadığının sorgulanmasıdır. Üreteroskopi girişimi sırasında üreteral yaralanmalar Avrupa Üroloji Kılavuzlarında oranlarıyla bildirilmiştir. Ürotoroskopi girişimi sırasında mukozal abrazyon %0,3-4,1; ureteral perforasyon %0,2-2 ve intussepsiyon/avulsiyon oranı ise %00,3 olarak verilmiştir. Bir komplikasyonun literatürdeki görülme oranı düştükçe, meydana gelen olayın malpraktis olma olasılığı artmaktadır. Komplikasyon mu malpraktis mi? Burada hastalığın tedavisinde alternatif tedavi seçeneklerinin varlığı devreye girmektedir. Eğer ek seçenek tedaviler varsa, bunlar da endikasyonlar dahilinde ele alınmalıdır. Çünkü "bilgilendirilmiş onam" kapsamında hastaya seçenek tedavilerin her biri anlatılmış olması zorunluluğu bulunmaktadır. Hasta bilgilendirilirken tüm tedavi seçenekleri ve komplikasyon oranları hastaya ayrıntılı olarak anlatılmalıdır. Hasta kendisine sunulan seçeneklerden konu ile ilgili tıbbi kılavuzlarda birinci sırada yer almayan bir tedaviyi de seçebilme hakkına sahiptir; yani hasta, hangi tedavinin uygulanacağı kararını ayrıntılı olarak bilgilendirildikten sonra bizzat kendisi verebilmektedir. Hekim hasta tarafından seçilen tedavi şekline katılmıyorsa durumu bir tutanakla tespit etmek ve imzaladığı bu belgeyi hastasına da imzalatmak zorundadır. En uygunu hastanın el yazısıyla yazmasını istemesidir. Diğer bir konu ise, hastanın hekiminin komplikasyonlarla ilgili güncel bilgisinin ne düzeyde olduğudur. Diyelim ki ürolog hekim daha çok prostat cerrahisi ile ilgileniyordur ve çok uzun yıllardır taş cerrahisi yapmamıştır. O zaman bir üroloji profesörü dahi olsa bu komplikasyonlar hakkında güncel bilgisinin ve bu ameliyattaki beceri düzeyinin kuşku götürüleceği bir gerçektir. Buradan da bir başka alana geçecek olursak, hekimin ne düzeyde deneyimli olduğu bilgisi de çok önemlidir. Örneğin Türkiye'de gelişimsel radyolojiyi ilk başlatanlardan biri olan bir hekim, yaklaşık yirmi yıldır eline bir katater dahi almadı ise bu durumda

bahsi geçen hekimin deneyimli olduğu söylenemez. O halde hekimin ne derece deneyimli olduğu çok önemlidir. Diğer bir husus; beklenen bu komplikasyonlar hakkında hekimin önceden gerekli önlemleri alıp almadığıdır. Yapılan işlemin literatürde belirtilen ve belli oranlarda karşılaşılabilen komplikasyonlarına karşı hekim hazırlıklı olmalıdır. Ameliyathane ortamında komplikasyonun tedavisi için gerekli tüm ekipmanı bulundurulmalıdır. Can alıcı diğer bir nokta ise, hekimin komplikasyonun ayırıcısına ne zaman (ameliyat sırasında, hastayı yatağına götürdükten sonra ya da hastayı taburcu ettikten sonra) vardığıdır. Eğer cerrahi işlem sırasında farkına vardığına, hemen o anda onarma şansı vardır ve bu durum malpraktis değil, hala komplikasyondur. Örneğin yukarıda bahsi geçen davaya konu olan üreter alt uç yaralanmasında da anlatıldığı gibi üreteroskopi sırasında çeşitli komplikasyonlar olabilir. Bu durum eğer ameliyat sırasında olursa bir komplikasyondur. Anlatılan vakada üreter yaralanmasına ait onarım ameliyat sırasında yapılmış olduğu için bu hala komplikasyon sayılmış ve hekim kusursuz görülmüştür. Bu durumda hasta kaybedilse bile hekim halen kusursuz sayılmaktadır. Ancak ameliyat sonrası hasta yatağında oluşan üreter artık komplikasyon değildir, bu durum hukuken 'taksirle adam yaralama' suçu olarak kabul edilecektir. Sonuç olarak başarılı bir 'komplikasyon yönetimi' şu adımları içermektedir; 1) Hastadan ayrıntılı bir bilgilendirme sonrası onam alınmalıdır. (Tedavinin seçenekleri, her seçeneğin kendine özgü riskleri, komplikasyonlarını hastanın anlayacağı bir dille, onun kültür seviyesine uygun bir şekilde anlatılmış olmalıdır) 2) Hekimin süreç ve komplikasyonlar hakkında ayrıntılı bir bilgisinin olması gerekmektedir. 3) Hekim komplikasyonun farkına hemen varmış olmalıdır. 4) Hekimin gelişen komplikasyona karşı neyi nasıl yaptığı önemlidir. 5) Hekimin bu konuda yeterince deneyimli olması gerekmektedir. 6) Komplikeasyonların risk değerlendirmesinin hasta özelinde de yapılmış olması gerekmektedir. 7) Olası komplikasyonlar için gerekli önlemlerin (gerekli olabilecek olası tüm araç-gereçlerin elinin altında olması) önceden alınmış olması çok önemlidir. Yukarıda sayılan tüm maddeler eksiksiz gerçekleştirildiğinde komplikasyon başarıyla yönetilmiş demektir ve burada hekimin herhangi bir kusuru yoktur. Yukarıda sayılan maddelerin her biri pozitif değer almalıdır, eğer biri bile negatif değer alıyorsa komplikasyon iyi yönetilememiş demektir. Ya da ortada bir tıbbi kusur vardır. Komplikeasyonlar hakkında öngörüsü olmayan bir hekim kusurludur, ortalama bilgi düzeyinin altındadır. Komplikeasyonu iyi yönetemiyorsa beceri eksikliği vardır.

Komplikasyonu çok geç fark etmişse dikkat ve özen eksikliği söz konusudur. (Prof. Dr. Sedat Işık). Burada özenle üzerinde durulması gereken kavram tıbbi kusur kavramıdır. "Tıbbi kusur; o günkü genel kabul görmüş tıbbi uygulama standartları çerçevesinde ortalama bilgi düzeyi, beceri, dikkat ve özene sahip bir hekimin göstermesi gereken davranış şeklinin gösterilmemesidir" (Prof. Dr. Gürsel ÇETİN, Tıbbi Malpraktis, Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi, Editörler Prof. Dr. Gürsel Çetin, Doç. Dr. Coşkun Yorulmaz, İstanbul, 2006, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları). Komplikeasyon, malpraktis (uygulama yanlışlığı) ayırımında bu tanıma göre hekimin tıbbi uygulama hatası olup olmadığı değerlendirilmelidir, tırnak içinde verilen tıbbi kusur tanımı anahtar tanımdır.

2- Üreter kopması durumunda hangi seçenekler mevcuttur.

Üreteral travmanın yönetilmesi birçok faktörün bir arada değerlendirilmesine dayanır. Yaralanmanın doğası, ciddiyeti ve yeri bu noktada büyük önem taşır. Erken tanı konmuş bir intraoperatif bir ligasyon yaralanması, de-ligasyon ve stent yerleştirilmesi ile düzeltilebilir. Parsiyel yaralanmalar stent yerleştirilmesi veya nefrostomi tüpü ile idrar diversiyonu yapılarak düzeltilebilir. Stent takmak hem kanalizasyon oluşturduğundan hem de darlığı önlediğinden dolayı doğru bir yaklaşım olarak karşımıza çıkmaktadır. Üreter yaralanmalarının hemen tamiri önerilmektedir. Ancak bazı stabil olmayan travma hastalarında üreter intraoperatif olarak bağlanır, nefrostomi ile dış ortama diversiyon sağlanır ve elektif şartlarda uygun tedavi yapmak üzere beklenir. Geç tanı konmuş üreter yaralanmaları ise öncelikle nefrostomi ile stentli veya stentsiz olarak müdahale edilmelidir. Proksimal ve orta ureteral yaralanma 2-3 cm'den kısa olan yaralanmalar primer üreteröüreterostomi ile tamir edilebilir. Bu yaklaşım mümkün olmadığında üretero-kalikostomi düşünülmelidir. Geniş üreter kaybı olan vakalarda, proksimal güdük üreter kısmının orta hatta transpose edildiği ve karşı üretere anastomoz yapılan, transüretero-üreterostomi uygun seçenek olarak görülmektedir. Tamir sonrası darlık %4 oranında ve revizyon gereksinimi %10 karşımıza çıkabilmektedir.

Distal ureteral yaralanma Distal ureteral yaralanmalar en iyi ureteral reimplantasyon (üreteroneosistostomi) ile yönetilebilir; çünkü primer travma genellikle üreterin kan akımını da tehdit etmektedir. Bu noktada tekniğin uygulanması sırasında klinik reflü ile ureteral obstrüksiyon oluşması durumları karşımıza çıkmaktadır ve bu konuda reflü veya reflüsüz ureteral reimplantasyon yapma konusu literatürde tartışılmaktadır. Mesane ve ipsilateral psoas tendonu arasında oluşturulan "psoas hitch" boşluğu tamamlamalı ve anastomozu tansiyonsuz hale getirmelidir. Kontrolateral superior vezikal pedikül, mesane mobilitesini sağlamak için ayrılabilir. Bu tekniğin bildirilmiş başarı şansı oldukça yüksektir (%97). Geniş orta ureteral yaralanmalarda, geniş açıklık tubularize edilmiş L-şekilli mesane flebi (Boari Flep) ile onarılabilir. Bu prosedür zaman alan bir yaklaşımdır ve başarı şansı %81-88 olarak bildirilmiştir. Komple ureteral yaralanma Uzun üreter yaralanmaları, intestinal segment, genellikle de ileum (ileal interpozisyon graft) kullanılarak onarılabilir. Azalmış renal fonksiyonları olan veya intestinal hastalığı sahip hastalarda bu prosedürden kaçınılmalıdır. Bu tekniğin uzun dönem komplikasyonları arasında anastomoz daralması ve fistül bulunmaktadır. Çok uzun segment kaybı olan hastalarda veya üreteri bir çok tedaviden fayda görmemiş vakalarda ipsilateral böbreğin pelvise taşınması (ototransplantasyon) kabul edilmiş bir tedavi yöntemidir. Bu prosedürde böbrek damarları iliak damarlara anastomoz ve ureteral reimplantasyon yapılır (Kitrey N.D., Djakovic N. ve ark. EAU Guidelines 2016, Urological Trauma, <https://uroweb.org/guideline/urological-trauma/>). 3-Boari flap üreteroneosistostomi hangi durumlarda yapılabilir? Distal üreterin 3-4 cm'lik bir bölümünün yaralanma, darlık veya obstrüksiyonu üreteroneosistostomi için endikasyon oluşturmaktadır. Daha uzun üreter dokusu kaybıyla sonuçlanan durumlarda ise üreter veziko-psoas hitch veya Boari flep yöntemleri kullanılarak mesaneye köprüleştirilebilmektedir. Pelvik prosedürler sırasında meydana gelen travmatik yaralanmaların 1/3'ü ve iatrojenik yaralanmaların çoğu distal üreterde meydana gelmektedir (Elliott SP, McAninch JW. Ureteral injuries: external and iatrogenic. Urol Clin North Am. 2006 Feb. 33(1):55-66). Üreteroneosistostominin başka bir endikasyonu ise endoskopik olarak çıkartılamayacak distal üreteral kanserler, üreteri invaze eden pelvik maligniteler ile renal transplantasyon ve transplante böbrekten kaynaklanan komplikasyonlardır (Dadkhah F, Asgari MA, Tara A, Safarinejad MR. Modified ureteroneocystostomy in kidney transplantation to facilitate endoscopic management of subsequent urological complications. Int Urol Nephrol. 2010 Jun. 42(2):285-93)

3- Boari flap üreteroneosistostomi hangi durumlarda yapılabilir?

Boari flap, etkilenen üreter segmentinin çok uzun olması veya üreter mobilitesinin primer üreteroneosistostomi yapılabilmesi için çok kısıtlı olması durumunda yararlıdır. Boari flap 10-15 cm'lik bir üreter defektinin tamiri için kullanılabilir. Gerekli durumlarda spiral mesane flep ile renal pelvise kadar uzanabilmektedir (Modi P, Goel R, Dodiya S. Laparoscopic ureteroneocystostomy for distal ureteral injuries. Urology. 2005 Oct. 66(4):751-3)

4.2.6 URETERORENOSKOPİ SONRASI PERFORASYON VE ABSE

İDDİA

Müvekkil vücudunun sağ tarafında şiddetli bir ağrı nedeniyle gittiği doktorlar taş olduğunu söyleyerek endoskopik yöntemle 15 dakika süren basit bir taş alma operasyonu önerdiler. Müvekkil de kabul ederek ameliyat olmuştur. Ameliyat sonrası doktor "ben ameliyata çıkana kadar taşa yukarı böbreğe doğru çıkmış, o yüzden taşın tamamını alamadım kırdım yarısı içeride kaldı" demiştir. Müvekkil sağ yanında şiddetli bir ağrı hissedip, üşümüştür. Buna rağmen müvekkilin çok iyi durumda olduğundan bahisle ameliyatın aynı gün ameliyattan 3 saat sonra taburcu edilmiştir. Müvekkil ev istirahati boyunca yataktan hiç kalkmamak üzere yattığı halde; ağrı ve ateşi hiç düşmemiş, bunun üzerine doktora müracaat etmiş, ultrasonla muayene edilip, röntgeni çekilmiştir. Müvekkile "önemli bir şeyin yok, bu ağrılar ameliyat sonrası olan ağrılardır ve ateşin 2-3 gün daha devam ederse gel katater takar seni rahatlatırız" denilerek taburcu edilmiştir. Müvekkil ertesi gün yine ciddi bir şekilde sağ yanında ağrı ve ateş hissedince Tıp Fakültesi aciline gitmiş, enfeksiyon hastalıkları servisine yatırılmıştır. Müvekkil 7 gün kadar enfeksiyon hastalıkları servisinde yatırılmış sonra üroloji servisine geçirmiştir. Servisteki doktorlar müvekkilin sağ tarafındaki ağrısının nedenini üreter borusundaki yırtığın sebep olduğunu teşhis etmişler,

bu yırtığında ameliyat sırasında oluştuğunu belirtmişlerdir. Bu yırtıktan akan idrar müvekkilin karın boşluğuna dolmuş ve böbrekler idrar içinde kalmıştır. Bu idrar kaçağı karın boşluğunda enfeksiyona neden olmuştur. Müvekkilin sağ karın boşluğuna dren yerleştirilmesiyle başlayan tedavisi, üreter borusundaki katater çekilmesiyle son bulmuştur. Hastanede 50 gün kalmıştır. Bu olaylardan sonra müvekkilin her 6 ayda bir kontrole giderek üreter borusunun olup olmadığı kontrol edilmesi gerekmektedir. Müvekkilin böbreğinin alınma riski de mevcuttur. Bu kadar uzun süren tedaviyi müvekkilin bünyesi kaldıramamış ve depresyona girmiştir. Bu süreçte hem müvekkilin hem de ailesinin psikolojisi bozulmuştur.

SAVUNMA

Hastane ve hekim avukatının savunması: "Davacı hastaya tüm tetkikler sonrası acil şikayetlerine yönelik tedavi olarak endoskopik yöntemle taş kırma operasyonu önermiş ve kendisindeki mevcut durumu da dikkate alarak operasyon sonucu oluşabilecek komplikasyonlarla ilgili olarak bilgi verilmiştir. Davacı, kendisindeki tüm hastalıkları ve acil sancularına yol açan nedenleri öğrenip tedavi hakkında bilgi alıp, tedavinin olası komplikasyonlarını da öğrenip, kabul ederek, ameliyata girmiştir. Davalı Doktor tarafından operasyon yapılmış ve operasyon sonrasında gerek hasta yakınları, gerekse, hastanın kendisi bilgilendirilmiş, taşın özelliği ve kişinin yapısal durumu sonucu üreter taşın tamamının alınmadığı anlatılmıştır. Ameliyat sonrası davacının gerekli kontrolleri yapılmış, düzenli olarak kontrollere gelmesi yönünde tavsiyelerle Cipro 750 mg tb verilerek hastaneden taburcu edilmiştir. Davacı bilahare, müvekkil şirket hastanesi yerine, 4 gün sonra Tıp Fakültesi Hastanesine başvurmuştur. Adı geçen hastanede cereyan eden tetkik teşhis ve tedavi aşamaları incelendiğinde; Davacı 7 gün enfeksiyon hastalıkları ve bakteriyoloji servisinde enfeksiyon tedavisi görmüştür. Enfeksiyon polikliniğinde çekilen filmde ürinom saptanmamıştır. Davacı, aynı hastanenin üroloji polikliniğine sevk edilerek, 23 gün üroloji servisinde yatarak tedavi görmüştür. Davacının sevk edildiği üroloji polikliniğinde ürinom tespit edilmiş ve katater takılarak taburcu edilmiştir. Davacının doktor tarafından yapılan taş kırma işlemi sonrası saptanmayan ürinom, yaklaşık bir ay sonra başka hastanede yapılan tedavi sonrası tetkiklerde şüpheli olarak görülmüş ve kateter takılmıştır. Buna göre takılan kateter, yapılan ameliyatın sonucundan dolayı değildir. Davacıya katater takılarak taburcu edilmesinden 3 gün sonra davacı tekrar Üniversite Hastanesine başvurmuş. Bu tarihte yapılan muayenelerde, ürinom ya da apse tespit edilememiş, Davacıya sadece enfeksiyona bağlı olarak gelişen rahatsızlığıyla ilgili tedavi uygulanarak davacı tekrar taburcu edilmiştir. Davacı 3 gün sonra yüksek ateş şikayetiyle, tekrar Üniversitesini Hastanesine başvurmuş. Yine, ürinoma bağlı herhangi bir bulguya rastlanmamış, davacıda enfeksiyon tespit edilmiş ve buna yönelik tedavi yapılarak, taburcu edilmiştir. Davacı 3 gün sonra tekrar yüksek ateş şikayetiyle, Üniversitesini Hastanesine başvurmuş. kataterin parçasının kaydığı tespit edilmiş, davacı ameliyata alınmış, parça alınarak, taburcu edilmiştir. Görüldüğü üzere, davacının müvekkil şirket hastanesine başvurduğu anda, operasyon öncesi yapılan laboratuvar tüm tespitler sonrası acil şikayetine yönelik teşhis ve tanı doğru biçimde konulmuş, acil müdahalesi yapılmış tedavisi düzenlenmiş ancak hasta takip ve kontrollerini başka bir hastanede yaptırmıştır. Dava dilekçesinde ileri sürülen iddiaların aksine, vücutta idrarın diğer organlara kaçtığına ilişkin herhangi bir bulgu ve tespiti rastlanmamış, davacının tespit edilen bulguların müvekkil şirket hastanesinde yapılan operasyonla ilgi ve alakası yoktur. Davacıya tıp fakültesi hastanesinde yapılan tetkiklerde üreter yaralanmasına rastlanmamış, abse ve pyelonefrite bağlı üreter rüptürü saptanmıştır. Yukarıda arz edilmeye çalışılan hususlar dikkate alındığında, müvekkil şirket hastanesinde davacıya uygulanan endoskopik üreter taşı operasyonunda herhangi bir ihmal yada kusurdan bahsedilemeyeceği, bu operasyonun başarıyla uygulandığı, davacının operasyon sonrası rahatsızlıklarının bu operasyon ile illiyet bağının bulunmadığı, davacının rahatsızlıklarının vücut genelinde mevcut enfeksiyon ve ilhitabi bulgulardan kaynaklı olup, operasyondan sonraki tüm tedavilerinin de enfeksiyonu önlemeye yönelik olarak uygulandığı açıkça sübuta ermektedir.

BELGELER

Özel Hastane Tıbbi Belgeleri: Sağ yan ağrısı şikayeti ile başvurduğu, yapılan USG'de sağ üreterde 7 mm taş görüldü, endoskopik üreter taşı operasyonu yapılmak için yatırıldı, aynı gün genel anestezi altında ameliyata alındı, üreteroskop ile girildi ve sağ üreter orta poldeki 7 mm'lik taşa ulaşıldı, pnomatik

litotriptör ile taş kırıldı, komplikasyon olmadı ve işleme son verildi, 10 gün sonra USG kontrolü yapılmak üzere taburcu edildi.

Tıp Fakültesi Tıbbi Belgeleri: Ateş ve yan ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu, üriner sistem USG çekildi, sol böbrekte parankim ekojenitesi grade 1 artmış görünümde ve pelvikalsiyel sütun grade 1 dilatasyon görüldü, sol üretra orta bölümde 1.3 mm. tasa ait görünüm olduğu, akut pyelonefrit tanısıyla üriner usg çekilerek acilden enfeksiyon hastalıkları servisine yatırıldı, TİT inde 68 lökosit ve 28 eritrosit olan hastaya kan ve idrar kültürleri alındıktan sonra rocephin başlandı, takiplerinde ateşi 38 düzeylerinde seyretti, tansiyon ateryeli yükselen ve hipoalbuminemi ve proteinüri gelişen hastanın takiplerine tansiyonu mühadelesiz normale döndü, hastanın antibiyoterapi öncesinde alınan idrar kültüründe psödomonas spp ürettiği, antibiogramına uygun olarak tedavide tienam 3x1 e geçildi, tedavinin 48. saatinde alınan kontrol idrar kültüründe üreme olmadı, yatışı boyunca ateşi normal sınırlara düşen, keratinin gerileyen hastanın yatışının 6 gününde çekilen kontrol üriner USG sinde retroperitoenal hematoma düşünülürdü, kontrastlı ve kontrastsız batın BT çekildi ve üriner USG de olan koleksiyonun üriner ? , abse formasyonu? lehine olduğuna karar verildi, ürolojinin önerisiyle radyoloji tarafından kateter takılmasına karar verildi, üroloji tarafından retroperitoneal apse lojuna 1 adet perkütan diren yerleştirildi ve ateşleri olmaması üzerine hastaya IVP çekildi, sağ böbrek kontur, büyüklük, lokalizasyonları normal, ancak pelvikalsiyel yapılar ve proksimal ureter grade I-II dilate görünümde olduğu, ureter proksimal-orta kesiminde kontrast madde-nin ekstravazasyonuna ait görünüm izlendi, lokasyonun hastanın öyküsünde mevcut sağ üreteral yaralanmaya karşılık geldiği düşünülürdü, orta kesimde geçiş izlenmekle birlikte sağ iliak krestten distale kadar ki segmentte kontrast geçişi izlenmedi, bunun üzerine hastaya radyoloji tarafından perkütan nefrostomi kateteri takıldı, hastanın istenen kontrol kültürleri temiz olarak geldi, takibinde drenaj geleni olmaması üzerine sağ endoskopik ureter taşı tedavisi ve sağ double j kateter takıldı, aynı gün nefrostomi kateteri kleplendi, aynı gün akşam ateşlenmeleri olan hastanın klempini açıldı, enfeksiyon hastalıkları önerisi ile Tekosit başlandı, kan ve idrar kültürleri alındı, apse lojundan alınan kültürde psödomonas aeroginosa üremesi üzerine hastanın tedavisine meronem flakon iv infüzyonla eklendi, takiplerinde ateşlenmeleri olmayan hastaya kontrol BT çekildi ve abse lojun 5x2x1 cm boyutlarında ölçüldüğünün bildirildiği, hastanın takiplerinde ateşlenmeleri olmaması üzerine kontrol USG istendi ve abse lojunda mayi gözlenmediği bildirildiği, daha sonraki gün sondası alınan hasta spontan idrarını yaptı bundan sonraki gün nefrostomi kateteri çekildi takiplerinde ateşlenmeleri olmayan ve kateter traktından ıslatması olmayan hastanın genel durumu iyi vital bulguları stabil olması üzerine enfeksiyon hastalıklarının önerisi ile ve abse lojunda kateteri ile birlikte taburcu edildiği, üç gün sonra tekrar ateş şikayeti ile başvurması üzerine yatırıldı, hastaya çekilen BT'de lojda üriner veya apse olmadığı öğrenildiği, alınan kültürde psödomonas üremesi üzerine enfeksiyon hastalıkları önerisi ile meronem başlandı ve drenajın çekilmesi önerildi, hastaya 10. dk tek doz IVP çekildiği, ekstravazasyon olmadığı görülmesi üzerine drenaj alındı, hastanın yatışının 2 gün ateş 39 olduğ 2. günden sonra ateş gözlenmedi, yatışının 5. gününde istenilen idrar kültüründe üreme olmadı, hastanın meronem tedavisi 8. gün verildi, takiplerde ateşi olmayan genel durumu iyi vital bulguları stabil olan hasta oral antibiyotik ile taburcu edildi, ardından bir hafta sonra tekrar ateşi yükselmesi üzerine başvuran hasta yatırıldığı, enfeksiyon hastalıkları önerisiyle meronem infüzyonu başlandı, çekilen üriner USG'de lojaya uyan bölgede üriner veya apse olmadığı, bilateral böbrekler normal olarak değerlendirildiği, istenilen idrar kültüründe psödomonas ürettiği ve meronem'e duyarlı olduğu, enfeksiyon kaynağı olarak düşünülen pig tail kateteri yatışının 7. günü çekildi, ardından 15. dakikada çekilen tek doz İVP'de ekstravazasyon olmadığı ve sağ proksimal ureterin dilate olduğu gözlemlendi, meronem 10. güne tamamlandıktan sonra enfeksiyon hastalıklarının önerisiyle Tienam'a geçildi, kontrol kültürde üremesi olmadı, takiplerinde ateşi olmayan genel durumu iyi vital bulguları stabil olan hasta taburcu edildi.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Endoskopik taş kırma ameliyatları günümüzde üriner sistem taşlarının tedavisinde sıklıkla kullanılan bir yöntem olduğu, endoskopik taş kırma yapıldığında ureterin delinmesi gibi yaralanma riskleri olduğu, ureterin delinmesi sonucu idrarın üriner sistem dışındaki dokulara kaçıp birikebileceği (urinoma) veya kaçan idrarın enfeksiyon ve abse oluşumuna neden olabileceği, yapılan endoskopik taş kırma ameliyatındaki ureter yaralanmasının bir komplikasyon olduğu, komplikasyonun belirtileri ve bulgularının ameliyattan birkaç gün sonra ortaya çıkabileceği, komplikasyonlara karşı yapılan ameliyatlarının tıp kullarına uygun olduğu oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Gökhan Koç, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir

1- Üreter perforasyonu endoskopi sırasında tanınmalı mıdır ve tanınması için nelere dikkat edilmelidir?

Üreter perforasyonu son yıllarda modern cihazların kullanıma girmesi ve cerrahların deneyiminin artması ile oldukça azalmıştır ve güncel kılavuzlarda % 0.2-2 arasında değişen oranlar verilmektedir (N.D. Kitrey, N. Djakovic, M. Gonsalves ve ark. EAU Guidelines on Urological Trauma, 2016). Üreter perforasyonu bir komplikasyon olduğu için operasyon sırasında mutlaka tanınması önemlidir. Perforasyonun tanınmasından daha da önemlisi perforasyonu nasıl önlemeliyiz konusudur. Yapılan çalışmalarda uzun operasyon süresi, cerrahın deneyimsizliği, böbrek taşı tedavisi ve önceki radyasyon öyküsü üreteroskopi sırasında üreteral yaralanmayı arttıran faktörlerdir. (Huffman JL. Ureteroscopic injuries to the upper urinary tract. Urol Clin North Am 1989;16:249-54., Fuganti PE, Pires S, Branco R, et al. Predictive factors for intraoperative complications in semirigid ureteroscopy: analysis of 1235 ballistic ureterolithotripsies. Urology 2008;72:770-4., Schuster TG, Hollenbeck BK, Faerber GJ, et al. Complications of ureteroscopy: analysis of predictive factors. J Urol 2001;166:538-40.) Ayrıca kullanılan taş kırıcılar incelendiğinde üreteral yaralanmada en tehlikeli olarak elektrohidrolik taş kırıcı, sonrasında neodymium:YAG (Nd:YAG) lazer ve en az tehlikeli olarak da Ho:YAG lazer bulunmuştur. (Johnson DB, Pearle MS. Complications of ureteroscopy. Urol Clin North Am 2004;31:157-71.). Bu nedenle üreteral perforasyonu önlemek için yukarıdaki faktörlere dikkat edilmelidir. Operasyon iyi bir görüş altında, yeterli cerrahi ekipmanla, mutlaka deneyimli bir cerrah veya onun denetiminde yapılmalı ve sadece taş kırmaya odaklanılmayıp üreteral dokunun bütünlüğü de ameliyat sırasında değerlendirilmelidir. Operasyon sırasında perforasyon saptanabilirse işlem hemen durdurulmalı ve üreteral katater yerleştirilmelidir (Chang R, Marshall FF. Management of ureteroscopic injuries. J Urol 1987;137:11325.)

2- URS sonrasında ateşi olan hastaya nasıl yaklaşılmalı ve hangi hastalıklar ayırıcı tanıda dikkate alınmalıdır?

11.000'den fazla hastanın değerlendirildiği bir çalışmada üreterorenoskopiye bağlı genel komplikasyon oranı % 3.5 olarak bulunmuş ve ateş % 1.8 en sık rastlanan komplikasyon olmuştur (de la Rosette J, Denstedt JD, Geavlete PA, et al. The clinical research Office of the endourological society ureteroscopy global study: indications, complications, and outcomes in 11,885 patients. J Endourol 2014;28:131-9). Postoperatif ateş konusuna yaklaşım genel bir yaklaşımdır. Ateşin enfeksiyöz ve non enfeksiyöz olarak iki nedeni vardır. Postoperatif ilk 48 saatte gelişen ateş durumunda genelde ateletazi, ilaç ateşi, dehidratasyon, pulmoner emboli, tromboflebit gibi nonenfeksiyöz durumlar düşünülürken daha sonra gelişen ateş'de üriner trakt enfeksiyonları, pnömoni, cerrahi saha enfeksiyonları ve intravasküler katater enfeksiyonları gibi enfeksiyonlar ön planda düşünülmektedir. Ancak enfeksiyon bölgesinde daha önce var olan enfeksiyon erken ateş'e neden olabilmektedir. Hastaya yaklaşımda ateşin derecesi ve başlangıç zamanı önemlidir. Rutin kan testleri, idrar kültürü, kan kültürü, yara kültürü, akciğer grafisi ve operasyon bölgesini ilgilendiren görüntüleme çalışmaları tüm hastalara yapılan ortak yaklaşım olmalıdır. Üreterorenoskopi sonrası gelişen ateş'de de tüm bu rutin laboratuvar yaklaşımları uygulanmalı ve uygun görüntüleme yöntemi ile operasyon bölgesi kontrol edilmelidir (Narayan M, Medinilla SP, Emerg Med Clin North Am. 2013 Nov;31(4):1045-58.)

3- Hastaya üriner diversiyon olmasına rağmen ateş atakları tekrarlanmış ve enfeksiyon kaynağının kateter olduğu düşünülmüştür. Üriner diversiyon için kullanılan kateterler enfeksiyonun kaynağı olup olmadığı nasıl anlaşılır?

Üreteral stentler kalıcı bakteri kolonizasyonu için kaynağıdır. Üreteral reimplantasyon sonucu üç hafta süre ile üreteral stent takılan 209 çocuk ile yapılan bir çalışmada stentlerin yarısı bakteri ile kolonize olmasına rağmen %4.5 çocukta semptomatik üriner trakt enfeksiyonu gelişmiş ve ek olarak %6.5 hastada asemptomatik bakteriyüri gelişmiştir. Kataterlerin enfeksiyon durumunu öğrenmek için katater yüzeyini kanlı agar besiyeri ile temas ettirerek katater enfeksiyonunu tanımlamışlardır (Uvin P, Van Ba-

elen A, Verhaegen J, Bogaert G. Urology. 2011 Jul;78(1):154-8). Hem bu çalışmada hem de başka çalışmalarda da kataterlerin bakteri kolonizasyonuna ve üriner trakt enfeksiyonuna neden olabildiği ancak anlamlı üriner sistem enfeksiyonuna neden olmadıkları yönünde çalışmalar mevcuttur (Klis R1, Korczak-Kozakiewicz E, ve ark. J Endourol. 2009 Jun;23(6):1015-9). Kısacası kataterlerin enfeksiyon kaynağı olup olmadığını kesin olarak anlamak için katater vücuttan uzaklaştırılarak hem katater yüzeyinin veya lümeninden geçirilen yıkama sıvısından alınan kültürde hem de idrar kültüründe üreme olduğu gösterilmelidir ancak klinik pratikte katateri olan bir hastada semptomatik üriner sistem enfeksiyonu olduğunda bunun kataterlerin kolonizasyonuna bağlı olarak gelişen enfeksiyon olduğunu düşünmek yanlış değildir.

4- Bu dosya hakkında bilirkışı raporunuz nasıl olurdu.

Hastanın ameliyat olduğu hastane kayıtları incelendiğinde usg ile 7 mm üreter taşı saptandığı ve üreterorenoskopi ameliyatına karar verildiği belirtilmektedir. Ultrasonografi ağrısı olan hastalarda ilk tercih edilen görüntüleme yöntemidir. Üreter taşlarındaki duyarlılığı %45 ve özgülüğü %94 olarak belirtilmektedir (Ray, A.A. ve ark. Limitations to ultrasound in the detection and measurement of urinary tract calculi. Urology, 2010. 76: 295). Ancak akut yan ağrısı ile gelen hastalarda kontrastsız tüm abdomen tomografi taş yoğunluğunu göstermesi, böbreğin anatomik yapısı hakkında fikir vermesi, nonopak taşları gösterebilmesi gibi avantajları nedeniyle bugün için hamileler ve çocuklar haricinde standart görüntüleme yöntemi haline gelmiştir. (C. Türk, T. Knoll, A. Petrik ve ark. EAU Guidelines on Urolithiasis, 2016). Ve yine Avrupa Üroloji Derneği'nin kılavuzuna göre akut ağrı ile gelen hastalarda mutlaka idrar tetkiki, idrar mikroskopisi ve / veya idrar kültürü, kan biyokimyası, tam kan sayımı, C reaktif protein düzeyi gibi kan testleri de yapılmalıdır. Bu hastanın ultrasonografi testinde üreter taşı saptanmış, ve ameliyata alınmış. Taş saptandığı için tomografi çekilmemesi kabul edilebilir ancak ameliyat öncesi idrar tetkiki veya idrar kültürüne dair bir bilgiye rastlanmamış olması bir eksikliklerdir. Operasyon sırasında üreter perforasyonu gözden kaçabilir çünkü çoğu künt travmaya bağlı ve iatrojenik üreter yaralanmaları geç tanı almaktadır (Elliott, S.P. ve ark. Ureteral injuries: external and iatrogenic. Urol Clin North Am, 2006. 33: 55.9, Brandes, S. Ve ark. Diagnosis and management of ureteric injury: an evidence-based analysis. BJU Int, 2004. 94: 277). Hastanın belgeleri incelendiğinde eksik veriler mevcuttur. Ameliyattan hemen sonra hasta üşümesinin olduğunu belirtiyor ancak hastane dosyasında buna dair bilgiler mevcut değil. Ameliyat sonrası hasta tekrar yan ağrısı ve ateş ile kendisini ameliyat eden doktora başvurduğunu ve ultasonografi ile röntgen çekildiğini belirtmekte ve yine özel hastane tıbbi belgelerinde buna dair bilgi bulunmamaktadır. Hastanın üreter perforasyonuna bağlı gelişen retroperitoneal ürinom ve/veya abse tanısı postoperatif enfeksiyon nedeniyle yatırıldığı üniversite hastanesinde altıncı gün yapılan usg'den şüphelenilerek konabilmiştir. Muhtemelen ameliyat sırasında üreter perforasyonu gelişmiş ancak postoperatif dönemde yapılması gereken uygun görüntüleme yöntemi erken yapılmadığı için tanı biraz geç konmuştur. Bugün için üreter travmasının en belirgin tanımlayıcı özelliği bilgisayarlı tomografideki kontrast maddenin ekstravazasyonudur ve tam tanı konulamayan hastalarda retrograd veya antegrad ürografi altın tanı yöntemidir (Brandes, S. Ve ark. Diagnosis and management of ureteric injury: an evidence-based analysis. BJU Int, 2004. 94: 277). Bu hastada yapılan ultrasonografide şüphelenilerek kontrastlı tomografi ve İVP çekilmiş ve ancak tanı konulabilmiştir. Hastanın postoperatif dönemde ağrı ve ateş ile ameliyat olduğu kliniğe başvuru yapıp yapmadığı net değildir. Eğer başvuru yapıldı ise ve belirtildiği gibi sadece ultrasonografi ve röntgen ile değerlendirme yapıldı ise hasta ile ilgili eksik değerlendirme yapıldığı ve gelişen komplikasyonun atlandığı görüşümdedir. Üreter perforasyonu üreterorenoskopi sırasında gelişebilecek bir komplikasyondur ve burada tıbbi bir hata yoktur. Üreter perforasyonuna bağlı retroperitoneal ürinom ve sonrasında retroperitoneal abse gelişmiş ve hasta buna bağlı olarak uzun dönem hastanede kalmak ve tedavi almak zorunda kalmıştır. Ancak hasta ile ilgili net olmayan bazı bilgiler vardır. Ameliyat öncesi idrar tahlili ve/veya idrar kültürü ile bilginin eksikliği, ve postoperatif dönem takiplerinde ateşinin olup olmadığı, ayrıca taburculuk sonrası ağrı ve ateş ile başvuru yapıp yapılmadığı ile ilgili konuların aydınlatılması gerekmektedir.

4.2.7 URETERORENOSKOPİ SIRASINDA VENA RENALİS YARALANMASI

İDDİA

Eşimi böbrek ağrısı hastaneye götürdük. Orada filim çektiler ve böbreklerinde taş olduğunu söylediler ve bir ağrı kesici iğne yaparak eve gönderdiler. Eşim ilaçları kullandıktan sonra ateşi yükseldi ve kusmaya başladı. Tekrar hastaneye gittik eşimi yatırdılar. Eşimi böbrek taşlarını lazer yöntemi ile kırmak için ameliyata alacaklarını söylediler. Eşim ameliyata girdi, ameliyat sonrası eşimin sağlık durumu gayet iyiydi. Bilinci açıktı bizimle konuşuyordu. Daha sonra eşimin tekrar ağrıları başladı ayaklarını hissetmemeye başladı ve ateşi yükseldi. Bize kalbi tarafında ağrı olduğunu söyledi ve kusmaya başladı. Sonra doktor geldi baktı. Bize durumunun gayet normal olduğunu hatta bir şeyler yiyip içebileceğini söyledi. Akabinde eşimin vefat ettiğini öğrendik. Doktorların eşimin tedavisinde herhangi bir kusuru var ise kendilerinden davacı ve şikayetçiyim.

SAVUNMA

Üroloji uzmanı birinci savunma: Üroloji uzmanı tarafından telefonla aranarak acil olarak alınması gerektiği söylenen hastaya üreter taşı nedeni ile endoskopik üreter taşı ameliyatı yapılacağını örgendim. Ameliyathanenin müsait olması ile birlikte hasta ameliyathaneye geldi. Tarafımdan karşılanan hasta ameliyat masasına alındı. Hasta ile konuşularak anestezi uygulaması hakkında bilgi verildi. Hastanın vücut geliştirme eğitmeni olduğu vücudunun kaslarının aşırı gelişmiş olduğu, hipertrofik olduğu tespit edildi. Hasta ameliyathanede muayene edilerek, kardiyak açıdan monitörize edilerek ve kan sonuçları ile birlikte anestezi açısından değerlendirildi. Hastaya herhangi bir vücut geliştirici ilaç kullanıp kullanmadığı ameliyat ekibinin huzurunda tekrar tekrar soruldu. Dosya kayıtlarında steroid tablet aldığı öğrenildi. En son yaklaşık 6 ay önce bıraktığını ifade etti. Hastanın halsiz yorgun olduğu gözlemlendi. 3-4 günden beri böbrek sancısı çektiğini, bulantı, kusma ve iştahsızlığının olduğunu doktor doktor gezdiğini ifade etti, ameliyat masasında EKG, Spo2, kalp atımı ve tansiyon ölçümü açısından kontrolden geçirildi. Hasta monitorize edildi ve takibe alındı. Hastanın vücut yapısı, olası kullandığı ilaçlar ve operasyonun uygunluğu nedeni ile spinal yani belden uyuşturma anestezisi yapılacağı planlandı ve hastaya anlatıldı. Hastanın tansiyon takiplerini yaklaşık 15. dk sında sistolik tansiyonu 75-80 mm-hg düşmesi üzerine hastaya 2. damar yolu açılarak 500 cc volüm genişletici serum olan voluven gönderildi, hastanın 3-4 günden beri sıvı alımının yetersiz olması operasyonun daha başlamamış olması nedeni ile bu tansiyon düşüklüğünün sıvı eksikliğine bağlı olduğu düşünüldü. Ayrıca hastaya 1 ampul efedrin 10 ml ile sulandırılarak bundan da 2 ml hastaya damar yolundan yapıldı. Zaten bir ölçümden sonra hastada herhangi bir tansiyon dusukluğuna rastlanmadı. Vital bulguları stabil seyretti. Ancak hastanın olası anebolizan ilaç kullanımı nedeni ile cerrahi anestezi stresi göz önüne alınarak stereroid replasmanı 80 mg olarak damar yolundan uygulandı ve 6 saat sonrada hasta 40 mg olacak şekilde replasmanı planlandı. Gerek hastadan gerekse anestezi uzmanından hastanın titremesinin olduğu, ancak belirgin ateş yükselmesinin olmadığını öğrendim. Hastanın IVP sı yapıldığında sağ böbreğin çalışmadığı ve taşın olduğu ifade edildi. Bu bilgiler ışığında operasyon boyunca hastada başka tansiyon düşüklüğü rastlanmadı. Hayati bulguları normal seyretti. Spinal anestezi altında yaklaşık 30 dk süren operasyonda endoskopik yöntemle taş çıkartıldı. Hasta operasyonu bittikten sonra sedye ile 5. kat servis hemşiresine hasta teslim formu ile vital bulguları stabil bir şekilde teslim edildi. Aynı gün Saat 20:10 civarında hastane tarafından acil olarak aranarak yoğun bakıma geldim. Reanimasyon uzmanı olarak hastaya müdehale ettim. Hastanın başında dahiliye uzmanı, acil hekimi yönetiminde hastaya müdehale edildiğini öğrendim. Entübasyon yapılmış ve ventilatöre bağlanmıştı. Hastanın kardiyak atımının olmadığı tespit edildi. Yaklaşık 2 saat boyunca tarafımdan canlandırma işlemi yürütüldü. Buna rağmen herhangi bir yanıt alınamadı. Saat 22:30 itibariyle hasta exitus kabul edildi. Doktorarkadaşalar ile yaptığımız istişare sonucunda anebolizan ilaç kullanımı kaslı yapısı ve ani gelişen hiçbir müdehaleye cevap vermemesi nedeni ile kalp krizi geçirdiği düşünülerek hastaya ölüm raporu düzenlendi.

Üroloji uzmanı ikinci savunma:

Acil polikliniğinde yapılan tetkiklerle birlikte değerlendirildiğinde hastanın sağ böbreğinde hidronefroza neden olan yaklaşık 5 mm boyutunda üreter taşı olduğu tespit edildi. Hastaya 7 mm den küçük taşların %85 oranında ilaç tedavisi ile düşebileceği eğer taşı düşüremez ise endoskopik üreter

taşı tedavisi ile taşın alınabileceği bilgisi hastaya verildi. Hastanın ilaç tedavisi istemesi üzerine tedavisi düzenlenerek gönderildi. Çok ağrısı olursa acil polikliniğine başvurması ve gerekirse serum takılarak ağrısının tedavisi yapılabileceği serum ve ağrı kesicilerle ağrı geçmezse ameliyat yapılabileceği hatırlatıldı. Ertesi günü akşam saatlerinde hasta beni cep telefonumdan aradı ve çok ağrısının olduğu bulantı kusma ve titremeye birlikte ateşinin yükseldiğini söyledi. Bende acil polikliniğine gitmesini söyledim, daha sonra acil polikliniğindeki doktoru arayarak hasta hakkında bilgi aldım. Hastanın ateşi olmadığını şiddetli renal koliği olduğunu ve serum ve ağrı kesici ile rahatladığını söyledi. Hastanın yatmak isteği ve varında ameliyat olmak istemesi üzerine hastaneye giderek hastayı yatırdım. Tedavisi ve takibini düzenleyerek sabaha tetkik ve operasyon için aç kalmasını söyledim. Sabah visitinde hastanın hiç ateşi olmadığını ve ağrısının geçtiği görüldü. Ameliyata hazırlamak için intravenöz piyelografi ve tetkikler yapıldı. Çekilen filmde sağ böbreğinin taşa bağlı çalışmadığı sol böbreğinde normal olduğu görüldü. Hasta saat 11:30 sularında ameliyata alınarak sağ üreterorenoskopi uygulandı. Üreteroskopiye sağ üreter 5cm distalde üreterin ileri derece dar olduğu görüldü. Üreteroskopiye dar yerden geçilemeyeceği anlaşıncaya dar segmente balon dilatasyon uygulandı. Tekrar üreteroskopiye girilerek dar segmentin proksimalinde, 5mm'lik taş görülerek forceps ile çıkartıldı. Üreteroskopiye darlık nedeni ile zorlanmamak için daha yukarıya çıkılmaya gerek görülmedi. 4.87 F 28 cm DJ kateter konulara operasyon sonlandırıldı. Hasta servise alındı, postoperatif tedavisi düzenlendi. Postoperatif problemi olmayan hastaya oral sıvı gıdalar ve su verilmeye başlandı. Saat 16:00 sıralarında akşam visitinde Anestezi uzmanı ile birlikte tekrar görülen hastanın hiç bir şikayeti olmadığını ağrılarının geçtiği görüldü. Hastaya isterse operasyondan 8 saat sonra eve gidebileceği söylendi. Hastanın ayağa kalktığı ama kendisini çok rahat hissettiğini ama yinede eve gitmek istemediğini söyledi. Anestezi uzmanı tarafından benim orderima ek olarak 80 mg prednol ve mide koruyucu ilaç eklendi. Akşam saat 20.30 sularında Dahiliye Uzmanı bey beni arayarak hastanın kardiyak arrest geçirdiğini ve yoğun bakıma alınarak müdahale ettikleri söyledi. Acilen hastaneye gittim ve yoğun bakımda anestezi uzmanı ve dahiliye uzmanı tarafından resustasyon uygulandığını gördüm. Yapılan tüm müdahalelere rağmen hasta geri dönmedi ve ex oldu.

BELGELER

Özel Hastane epikrizi: Hasta gece tekrar ağrıları ve bulantı olması nedeniyle acil polk başvurmuş, serum takılarak servise yatırılmış, sabah IVP çekilen hasta sağ üreterde küçük bir taş olduğu ve böbreği tıkadığı görüldü. FM: TA:120/70, nb:82, ateş:36.5, sağ CVAH (+), IVP: Sağ böbrek toplayıcı sisteminde kontrast madde geçişi izlenmemiştir. (üreter taşı?). Ameliyat: "Spinal anestezi altında litotomi pozisyonunda sağ orifisten URS ile girildi ureter alt kısmında ureter ileri derecede dar olduğu görüldü, dar segmente balon dilatasyon uygulandı, üreteroskopiye dar segment geçildi. 5mm'lik 1 adet taş mevcuttu, taşa litotrips uygulanarak kırıldı, taş ekstrekte edilerek çıkartıldı, 4.8 28 gm double j stent takıldı, no 16 f foley kateter ureteral kateral olarak konuldu, işleme son verildi." 13:00'da yatağına alınan hastanın post operatif problemi olmaması nedeniyle 2 saat sonra sulu oral gıda başlandı, saat 17:00 sularında spinalin etkisinin geçmesi nedeniyle hasta mobilize edildi. Herhangi bir şikayeti olmayan hastanın 20:00 sularında aniden gelişen şiddetli göğüs ağrısı, terleme, bulantı olan hasta genel durumu kötüleşmesi nedeniyle acil doktoru tarafından müdahale edildi, yoğun bakıma alınan hasta kardiyak arrest geçmesi nedeniyle 22.30'a kadar anestezi ve dahiliye uzmanı tarafından resustasyon uygulandı resustasyona cevap vermeyen hasta exitus olarak kabul edildi."

Otopsi Raporu: Ölen hakkında düzenlenmiş tıbbi belge incelendi Spinal anestezi ile endoskopik üreter taşı kırma ameliyatı yapıldığı, saat 20.10 da yoğun bakıma entübe edildiği ventilatöre bağlandığı, kardiyak masaj yapıldığı, 5 dk sonra tekrar asistoli olduğu, 2 saat kadar tekrar canlandırma işlemi yapıldığı, cevap vermediği, ex olarak kabul edildiği, anabolizan ilaç kullanımı, kardiyomiyopati olasılığı nedeniyle miyokart enfaktüsü geçirdiği düşünülerek ölüm raporu düzenlendiği kayıtlı bulundu.

Batın açıldığında içerisinde 1800 cc kadar kısmen koagüle kan olduğu görüldü. Barsak serozaları içerisinde de yer yer sıvama tarzı şeklinde kanama alanları olduğu görüldü. Her iki böbrek çıkarıldı, sağ böbrek 495gr, sol böbrek 586gr olarak tartıldı. Sol böbrekte vena renalisin vena kava inferior dan ayrıldığı yerden böbreğe 3 cm mesafede etrafı erozeli 2mm kadar yırtık bulunduğu, sol böbrek lojunda geniş hematoma alanı olduğu görüldü. Sol üreter içerisinde her hangi bir değişim izlenmedi. Sağ böbrek

yüzeyinde tek tük retansiyon kisti ve iki adet küçük ebatlarda hematoma olduğu görüldü. Sağ üreter içerisinden böbreğe uzanan 2mm kadar çapta yuvarlak yumuşak plastik özellikte kanül olduğu görüldü. Sağ böbrek damarları incelendiğinde vena renalisin böbreğe yakın yerden yine 2 mm kadar delinmiş olduğu ve bu deliğe 1cm mesafede 1,5x2 cm lik alanın eroze olmuş olduğu görüldü. Sağ üreter içerisi incelendiğinde 2 adet küçük ebatlarda muhtemel taş olduğu seçildi. İnce ve kalın barsakların normal morfolojik görünümde olduğu görüldü. Abdominal aort, vena kaya inferior normal olduğu görüldü.

Kurulumuzun raporu; “.. endoskopik üreter taşı ameliyatında oluşan renal ven perforasyonuna bağlı iç kanama sonucu meydana geldiği oy birliğiyle mütalaa olunur.”

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Kişinin yapılan tetkikler sonucu uygun tanı konulduğu, ameliyat endikasyonunun yerinde olduğu, ameliyatın uygun teknik ile yapılmış olduğu, ameliyat sonrası uygun takip ve tedavisinin yapılmış olduğu, ameliyat esnasında oluşan renal ven yaralanmasının ameliyatın bir komplikasyonu olduğu, ameliyat öncesinden itibaren ateş, nabız, solunum ve kan basıncı takiplerinin düzenli aralıklarla yapılmış olduğu ve bunlarda bir özellik görülmediği cihetle kişinin takip ve tedavisine katılan hekimlere ve yardımcı sağlık personeline kusur atfedilemeyeceği oy birliğiyle mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Ahmet Yaser Müslümanoğlu,

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Baççılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Sağ üreter alt uc taşı için urs yapılmış ve double J konulmuş hastanın otopsisinde her iki renal ven vena kava bileşkesinde perforasyon olduğu tespit edilmiş. Bunun nasıl mümkün olabileceği konusunda değerlendirme yapınız (ifade ve raporların gerçeği yansıtmayabileceği de düşünülmelidir)?

Üreter alt uç taşı tanısı nedeni ile üroteroskopi ve üreteral kateter uygulanması sonrası exitus nedeni ile kaybedilen hastanın otopsi raporunda belirtilen bilateral renal ven rüptürünün operasyon sonucu komplikasyon olabileceğine dair literatürde bir kayıt yoktur. Ancak tek taraflı olduğunda iyatrojenik olarak değerlendirilebilir. Bu komplikasyonun değerlendirilebilmesi için operasyonu uygulayan hekimin deneyimi, kullanılan ekipman ve enerji kaynakları göz önünde bulundurularak değerlendirme yapılmalıdır. Exitusa yol açan nedenlerin, uzun dönem steroid kullanım öyküsü olan hastada bu kullanıma bağlı olarak gelişebilecek kardiomyopati komplikasyonunun bilinmesi gerekmektedir. Operasyon esnasında kullanılan efedrin, steroid gibi ilaçların etkinliği açısından uygun branş hekimleri tarafından değerlendirilmesi sonrası görüş belirtmek mümkündür. (Williams Textbook of Endocrinology, Thirteenth Edition, 2016)

2- Bu dosya hakkında bilirkişi raporunuz nasıl olur?

Üreter alt uç taşı nedeniyle ureterorenoskopi (URS) uygulandığı belirtilen hastaya ait tarafımıza gönderilen savunma metinleri incelenmiştir. İfadelerden anlaşıldığı üzere, ağrı nedeniyle başvurana hastada ürinerkalkül düşünülmüştür. Tanı amacı ile ilk planda ultrasonografi, düşük doz kontrastsız komputere tomografi çekimi ve idrar incelemesi European Association of Urology , urolithiasis kılavuzunda önerilmektedir (kanıt düzeyi A). Tedavi planlaması yapılabilmesi için bu bilgiler sorgulanmalı; taş boyutu, lokalizasyonu, üriner enfeksiyon ve genel durum değerlendirilerek tedavi planı belirlenmelidir. Taş boyutu 5 mm olarak belirtilen hastada ilk planda medikal ekspulsif tedavi ile spontan pasaj beklenmelidir. Ancak; uygun analjezik kullanımına rağmen persistan ağrı, persitan obstrüksiyon, renal yetmezlik ve spontan pasajın sağlanamayacağı büyüklükte taşlar için URS ilk tercih olabilir. Uygulanacak cerrahi prosedürden önce idrar kültürünün negatif olduğu mutlak suretle gösterilmelidir. (European Association of Urology, Guidelines on Urolithiasis -2016) Savunma metinlerinin incelenmesinde yukarıda belirttiğimiz konularda bilgi ve belge yer almamaktadır. Üreterorenoskopi uygulaması esnasında kullanılan URS' nin rijit veya fleksible olmadığı, çapı kullanılan litotripsi yöntemi, kılavuz tel veya kılıf kullanımı; intraoperatif veya

erken postoperatif dönemde görülebilecek, termal hasar, üreteralavulsiyon, taş migrasyonu, ürinereks-travazasyon ve sepsis gibi komplikasyonları belirleyen parametrelerdir. (Smith's Textbook of Endourology -2012). Otopsi raporunda (intraperitoneal) sıvı kolleksiyonu olduğu belirtilmiştir. Üreterorenoskopi sonrası oluşan sıvı kolleksiyonları hemen daima retroperitoneal bölgede oluşmaktadır. Bu konuda yeterli bilgi ve belge olmaması nedeni ile değerlendirilememiştir.

Yukarda belirtilen bilgiler ışığında tedavi algoritmasında güncel takip protokollerinin izlenmediği anlaşılmaktadır. Eğer belirtilmeyen eksik bilgi ve belgeler varsa tekrar değerlendirmeye alınmalıdır. Bu haliyle ürolojik prosedür uygulanmasında tıbbi hata olduğu kanısına varılmıştır.

4.2.8 ÜRETERENOSKOPİ SONRASI TAKİPTE EKSİKLİK: BÖBREK KAYBININ SORUMLUSU KİMDİR?

İDDİA

33 yaşındaki müvekkilimiz 2013 yılı Kasım ayında böbrek ağrısı ile başlayan tıbbi süreci, şüpheli hekimlerin kusurlu tıbbi uygulamaları sonucunda böbrek kaybı ile sonuçlanmıştır.

Müvekkilimizin 30.11.2013 tarihinde özel hastaneye (1. Hastane) başvurmuş, şüpheli doktor (1. Üroloji Uzmanı) tomografi sonucunda "sağ böbrek üreterde ve yine sağ böbrek alt kısmında olmak üzere 2 adet, sol böbrekte ise 1 adet taş bulunduğunu, sağ üreterdeki taşın kanalı tıkadığını ve kendi başına düşmeyecek boyutta olduğunu, bu nedenle acil müdahale ile alınması gerektiğini, taşın penisten girilerek kırılabileceğini, bu işlemin yapılması halinde kanalı tıkayan taş kırıldıktan sonra sağ böbrek içindeki taşın da kırılabileceğini, yani bir operasyonla sağ böbrekteki iki taşın da temizlenebileceğini; operasyonun kolay olduğunu ayılıp bayılmasıyla 1 saat süreceğini ve müvekkilimizin ertesi gün işine dönebileceğini" söylemiştir.

09.12.2013 tarihinde Fleksible üreterorenoskopik işlemi ile sağ böbrek üreterdeki taşa müdahale edilmiş, operasyon 4 saat sürmüştür. Operasyon sonrası hekim "operasyonun iyi geçtiğini, bir sıkıntı olmadığını" bildirmiştir. Müvekkilimiz sağ üreterdeki taşın kırılıp kırılmadığı hususunda şüphe duyarak grafi çekilmesini istemiştir. Bunun üzerine 10.12.2013 tarihinde çekilen grafiyi değerlendiren doktor "her şeyin normal olduğunu, böbrekte bir kateter olduğunu ve 1 ay sonra bu kateter çekildiğinde taşların düşeceğini idrarını kontrol etmesi gerektiğini gelen taşlardan bir parçasını analize göndermesi gerektiği" bilgisini vermiştir. Operasyondan bir ay sonra kateterin çekilmesi için hastaneye gidildiğinde, tekrar taşın kırılıp kırılmadığı ile ilgili bilgi istenir ve cevaben kateteri çektikten sonra durumun belli olacağını bildirilir. Hasta müvekkilimiz ve eşi şaşkınlık içinde yani taş kırılmadı mı sorusuna karşılık doktor sinilenerek masanın üzerinde duran dergileri sinirle hastaya doğru fırlatmış "birazdan sizin operasyonunuza gireceğim sizin yerinizde olsam operasyon öncesi benle bu şekilde konuşmazdım" demiştir. Mecburiyet karşısında kateter çekimi işlemleri yaptırılır. Şüpheli hekim bu operasyon sonrası taşların tamamen kırıldığını ve sıkıntı olmadığını söyleyerek müvekkilimizi taburcu etmiştir.

Kateter çekme operasyonundan yaklaşık 2 ay sonra müvekkil başka bir özel hastaneye (2. Hastane) başvurmuş buradaki şüpheli hekime (2. Üroloji uzmanı) röntgen çekirmiş, çekilen röntgen sonrası, "böbrekte hafif bir şişlik olduğunu, bunun operasyon sonrası normal olduğunu, üreterde bir taş görünmediği" söylemiştir.

Yaklaşık bir yıl sonra müvekkilimiz yaşadığı sürekli gaz şikayetiyle iş yeri hekimine gitmiş, buradan tüm ultrasonografi çekirmek üzere Sağlık Merkezi'ne (3. Hastane) sevk edilmiştir. Aynı gün çekilen USG sonucunda "böbreğin aşırı derece şişmiş olduğu ve dış çeperinin çok incelendiği" görülerek üroloji kliniğine sevk edilmiştir. Burada aynı gün muayene olduğu Prof. Dr. (3. Üroloji uzmanı) tüm batın tomografi çekimi yaptırmış sonucunda "böbreğin perişan halde olduğunu en az %50'sini kaybetmiş olabileceğini acil taşın alınması gerektiğini" bildirmiştir.

Müvekkilimiz aynı gün bir yıl önce gittiği Özel Hastane'de (2. Hastane) şüpheli doktora (2. Üroloji uzmanı) gitmişler, tomografiyi göstererek, sağ böbrekte biri alt polde diğeri üreter girişinde iki taş olduğunu ve üreterin tıkalı olduğunu söylemişlerdir. Yani esasen üreterdeki taş kırılmamış ve böbreği tıkamış, hasta müvekkilimiz ise gerçeği bilmeden bir yıl kayıp geçirmiştir. Bu bilgi karşısında müvekkilimiz, şüpheli doktora, operasyondan iki ay sonra kendisine geldiklerini, röntgen çekildiğini ve üreterde

taş yok her şey normal şeklindeki ifadelerini hatırlatınca "kusura bakmayın burada benim de hatam olmuş, röntgende üreterdeki taşlar görünmeyebilir, belki tomografi isteseydim görürdüm ve böbreğinizi kaybetmezsiniz" cevabını almıştır. Nitekim daha sonra müvekkilimiz anılan röntgen raporunu aldığı anda görecek ki, radyolog hekim de rapora "sağ ureterde kalkül?" şeklinde not düşmüştür. Bir diğer deyişle esasen üreterdeki taş, röntgende görülmektedir. Ancak şüpheli hekimin kusuru ile hasta müvekkilimize doğru bilgi verilmemiştir.

Daha sonra çekilen sintigrafide sağ böbreğin %5'inin çalıştığını bu nedenle alınması gerektiği, ayrıca doktor ameliyat sonrası çekilen tomografide kateterin yanlış takıldığı görüldüğünü, kateterin bir ucunun böbrek içinde olması gerektiği halde kateterin, taşın altında kaldığını, böylece kateterin fonksiyonunun da olmadığını, boşu boşuna takılmış olduğunu, taşın kırılmamış olduğunu buradan bile anlaşılacağı, üreterdeki bu pozisyondaki taşların riskli bölgede olduğunu, müdahaleyi penisten girerek yapmanın son derece sakıncalı olduğunu en sağlıklısinin dışarıdan ses dalgasıyla kırılması olduğunu, kendisi böyle bir vaka ile karşılaşsa bunu tavsiye edeceğini bilgisini vermiştir. Neticede müvekkilimizin böbreği başka bir özel hastanede (4. Hastane) alınmıştır.

SAVUNMA

1. Üroloji Uzmanı: Hastanın BT'sinde sağ üreter üst uçta 1.5 cm çapında taş, sağ grade 3 hidronefroz ayrıca sağ böbrek üst polde 7 mm çaplı taş, sol böbrekte 7 mm çaplı taş mevcuttu. Hastaya sağ üreter üst uç taşına yönelik üreteroskopik taş cerrahisi gerektiği bildirildi. Sağ böbrek üst polde yerleşik diğer taşa ise daha sonra ESWL uygulanabileceği bildirildi. Yine sol böbrek taşına da ESWL uygulanacağı bildirildi. Hastaya sağ flexible URS ile holmiyum laser litotripsi ve DJ yerleştirilmesi operasyonu uygulandı. Post-op DÜSG'de sağ üreter üst uç taşının başarılı bir şekilde fragmente edildiği gözlemlendi. Yine aynı DÜSG'de (10.12.2013) DJ'nin yerinde olduğu görüldü. Hasta sağ böbrekte taşa aynı seansta müdahale edilmediği için memnuniyetsizliğini bildirdi. Hastaya bunun teknik olarak mümkün olmadığını bildirdi.

Hasta takibe alındı. DJ çekilmeden önce BT istendi. Tomografide sağ proksimal üreter -UPJ komşuluğunda 2 mm çaplı rezidüel taşlar olduğu görüldü. Bunun üzerine DJ çekildi. Hasta bundan sonra tedavisine başka hastanede devam edeceğini bildirdi.

2. Üroloji Uzmanı: Hastanın Özel Hastanede bulunan muayeneme gelmesi üzerine tarafımdan değerlendirildi. Sağ üreterde ve sağ böbrekte taş tespit edildi, böbrekte dilatasyon vardı, hastaya tedavi seçenekleri olan fileksibl ureteroskopi ve Eswl (ses dalgası ile taş kırma) önerildi. Hasta bana ameliyattan iki ay sonra geldi. Ameliyatının tomografi çekilerek kontrol edilip operasyonun başarılı olduğunu kendisine söylendiğini belirtti. Hastanemizde yapılan ultrasonda sağ böbrekte dilatasyon ve grafide böbrekte şüpheli milimetrik opasiteler görüldü, hastaya ameliyat sonrası bu dilatasyonun sebepleri açıklandı. Ağrının ve dilatasyonun takip edilmesi gerektiği, gerekirse ileri tetkik yapılabileceği açıklandı. Ameliyat olduğu merkeze de başvuru yapılabileceği önerildi. Ancak hasta sonrasında tarafıma kontrole gelmedi. Mart 2015 de tomografi çekilmesi için tekrar hastanemize başvurdu. Çekilen tomografide sağ üreterde taş olduğu ve böbreğin ileri derecede dilate olduğu görüldü ve duruma müdahale önerildi. Ben hastayı ameliyat etmedim. Ben üzerine atılı bilinçli taksirle yaralama suçlamasını kabul etmiyorum.

BELGELER

30.11.2013 Tarihli Üriner Sistem BT (preop); "intravenoz kontrast madde verilmeden alınan kesitlerin değerlendirilmesinde; her iki böbreğin büyüklükleri ve konturları normal, sağ böbrek alt polde 7 mm çapında, sağ üreter proksimal kesiminde 8.5 mm çapında kalkül mevcut, sol böbrek orta polde 5 mm çapında kalkül mevcuttur"

Özel Hastanesi 09.12.2013 Giriş ve 10.12.2013 Çıkış Tarihi Epikrizinde; Sağ böbrek ve üreter taşı tanısı ile yatırıldı, sağ fleksible URS yapıldı. Ameliyat raporunda; "GAA litotomi pozisyonunda sistoskopi girilerek sağ üreter orifisinin entübe edildiği, skopi eşliğinde üreter access sheet yerleştirildi, flexible URS ile girilerek sol proksimal üreter renal pelvis yerleşimli 1 cm çaplı taşa ulaşıldığı, taşa holmiyum laser litotripsi uygulandı, 6F 26 cm DJ yerleştirildi.

10.12.2013 Tarihli Direkt Üriner Sistem Grafisi Raporunda; "sağ üriner sistemde Double J kateterine ait görünüm bulundu, olgunun BT ile değerlendirilmesinin önerildi."

14.01.2014 Tarihli Epikrizinde; DJ çekilmesi öncesinde kontrastsız BT ile değerlendirilen hastada en büyüğü 3 mm boyutunda rezidü fragmanlar saptandı, GAA DJ çekildi."

14.01.2014 Tarihli Üriner Sistem BT Raporunda; "sağ böbrek alt polde 7x6 mm boyutlarında hiperdens kalkül görünümü izlendiği, sağ böbrek toplayıcı sisteminde ve proksimal üreterde orta derecede ektazik değişiklikler mevcut, sol ile mukayeseli bakıda sağ böbrek boyutlarında hafif derecede artış ile sağ böbrek perinefritik yağlı planlarda da enflamasyona sekonder olduğu düşünülen kirlenme alanları izlendi, ayrıca sağ üreter proksimal kesimde, hemen ureteropelvik bileşke komşuluğunda büyüğü yaklaşık 2-2.5 mm çapta, 2 adet olduğu düşünülen hiperdens kalkül imajları seçilmekte, bu seviyeden itibaren üreter trasesi boyunca mesaneye dek uzanımı bulunan double-J kateterine ait görünüm mevcut, yine sol böbrek üst-orta polde yaklaşık 6.7x3.2 mm boyutlarında hiperdens, bir diğer kalkül görünümü daha mevcut, sol böbrek toplayıcı sisteminde belirgin ektazi izlenmedi, her iki böbreğin lokalizasyonu parankim kalınlıkları doğal"

09.03.2014 Tarihli Üst Üriner Sistem BT Raporunda; "her iki böbrek normal boyutta, sağ böbrek orta bölümde yerleşimli 9.5 mm çaplı kalkül izlendi, sağ böbrek toplayıcı sistemde grade 2 hidronefroz ile ureteropelvik bileşkede yerleşimli 9 mm çaplı kalkül mevcut, sol böbrek orta bölümde, yerleşimli 9.5 mm çaplı kalkül izlendiği, her iki böbrekte kitle bulgusu saptanmadı"

09.03.2014 Tarihli Üriner Sistem USG Raporunda; "Bilateral böbrekler normal anatomik lokalizasyonda, büyüklükleri normal, böbreklerin konturları muntazam olup perirenal ve pararenal alanlar normal, bilateral renal parankim eko ve kalınlıkları normal, sağ böbrekte pelvikalektazi mevcut, alt kalikte kalkül mevcut, sol böbrekte milimetrik boyutta kalkül mevcut,

25.02.2015 Tarihli Tüm Batın USG Raporunda; "sağ böbrek boyutları 116x56 mm. parankim kalınlığı 9 ila 4mm. sol böbrek boyutları 112x65mm, parankim kalınlığı 15mm ölçüldü, her iki böbrek normal lokalizasyonda, sağ böbrekte grade III-IV pelvikalsiyel dilatasyon ve parankimde belirgin inceltme izlendi, parankim ekojenitesi tabii görünümde, sağ böbrek alt polde dilate kaliks içerisinde bir adet 9mm çapında ekojen kalkül izlendi, bunun dışında sağ böbrekte proksimal ve distal üreterde ultrasonografik olarak belirgin kalkül görüntülenemedi"

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Kişiye 30.11.2013 tarihinde çekilen batın BT'de sağ böbrek alt polde 7 mm çapında sağ üreter proksimal kesiminde 8.5 mm çapında ve sol böbrek orta polde 5 mm çapında kalkül tespit edildiği, 09.12.2013 tarihinde yatırıldığı, sağ flexible URS ile holmiyum laser litotripsi ve DJ yerleştirilmesi operasyonu uygulandığı, işlem sonrası çekilen grafide DJ'nin yerinde olduğunun görüldüğü, 11.01.2014 tarihinde takılan DJ'nin çıkarıldığı, takiplerinde 09.03.2014 tarihinde üst üriner sistem BT çekildiği, sağ böbrek toplayıcı sistemde grade II hidronefroz ile ureteropelvik bileşkede yerleşimli 9 mm çaplı kalkül görüldüğü, 25.02.2015 tarihinde yapılan batın USG'de sağ böbrekte grade 3-4 pelvikalsiyel dilatasyon, parankimde belirgin inceltme ve alt polde 9 mm çapında kalkül izlendiği, 09.03.2015 tarihinde yapılan renal kortikal (DMSA) sintigrafisi ile sağ böbreğin nonfonksiyone olduğunun tespit edildiği, sağ afonksiyone böbrek 08.02.2016 tarihinde cerrahi olarak çıkarıldığı tıbbi belgelerde kayıtlı olduğu, üreter taşları şiddetli ağrıya neden olduğu gibi idrar akımını engelleyerek böbreklerde hasar oluşturabildiği, bu nedenle üreteri tıkayan bu taşların çıkarılmasının gerektiği, üreter taşlarının çıkarılmasında cerrahi yöntemlerin kullanılabilirdiği, endoskopik taş kırma yöntemi bu amaçla sıklıkla kullanıldığı, kişinin özel hastanede takılan DJ'sinin çıkarıldığı, 09.03.2014 tarihinde yapılan üriner sistem BT'sinde sağ böbrek pelviste genişleme tespit edildiği, sonrası takiplerinde özel hastaneye (1. Hastane) başvurmadiği, bu nedenle bu hastanede görevli üroloji uzmanının hastayı takip ve tedavi etme imkanının bulunmadığı, ancak ameliyatı yapan üroloji uzmanı 09.12.2013 tarihinde uygulandığı ameliyat sonrasında hastanın takibinde aynı hal ve şartlarda kendisinden beklenen özeni göstermediği oy birliği ile mütalaa olunur.

Öğretim Üyesi Bilirkişi: Hasta 9.12.2013 tarihinde fleksibil urs il taş ameliyatı olup double J takılmış, ertesi gün yapılan DÜSG de double J nin yerinde olduğu anlaşılmış ve bir ay sonra double J çıkartılmıştır. Hastanın ameliyat endikasyonu, ameliyat yöntemi ve erken takibi tıbbi kurallara uygun olup, sonrasında da takibini başka hastanelerde yaptırdığı için, ameliyatı yapan üroloji uzmanının uygulamalarında her hangi tıbbi hata tespit edilmemiştir.

Hastaya 9.3.2014 tarihinde çekilen BT de sağ UPK da 8.5 mm taş ve sağ G II hidronefroz olduğu saptanmıştır. Hasta BT nin bu görüntü ve raporlarını Üroloji Uzmanına gösterdiğini üroloji uzmanının ise bir sorun yok dediğini belirtmektedir. Böbrekteki soruna rağmen hastasını uyarmayan ikinci gittiği üroloji uzmanının uygulamaları tıbbi hatalıdır.

Böbreğin ameliyatlar öncesi çalışma durumunun bilinmediği, taşlı böbrek olduğu, zamanında tanı konulsaydı böbreğin kurtarılma durumunun ihtimal dahilinde olduğu ancak kesinlik arz etmeyeceğine karar verildi.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Yaşar Özgök, Türk Üroloji Yeterlilik Kurul Başkanı, Üroloji Uzmanı

1- Akut Flank Ağrılı Hastaların değerlendirilmesi Nasıl olmalıdır. Klavuz bilgilerini de dikkate alarak yorumlayınız.

EUA klavuzu: Varsa ultrasonografi; primer tanısal görüntüleme yöntemi kullanılmalı, görüntüleme değerlendirmeleri sırasında ağrı kesici veya diğer acil durum önlemleri ertelenmemelidir (gecikmemelidir). DÜSG (Direk Üriner Sistem Grafisi)de radyopak ile radyolüsen taşları birbirlerinden ayırt edebildiği gibi ve takip sırasında karşılaştırma yapmayı da sağlar(1) Kontrastsız BT (bilgisayarlı tomografi) düşünülüyorsa DÜSG çekilmemelidir(1).

Renal kolikli hastanın akut tedavisinde Ağrının kesilmesi akut taş atağı olan hastalarda ilk tedavi adımıdır. İlk seçenek: NSAİİ ile başlayın, (Öneri Derecesi 1b A). Diklofenak sodyum, indometazin, İbuprofen kullanılabilir. İkinci seçenek hidromorfin, tramadol (Öneri derecesi 4 D) ve Alfa blokerler (Öneri derecesi 1a A) olabilir(1).

1. C. Türk, T. Knoll, A. Petrik ve ark. European Association of Urology Guidelines on Urolithiasis.

2- Üreter veya böbrek taşı ile başvuran hastaların tıbbi görüntülemesi nasıl olmalıdır? Literatür bilgileri eşliğinde konu ile ilgili bilgilendirme yapınız.

Hastanın klinik bulguları ile şüpheli üreter taşı veya böbrek taşı varlığına göre en uygun görüntüleme yöntemi seçilebilir. Standart hasta değerlendirmesi detaylı medikal öykü ve fizik muayeneyi içermelidir. Üreter taş hastaları genellikle yan ağrısı ve kasıklara vuran ağrı, penise vuran ağrı, kusma, bazen ateş ile başvurabilirken, bazen de obstrüksiyona neden olmayan (idrar geçişine mücade eden veya kısmen mücade eden) taşlarda herhangi bir bulgu vermezler. Non fonksiyone(Fonksiyon göstermeyen) böbreklerde de herhangi bir bulgu vermezler.

Bu durumda ultrason (USG) ilk görüntüleme yöntemi olarak seçilmelidir. USG radyasyon içermediğinden güvenlidir. Ulaşılması kolay ve ucuz olması nedeniyle de tercih edilebilir bir görüntüleme yöntemidir. USG ile kaliks içinde, pelviste ve ureterovezikal bileşkedeki taşlar ile üst üriner sistem dilatasyonları ortaya konulabilir. (1,2,3,4)

USG, üreter taşları için, %45 sensitivite (duyarlılık) ve %94 spesifiteye(özgüllük) sahip iken böbrek taşları için %45 sensitivite ve %88 spesifite gösterir. Bunun yanında böbrek, üreter ve mesane için yapılan radyogramların duyarlılık ve spesifitesi sırasıyla %44-77 ve %80-87'dir (5).

Böbrek üreter mesane radyogramı, eğer hastaya kontrastsız tomografi (NCCT) planlanıyor ise DÜSG yapılmamalıdır(6). Ancak radyopak-radyolüsent ayrımı yapılmasında ve takip hastalarının izlenmesinde faydalı olabilir. NCCT ürik asit ve ksantin taşları gibi radyolüsent taşları dahi rahatlıkla gösterebilir. NCCT ile görüntülenemeyen taş tipi indinavir taşları olarak bilinmektedir (7).

1. Wimpissinger, F. ve ark. The silence of the stones: asymptomatic ureteral calculi. J Urol, 2007. 178:1341.
2. Ray, A.A., et al. Limitations to ultrasound in the detection and measurement of urinary tract calculi. Urology, 2010. 76: 295. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20206970>
3. Smith-Bindman, R., et al. Ultrasonography versus computed tomography for suspected nephrolithiasis. N Engl J Med, 2014. 371: 1100. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25229916>.
5. Heidenreich, A., et al. Modern approach of diagnosis and management of acute flank pain: review of all imaging modalities. Eur Urol, 2002. 41: 351. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12074804>.

6. Kennish, S.J., et al. Is the KUB radiograph redundant for investigating acute ureteric colic in the non-contrast enhanced computed tomography era? Clin Radiol, 2008. 63: 1131. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18774360>;
7. Wu, D.S., et al. Indinavir urolithiasis. Curr Opin Urol, 2000. 10: 557. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11148725> / C. Türk, T. Knoll, A. Petrik ve ark. European Association of Urology Guidelines on Urolithiasis).

3- Böbrek ve Üreter Taşlarının Tedavi planlaması yapılmadan önce hangi tetkiler planlanmalıdır. Klavuz bilgileri ve literatürler eşliğinde konu ile ilgili bilgilendirme yapınız.

Böbrek taşları için tedavi planlanırken böbreklerin kontrastlı (kontrastlı BT veya İVP) görüntüleri gerekir. EUA klavuzu Öneri Derecesi 4-A (1).

Intravenöz Ürografi (İVÜ): Şüpheli Böbrek Taşı ve Üreter Taşı hastalarda tanı koymak, non opak taşları ekarte etmek, obstrüksiyon ve üriner fonksiyonu dökümanete etmek için geçmişte daha yoğun olarak kullanılan, genel olarak ucuz, güvenli, yaygın olarak kolay ulaşılabilen bir testtir. Test; allerji öyküsü, kardiyopulmoner veya renal disfonksiyon varlığı sorgulanarak yapılmalıdır. Kontrast madde allerjisi olanlarda, serum kreatinin değeri 200 umol/L üzerinde olanlarda, metformin kullananlarda, gebelerde ve myelomatozisi olanlarda kontrendikedir(6). Ancak güncel klavuzlar incelendiğinde NCCT'nin akut flank ağrıda standart görüntüleme yöntemi olduğu ve İVÜ'nin yerini aldığı görülmektedir. Akut ürolitiazis değerlendirilmesinde, NCCT anlamlı olarak İVP'ye göre daha doğru sonuçlar vermektedir (5)

Akut üreteral obstrüksiyonun klasik bulguları: Büyümüş bir böbrekteki gecikmiş yoğun nefrogram ve üriner obstrüksiyonun olduğu taraftaki gecikmiş görüntülerdeki pelvikalektazi veya üreter dilatasyonunun ortaya konulmasıdır. DÜSG de görülemeyen radyolüsen(Semiopak, non opak) taş pyelogram fazında dolma defekti şeklinde ortaya konulabilir. Tamamen obstrükte böbrekte alınan geç grafilerde opak maddenin nefrogram ve pyelogram fazında kalması izlenir. Üreter alt ucundaki tıkanıklıklarda ise mesaneden opak maddenin süzülmesiyle taşın görüntülenmesi mümkün hale gelir. Buna ek olarak prone veya ayakta alınan görüntülerle üriner obstrüksiyona neden olan üriner bölgenin ortaya konulması kolaylaşabilir (7).

Renal kolik Esnasında Koliğe bağlı non fonksiyone böbrek çıkabilir. Bunun içinde Öncelikle US yapmak. Mutlaka yapmayı düşünüyorsak İVÜ'yi ise kolik geçtikten sonra yapmak ideal olanıdır. (6,7,8,9)

Son Avrupa Üroloji Derneği Klavuzları incelendiğinde, akut flank ağrı ile başvuran hastalarda, USG incelemesini takiben NCCT yapmak taş tanısını doğrulama önerisinin (LE) 1a, GR A olarak verilmiştir (1)

İVÜ'nin üriner sistem taş hastalığındaki sensitivitesi %51-87, spesifitesi ise %92-100 olarak belirtilmektedir. Akut renal kaynaklı taş hastalığının değerlendirilmesinde yerini kontrastsız BT'ye bırakmıştır. NKBT(Non Kontrast Bilgisayarlı Tomografi) üreter taşlarının tanınmasında intravenöz ürografiden daha sensitiftir. NKBT'nin akut renal kolik değerlendirilmesindeki sensitivitesi %94-100, spesifitesi %92-100 olarak bilinmektedir.

Hafif hidronefroz bile NKBT ile rahatlıkla tanınmaktadır. Üreter taşlarının tanınmasında İVÜ'den daha sensitiftir. NKBT akut renal kolik değerlendirilmesindeki sensitivitesi %94-100, spesifitesi %92-100 olarak bildirilmektedir.

Avrupa Üroloji Derneği'nin de son kılavuzunda düşük doz CT ile ilgili verdiği sensitivite ve spesifite değerleri sırasıyla %96,6 (95-97,8) ve %94,9 (92-97) olarak verilmiştir ve bu değerleri konu ile ilgili prospektif çalışmaların bir meta-analizine dayandırmıştır. (12.13)

Yine EAU guidelinee incelendiğinde İVÜ uygulanan hastalarda radyasyon maruziyetinin (1,3-3,5 mSv), NCCT uygulanan hastalardaki radyasyon maruziyetinden (0,97-1,9) daha fazla olduğu görülmektedir. (10,11,12,14,15,16)

Sonuç olarak, söz konusu vakanın tüm doktor başvurularında kontrastlı inceleme(İVÜ) yapılmamış olması ürolojik kılavuzları incelendiğinde yanlış bir uygulama olmamıştır. Kontrastlı inceleme yapmak yerine, tomografi ile durumun ortaya konulması doğru bir karar olmuştur.

2. C. Türk, T. Knoll, A. Petrik ve ark. European Association of Urology Guidelines on Urolithiasis.
3. Worster, A. ve ark. The accuracy of noncontrast helical computed tomography versus intravenous pyelography in the diagnosis of suspected acute urolithiasis: a meta-analysis. Ann Emerg Med, 2002. 40: 280.).
4. Gerst, S. R., & Hricak, H. (2008). 6 Radiology of the Urinary Tract. General Urology, 58).

5. Sourtzis, Stavroula, et al. "Radiologic investigation of renal colic: unenhanced helical CT compared with excretory urography." *AJR. American journal of roentgenology* 172.6 (1999): 1491-1494.
6. Miller, O. F., Rineer, S. K., Reichard, S. R., Buckley, R. G., Donovan, M. S., Graham, I. R., & Kane, C. J. (1998). Prospective comparison of unenhanced spiral computed tomography and intravenous urogram in the evaluation of acute flank pain. *Urology*, 52(6), 982-987.
7. Yilmaz, S., Sindel, T., Arslan, G., Özkaynak, C., Karaali, K., Kabaalioğlu, A., & Lülecı, E. (1998). Renal colic: comparison of spiral CT, US and IVU in the detection of ureteral calculi. *European radiology*, 8(2), 212-217
8. Niall, O., Russell, J., Macgregor, Robert T., Duncan, H., & Mullins, J. (1999). A comparison of noncontrast computerized tomography with excretory urography in the assessment of acute flank pain. *The Journal of urology*, 161(2), 534-537.
9. Wang, J. H., Shen, S. H., Huang, S. S., & Chang, C. Y. (2008). Prospective comparison of unenhanced spiral computed tomography and intravenous urography in the evaluation of acute renal colic. *Journal of the Chinese Medical Association*, 71(1), 30-36.
10. Shine, S. (2008). Urinary calculus: IVU vs. CT renal stone? A critically appraised topic. *Abdominal imaging*, 33(1), 41-43.
11. Niemann, T. ve ark. Diagnostic performance of low-dose CT for the detection of urolithiasis: a metaanalysis. *AJR Am J Roentgenol*, 2008. 191: 396. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18647908>
12. Kluner, C., et al. Does ultra-low-dose CT with a radiation dose equivalent to that of KUB suffice to detect renal and ureteral calculi? *J Comput Assist Tomogr*, 2006. 30: 44. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16365571>
13. Caoili, E.M., et al. Urinary tract abnormalities: initial experience with multi-detector row CT urography. *Radiology*, 2002. 222: 353. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11818599>
14. Van Der Molen, A.J., et al. CT urography: definition, indications and techniques. A guideline for clinical practice. *Eur Radiol*, 2008. 18: 4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17973110>
15. Thomson, J.M., et al. Computed tomography versus intravenous urography in diagnosis of acute flank pain from urolithiasis: a randomized study comparing imaging costs and radiation dose. *Australas Radiol*, 2001. 45: 291. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11531751>

4- Üreter Taşlarının Tedavi planlaması: Klavuz bilgileri ve literatürler eşliğinde konu ile ilgili bilgilendirme yapınız

Üreter Taşlarının Gözlem: Yeni tanı almış ve <10 mm üreter taşı olan hastalarda, eğer aktif taş çıkarılması endike değilse, periyodik değerlendirme ile gözlem opsiyonel ilk tedavidir. Böyle hastaların takibi sırasında taşın düşmesini kolaylaştırmak için uygun tıbbi tedavi önerilebilir. EUA klavuzunda Öneri derecesi 1a A olarak belirtilmektedir.

Üreter taşlarının aktif çıkarılması için girişimsel yöntem seçimi: (Öneri düzeyi A) Proksimal üreter < 10 mm olan taşlarda ilk seçenek: Şok dalgalarıyla taş kırma. İkinci seçenek: URS Proksimal üreter > 10 mm :URS (retrograd veya antegrad) veya şok dalgalarıyla taş kırma. Ho:YAG lazer litotripsi; (fleksibl) URS'de tercih edilen yöntemdir. Öneri derecesi 3 B(1)

Taş endoskopik görüş alanında değilken basket kullanılmamalıdır (körlemesine basket kullanımı Öneri derecesi 4 A. URS'yi takiben komplikasyon riski artmış hastalarda stent takılmalıdır. Komplikasyonsuz URS'de stent takılması gerekmez. Öneri derecesi 1a (1)

1. C. Türk, T. Knoll, A. Petrik ve ark. European Association of Urology Guidelines on Urolithiasis.

5- Bu dosya hakkında bilirkşi raporunuz nasıl olurdu?

Akut kolik flank ağrısı ile başvuran hastaya yapılan 30.11.2013 tarihli üriner sistem bilgisayarlı tomografisi (preop) ile tedavi planlaması EUA klavuzu Öneri Derecesi 1a A olup doğru bir karardır. "intravenoz kontrast madde verilmeden alınan kesitlerin değerlendirilmesinde; her iki böbreğin büyüklükleri ve konturları normal, sağ böbrek üst polde 7 mm çapında, sağ üreter proksimal kesiminde 12 mm çapında kalkül mevcut, sol böbrek orta polde 5 mm çapında" kalkül mevcut olduğu gözlenmiştir. Sonuç olarak sağ böbrek alt kaliks <1 cm ve sol böbrekte orta kaliks <1cm taş ve sağ üreter üst bölüm >1cm taş saplandığı 30.11.2013 tarihli tomografi raporundan anlaşılmaktadır.

Özel hastanedeki 1. Üroloji uzmanı doktor, hastaya üreter üst bölüm taşı için fleksibl URS ve bu ameliyat sonrasında da böbrek taşları için ESWL önermiştir. Taş 10 mm. nin üzerinde olduğu için EUA klavuzuna göre doğru öneride bulunmuştur. Ameliyatı klavuzların önerdiği şekilde yapmış ve URS sonrası sağ toplayıcı sisteme DJ kateter yerleştirmiş, EUA klavuzuna göre doğru öneride bulunmuştur. Postop 1.

ayında da DJ kateteri çıkartmıştır. Ancak hasta bu işlem sonrasında takiplerine 1. Üroloji uzmanı doktor ile devam etmemiştir. Bu durum değerlendirildiğinde, 1. Doktorun EAU guideline'ları ışığında doğru bir tedavi uyguladığı, sonrasındaki dönem için de kalan taşlarla ilgili doğru önerilerde bulunduğu gözlenmektedir. EUA klavuzunda: Rezidüel fragmanları veya taşları olan hastalarda hastalığın seyri düzenli olarak izlenmelidir. (Öneri Derecesi 4 C) Hastanın double J kateterini çektirdikten sonra mutlak takibinin yapılması gerektiği konusunda bilgilendirilip bilgilendirmediği konusu meçhuldür.

Doktorun DÜSG(Direk üriner system grafi) ile hastanın kateterini kontrol etmesi kalan milimetrik taşların düşeceğine karar vererek Double J kateri çekmesi ve bu işlemlerin EUA klavuzlarına uygun olması ve sonraki kontrolleri hastanın farklı mermezlerde yaptırması dolayısıyla 1. Üroloji uzmanı doktorun kusuru gözlenmemiştir.

Hasta 1. Hastanede yapılan işlemlerden 2 ay sonra 2. Hastanede 2. Üroloji uzmanı doktora başvurmuştur. Burada 01.03.2013 Tarihli Üst Üriner Sistem BT Raporunda; " sağ böbrekte grade II-III pelvikalsiyel dilatasyon ve parankimde belirgin incelleme izlendi, parankim ekojenitesi tabii görünümde, sağ böbrek alt polde dilate kaliks içerisinde bir adet 8mm çapında ekojen kalkül izlendi, bunun dışında sağ proksimal ureterde Obstrüksiyona neden olmuş. 5 mm taş gözlemlendi." İbadesi mevcuttur.

Hasta bilgisayarlı tomografinin bu görüntü ve raporlarını 2. Üroloji uzmanı doktora gösterdiğini, üroloji uzmanının ise bir sorun yok dediğini belirtmektedir. İkinci doktor vermiş olduğu ifadesinde ise; "hastaya ameliyat sonrası bu dilatasyonun sebepleri açıklandı. Ağrının ve dilatasyonun takip edilmesi gerektiği, bu genişlemenin ameliyat öncesi mevcut olan hidronefroza ait olabileceği, gerekirse ileri tetkik yapılabileceği açıklandı. Ameliyat olduğu merkeze de başvurabileceği önerildi." demektedir. Hasta doktorun ifadesini yanlış değerlendirerek işin vehametini görmemiş ve 1 yıl boyunca takibi bırakmış. Bir yıl sonra kurum doktorunun gönderdiği Prof. Dr. (3. Üroloji uzmanı) tüm batın tomografi çektirmiş. Sonucunda "böbreğin perişan halde olduğunu en az %50'sini kaybetmiş olabileceğini taşın acil alınması gerektiğini" bildirmiştir. Fakat hastanın ateşi ve obstrükte taşı ile iligilenmek yerine etik dışı bir davranışla meslektaşını kötüleme yolunu seçmiştir. Hasta bunun üzerine hastalığını bir kenara bırakarak hesap sorma yolunu seçmiştir.

"Ancak hasta sonrasında tarafıma kontrole gelmedi. Mart 2014 de tekrar hastanemize başvurdu. Çekilen tomografide sağ ureterde taş olduğu ve böbreğin ileri derecede dilate olduğu görüldü ve duruma müdahale önerildi." İfadesi de bunu doğrulamaktadır.

Hasta yine 1 yıl herhangi bir doktora gitmemştir.2. yıl Daha farklı 4. Bir hastaneye gitmiş ve çekilen sintigrafide sağ böbreğin %5'inin çalıştığını bu nedenle alınması gerektiği, ayrıca 4.doktor ameliyat sonrası çekilen böbrek filminde kateterin yanlış takıldığıının görüldüğünü, kateterin bir ucunun böbrek içinde olması gerektiği halde kateterin, böbrek dışına çıktığını, böylece kateterin fonksiyonunun da olmadığını, boşu boşuna takılmış olduğunu, taşın kırılmamış olduğunu buradan bile anlaşılabilceği, ureterdeki bu pozisyonadaki taşların riskli bölgede olduğunu, müdahaleyi penisten girerek yapmanın son derece sakıncalı olduğunu en sağlıklıısının dışarıdan ses dalgasıyla kırılması olduğunu, kendisi böyle bir vaka ile karşılaşsa bunu tavsiye edeceğini bilgisini vermiştir. Neticede müvekkilimizin böbreği başka bir özel hastanede (4. Hastane) alınmıştır.

Burada değerlendirmeyi 3 yönden incelemek gerekir.

a-Gidilen 3. Doktor etik yönden kusurlu davranmış , Mesleki etiğe uymamıştır. Yapılması gereken ilk ameliyatı yapan doktorla görüşüp ameliyat hakkında bilgi alması gerekirdi.

b-Yaptığı açıklamaların hiç birinin bilimsel kanıtı yoktur. 3. ve 4. Doktorun etik kusuru vardır. Onlarda bu yönü ile değerlendirilmelidir.

c-Hasta ile doktor ifadeleri arasında uyumsuzluk vardır. Ayrıca bu taşta müdahale gerektiği ve Mutlak takip gerektiği konusunda hastayı uyarması gerekirdi.

d-Bir yıl sonra gelen hastayı Acil müdahale gerektiği konusunda hastayı uyarmayan 2. Doctor. Kısım

2. Doktoru kötülemek yerine en azında nefrostomi takarak müdahale etmeyen 3. Doctor tıbben (EUA klavuzu öneri derecesi 4 C) Tıbben kusurludur.

Yine ameliyat sonrası çekilen böbrek filminde kateterin yanlış takıldığıının görüldüğünü, kateterin bir ucunun böbrek içinde olması gerektiği halde kateterin, böbrek dışına çıktığını, böylece kateterin

fonksiyonunun da olmadığını, boşu boşuna takılmış olduğunu, taşın kırılmamış olduğunu buradan bile anlaşılabilceği, üreterdeki bu pozisyonadaki taşların riskli bölgede olduğunu, müdahaleyi penis-ten girerek yapmanın son derece sakıncalı olduğunu en sağlıklısının dışarıdan ses dalgasıyla kırılması olduğunu, kendisi böyle bir vaka ile karşılaşsa bunu tavsiye edeceğini bilgisini vermiştir. İfadeleri ile İlk ameliyatı yapan doktoru kötölemek yolunu seçen doktora etik kusur işlemiştir.

4.2.9 ÜRETER DARLIĞI TANI VE ÜRETERORENOSKOPİ ENDİKASYON TARTIŞMALARI VE SONRASI SEPSİS

İDDİA

1. Müşterek murisimiz 29 Mart 2014 Cumartesi gecesi böbrek ağrısı şikayeti ile Kırklareli Devlet Hastanesi Acil servisine başvurmuş, nöbetçi doktor tarafından yapılan tetkiklerin ardından, taş düşürdüğüne ya da kum döktüğüne dair herhangi bir işaretin olmadığı, çok gazının bulunduğu teşhisi ile pazartesi günü üroloji uzmanına muayene olması tavsiye edilerek evine gönderilmiştir.

2. Tavsiyeye uyan murisimiz 01.04.2014 Pazartesi günü Üroloji servisine gitmiştir. Doktor kendisini dinlemiş ve tomografi çekirtmesini istemiştir. Tomografi sonuçlarını gören doktor, taş yada kum gözükmediğini söyleyerek, bir ay sonra kontrole gelmesini önermiştir.

3. İçi rahat etmeyen murisimiz bir başka üroloji doktorunun daha görüşünü almak istemiş ve elindeki tomografi sonuçları ile birlikte bu kez başka bir doktora müracaat etmiştir. Muayenenin ardından doktor, ya taş nedeniyle, ya da taş düşmesinden ötürü bir tıkanıklık oluştuğunu, bunun operasyonla anlaşılacağını, taş varsa kırılacağını, yoksa tıkanıklığın balonla açılacağını, operasyonun küçük olduğunu, bir gece yatacağını söyleyerek, operasyon için 17.04.2014 tarihine randevu vermiştir.

4. 17.04.2014 günü hastaneye yatmıştır. Aynı gün 08.30 da gerçekleşen operasyondan sonra doktor sadece tıkanıklık olduğunu, sonda ile tıkanıklığı açtığını, herhangi bir sorunun kalmadığını, bir gün sonra 18.04.2014 günü çıkışının yapılacağını söylemiştir.

5. Akşam saat 17,30 a kadar odasında yatan murisimizin sondası, bu saatte alınmış ve doktoru bol bol sıvı tüketip yürüyüş yapmasını önermiştir. Ancak ilerleyen saatlerde halsizlik ve sık sık tuvalet ihtiyacı baş göstermiş, çok az miktarda idrar çıkışı olmasına rağmen, sabaha kadar tuvalete taşınmış, ağrı ve yanma ile yatağında kıvranmıştır. Bu arada bir kez de istifra etmiştir.

6. 18.04.2014 sabahı saat 09.00 kontrole gelen doktor durumunu görünce murisimize, sağlığının iyi olmadığını, kontrol altında kalması gerektiğini, taburcu işlemini ertelediğini, 21.04.2014 Pazartesi günü taburcu olacağını söylemiştir. Saatler ilerledikçe murisimizin durumu daha da kötüleşmiş, şiddetli titremelerle birlikte ateşi 40 dereceye çıkmış, dudaklarında morarmalar baş göstermiştir. Yapılan ateş düşürücü iğne ve soğuk uygulamalarıyla ateşi kısa sürelerle normalleşmiş, ancak halsizlik ve idrar çıkış azlığında hiçbir değişiklik olmamıştır. Akşamüstü saat 17.00 da murisimizden test için iki tüp kan alınmış, fakat mikrobiyoloji servisinin kapalı olduğu gerekçesi ile gerekli testler, aynı gün ve takip eden Cumartesi, Pazar günlerinde dahi yapılmamıştır. Gece boyunca rahatsızlığı sürekli artmış, yapılan ağrı kesici ve ateş düşürücü iğnelere etkilili olmamıştır.

7. 19.04.2014 Cumartesi sabahı servise gelen doktor kan testinin yapılmaması ile ilgilenmeden ve tedavi şeklinde hiçbir değişiklik yapmadan bize, İstanbul'a gideceğini, antibiyotik uygulamasına aynen devam edileceğini, istersek izinli olarak eve çıkabileceğimizi, akşam-sabah antibiyotik uygulamasına devam etmemizi, pazartesi günü hastaneye gelmemizi, durumuna bakacağım söyledi. Bunun üzerine saat 12.30 da izinli olarak hastaneden çıkışımız yapıldı ve evimize gittik. Murisimizin ateş yüksekliği, halsizlik ve idrar çıkış problemi evimizde de devam ediyordu. Aynı gün akşam saat 20.00 sularında hastaneye gittik. Antibiyotik uygulamasından sonra yine eve döndük. Murisimiz evde bütün gece hiç uyuyamadı.

8. 20.04.2014 Pazar sabahı tekrar hastaneye gittik, yine antibiyotik uygulayıp bizi eve gönderdiler. O gün karnı şişmeye başladı. Ameliyat öncesinde hiçbir idrar sorunu olmayan murisimizin ameliyat sonrası böyle bir sorun yaşamasına şaşıyorduk. Gece hiç uyumadı ve sabaha kadar idrar çıkışı olmadı. Durumu çok kötüydü. Sağ elinin üç parmağının uçlarında morarmalar başlamıştı.

9. 21.04.2014 sabahını zor bekledik ve taksi çağırıp murisimizi hastaneye götürdük. Haber verilmesi üzerine doktor geldi ve sonda takılmasını istedi. Böylelikle birikmiş idrarı alındı. Ardından tüple hava verilmeye başlandı. Murisimiz yatamıyordu, bu nedenle müdahaleler oturarak yapılıyordu. Gelen doktorlardan biri kültür testi sonuçlarını istedi. Bunun üzerine hemşireler 18.04.2014 günü akşam üstü kan alındığını, mikrobiyoloji servisi kapalı olduğu için tahlil yapılamadığını, cumartesi ve Pazar günü de aynı nedenle tahlillerin yapılamadığını söylediler. Herkes şaşkınlık geçirdi. Bu savsamaya anlam veremedi. Kültür testinin zamanında yapılmaması uygulanan tedaviyi de etkisizleştirmiş ve murisimizin durumunu çok kötüleştirmişti. Test sonuçlarını isteyen doktor bu kez hemen kan alınmasını ve acil kültür testi yapılması talimatını verdi. Ancak iş işten geçmişti.

10. Aynı gün öğle saatlerinde biz bir ambulansla özel bir hastaneye sevk edildik. Hastaneye varır varmaz doktorlar murisimizi önce acile aldılar ve bizden kültür testleri ile sair tahlillerini istediler. Veremedik çünkü kültür testi yapılmamıştı. Yapılan muayenenin ardından hastamız yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Bir sonraki gün doktor bizi yanma çağırırdı ve hastanın sevk nedeninin solunum yetmezliği olduğunu, ancak tablonun sevk nedenini doğrulamadığını, kültür testlerinin halen gelmediğini, kan aldıklarını, idrar çıkışının olmadığını, nefes alma zorluğunu aşmaya çalıştıklarını, %80 oranında hayati tehlikesinin bulunduğunu söyledi. Beklenen kültür testi sonuçları o gün akşam üstü Devlet Hastanesinden faxla geldi. Gelen sonuçlardan hastamıza ameliyat esnasında yada sonrasında Devlet Hastanesinde enfeksiyon kapıldığını anlaşılmaya üzere doktorlar hemen tedaviyi değiştirdiler. Ancak çok geç kalınmıştı. Hastamız her gün kötüye gidiyordu. İdrar çıkışı olamadığı için ağızdan sıvı gıda verilemiyordu. Doktor hocası ile görüşerek hastayı tedavi etmeye çalışıyordu. Bu arada bize birkaç hastane ile sevk için görüştüğünü ancak kabul alamadığını söyledi. Bizde arayışa girdik, Tıp fakültesine yatış için girişimde bulduk, fakat kültür ve tahlil sonuçlarını gören herkes bulunduğumuz yerde yapılandan farklı bir şey yapamayacaklarını söyleyerek hastamızı kabul etmediler.

11. İlerleyen günlerde murisimiz daha da kötüleşti, gövdesi şişti, başında ödemler oluşmaya başladı, vücudunda şişlikler baş gösterdi, patlamalar meydana geldi, diyalize girdi ve en son 01.05.2014 günü saat 00,30 hayata gözlerini kapadı.

SAVUNMA

Üroloji Uzmanı: Hasta sol lomber ağrı yakınması ile polikliniğimize başvurmuştu. Hastanın tetkikleri ve tomografisi elinde mevcuttu. Değerlendirme sonucu sol hidroüreteronefroza neden olan üreterovezikal darlık ön tanısı koydum. Teşhis ve tedavi amaçlı endoskopi planladım. 24 Nisan 2014 tarihinde non invaziv bir şekilde hastanın yalnızca mesanesinde çalışılmış ve orifis balon dilatasyon tarafımdan yapılmıştır. İşlem en fazla 15-20 dakika sürmüştür. Operasyon öncesinde ve sonrasında, 2x1 üçüncü kuşak sefalosporin Igr dozda uygulanmıştır. Tecrübeli bir hemşire operasyona eşlik etmiş ayrıca tüm ameliyatlarda olduğu gibi sterilizasyon kuralları çerçevesinde boyama ve örtülme yapılmıştır. Yapılacak tüm işlemler hastaya ve yakınlarına detaylı bir şekilde anlatılmış aynı zamanda imzalı onam belgesi alınmıştır. Yine operasyon sonrasında yapılan işlem hakkında detaylı bilgi hasta ve yakınlarına verilmiştir. Operasyon günü hastanın hiçbir yakınması olmadı ve ertesi gün hasta iyi olduğunu aynı zamanda taburcu olmak istediğini bildirdi, ilerleyen saatlerde hastanın bir kez ateşi yükseldi derhal idrar ve kan kültürlerinin alınması talimatını verdim aynı zamanda tedavisine ikinci bir antibiyotik olarak Genta 160mg ekledim. Daha sonra hiçbir sıkıntısı olmayan hasta akşam kendi isteği ile evine izinli gitmiştir. Post operatif üçüncü ve dördüncü gün tatil olmasına rağmen hastanede viziit yaptım hasta yatağında yoktu, sabah akşam tedavisine geliyor diğer saatlerde evrak imzalayarak evine kendi isteğiyle izinli gidiyormuş. Cumartesi gününde bir kez ateşinin yükseldiği, Pazar gününde hiçbir sıkıntısının olmadığı nöbetçi hemşireler tarafından bana iletili. 28 Nisan 2014 pazartesi günü sabah viziti yaptım hasta yatağında yoktu saat 10.30 civarlarında ateşi yükselmiş olarak hastaneye geldi. Cuma günü alman kültür sonuçları henüz çıkmamıştı, tekrar idrar ve kan kültürlerini aldirttim. Hastanın sağ el serçe ve yüzük parmağında bir miktar morarma mevcuttu ayrıca hafif düzeyde solunum sayısı artmış ve aynı zamanda hafif düzeyde tansion düşüklüğü vardı. Periferik tromboflebit düşünüp derhal Kalp Damar Cerrahi ile konsulte ettim sağ el Dopler USG istendi ve sonuçta elinde emboli saptanmadı. Kardiyoloji uzmanı ile konsulte edildi. EKO çekildi. Kardiyak patoloji saptanmadı. Bu arada Anestezi Uzmanı ile konsulte ettim pulmoner emboli, kollogen doku hastalığı sepsis olabilir diye düşündü ve kontrastlı Toraks BT istedi. Radyoloji Uzmanı

ana damarlarda patoloji yok ama periferik ince damar embolisi olabilir diye yorumlandı. Bunun üzerine Göğüs Hastalıkları uzmanından hastayı değerlendirmesini istedim. Pulmoner emboli düşünmediğini ve Reyno fenomeni, Scleroderma gibi kollojen doku hastalığı olabileceğini ifade etti. Konsültasyon notları hastanın dosyasında mevcuttur. Sonuç olarak beş uzman hekimce tam bir teşhis konulamamış Reyno sendromu, kollogen doku hastalığı, sepsis, pulmoner emboli gibi ön tanılar düşünülmüştür. Hastayı sevini planladık. Özel hastanede yoğun bakım yeri bulabildik ve nakli sağlandı. Hasta nakil edildiğinde bilinç açık, koopere, oryante ve acil bir sıkıntısı yoktu. Sıcak uygulama ve oksijen ile parmak morarması ve solunumda düzelme gözlenmişti. Bir sonraki gün anestezi uzmanı tarafından yoğun bakım doktorunu telefon ile aramış ve hastanın durumunun aynı olduğu öğrenilmiştir. Ayrıca idrar kültüründe üreme olduğu ve kültür sonucunu gördüğü faks ile iletildiğini bana sözel olarak ifade etti. Sonuç olarak hastanemizde gereken her türlü konsültasyon ve tetkikler bir saat içinde hızlıca yapılmış ancak durumun hastanemizin kapasitesini aştığı ve üçüncü basamak bir hastaneye şevkinin gerektiği anlaşılmış ve uygun bir şekilde şevki sağlanmıştır. 28.4.2014 Pazartesi sabahı sevk edilen hastamız, sevkinden dört gün sonra Ex olmuştur. Bu dört gün içinde hastaya hangi teşhis ile ne tür tedavi uygulandığını bilemiyorum. Özel hastane tarafından hasta tam olarak araştırılıp kesin tanı konulmayıp yalnızca kültüründe üreme olduğu için hasta yakınlarına Devlet Hastanesinde enfeksiyon kaptığını ve bu nedenle hastanın, hastane enfeksiyonu nedeni ile öldüğü bildirilmiştir. Özel hastanenin bu tutumu tümüyle eksik ve yanlıştır. Tek nedenin hastane enfeksiyonu olmadığı, alta yatan bağ doku hastalığının varlığı ve bu hastalığın enfeksiyon, ameliyat stresi gibi nedenlerle tetiklendiği kanaati ben ve diğer hekim arkadaşlarımla oluşmuştu. Şahsım ve hastane personeli adına elimizden gelen her şey özenlice yapılmıştır. Sonuç olarak kesinlikle herhangi bir eksik veya yanlış uygulamamız olmamıştır.

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Kurum Vekil'inin savunması: "Hasta böbrek ağrısı şikayeti ile 29/03/2014 tarihinde Devlet Hastanesi Acil Servisi'nde muayenesi ve tam idrar tahlilinin yapıldığı, devam eden şikayeti nedeniyle 31/03/2014 tarihinde tüm abdomen BT çekildiği, sağ böbrek ve idrar yolunun normal olduğu ancak sol böbreğin ve idrar yolunun 1/3 distal kesimine kadar ileri derecede geniş olduğunun saptandığı, ilgili radyoloji uzmanı tarafından ileri tetkik olarak MR ürografi ve endoskopik tetkik önerildiği, bunun üzerine bu sonuçların anılan Hastane üroloji uzmanlarının incelendiği ve Üroloji Uzmanı tarafından hastaya sol diğnostik (tanısal) URS ameliyatı kararı verilerek yatışının yapıldığı;

15/04/2014 tarihinde ameliyat öncesi tetkikleri yapılan hastanın, ameliyata engel durum olmaması üzerine 16/04/2015 tarihinde hastaneye yatışının, 17/04/2015 tarihinde ameliyatının yapıldığı, ameliyatta sol distal üreter (idrar kanalı) darlığının tespit edilip balon dilatasyon yapıldığı, ameliyat sonrası üroloji servisinde takip edildiği;

Ameliyattan 24 saatten sonra hastanın ateşinin yükseldiği, 18/04/2014 tarihinde idrar kültürü alındığı ancak tetkikin çalışmadığı, bu esnada ameliyat öncesi başlatılan antibiyotik profilaksisinin ameliyat sonrası ve ateş yüksekliği olduğu dönemlerde de devam ettiği, 21/04/2014 tarihinde kan ve idrar kültürlerinin alındığı, solunum sıkıntısı olması üzerine Göğüs Hastalıkları ve Anestezi ile konsülte edildiği, sağ elinde belirgin dolaşım bozukluğu olması nedeniyle Kardiyoloji ile konsülte edildiği, bu değerlendirmeler sonucunda ön tanı olarak akciğer subsegmental emboli, pulmoner HT, multi organ yetmezliği, ARDS? Ve otoimmün hastalık olabileceği düşünüldüğünden hastaya kardiyak ekografi, EKG, D-Dimer, üst extremite arteriyel doppler USG, toraks BT, kan biyokimya, sedimantasyon tetkikleri yapıldığı, hastaya konsültan hekimlerce önerilen (claxane, heparin gibi) tedavilerin eklendiği, durumunun düzelmesi üzerine mevcut tablosuyla 21/04/2014 tarihinde üçüncü basamak yoğun bakım ileri merkezine sevk edildiği; 24/04/2014 tarihinde idrar kültüründe "escherichia coli" bakterisi, 25/04/2014 tarihinde kan kültüründe "escherichia coli" bakterisi ürediği, hastanın sevk edildiği özel Hastanesi'nde 01/05/2014 tarihinde vefat ettiği;

Bilindiği üzere, Anayasa'nın 125 inci maddesinin son fıkrası "idare, kendi eylem ve işlemlerinden doğan zararını ödemekle yükümlüdür." hükmü gereğince, hizmetin kötü işlenmesi, geç işlenmesi veya hiç işlememesi hallerinde hizmet kusuru gerçekleşmekte ve idarenin tazmin yükümlülüğünün doğmasına yol açmaktadır.

İdarenin hukuki sorumluluğundan söz edebilmek için ise, ortada bir zararın bulunmasının yanında, bunun idareye yüklenebilen bir işlem veya eylemden doğması, yani zararın idari faaliyet arasında nedensellik bağının kurulması ve de İdare Hukuku ilkeleri ve Danıştay'ın yerleşik içtihatlarına göre, zarar

gören kişinin hizmetten yararlanan durumda olduğu ve hizmetin riskli bir nitelik taşıdığı hallerde, zararın, idarenin ağır hizmet kusuru sonucu meydana gelmiş olması gerekmektedir.

Buna göre; bünyesinde risk taşıyan hizmetlerden olan sağlık hizmetinden yararlananın zarara uğraması halinde, bu zararın tazmininin, ancak idarenin ağır hizmet kusurunun varlığı hâlinde mümkün olabileceği açıktır.

Bu bağlamda, bütün tıbbî müdahaleler, hizmetten yararlananlar yönünden belirli bir risk taşımaktadır. Bu riskler, sağlık uygulamalarının doğasından kaynaklanmakta, büyük bir kısmı ilgili personel tarafından gerekli dikkat ve özen gösterilmiş olsa bile kaçınılmaz nitelik taşımaktadır. Buradaki riskler izin verilen risk çerçevesinde kaldığı müddetçe komplikasyon kapsamına girmekte olup; bu hallerde tıbbi uygulama hatasından ve sağlık personelinin kusurundan ve dolayısıyla sağlık personelinin ve idarenin sorumluluğu olmayacağı; ancak, yapılan tıbbî müdahale bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle hastanın zarar görmesi, sağlık personelinin tanı ve tedavide standart ve belirlenmiş davranış biçimlerinden farklı davranması veya görev ihmali sonucu zarara neden olunması halinde ise malpraktis söz konusu olacağı; yine tıbbi müdahaleler tehlikeli nitelikte olduğu zaman, şayet sağlık personeli tıp bilimine bağlı kalarak hastayı iyileştirmek amacıyla mümkün olan her şeyi yapmış, dikkat ve ihtimamı göstermiş ise sorumlu tutulamayacağı tartışmalıdır.

Bu sebeple, dâvâ konusu hadisede Kurumumuzun tazminle yükümlü tutulması için, istenmeyen neticenin meydana gelmesine, ağır hizmet kusurunun sebep olduğunun bilimsel verilere dayalı ve kesin olarak saptanması gerekmektedir.

İdarenin veya idare ajanının eylemi yüzünden meydana geldiği ileri sürülen zararın tazmini talebiyle açılan tam yargı dâvâlarında, zarar ile idarenin eylem veya işlemi arasındaki nedensellik bağının, başka bir ifade ile, sebep-sonuç ilişkisinin mevcut olup olmadığının duraksamaya yer vermeyecek şekilde açıklığa kavuşturulması gerekmektedir.

Nitekim, Danıştay 10. Dairesi'nin 20.10.1998 tarih ve E.1997/3322- K.1998/5088 sayılı Kararı'nda, "sağlık hizmetlerinin, hizmetten yararlananın kişisel özelliklerine ve hizmetin yürütülmesine bağlı olarak önceden öngörülemez belli bir tehlikeyi içerdiği, idarenin tazmin sorumluluğu için ağır hizmet kusurunun bulunması ve zararın yürütülen sağlık hizmeti arasında nedensellik bağının bulunması gerektiği" açıkça belirtilmiş ve bozma üzerine "redd kararı" veren ilk derece mahkemesinin hükmü onanmıştır.

İdarenin ve hizmetin işleyişinden kaynaklandığı açık olarak saptanamayan zararların tazmini isteğinin idareye (Kurumumuza) yöneltilmesi ve tazmin talep edilmesi, yanlış ve tazmin hukukunun prensiplerine aykırı olup; dâvâ konusu hadisede, maruz kalman zararın bulunduğu hususu, bilimsel belgelerle ispatlanmaksızın ve bu konuda verilmiş kesin bir tıbbi rapor da mevcut değil iken, tazminat talep edilmektedir.

Diğer taraftan, maddi tazminata hükmedilmesi için, meydana gelen zararın idarenin eylem ve işleminin doğmasının yanında, -ayrıca- bu zararın kesin ve gerçekleşmiş bulunması gerektiği idare hukukunun temel prensiplerindedir. Yani, tazmini istenilen zararın ne sùretle gerçekleştiğinin ve uğranıldığı iddia edilen zararın, kanuni deliller ile ispatı ve hesaplanması lazımdır. Aktüer olmayan zararlar için maddi tazminat talep edilmesi mümkün değildir. Danıştay'ın içtihatları da bu yoldadır.

Ayrıca, manevi tazminatın bir zenginleşme vasıtası haline getirilemeyeceği ve kişinin manevi dünyasında meydana geldiği farz ve kabul olunan noksanlığın telafisine matuf sembolik bir meblağ olması gerektiği, emsal Danıştay kararları ile de içtihat haline geldiğinden, oluşa göre fahiş bulunan manevi tazmin talebinin reddi gerekmektedir.

Keza, manevi tazminatın yukarıda belirtilen özelliği ve malvarlığındaki bir eksilişe karşılık olmaması karşısında, bu tazminat türü için faiz talebi de mesnedsizdir.

Netice olarak, haksız açılan dâvânın, ispatlanmayan maddi zarar iddiasına dayandığı anlaşılan maddi tazminat ile fahiş olan manevi tazminat talebinin, manevi tazminat için ayrıca faiz talebinin reddine karar verilmesi gerekmektedir.

Yukarıda izah olunan ve re'sen nazara alınabilecek olan sebepler muvâcehesinde, haksız açılan dâvânın reddi ile, muhakeme masraflarının dâvâcı üzerinde bırakılmasına ve 659 sayılı Kanun Hükmünde Karamâme uyarınca Kurumumuz lehine vekalet ücreti ödenmesine karar verilmesi," şeklinde kayıtlıdır.

BELGELER

31.03.2014 tüm abdomen tomografisi: Bilateral böbrek parankim kalınlığı, konturu ve boyutları tabiidir. Sağ toplayıcı sistemde dilatasyon saptanmamıştır. Sol üreter distal 1/3 kesime kadar ileri derecede geniş izlendi ve sol pelvikalisyal sistemde dilatasyon saptandı. Ancak üreter dilatasyonu orta 1/3 kesimde ani sonlanmakta olup, bu lokalizasyonda belirgin kitle, taş ayırt edilememektedir

21.04.2014 toraks tomografisi: Bilateral segmental arterlerde tromboemboli lehine şüpheli dolum defektleri izlendi. Her iki akciğer bazal kesimlerde solda daha belirgin olmak üzere plevral efüzyon ve komşuluğunda kompresyon/subsegmental atelektaziler izlendi. Bilateral majör fissürde minimal sıvı izlendi. Sol linguler segment ve alt lobda konsolidasyonlar izlendi. İnceleme kapsamına gire üst batın kesitlerinde sol böbrek pelvikalisyal sistem ve kesit aralığına giren sol Üreter proksimali ileri derecede geniş izlendiği, sol perirenal yağlı planlarda dansite artışı izlendi.

Sevk formu: Beş gün önce Üreter darlığı nedeni ile endoskopi yapılan hastanın postop 5. Günde sağ el parmaklarında morarma görüldüğü, solunum sıkıntısı mevcut olduğu, TA:80/50mmhg civarlarında seyrettiği, kardiyolojik major patoloji olmadığı, göğüs hastalıkları major patoloji olmadığı, anestezi uzmanı ARDS?, kollejen doku hastalığı? Toraks BT'de periferik segmentlerde pulmoner emboli?. Hasta mevut tablosu ile 21.04.2014 günü saat 13.00'te sevk edildi.

21.04.2014 biyokimya: üre:68, kreatinin 3,61, CRP:24,6, WBC 13,7, HGB:8,6, PLT 187

21.04.2014 idrar kültürü: Escherichia coli üredi, İmepenem, Meropenem ve Amikasin e duyarlıdır.

Özel Hastane 21.04.2014 giriş ve 30.04.2014 çıkış tarihli epikrizi: "Ön Tanı: Pulmoner embolizm. Kesin Tanı: Septisemiler, Solunum yetmezliği, Bakteriyel enfeksiyonlar, Akut böbrek yetmezliği. Şikayeti: Solunum sıkıntısı, sağ el parmak uçlarında morarma. Öyküsü: 5 gün önce Devlet Hastanesinde üreter darlığı nedeni ile sistoskopi yapılan hasta da 5 gün solunum sıkıntısı ve sağ el parmak uçlarında siyanoz başlamış YBÜ sevk edildiği. Fizik ve Muayene Bulguları: Genel durumu orta, şuur açık, koopere, GKS 15, TA:86/60, Nb:122, hafif dispneik, her iki akciğerde tek tük sibilan ral mevcut, batın normal bombelikte. Klinik Süreç ve Tedavi: 21.04.2014 günü genel durumu orta, şuur açık, koopere, GKS 15, TA 86/60, Nb 122 hafif dispneik her iki akciğerde tek tük sibilan raller mevcut sağ el parmak uçlarında siyanoz mevcut batın normal bombelikte maske ile 3 L/dk 02 başlandı Dahiliye, Göğüs ve kardiyoloji konsültasyonu istendiği, Genel Cerrahi Kons. istendiği, Batın BT istedi ancak Nefroloji kontrasta izin vermediği, 22.04.2014 genel durumu orta, şuur açık, koopere, GKS 15, TA 100/64, NB 109, hafif dispneik tele de sol akciğerde minimal mayi mevcut. Göğüs hastalıklarının ek önerisi olmadığı, idrar outputu olmayan hastayı dahiliye takip edildiği, bugün batını distandü olan hastaya NG takıldığı, maske ile 3 L/DK 02 aldığı, sağ el parmak uçlarındaki siyanoz devam ettiği, saat 17:00'de Devlet Hastanesinden hastanın orada alınan idrar kültüründe E.coli ürediği bildirildi. (İmpeneme duyarlı) Tavanic stoplanıp meroneme geçildi. 1. Basamak. 23.04.2014 günü genel durumu orta, şuur açık koopere, GKS 15, TA 110/69, NB 112, dispnesi rahatladığı, telede sol akciğerde minimal mayi mevcut, göğüs Hastalıklarının ek önerisi olmadı. İdrar outputu yok, hasta gaz çıkardığı, batında minimal rahatlama oldu sağ elinin parmak uçlarındaki siyanoz açılmakla birlikte devam ettiği, 1. basamak. 24.04.2014 günü genel durumu kötü, şuur uykuya meyilli, GKS 10, TA 98/65, NB 118, ateş 36.7 derece olduğu, hastanın solunum sıkıntısının artması ve şuurunun uykuya meyilli olması nedeni ile elektif entübe edildiği, idrar outputu yok, batın distandü, diyalize alındığı, 28.04.2014 günü genel durumu kötü, şuur kapalı, GKS 3, TA:110/65 hastaya adrenalın arterenol desteği gidiyor, Nb:109, ateş 36.7 dedece, VC modda respiratöre bağlı her iki akciğerde tek tük kaba raller mevcut, batın distansiyonu devam ettiği, hastaya bugün 3 saat diyaliz yapılacak. 29.04.2014 günü genel durumu kötü, şuur kapalı, GKS 3, TA:109/73 hastaya adrenalın arterenol desteği gidiyor Nb:113 ateş 36.7 derece, VC modda respiratöre bağlı, her iki ac de tek tük kaba raller mevcut batın distansiyonu devam ediyor, hastanın bugün tüpü değiştirildi. 3. basamak. Hastada tedavisinin devam ederken 01.05.2014 günü saat 23:40'da kardiyak arrest geliştiği, hemen CPR başlatıldığı, CPR ile birlikte aralıklı olarak 5 Amp adrenalın, 3 Amp Atropin, 1 Amp Ca, 1 Amp Efedrin, 15 Amp NAHC03 yapıldığı, cevap alınmayan hasta saat 00:30'da eksitus olarak kabul edildiği" şeklinde kayıtlıdır.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Kişinin şikayetlerine göre muayenesinin ve gerekli tetkiklerinin yapılarak uygun endikasyonla ameliyat kararının verilmesinin yerinde olduğu, ameliyat öncesi tetkiklerde herhangi bir enfeksiyon bulgusu tanımlanmadığı, usulüne uygun olarak yapılan ameliyat sonrası gerekli medikal te-

davisinin düzenlenerek uygun şekilde takibinin yapılmış olduğu, postop 2. gün ateşi olması üzerine kan ve idrar kültürü alınarak antibiyoterapisinin düzenlenmiş olduğu, haftasonu kendi istekleriyle evlerine giderek sabah-akşam geldiklerinde yapılan takiplerinde klinik durumuna uygun olarak gerekli medikal tedavilerinin düzenlenmiş olduğu, postop 5. gün ateşi ve solunum sıkıntısının olması üzerine göğüs hastalıkları, kardiyojloji, kalp-damar cerrahisi ve anestezi bölümlerinden konsültasyonlarının ve gerekli tetkiklerinin yaptırılarak konulan ön tanılarına uygun olarak ileri teşhis ve tedavisi için bir üst sağlık merkezine sevk edilme kararının uygun olduğu, üriner enfeksiyonun bu tür ameliyatların sonrasında görülebilecek komplikasyonlardan olduğu, zamanında tanısının konularak uygun tedavisinin başlanıldığı, klinik durumu ve bulgularındaki değişiklikler göz önüne alınarak kişinin tedavisinde gerekli düzenlemelerin de yapılmış olduğu dikkate alındığında ölümden hekime ve Devlet Hastanesi idaresine atfı kabil kusur bulunmadığı oy birliği ile mütalaa olunur.

Üroloji Uzmanı: Üreter darlığı nedeniyle ureterorenoskopi ile dilatasyon yapıldığı sonrasında sepsis nedeniyle eks olduğunu anlaşılmaktadır. Bu tür ameliyatlarda sepsis riski mevcuttur ve komplikasyon olarak karşılaşılmaktadır. Ancak komplikasyon denebilmesi için Pre op dönemde darlığın tanısının doğrulanması ve hastanın üriner enfeksiyonunun olmadığını belgelenmesi (idrar tahlili, pyüri varsa kültür) gerekir. Dosyada bu yönde evrak göremedim. Bu yönde incelemelerin yapıldığı belgelenmemesi halinde hekimin uygulamaları tıbbi hatadır.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Necip Prinçci, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Hastanın lomber ağrısı mevcut, BT de ureter 1/3 alt uca kadar dilate görünümde bulunmuş ve ureter darlığı tanısı konulmuş. Klasik ve klavuz bilgilerine göre ureter darlık tanısı nasıl konulur. Bu bilgiler ışığında tanıyı tartışır mısınız?

Üreter darlıkların erken tanı ve tedavisi böbrek fonksiyonlarının korunması açısından önem taşır. Üreter darlıkları, benign veya malign olan bir çok intrensek ve ekstrinsek nedenden dolayı meydana gelebilir. Semptomlar altta yatan patolojiye göre değişiklik gösterir. Akut obstrüksiyonda şiddetli yan ağrısı, bulantı ve kusma ön plandayken kronik olgularda obstrüksiyon yavaş ilerler ve flank bölgesinde dolgunluk, şişlik gibi yakınmalara neden olur. (Kouba E, Wallen EM, Pruthi RS; Management of ureteral obstruction due to advanced malignancy: optimizing therapeutic and palliative outcomes. J Urol 2008;180:444-50)

İntravenöz ürografi böbrek toplayıcı sistemi ve üreterin değerlendirilmesinde kullanılan non-invaziv bir görüntüleme yöntemidir. Üreter seyirindeki değişiklikleri ve kalibrasyonunu, dolma defektleri ve darlıkların tespit edilmesini sağlar. İntravenöz kontrast madde verilemeyen hastalara kontrast madde direkt olarak toplayıcı sisteme antegrad veya retrograd yolla verilerek görüntü elde edilebilir. Antegrad ve retrograd ürografi üreter darlıklarının uzunluk ve yaygınlığının değerlendirilmesinde gerekli tetkiklerdir. Üreterlerin değerlendirilmesinde kullanılan en önemli tetkik BT'dir. Sağladığı ek bulgularla üreteral darlığa neden olan etiyolojinin belirlenmesine ve ayrıca tanıya yardımcı olur. Üreter çevresindeki dokuların değerlendirilmesine ve darlığa sebep olan nedenin intrensek veya ekstrinsek nedene bağlı olduğunun tanımlanmasına yardımcı olur. Manyetik rezonans (MR) urografi üreteral hastalıkların değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılmayan bir yöntemdir. İyonizan radyasyon içermemesi nedeniyle çocuk hastalarda konjenital anomalilerin ve gebelerde dilate üriner sistemin değerlendirilmesinde kullanışlıdır. (Knight RB, Hudak SJ, Morrey AF; Strategies for open reconstruction of upper ureteral strictures. Urol Clin North Am 2013;40:351-61., Arlen AM, Kirsch AJ, Cuda SP, Little SB, Jones RA, Grattan-Smith JD, Cerwinka WH; Magnetic resonance urography for diagnosis of pediatric ureteral stricture. J Pediatr Urol 2014;10:792-8).

Üst üriner sistemde radyolojik doluş defekti olduğu durumlarda Üreteroskopi (URS) tanısız amaçlı yapılabilir. Genel olarak üriner sistem enfeksiyonu, kanama diatezi, antikoagulan kullanımı gibi rölatif kontra-endikasyonlar bulunmaktayken, girişim için mecbur kalınan durumlarda duruma göre gerekli önlemler alınarak acil girişimler yapılmaktadır. URS takiben erken dönemde %1.1 oranında ateş yada ürosepsis oluşabilir. (EAU Guidelines, 2016)

Olgumuz sol yan ağrısı sebebiyle değerlendirilmiş. BT de sol hidronefroz+sol üreterovezikal darlık saptandığı belirtiliyor. Öncelikle burada yapılan BT'nin kontrastlı olup olmadığı belli değil. Üreter darlığı ön tanısında yapılacak olan BT'nin kontrastlı olması hem obstrüksiyona sekonder böbrek fonksiyonu hakkında bilgi edinmek hemde darlığın sebebini belirlemek için önemlidir. BT'de de üreter darlığı düşünüülüyorsa, aktif üriner enfeksiyonu yoksa yapılması gereken hem tanıyı doğrulamak hem de tedavi için endoskopik değerlendirmedir. Eğer hastada üreter darlığına bağlı obstrüksiyona aktif üriner enfeksiyon eşlik ediyorsa, öncelikle perkütan nefrostomi yada üreteral DJ stent ile obstrüksiyon rahatlatılıp enfeksiyon tedavi edildikten sonra endoskopik tedavi yapılmalıdır. Olgumuzda aktif üriner enfeksiyon varlığı açısından idrar tekiki ve idrar kültürü de mevcut değil. Bu durum hem tanı hemde tedavinin bir sonraki adımı olan endoskopik girişim için sınırlayıcı bir faktördür. Hastaya yapılan tetekiklerin ayrıntılı olarak değerlendirilmesi gerekir. Preoperatif döneme ait idrar tetkiki ve idrar kültürü mutlaka değerlendirilmelidir. Olgumuzda yapılan BT kontrastlı ve preoperatif döneme ait idrar tetkiki ve idrar kültürü değerlendirilen tetkikler arasında mevcut ise üreter darlığı öntanısıyla atılan adımlar doğru bir şekilde yapılmıştır.

2- Hasta sepsis nedeniyle öldüğü belirtilmiş. Komplikasyon denilebilmesi için preop ve per op hangi çalışmaların yapıldığı ve belgelendirilmesi gerekir? Bunlara göre hastada yapılanları değerlendiriniz?

Hastaya yapılan her türlü cerrahi girişim sonrası enfeksiyon gelişebilir. Endoskopik ürolojik girişimler sonrasında hastalarda üriner sistem enfeksiyonu gelişebilir. Bu enfeksiyonlar sonrası hastada ürosepsis gelişebilir. Endoskopik ürolojik girişim öncesi mutlaka hastalar aktif üriner enfeksiyon açısından tam idrar tetkiki ve idrar kültürü ile değerlendirilip, enfeksiyon varlığında uygun tedavi edildikten sonra endoskopik işlem uygulanmalıdır. Preoperatif dönemde üriner sistem enfeksiyonu olmayan endoskopik girişim sonrası enfeksiyon kliniği olan hastalar postoperatif idrar tetkiki ve idrar kültürü istenerek değerlendirilip, idrar kültürü sonucu çıkana kadar ampirik olarak sonra kültür sonucuna uygun antibiyotik tedavisi uygulanmalıdır. Ayrıca cerrahi uygulanmış hastalarda sık karşılaştığımız enfeksiyonlardan biride akciğer enfeksiyonlarıdır. Bu yüzden postoperatif 24 saat içerisinde oluşan ateşte akciğer enfeksiyonunu düşünüp hasta öncelikle akciğer grafisi ile değerlendirilip gerek halinde thorax BT istenip göğüs hastalıkları görüşüne başvurulmalıdır. Hastalar preoperatif dönemde aktif üriner enfeksiyon varlığı açısından değerlendirilmiş ve aktif enfeksiyonu yoksa; postoperatif dönemde enfeksiyon gelişmişse bu komplikasyon olarak değerlendirilmelidir. Ancak preoperatif olarak üriner enfeksiyon değerlendirilmediyse bu malpraktis olarak değerlendirilebilir.

Olgumuzda ise preoperatif dönemde üriner enfeksiyon açısından tam idrar tetkiki ve idrar kültürü değerlendirildiği net değildir. Mutlaka hastanın preoperatif tam idrar tetkikini ve idrar kültürünü görmek gerekir. Postoperatif dönemde ise hastada enfeksiyon kliniğinin oluşması üzerine idrar kültürü istenip ampirik ardından kültüre uygun antibiyotik tedavisi verildiği anlaşılmaktadır. Antibiyotik tedavisine rağmen hastanın kliniği düzelmedğinden dolayı gerekli konsültasyonlar istenmiştir. Hasta yoğun bakım şartları olan bir merkeze sevk edilip bu merkezde ürosepsis tedavisi uygulanmıştır. Postoperatif dönemde enfeksiyon tedavisi için yapılan uygulamalarda uygunsuzluk izlenmemektedir.

3- Sepsisin öncü ve tanı kriterleri nelerdir. Bunlara göre hastada sepsis tanısını tartışınız?

Normalde steril olması gereken bir alanda mikroorganizmaların bulunması enfeksiyon olarak isimlendirilir. Bakteriemi ise kan kültüründe bu bakterinin üremesidir. Organizma değişen şartlar karşısında (yanık, pankreatit, enfeksiyon, v.b.) çok geniş klinikle yanıt oluşturur. bu tabloya sistemik inflamatuvar yanıt sendromu (SIRS) denir. >38 C yada <36 C vücut ısı, >90 /dakika kalp hızı, >20 /dakika solunum hızı yada $pCO_2 <32$ mmHg, >12.000 yada <4.000 lokosit yada >10 immatür form; bu bulgulardan iki yada daha fazlasının olması SIRS olarak adlandırılır. SIRS yol açan enfeksiyon ise tablo sepsis olarak adlandırılır. Kliniğin ilerlemesi durumunda hipotansiyonda sepsise eşlik eder. (sistolik kan basıncının <90 mmHg olması yada tansiyon arteriyelde >40 mmHg düşme olması). Yeterli sıvı replasmanı, inotrop yada vazopressör ajanlara rağmen hipotansiyonun düzelmemesi, sınırlı olmayan laktik asidoz, oliguri, mental durumdaki ani değişiklikler olgunun septik şokta olduğunun göstergesidir. (EAU Gidelines, 2016)

Septik şok nazokomial yada toplum kaynaklı enfeksiyon nedeniyle yatırılmış hastalardak en sık ölüm sebebidir (%20-40). Sepsis erken farkına varılıp müdahale edilmezse hızlı bir şekilde septik şoka ilerler. Ürosepsisin tedavisi sebebe yönelik tedavi (antibiyotik tedavisi, kaynak kontrolü), yeterli yaşam destek tedavisi (hemodinamik stabilizasyon, solunum ve hava yolu desteği) ve ek tedavilerin (glukokortikoidler, yoğun insülin tedavisi) kombinasyonudur. (EAU Guidelines, 2016) Dolayısıyla septik şoktaki hastalar yoğun bakımda anestezi, enfeksiyon hastalıkları uzmanı ve ürolog tarafından tedavi ve takip edilmelidir.

Sol üreteral alt ucu balonla dilate edilen hastada postoperatif 1.gün ateş ve postoperatif 4. gün solunum yetmezliğinin bir belirtisi olarak periferik siyanoz ve solunum sayısında artma yani SIRS belirtileri oluşmuştur. Postoperatif 1. gün alındığı belirtilen idrar ve kan kültürünün sonucu belli değilken postoperatif 4.gün alınan idrar kültüründe üreme olmuş. Yani hastada sepsis tablosu oluşmuş. Postoperatif 4. günden yoğun bakım ünitesinde takip ve tedavi edilen hastada hipotansiyon, bilinç durumunda bozulma tabloya eklenip hastada septik şok tablosu oluşmuştur. Sonuçta; mortalite oranı yüksek olan septik şoktan dolayı hasta ex olmuştur.

4- Bu dosya hakkında bilirkişi raporunuzu nasıl düzenlersiniz?

Hasta dosyasının incelenmesiyle Sol üreter darlığı öntanısıyla sol URS ve balon dilatasyonu yapılan hastanın postoperatif dönemde gelişen ürosepsise bağlı ex olduğu anlaşılmaktadır. Sol yan ağrısı nedeniyle üroloji uzmanına başvuran hastanın yapılan BT'nde sol hidroüreteronefroz ve sol üreter alt uç darlığı? düşünülerek hastaya URS yapılmaya karar verilmiş ve hastanın onayı alındıktan sonra URS+ üreteral balon dilatasyonu yapılmıştır. Preoperatif dönemde yapılan BT'nin kontrastlı olup olmadığı dosyadaki bilgilerden anlaşılmamakta olup üreter darlığı öntanısında URS endikasyonun; üst üriner sistemde radyolojik doluş defekti olduğu durumlar olduğu kılavuzlarda belirtilmektedir. Üriner sistem enfeksiyonu, kanama diatezi, antikoagulan kullanımı gibi gibi durumlar URS için rölatif kontra-endikasyonlardır. Hastanın dosyası incelendiğinde preoperatif aktif üriner sistem enfeksiyonu olup olmadığına dair tam idrar tetkiki yada idrar kültürüne rastlanılmamıştır. Dosyada mevcut olduğu kadarıyla hastada acil URS yapılması gereken bir durumda mevcut değildir. Dosyada mevcut olduğu kadarıyla üreter darlığı öntanısında hastada kontrastlı bir görüntüleme yönteminin olmaması ve URS kararı verildikten sonra aktif üriner sistem enfeksiyonu varlığı araştırılmaması bir eksikliklerdir. URS işlemi sonrası erken dönemde olgularda ateş ve ürosepsis gelişebilir. Hastada postoperatif dönemde ise saptanan enfeksiyon ve oluşan ürosepsisi için gereken tedavi yapılmıştır.

4.2.10 URETERORENOSKOPI ÖNCESİNDE VE SONRASINDA ENFEKSİYON VE SEPSİSİ ÖNGÖRMEK

İDDİA

Eşim böbrek taşı nedeniyle özel bir hastanede lazerle ameliyat oldu, 2 saat sonra taburcu edildi. Evde de süreklili sancısı vardı. Eşimi Ameliyattan 17 gün sonra ağrı nedeniyle ambulansla Devlet Hastanesine götürdük, serum taktılar ve ameliyat yapan doktora götürün dediler. Ertesi gün günü ameliyat yapılan özel hastaneye gittik, serum takıp, tahlil yaptılar ve bizi taburcu ettiler. Aynı gün tekrar rahatsızlandı, sancısı oldu, oğlumu çağırmak için dışarı çıktım. Eve döndüğümde, ambulansın geldiği gördüm. Eşimin öldüğünü söylediler.

SAVUNMALAR

Üroloji uzmanı: Hasta sol yan ağrısı ile başvurdu, Sol üreterde taş tespit ettim, tedavi ile düşmez yada ağrıya dayanmazsa endoskopi ile tedavi önerdim. Hasta üç gün sonra tekrar geldi, tahlil yaptırdım, ameliyat için yatırdım, taşı aldım, bir sorun olmadı, ağızdan beslenmeye başladım ve aynı gün taburcu ettim. Bir hafta sonra kontrole çağırılmışım ancak kontrolüne gelmedi. Aradan 17 gün geçtikten sonra, benim izinli olduğum bir zamanda hastayı acil servisine getirmişler. Benim kanaatime göre hastanın benim yaptığım işlemlerle hiç ilgisi olmayan bir nedenden vefat etmiş, hastayı hastaneye getirmekte geciktirmişler. Sonradan, hastanın böbrek yetmezliği olduğunu öğrendik. Bu yaştaki hastalar iki gün su

içmezse ishal ve böbrek yetmezliği geçirebilir, ayrıca idrar tahlili yapıp yapılmaması benim tedavime etki edecek bir durum değildir, ben üzerime düşeni yaptık, suçu kabul etmiyorum.

Acil servis hekimi: Getirilen hastada tansiyon ve ateşinin yüksek olduğunu tespit ettim, gözlem altına aldım, kan ve idrar tahlillerini istedim. Hasta yakınlarından hastanın 2 hafta önce hastanemizde ameliyat edildiğini, 2 haftadır sancısının devam ettiğini öğrendim. Hastayı ameliyat yapan doktorunu aradım, ulaşamadım. Hasta gözlemede 1,5. 2 saat kaldıktan sonra yaptığımız tedavi sonucunda tansiyonunun ve ateşinin düştüğünü gördüm, hasta rahatladığını ve ağrılarının geçtiğini söyledi. 2 haftadır devam eden ağrılarının idrar yolu iltihabından olabileceğini söyledim, ameliyatı yapan doktoruna ulaşamadığımı kendilerine belirttim, hastanın durumunun gayet stabil olduğunu ama yine de sabah poliklinikler açılıncaya kadar gözlem altına kalabileceklerini kendilerine söyledim, hasta yakınları, hastanın gayet iyi olduğunu, rahatladığını, ağrılarının geçtiğini, artık eve gitmek istediklerini söylediler. Bunun üzerine eve gittiklerinde hastanın ateşi olursa ılık suyla duş aldırılmalarına, ağrı ve sancısının devam etmesi halinde ve bulantı ve kusması olması halinde tekrar gelmelerini, hiçbir şikayeti olmasa bile sabah mutlaka üroloji polikliniğine başvurmalarını söyledim.

BELGELER

Epikriz: Şikayeti: şiddetli sol kasık ağrısı, Klinik Muayene: Sistem muayeneleri normal. Genital Muayenesi: solda G2 ektazi, sol üreter alt uç taşı mevcut.

I.V.P: Kontrast sonrası sol böbrekte nefrogram oluşmuş ancak 45. dk. grafide urogram saptanmamıştır.

UST ABDOMEN BT: Sol böbrek pelvikalisiyel sistemi ve proksimal üreter L2 vertebra düzeyinde kadar ektazi mevcut olup üreterde 0,8 cm taş izlendi.

Laboratuvar: Ameliyat günü Üre:117,6 Kreatinin:2,22, WBC:13,39, RBC:4,36, HGB:12,6, HCT:37,3, Kanama Zamanı:2' 10" Pıhtılaşma Zamanı:6' 05".

Ameliyat notu: Spinal anestezi altında bölge temizliğini takiben üreterorenoskop ile klavuz teli takiben sol üretere girildi. Alt uçta gözlenen taş, pnomatik litotriptör ile kırıldı ve basket kateter yardımıyla alındı. Ameliyat sırasında 1 gr sefazol yapıldı.

Özel Hastanenin Acil Epikrizi: Ateş, titreme, TA: 190/100 mmhg, Ateş: 39 derece, HB:10, Hct:30, WBC:7.1, Üre: 190, ALP:313, TIT de lökosit +, mikroskopide 10-12 lökosit, 7-8, eritrosit. Tanı: IYE ve HT. 250cc %5 deksroz, Novo, Kapril.

Otopsi Raporu: Böbrekten 20 cm uzaklıkta üreter içinde 3 adet beyaz-siyah renkte 0,3-0,4 cm çapında çok kenarlı taşlar ve kum gibi yuvarlak, siyah taşlar izlendi. Üreter kalınlaşmış görüldü. Taşlar hizasından böbreğe kadar olan mesafede üreter içi sarı renkli püyle dolu izlendi. Böbrek açıldı, kalixler aynı materyal ile dolu görüldü. Mesane içi aynı püyle materyali ile dolu görüldü.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Yüksek Sağlık Şurasının raporu: Özel hastanede hastaya konulan tanı doğru, yapılan işlemin endikasyonu yerinde, ancak ameliyat öncesi aşamada idrar tahlili ve enfeksiyon yönünden değerlendirme yapılmamış olması bir eksiklik olup, otopside üreterde tespit edilen taşların üreterorenoskopi sırasında görülemeyebileceğinin kabul edildiği, işlem sonrası doktorun hastayı taş ve enfeksiyon kontrolü için antibiyotik kullanımı önermesi ve kontrole çağırması gerektiği, ancak antibiyotik kullanımı ve kontrole çağırıldığına dair belge olmadığı, hastanın ameliyattan sonra takipsizliğin doktorun kontrole çağırmasından mı, yoksa hastanın gitmemesinden mi kaynaklandığının anlaşılabilmesi beraber, dosyadaki mevcut belgelere göre, antibiyotik vermeden ve kontrole çağırılmadan taburculuk yapan hekimin kusurlu olduğuna, ancak antibiyotik vererek ve kontrole çağırılarak taburculuk yaptığı ispat edilebiliyor ve buna rağmen hasta kontrole gelmediyse hekime kusur atfedilemeyeceğine karar verildi.

Adli Tıp Kurumu raporu: Kişinin ölümünün Böbrek taşı (Nefrolitiazis) nedeniyle yapılan ameliyat ve gelişen komplikasyonlar (sepsisemi) sonucu meydana gelmiş olduğu, kişiye konulmuş tanı ve yapılan ameliyatın doğru olduğu, ancak ameliyatı yapan doktorun hastanın preoperatif hazırlık aşamasında idrar tahlili ve enfeksiyon yönünden değerlendirme yapmamış olmasının bir eksiklik olduğu, hastanın evde sürekli sancılı ağrılarının olmasına rağmen 17 gün kontrol için hekime kişinin başvurmasının da tanı ve tedavide gecikme olmasına kişinin etkisinin olduğu, Acil Hekimi tarafından tetkiklerinin yapıldığı, ateşinin

ve tansiyon arteryalinin yüksek olduğu, tedavisinin yapıldığı, ateş ve tansiyonun düşürüldüğü, genel durumunun iyi olması nedeniyle önerilerde bulunarak ve gündüz üroloji polikliniğine başvurması söylenerek taburcu edildiği, kişinin 20 gün önce ameliyat olması, ateşinin 39 derece olması, idrar tetkikinde lökosit olması enfeksiyon düşündüreceğinden kişinin yatırılarak, ilgili branştan konsültasyon istenmesinin gerekli olduğu, ancak yatırılmadan ve konsültasyon istenmeden gönderilmesinin eksiklik olduğu, yapılan otopside üreter içinde ve mesanede püü olduğu, kişinin hastaneye başvurduğu saat ile ölüm olayı arasında kısa bir zaman geçmiş ve enfeksiyon tablosunun ilerlemiş olduğu dikkate alındığında kişiye acile geldiğinde tanı konulup, tedavi başlanması halinde de kurtulmasının kesin olmadığı oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. İlker Seçkiner, Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Hastanın URS endikasyonunu değerlendirir misiniz?

Operasyonu gerçekleştiren hekimin notundan, üreter alt ucunda taş nedeniyle başvuran hastaya, öncelikle konservatif tedaviler önerildiği ancak taş düşmeyince girişimsel tedaviye karar verildiği anlaşılmaktadır. Üreter taşlarında girişimsel veya aktif tedaviye karar vermek için genel kabul gören durumlar şu şekilde listelenebilir:

- Taşın kendiliğinden düşmeyeceği öngörülen durumlar,
- Hastanın semptomlarının analjezik tedaviye rağmen şiddetli olması,
- Obstrüksiyonun devam etmesi,
- Böbrek yetmezliği tablosunun gelişmesi.

Yine kılavuzlara göre 1 cm altındaki üreter alt ucu taşlarında ESWL veya üreteroskopik taş tedavisinin kullanılabileceği belirtilmektedir (Türk C, et al. EAU Guidelines on Urolithiasis, 2016). Bu hastanın da başvuru anında üre ve kreatinin değerlerinin yüksek olması ve preoperatif BT'de obstrüksiyon bulgularının olması, aktif tedavi gereksiniminin olduğunu göstermektedir. Bu nedenle ameliyat endikasyonunun doğru olduğu görülmektedir.

2- Hastanın ameliyat günü üre ve kreatinin değerleri yüksek bulunmuş. Bu durumu ve hastaya yapılanları değerlendiriniz?

Üreter taşıyla başvuran bir hastada, daha önceden bilinen böbrek yetmezliği öyküsü yokken kreatinin değerlerinin yüksek saptanması durumunda hekimin sistematik bir değerlendirmeyle buna neden olabilecek durumları araştırması gereklidir. Bu durumda akla gelebilecek durumlar, bilateral obstrüksiyon, karşı taraf böbrek fonksiyonunun yetersiz olması veya prerenal nedenler olmalıdır. Hastanın karşı taraf böbreğinin normal olduğunu varsayarsak, böyle bir tablo taş ve piyelonefrit birlikteliğine veya hastanın renal koliğe bağlı bulantı-kusmaya bağlı dehidrate kalmasına bağlanabilir. Güncel kılavuzlara göre aktif taş tedavisi planlanan hastalarda idrar mikroskopisi veya idrar kültürü yapılması şiddetle önerilmektedir (Türk C, et al. EAU Guidelines on Urolithiasis, 2016). Ancak hastanın preoperatif değerlendirmesi sırasında idrar tahlili yapılmadığı anlaşılmaktadır. Enfekte sistemlerde üreteroskopik girişimin kontrendike olduğu, işlem öncesi steril idrar sağlamanın önemi gerek kılavuzlarda, gerekse üroloji pratiğinde yaygın olarak bilinen bir gerçektir. Buna rağmen bu hastada preoperatif değerlendirme sırasında idrar tetkikinin yaptırılmaması önemli bir eksiklik ve tıbbi hatadır. Eğer bu hastada idrar tetkiki işlem öncesinde görülseydi, obstrükte bir sistem söz konusu olduğu için, üreterorenoskopi işleminden önce antibiyotik tedavisiyle birlikte üreteral stent uygulaması veya nefrostomi uygulanması seçeneklerinden birine yönelme sağlanabilirdi.

Bir diğer sorun da böbrek yetmezliği tablosundaki hastaya yapılan İVP incelemesidir. Muhtemelen hastanın kreatinin seviyesi görülmeden istendiği düşünülen bu inceleme de hatalı bir uygulama olmuştur.

3- Hastanın acil getirilişi ve acildeki bulgulara göre yapılanları değerlendirir misiniz?

Hasta acil servise iki hafta önce taş ameliyatı geçirme, aynı tarafta ağrı ve ateşle başvuruyor. Yapılan laboratuvar incelemeleri de üriner enfeksiyonu teyit ediyor. Acil hekiminin buna yönelik medikal tedavisi yerinde olmakla birlikte, üriner sisteme yönelik görüntüleme istememesi ve üroloji konsültasyonu

yapmaması bir eksiklik. Her ne kadar hekim hastayı gözlem altında tutmayı önermişse de hasta yakınları gitmek istediklerini belirttiği için taburcu etmiştir. Bu durumda acil hekimi olası riskleri anlatarak ve hastaneden parenteral tedaviye devam edilmesi gerektiğini belirterek hastayı hastanede kalmaya ikna etmeye çalışmalı, buna rağmen hasta yakınları götürmek isterse de yazılı olarak riskleri bilmesine rağmen kendi istekleriyle götürmek istediklerine dair bir belgeyi dosyasına eklemeliydi.

4- Hastanın sepsis nedeniyle öldüğü anlaşılıyor. Geriye yönelik düşünerek sepsisi önlemek için neler yapılabilirdi?

Hastanın gerek acil servisteki bulguları gerekse otopsi bulguları üriner enfeksiyon kaynaklı sepsis nedeniyle öldüğünü destekler niteliktedir. Bu hastada preoperatif dönemde idrar tetkiki yapılmış olsaydı, büyük bir ihtimalle üriner enfeksiyon tespit edilecekti. Böylece üreter taşına bağlı obstrüksiyon ve üriner enfeksiyon birlikteliği tanısı konulacak ve gerekli antibiyotik tedavisiyle birlikte üriner sistemin drene olmasına yönelik girişimsel işlemler yapılabilecekti. Bu işlemler nefrostomi implantasyonu veya üreteral stent uygulaması uygulamalarından biridir. Bu iki seçenekten nefrostomi uygulanması daha etkin gibi görünse de, iki yöntemin birbirine üstünlüğünü net olarak gösteren çalışma yoktur. Bu nedenle hekim, kendi tecrübesine göre iki seçenekten birini uygulayabilir.

İkinci olasılık, preoperatif olarak üriner enfeksiyonun tespit edilememesi, ancak operasyon sırasında üreterden pü geldiğinin gözlenmesidir. Bu durumda da önerilen, üreteroskopi işlemine son verilmesi ve stent konularak, işlemin antibiyotik tedavisi sonrası ileri bir tarihe ertelenmesidir.

Son ihtimal ise hastada preoperatif dönemde idrar yolu enfeksiyonu saptanmaması ve üreteroskopi sırasında da pü görülmemesidir. Bu durumda da az bir ihtimal de olsa, postoperatif dönemde sepsis gelişebilmektedir. Bu nedenle işlemi gerçekleştiren hekimin hastayı postoperatif dönemde oluşabilecek enfeksiyon bulguları hakkında bilgilendirmesi ve bu semptomlar oluştuğunda hastaneye başvurmasını önermesi gerekmektedir.

5- Bu dosya hakkında bilirkışı görüşünüz (ürolog, acil hekimi, aile katkısı) nasıl olurdu?

Bu hastanın ilk müdahalesini yapan ürolog, iki nedenden dolayı hatalı bir işlem yapmıştır. Birincisi, hastasının preoperatif kreatinin yüksekliğini araştırmamış ve buna yönelik önlemleri almamış olmasıdır. Bu şekilde opere ettiği bir hastayı sadece iki saat sonra taburcu etmesi ve sonrasında gözlem altında tutmaması, postoperatif dönemde oluşan bu dramatik tablonun oluşmasına katkı sağlamıştır. Hekimin yaptığı ikinci önemli hata ise preoperatif değerlendirme sırasında idrar tetkiki yaptırmamış olmasıdır. Bu önemli eksiklik nedeniyle, belki de preoperatif dönemde tespit edilecek üriner enfeksiyon nedeniyle üreteroskopi işlemi ertelenecek ve parenteral antibiyotik tedavisi ile üriner enfeksiyonun gerilemesi beklenebilecekti. Preoperatif dönemde üriner enfeksiyon araştırması, üreteroskopi gibi bir işlem için zorunlu olup, yapılmaması nedeniyle ürolog hekim kusurlu görünmektedir.

Acil hekimi, kendisine iki hafta önce üreterorenoskopi yapılması nedeniyle başvuran hastada gerekli tanısal işlemleri ve tedaviyi yapmış, ayrıca ilgili hekimle iletişime geçmeye çalışmıştır. Ancak ilgili hekime ulaşamayınca başka bir üroloji uzmanından konsültasyon istememesi nedeniyle kusurlu görünmektedir.

Hasta ve yakınları ise, 17 gün boyunca şikayetleri devam etmesine rağmen hastaneye başvurmaması ve acil serviste gözlem altında kalmaları önerilmesine karşın eve gitmeyi tercih etmeleri nedeniyle bu istenmeyen sonucun oluşmasına katkıda bulunmuşlardır.

4.2.11 URETERORENOSKOPİ ÖNCESİ İDRAR TAHLİLİ VE KÜLTÜR ŞART MIDIR?

İDDİA

Eşim daha önceden de böbrek taşı hastasıydı. En son geçen yıl açık ameliyat oldu. Ağrı nedeniyle üroloji servisine yatışı yapıldı, 4 gün boyunca tanı konulamadı (taş mı, kum mu) netleştiremedi, dördüncü gün ameliyat olacağı bilgisi verildi fakat doktor bey eşimin akciğerinde enfeksiyon olduğunu ameliyatı ertelememiz gerektiğini söyledi. Tedaviden sonra ameliyat yapıldı ve ertesi gün taburcu edildi. Eve dönüşte şiddetli ağrıları başladı, kasabadaki Devlet hastanesi acil servisine müracaat ettik. Muayene eden acil servis tabibi eşimin yüksek ateşinin olduğunu söyledi. Eşim o sırada kusmaya başladı, terleme-

si vardı. Gece 02'00 ye kadar Devlet Hastanesinde kaldık. Bu arada ameliyatı yapan doktorumuzu telefonla aradık, doktor bey bize ilaçlarını kullanmasını söyledi. Bu zaman sürecinde eşim hiç idrara çıkmadı. Eşim iyeleşmeyince, kendi isteğimiz ve kendi imkanlarımızla ameliyatımızın yapıldığı ilimizdeki Devlet Hastanesine geldik. Acil Serviste, idrar sondası takıldı. Fakat hiç idrar gelmedi. Sabah doktor bey geldi, ultrason ve röntgen çekildi. Durumu ağırlaşınca yoğun bakıma alındı, akşam saatlerinde tıp Fakültesine sevk ettiler. Tıp Fakültesinde yoğun bakıma alındı, yarım saat sonra vefat etti.

SAVUNMA

Üroloji Uzmanı: Hastaya daha önce de tarafımdan, sağ üreter alt uç taşına endoskopik, sağ böbrek taşına açık pyelotomi yapılmıştı. Son olarak sağ üreter taşı için yatırıldı. Ameliyat sabahı öksürük olması nedeniyle ameliyatı erteledim. Tedavi bitiminde Göğüs hastalıkları uzmanına yeniden konsulte ettirdim. Normal oluruyla anestezi uzmanının da uygundur izniyle hastayı operasyona aldım. Üreter dilate idi. 1/3 distaldeki taşa rahatlıkla ulaştım, taş yumuşak bir taşıdı. Kolaylıkla kırılıp temizlendi. Operasyon esnasında en küçük bir travma olmadığı için. Double J kateteri takmadım.

Hastaya profilaktik Sefaks 2x1 ve Gentamisin 160 mg 1x1 antibiyotik uyguladım. Ertesi gün antibiyotik vererek hastayı taburcu ettim. Hasta geçce acile gelmiş, sabahı acilden hasta servise kabul edildi. Hastada karın ağrısı dışında şikayet yoktu. Genel cerrahi uzmanından konsültasyon istendi nazogastrik sonda, Novacef 2x1, Flagyl 2x500 mg başlandı. Genel Cerrahi Uzmanı paralizik İleus düşündüğünü tekrar değerlendireceğini söyledi. Hastanın kan biyokimyasını, hemogramını istedim. Hastane enfeksiyonuna bağlı sepsis olabileceğini düşünerek İnfeksiyon hastalıkları uzmanı ile hastayı telefonla konsülte ettim. Onun önerisi üzerine aldığı (Netromycin, Flagyl, Novacef) antibiyotiklerini keserek 3x1 Meronom başladım. Hastada ciddi oranda kan tablosu hemogram ve biyokimyada bozulma söz konusuydu. Hasta yoğun bakıma alındı, dializ ile hasta kısmen rahatladı. İdrar çıkışı saatte 30 cc'den 50 cc'ye çıktı. Hastanın durumunda iyiye doğru gidiş olmadı. Hastanın sevkini üniversiteye yapmaya karar verdim. Hastanın üniversiteye naklinden 2-3 saat sonra bir yakını beni telefonla arayarak hastayı kaybettiklerini söyledi.

BELGELER

Preop USG: Sağ böbrek pelvikaliksiyel sistem ve 2/3 proksimal üreter grade I düzeyinde dilate görünümündedir.

BT: ...Her iki böbreğin büyüklük, kontur ve lokalizasyonları normal sınırlardadır. kontrast madde verilmediğinden böbrek fonksiyonları değerlendirilememiştir. Sağ böbrek pelvikaliksiyel sistem ve üreteri grade I düzeyinde dilate görünümündedir. Üriner distalde 1 cm taş gözlenmedi.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

İncelemeci: Üretetr taşı tanısının ve ameliyat endikasyonunun uygun, ameliyat öncesi infeksiyon açısından yeterli hazırlık yapılmadığı, acil polikliniklerde sepsisi öngörmeyerek hastanın bekletilmesi nedeniyle tıbbi hata mevcuttur.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Kemal Sarıca, Kartal Dr. Lütüfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Preoperatif hazırlık için yapılan testleri klavuz bilgilerine göre yorumlayınız? (kontrastli inceleme, idrar tahlili, idrar kültürü yapılmamış veya yapıldığı kanıtlanamıyor.)

Hastanın preoperatif dönemde endoskopik taş tedavisi (Üreteroskopik litotripsi) girişimi amacıyla hazırlıkları çerçevesinde mevcut kılavuzlar (EAU-Guidelines) ışığında uygun bir şekilde hazırlanmamış olduğu anlaşılmaktadır. Zira, Avrupa Üroloji Derneği (EAU) kılavuzlarının "taş hastalığı" (urolithiasis) bölümü incelendiği zaman bu şekilde bir operasyona hazırlanan her hastada aşağıdaki iki işlemin mutlaka yapılmasının gerekliliği bildirilmektedir :

Üst üreter sistem toplayıcı sisteminin uygun radyolojik görüntüleme yöntemleri ile değerlendirilmesi (EAU Guidelines text book -2015, "Diagnostik görüntüleme, sayfa 12) (Kanıt düzeyi 3, tavsiye düzeyi A)

Pre-operatif idrar analizi ile idrarın steril olduğunun saptanması, aksi taktirde uygulanacak "kültür-antibiogram testi" verileri ışığında idrar yolu enfeksiyonunun tedavi edilerek eradike edilmesi ve işlemin daha sonra uygulanması (EAU Guidelines text book -2015, "Taş tedavisi için genel tavsiyeler ve önlemler – sayfa 22) (Kanıt düzeyi 1b, tavsiye düzeyi A)

2- Hasta taburcu olduğu gün ateş ve ağrı ile ilçesinde acil polikliniğe sonrasında ildeki ameliyat olduğu hastaneye gitmiş ve sabaha kadar beklemiş. Buradaki acil hekimlerinin ve üroloğun yaklaşımını değerlendiriniz?

Hastanın endoskopik bir taş kırma ve alma işlemi sonrasında "ağrı" ve "ateş" ile başvurması işlem sonrası tedavi edilen reno-üreteral ünite "obstrüksiyon" ve/veya "enfeksiyon" durumuna işaret eden bir acil durumdur. Bu anamnez ve şikayetler ile başvuran hastada medikal tedavi ile takip yeterli bir tedavi yaklaşımı olmayacaktır. Söz konusu hastada hızla yukarıda sözü edilen acil gelişen "enfeksiyon" ve/veya "obstrüksiyon" açısından hızla üst üriner sistem görüntülemesi (tercihan ultrasonografi yöntemi ile) yapılmalı ve mevcut ise obstrüksiyon için gerekli drenaj işlemi acilen uygulanmalıdır. Eş değerinde önemli olarak yine hastada üriner enfeksiyon (veya preoperatif dönemde var olan akciğer enfeksiyonu) varlığı ve ciddiyetini değerlendirmek amacıyla serumda enfeksiyon parametreleri ile idrar analizi, idrar kültür antibiogram testleri ile kan kültürü testlerinin acilen yapılması gerekmektedir. Bu açıdan hem acil servis ekibi hem de üroloji uzmanı hastanın klinik tablosunun postoperatif dönemde "sepsis ve septik şok" durumlarına gidişini engellemek açısından yapmaları gerekli değerlendirme ve tedavileri yapmakta geç kalmıştır. Bu yaklaşımları hastada daha sonradan gelişen ve anüri ile seyreden "septik şok" durumunun gelişiminde önemli rol oynamıştır. Ayrıca operasyon sırasında bir "DJ kateter" konmamış olması nedeniyle de ilgili ureterde obstrüksiyona yol açan bir durumun varlığı araştırılmamış olup bu durum da önemli bir eksiklik olarak saptanmıştır. Özetle, acil bir şekilde ele alınıp, hızla değerlendirilerek gerekli tedavisi başlatılması gereken hasta sabaha kadar gözlemlenerek tutularak klinik tabloda gelişen hızlı kötüleşmenin önüne geçilme şansı ortadan kalkmış, hem acil servis hekimi hem de sorumlu üroloji uzmanı bu konuda yetersiz davranmıştır.

3- Bu hasta hangi önlemler alınarak sepsis ve ölüm riski azaltılabildi?

Yukarıda da söz edildiği üzere hastanın hastaneden taburcu olmasını takiben aynı gün akşam üstü "ateş" ve "ağrı" ile başvurması üzerine eğer acil servis hekimi veya ilgili üroloji uzmanı hastayı "Obstrüksiyon" ve/veya "üriner enfeksiyon" mevcudiyeti açısından hızla radyolojik ve serum -idrara parametreleri açısından (enfeksiyon parametreleri, böbrek fonksiyon testleri, idrar analizi, kültür ve antibiogram testleri) değerlendirerek, uygun kliniklerden konsültasyon değerlendirme bilgileri alınarak, gerekli uygun girişim (DJ kateter konulması, perkütan nefrostomi kateteri yerleştirilmesi) ve uygun intravenöz antibiyotik ve sıvı tedavileri ile hastanın sepsis (ve septik şok) durumuna gidişine yol açan klinik tablo kötüleşmesi ile ölüm durumunun önüne geçilebilirdi.

4- Her URS hastasından tam idrar tahlili ve kültür alınmalı mıdır, evetse ne zaman alınmalı. İdrar tahlili ve kültür almanın ve değerlendirmenin pratikteki zorlukları konularını tartışınız?

URS işlemleri ister semi-rigid isterse fleksible üreteroskopi tarzında uygulansın işlem sırasında ilgili renal sistemde göreceli olarak basınç artışına yol açabilen girişimlerdir. Bu duruma kırılan taşın yapısından açığa çıkan ve idrara karışabilen mikroorganizmaların varlığı da eklendiği zaman bu işlemler sırasında hastalarda enfeksiyon riski belli oranda artmaktadır (Johnson DB, Pearle MS, Complications of ureteroscopy, Urol Clin North Am, 2004;31(1):157-1 ve Geavlete P, Georgescu D, Nița G, Mirciulescu V, Cănu V, Complications of 2735 retrograde semirigid ureteroscopy procedures: a single-center experience, J Endourol, 2006;20(3):179-85).

Bu faktörler ışığında yukarıda EAU kılavuzlarında da belirtildiği üzere "endoürolojik taş tedavi işlemi" planlanan her hastada mutlaka pre-operatif idrar incelemesi ve gerekli ise kültür testi yapılmalıdır. Mevcut ise üriner enfeksiyon uygun antibiyoterapi ile tedavi edilmeli, işlem daha sonrasına ertelenmelidir. İdrar örneği özellikle işlem öncesinde ve risk taşıyan olgularda (enfeksiyon taşı olduğu bilinen, preoperatif belirgin hidronefrozu olan vs) işlem sırasında alınmalı ve hızla incelemeye ve kültür testine gönderilmelidir. Hastalardan idrar tahlili için örnek almak çoğu zaman yoğun işlem gören hastanelerde mevcut

şatlar açısından zor olup çoğu zaman elde edilen sonuçlara güven zorluğu mevcuttur. İdrarın uygun steril (kontaminasyon problemi nedeniyle) şartlarda ve uygun porsiyonu ile alınması çoğu zaman mümkün olmamaktadır. Aynı zamanda mikrobiyoloji üniteleri ve bu ünitelerde yapılan idrar kültür ev antibiogram test incelemelerin gerek uygulaması ve gerekse de yorumlaması konusunda da problemler zaman zaman yaşabilmekte bu da hastaların tedavilerini yönlendirmede problemler oluşturabilmektedir.

5- Bu dosya hakkında bilirkşi raporunuz nasıl olurdu?

Üroloji uzmanı söz konusu bu hastada üreter taşı nedeniyle "üreteroskopik litotripsi" yöntemini tercih etmiş ve mevcut taşı almıştır. Hastanın "tanı" ve "tedavi endikasyonu" açısından bir problem gözükmemektedir. Doğru tanı konulmuş ve aşağıda da belirtilmiş olduğu üzere kılavuzlara uygun tedavi yöntemi uygulanarak taş alınmıştır.

Ancak üroloji uzmanı hastanın gerek pre-operatif hazırlık döneminde ve gerekse post-operatif erken dönemde uygun ve gerekli teşhis ve tedavi yöntemlerini uygulama da yetersiz kalarak hastanın işlem sonrası erken dönemde gelişen "septik şok" ile buna bağlı böbrek yetmezliği tablosu ile ex olması durumuna engel olmakta yetersiz kalmıştır. Operasyon öncesi dönemde kılavuzların yüksek kanıt düzeyi (LE 1b) ve yüksek tavsiye düzeyi (GR A) önermiş olduğu üriner sistem enfeksiyon araştırması ve gerekli tedavi uygulaması konusunda gerek özen gösterilmemiş olup bu durum işlem sonrası gelişen enfeksiyon ve sepsis konusunda etkili olabilecek önemli bir parametredir. Hasta dosyasında mevcut belgeler arasında bu incelemeleri doğrulayacak bir belge bulunmamaktadır. Yine işlem öncesi dönemde veya işlem sırasında üst üriner sistem boşluklarını değerlendirmek amacıyla kontrast madde kullanımı ile görüntüleme tüm endourolojik işlemlerde yüksek tavsiye düzeyi (GR A) ile önerilmesine rağmen bu incelemelere ait belgeler dosyada bulunmamaktadır. Dolayısı ile tedaviden sorumlu üroloji uzmanı bu açıdan kusurlu değerlendirilmiştir.

Hastanın işlem sonrası erken dönem takibinde yine gerekli idrar analiz ve kültür antibiogram testleri ile bunlara yönelik uygun antibiyoterapi konusunda da inceleme ve takip eksiklikleri gözlemlenmektedir. Hasta işlem sonrası hastaneden (preoperatif üst solunum yolu enfeksiyonu ve tedavisi de göz önüne alındığında) erken taburcu edilmiş ve söz konusu tetkik, tedavi ve takip yeterli olarak yapılmamıştır. Bu durumlardan çok daha önemli olmak üzere hastanın işlem sonrası sağlık kurumuna tekrar "ağrı" ve "ateş" gibi üriner sistemde "obstrüksiyon" ve/veya "enfeksiyon" gelişimine işaret eden önemli bulgular ile başvurmasına rağmen, hem acil sorumlusu hekim ve hem de kendisine bilgi verilen işlemden sorumlu üroloji uzmanı tarafından yeterli ve acil düzeyde değerlendirilmemiş, yapılması gerekli tedavi hasta bekletilerek ertelenmiş sonuçta gelişen "septik şok" ve "böbrek yetmezliği" tablosu ile hasta ex olmuştur. Zamanında uygulanacak mikrobiyolojik, biyokimyasal ve radyolojik inceleme yöntemleri ve konsültasyon bilgileri ile hastada mevcut "üriner enfeksiyon, sistemik enfeksiyon bulguları ve böbrek yetmezliği" tablosu doğru teşhis edilerek hastaya yatışını takiben uygulanacak antibiyoterapi, destek mayi tedavisi ve muhtemel diyaliz yaklaşımları ile hastanın ex olmasının engellenmesi muhtemel olabilirdi. Bu nedenler ile hem acil servis sorumlu uzmanı hem de sorumlu üroloji uzmanı hastanın ameliyat sonrası erken dönem tedavi ve takibi konusundaki dikkatsizlik ve ihmal unsurları nedeniyle kusurlu olarak değerlendirilmiştir.

4.2.12 URETERORENOSKOPİK GİRİŞİMLERDE SEPSİSİ ÖNGÖREMEEK Mİ?

İDDİA

Sağ böbrekte taşı nedeniyle RİRS operasyonu önerildi. Eşim ameliyata alındı. Ameliyattan çıktıktan sonra çok üşüyordu. Hemşireye söyledim geldi ve serumuna ilaç kattı ve üşümesi yavaş yavaş geçmeye başladı. Eşimde halsizlik oluştu ve sık nefes alıp vermeye başladı. Tekrar kusmaya başladı ve fişkirir tarzda kusuyordu. Servisteki doktoru çağırdım eşimin sırtına elini koydu ne yediğini sordu. Bir şey yemediğini söyledik doktor narkozdan olabileceğini ve normaldir dedi. Gece ateşi yükselmeye başladı. Haber verdim. Ateş düşürücü yaptılar. Sabah saat 05:00-06:00 kadar ateşi 39 dan aşağıya düşmedi. Çok halsizdi ve nefes alışında tuhafılık vardı. Sabah ateşi düştü. Bahçeye çıkmak istedi ve bahçeye çıkardım. Halsizim dedi tekrar içeriye girdik. Ertesi sabah sabahı eşimin ayakları bileklerinden itibaren mos mor siyahtı.

Doktorları çağırarak hepsi geldiler. Daha sonra ilgili tüm uzmanları çağırıp çağırıp danıştılar. Enfeksiyon-Uzmanı yoğun bakıma alalım dedi. Eşim o sırada ağlıyordu. Ameliyat olmasaydım ne olurdu doktor diye eşim sordu. Doktor evde de aynı şey olurdu, içinde bir saatli bomba gibi dedi. Öğleden sonra eşim yoğun bakıma gitti. Sonra yoğun bakım doktoru beni çağırdı. Bana eşinin böbrekleri iflas etmiş, diyalize bağlayabilirim dedi. Karaciğer fonksiyonları durma noktasında, tansiyon çok düşük, kalp yavaşlamakta her an kaybedebilir dendi. Boynuna bir delik açacağız dedi. Ertesi gün öldü haberini aldım.

SAVUNMA

Yapılan USG de sağ böbreğinde 16mm lik bir taş saptanmış, taşın üreterorenoskopiyle kapalı operasyonla kırılmaya uygun olduğu kendisine söylenmiş, ameliyatın olası riskleri ameliyat olması veya olmaması durumunda oluşabilecek tıbbi durumlar kendisine anlatılmış, hasta operasyonu kabul ederek operasyon öncesi tetkiklerini yaptırmaya başlamıştır. Tetkiklerinde ameliyatına engel saptanmayan hastanın ameliyat öncesi alınan idrar kültüründe de üreme olmamıştır. Parantenal, sefalosporin profilaksisine takiben ameliyata alınan hastanın böbrek orta kaliks grubunu tıkayan yaklaşık 15mm boyutundaki bir adet taş flexsibil üreteroskop içinden iletilen lazer probu ile milimetrik parçalara kırılmış pasaj açılmış, ayrıca bu esnada hastadan perop idrar kültürü de alınmıştır. Ameliyat olağan seyretmiş cerrahi işleme ve anesteziye bağlı herhangi bir komplikasyon oluşmamış, hasta kliniğe alınmıştır. Hastanın postop 1. günde ateşinin yükselmesi nedeniyle profilaktik olarak başlanılan antibiyotik parenteral seftriakson tedavisi ile değiştirilmiş, hasta taburcu edilmiş ve takibine karar verilmiştir. Hastadan kan kültürü ve tekrar idrar kültürü alınmıştır. Postop 2. gün sabahı vital bulgular normal sınırlarda ateşi analjezik ile kontrol altında bilinci açık ve koopere olmasına rağmen hastadan taşikardi hafif takipne el ve ayaklarında karıncalanma şikayeti saptandığından sistemik enflamatuvar yanıt sendromu veya emboli olabileceği düşünülerek gerekli konsültanlar ve tetkikler yapılmıştır. Kan değerlerinin organ fonksiyonlarını etkileyen septik bir tabloyu işaret etmesi nedeniyle intaniyenin önerdiği çoklu antibiyotik tedavisine başlanarak hastanın yoğun bakım şartlarında takibine karar verilmiştir ve anestezi ve reanimasyon kliniğine nakledilmiştir. Yoğun bakımda yapılan tüm müdahalelere ve destek tedavisine rağmen hasta hızlı multipl organ yetmezliği ve endotoksik şok tablosu ile vefat etmiştir. Kliniğimizde ve dünyada bu tür endoskopik ameliyatlardan sonra bir komplikasyon yoksa hastalar ameliyat günü akşam veya ertesi gün taburcu edilmektedirler. Biz bu hastayı ateşinin olması nedeniyle ertesi gün taburcu etmedik antibiyotik tedavisini ameliyat öncesi kültüründe üreme olmadığından ampirik olarak daha güçlü bir antibiyotikle değiştirdik. Ateşli dönemde kan kültürü aldık, idrar kültürünü tekrarladık ve vital bulgularını takip etmeye devam ettik. Diğer belirtiler ortaya çıktıkça gereken biokimyasal mikrobiyolojik ve radyolojik tetkikleri yaptırdık ve ilgili klinik uzmanları ile durumu konsülte ettik. Kayıtlardan ve hastanın günlük notlarından da anlaşılacağı üzere hastaya gerekli müdahale ve incelemeler zamanında yapılmış, ihmal ve tedavide gecikme söz konusu olmamıştır. Hastanın ameliyat sırasında taşı kırıldıktan sonra alınan idrar örneğinde de üreme olmaması hasta yakınına şikayetinde belirttiği hastam hastanede mikrop kaptı iddiasını daha geçersiz kılmaktadır.

BELGELER

USG (30.7.2013): Her iki böbrek boyutları normal, konturları düzgündür. Sağ böbrekte orta kesimde büyüğü 16mm çaplı 3-4 adet kalkül izlenmiş olup minimal pelvikal ektazi mevcuttur. Bu kesimde 60x34mm boyutlu kistik alanlar içeren heterojen hipoeoik solid lezyon izlendi. İleri tetkik önerilir.

BT (30.7.2013): Bilateral nefrolithazis. Sağ böbrek orta zonda staghorn kalkül. Sağ böbrek orta zonda parakortikal kistik lezyon (Bosniak II). Sağ böbrekte staghorn kalkül devamlılığında minör kaliksler, pelvis, üreterde dilatasyon duvar kalınlaşması (enflema?). Büyüğü sağ renal arter komşuluğunda paraaortik, sağ iliak birçok adet bazıları kalsifiye lenf nodu. Mezenterik birkaç adet sağ üst kadranda lenf nodu. Sol hemitoraksta sekel değişiklikler.

Laboratuvar tetkikleri (3.9.2013): INR: 0.93, protrombin zamanı 10.81, APTT:23.42, glukoz:91, potasyum:4.4, sodyum:137, Sedimantasyon 1 saat 3, CRP nefelometrik 0,8 beklenen değer 0.0.8 olduğu, EKG normal, akciğer grafisi normal, hgb;15, HCT:40, trombosit 257000 lökosit:8.8, kreatinin:0.79, Ca:0.93.

Epikriz (10.09.2013 - 13.9.2013): Sağ pelvis taşı olan hasta sağ endoskopik taş tedavisi amaçlı interne edildi.

BT/Sağ böbrek üst orta zonda yaklaşık olarak 60*36 mm boyutunda, bilobüle konturlu, ince septa içeren, parakortikal kistik lezyon görünümü mevcuttur. IVKM sonrası kontrast tutulumu izlenmemektedir (bosniak II). Komşuluğunda staghorn kalkül görünümü izlenmektedir. Sağ orta-üst zonda kaliksler ektazik izlenmekte, duvar kalınlıkları artmıştır. Devamlılıklarında pelvis ve üreter çapı belirgin olup (grade I) üreter çapı tüm segmentlerinde yaklaşık 8- 9 mm ölçülmekte, dilate izlenmekte ve duvar kalınlaşmış olup duvarda kontrast tutulumu izlenmektedir. Sağ üreter lümeni içerisinde kalkül izlenmedi.

11/09/13 SAĞ RIRS+pelvis biyopsisi+sitoloji alınması+DJ yerleştirilmesi Post-op akşamı ateşi olan hastanın antibiyotigi Rocphine 1x gr olarak değiştirildiği, post-op 2. gün sabahı el ve ayaklarında morarma olan ve uyuşma hissi tarifleyen hasta için nöroloji dahiliye ve intaniye konsültasyonu istendiği, nöroloji beyin BT istedi, akut patoloji düşünülmediği, dahiliye ve İntaniye hastanın septisemi bulguları olduğunu söylediği, intaniye antibiyoterapiyi tienam+targocid olarak değiştirdi ve reanimasyon konsültasyonu istediği, reanimasyon doktoru hastanın yoğun bakım şartlarında takip edilmesi gerektiğini söyledi ve hasta reanimasyon kliniğine sevk edildiği,

Ameliyat Notu: GAA litotomi pozisyonunda steril alan temizliği ve örtünmeyi takiben guide eşliğinde sağ orifisten girildi, alt uçta darlık vardı balon dilatasyon yapıldı, daha sonra guide üzerinden axess sheet ilerletildi, axess üzerinden flexible renoskop ile pelvise ulaşıldığı, orta kaliks ağzım tıkayan taş fragmente edildiği, taşın arkasından bulanık idrar akımı görüldü. taşın etrafında yumuşak-solid dokulardan punch biyopsi ve sitoloji alındı, DJ katater yerleştirildi, 18 F foley sonda takıldı, işlem sonlandırıldı.

BİLİRKŞİ RAPORLARI

İncelemeci: Ameliyat öncesi alınan tüm önlemlere rağmen tüm endoskopik cerrahi yöntemlerde taşın parçalara ayrılmasına bağlı olarak endotoksinler ve bakteriler ortaya çıkabilmektedir. Bu risk işlem öncesi alınan idrar kültürleri steril olsa dahi devam etmektedir. Bu olguda da ameliyatı gerçekleştiren ekip işlem öncesi gerekli tüm hazırlıkları yapmış hastanın steril idrar kültürü ile operasyona alınmasını sağlamışlardır. Operasyon sonrası dönemde de ateşi yükselen hastanın tedavisi uygun şekilde başlanmış, ateşinin devam etmesi üzerine de gerekli konsültasyonları yapılmıştır. Yoğun bakım ünitesine alınan hastanın tedavisi burada devam etmiş, yapılan tetkiklerde şepsis ve septikşok bulguları olan hastada operasyona bağlı ek bir patoloji saptanmamıştır. Çoklu organ yetmezliği gelişen hasta yoğun bakımda ex olmuştur. Modern tıpta uygulanan tedavilerdeki tüm gelişmelere rağmen septikşok ve çoklu organ yetmezliği oldukça yüksek mortalite oranları ile seyretmektedir. Bu nedenle asıl olan hastanın septik şoka girmesini önlenmesidir. Dosya detaylı olarak incelendiğinde işlemi gerçekleştiren ekip tarafından bu yönde gerekli tüm önlemlerin işlem öncesi dönemde alındığını görüyoruz. Hastanın tanısı, müdahale endikasyonu, ameliyat öncesi hazırlıklar, ameliyat yöntemi uygun, ameliyat sonrası meydana gelen sepsis ve buna bağlı ölüm olayı koplikasyon olarak değerlendirildi. Hekimlerin ugulamalarında kusur görülmemiştir.

Adli Tıp Kurumu: Mevcut makroskopik hematüri şikayetine yönelik, USG ve sonrasında BT yapıldığı, bilateral nefrolitiazis (böbrek taşı) tanısı konulduğu, bu tanının doğru olduğu, ameliyat kararı alındığı, ameliyat endikasyonu bulunduğu, ameliyat öncesi gerekli tetkik ve konsültasyonların yapıldığı, ameliyatın usulüne uygun yapıldığı, ameliyat sonrası takiplerinin yapıldığı, ateşinin yüsemesi nedeniyle taburcu edilmeyip, tekik ve konsültasyonlarının yapıldığı, konsültasyon önerisiyle yoğun bakım ünitesine alınarak tedavi düzenlendiğide dikkate alındığında hekime atfıkabil kusur bulunup bulunmadığına karar verildi.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Altuğ Tuncel, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Hastanın BT bulgularını tekrar yorumlar mısınız? (Pelvis ve üreter duvarı enflame, komlike kist mi dilate kaliks mi?)

Böbrek taşının cerrahi yol ile tedavisi öncesinde toplayıcı sistemin anatomisinin ortaya konulabilmesi için kontrast madde kullanılarak bilgisayarlı tomografi çekilmesi önerilmektedir (Türk C, Knoll T, Petrik A, Sarica K, Skolarikos A, Straub M, Seitz C. Guidelines on Urolithiasis 2016. <http://uroweb.org/>

wp-content/uploads/22-Urolithiasis_LR_full.pdf). Bu bilginin ışığında bu hastaya operasyon öncesi dönemde uygun radyolojik tetkik yapıldığı anlaşılmaktadır. Hastanın bilgisayarlı tomografisinin sonucunda, taşın bulunduğu kaliks boynunun tıkanmasına bağlı olarak gelişen dilatasyon böbrek kisti olarak değerlendirilmiş gibi görünmektedir. Çünkü raporda tanımlanan kistin, mevcut olan staghorn taşının komşuluğunda yer aldığı belirtilmektedir. Taşın meydana getirdiği doku reaksiyonuna ve-veya üriner sistem enfeksiyonuna bağlı olarak inflamasyon, ödem ve kalınlaşma gözlenebilmektedir. Bu durumda kontrast madde verilerek yapılan bilgisayarlı tomografi de kontrast madde tutulumu olabilir. Bu olguda, üreterde gözlenen kontrast madde tutulumunun yukarıda bahsedilen duruma ikincil olarak geliştiğini düşünüyorum. Buna ek olarak gözlenen kaliektazinin etiolojisinde, taşa bağlı reaksiyon ve o bölgedeki olası enfeksiyon odağı rol oynayabilir.

2- Preop kültür steril denilimiş ve profilaksi için 1. Kuşak sefalosporin başlanmış ateş olunca 3. Kusak ile değiştirilmiş, Profilaksi nasıl olmalı hangi antibiyotikler kullanılmalıdır?

Böbrek ve üreter taşlarının minimal invaziv tedavisinde (Perkütan nefrolitotripsi, Retrograd İntrarenal Cerrahi, Üreterorenoskopi) koruyucu antibiyotik tedavisi önerilmektedir. Bu tedavinin operasyon sonrasında gelişebilecek üriner sistem enfeksiyonlarını azaltılabileceğine dair görüş birliği bulunmaktadır (Türk C, Knoll T, Petrik A, Sarica K, Skolarikos A, Straub M, Seitz C. Guidelines on Urolithiasis 2016. http://uroweb.org/wp-content/uploads/22-Urolithiasis_LR_full.pdf). Uluslararası literatürde yayımlanan metaanaliz sonuçlarına göre, bu işlemler öncesinde hangi tür antibiyotik tedavisine başlanmasına dair kesin bir görüş birliği bulunmamaktadır. Çalışmaların bazılarında 1. Kuşak sefalosporin, bazılarında 3. Kuşak sefalosporin, bazılarının da ise florokinolon grubu gibi antibiyotiklerin kullanımı önerilmektedir. Amerikan Üroloji Derneği ile Kanada Üroloji Birliği'nin ortaklaşa yayımladıkları kılavuzda, antibiyotik seçiminin o ülkedeki potansiyel üropatojenlerin ilaçlara karşı gelişen direnç epidemiyolojisi göz önüne alınarak karar verilmesi gerektiği yer almaktadır (Mrkobrada MR, Ying I, Mokrycke S, et al. CUA Guidelines on antibiotic prophylaxis for urologic procedures. CUAJ 9:13-22, 2015). Antibiyotik profilaksisinde Gram pozitif mikroorganizmaları kapsayan antibiyotiklerin gözönünde bulundurulması gerektiği bildirilmektedir. (Viprakasit DP. Optimal antibiotic use during endoscopic kidney stone surgery, <https://www.med.unc.edu/urology/advances-in-urology-symposium/2016-pres0/pdf/Viprakasit.pdf>). Antibiyotik tedavisinin operasyondan 1-6 saat önce tek doz, operasyon sonrasında yine tek doz yapılabileceği bildirilmektedir (Mrkobrada MR, Ying I, Mokrycke S, et al. CUA Guidelines on antibiotic prophylaxis for urologic procedures. CUAJ 9:13-22, 2015, Viprakasit DP. Optimal antibiotic use during endoscopic kidney stone surgery. (<https://www.med.unc.edu/urology/advances-in-urology-symposium/2016-pres0/pdf/Viprakasit.pdf>). Yukarıdaki literatür bilgileri gözönüne alındığında, bu hastaya başlangıçta başlanan profilaktik antibiyotik tedavisinin uygun olduğu kanısına varılmıştır. Ancak bu tedavinin operasyon öncesinde ne zaman başlandığına dair bir veriye rastlanmamıştır.

3- İşlem sırasında taşın arkasında koyu idrar görülmüş. Ne anlama geliyor? İşleme devam edilmesi uygun mudur?

Bu olguda, taşın lazer ile kırılması sırasında taşın arkasındaki kaliks grubundan koyu bir mayi gelmesi, taşın kaliks ağzını tamamen tıkamasına bağlı olarak o bölgede idrar stazına bağlı olarak enfekte idrarın varlığını düşündürmektedir. Ameliyat sırasında bu durum meydana gelince eğer mümkün ise o bölgeden gelen mayiden örnekleme yapılarak kültür çalışılması gerekmektedir. Takiben drenajı sağlamak için JJ stent yerleştirilmeli ve işleme son verilmelidir. Çünkü operasyon esnasında sıvı ile çalışıldığı için meydana gelen basında bağlı sepsis gelişme riski artabilir. Takiben hastaya geniş spektrumlu bir antibiyotik başlanmalıdır.

4- Bu dosya hakkında bilirkşi raporunuz nasıl olurdu?

Bu hasta sağ böbrek orta-üst kalikte yer alan staghorn tarzındaki taş nedeni ile hospitalize edilmiştir. Hastanın operasyon öncesinde yapılan kan ve idrar tetkiklerinde enfeksiyon bulguları saptanmadığı anlaşılmaktadır. Bu olguya, operasyon öncesindeki dönemde cerrahi strateji çizmek ve tanıyı netleştirmek amacı ile ultrasonografi ve kontrast madde kullanılarak bilgisayarlı tomografi çekilmiştir. Bu işlem-

lerin yapılması fenne ve ilme uygundur. Ancak, kanaatime göre bilgisayarlı tomografide taşın komşu olan bölgede tanımlanan kistik yapı, kaliks grubundan bağımsız kortikal bir kist olarak değerlendirilmiştir. Operasyon sırasında, kırılan taşın arka bölümündeki kaliks grubundan bulanık mayi gelme öyküsünün bulunması, operasyon önceki dönemde taşın bulunduğu bölgedeki ağzı tam tıkalı genişlemiş kaliks tanısının kistik bir oluşum olarak değerlendirildiğini akla getirmektedir. Burada, klinisyene yol gösterici olan parametreler bilgisayarlı tomografi görüntüsü ve rapordur. Klinisyeni, mevcut rapor yanıtlanmış olabilir. Operasyon sırasında, bulanık mayi gelmesi sonrasında sitoloji ve punch biyopsi yapılarak JJ stent takılmış ve işleme son verilmiştir. Operasyonu yapan doktorun biyopsi ve sitolojik örnekleme yapmasını, bilgisayarlı tomografide yer alan pelvis ve üreter duvarındaki kontrast madde tutulum özelliği nedeni ile yaptığını düşünüyorum. Ancak, ilgili doktor bulanık mayi gelmesi sonrasında biyopsi ve sitolojik örnekleme yapma yerine işlemi sonlandırmalıydı. Buradaki amaç, operasyonu JJ stent takıldıktan sonra sepsis riskini en aza indirmek amacıyla sonlandırmaktır. Bunu takiben daha geniş spektrumlu bir antibiyotik başlanması gerekirdi.

Bu olgu da en başa dönecek olursak, radyolojik incelemede tanı eksikliği olabileceğini düşünüyorum. Operasyon öncesinde taşın yerleştiği bölgenin arkasında genişlemiş ve enfekte kaliks tanısı konularak dekompresyon amacı ile perkütan drenaj yapılmalı ve elde edilen mayiden kültür çalıştırılarak nihai kültür sonucu elde edilinceye kadar geniş spektrumlu antibiyotik başlanmalıydı (Türk C, Knoll T, Petrik A, Sarica K, Skolarikos A, Straub M, Seitz C. Guidelines on Urolithiasis 2016. http://uroweb.org/wp-content/uploads/22-Urolithiasis_LR_full.pdf). Operasyon öncesinde yapılan idrar tetkiklerinde enfeksiyon bulgusunun saptanmaması, taşın meydana getirdiği tam tıkanıklık sonrasında oluşan genişlemiş içi enfekte kaliksten dışarıya idrar geçmemesine bağlıdır. Bu durum doktoru yanılabilir.

Sonuç olarak bu hastada, operasyon öncesinde sepsis ve dolayısı ile hayatı risk yaratabilecek bir durumun tanısının konulamadığı ve hastanın opere edildiği kanaatine sahibim. Burada, preoperatif radyolojik tetkikin değerlendirme yanılıgına bağlı olarak gelişen klinik uygulama hatası olduğunu düşünüyorum.

4.3 PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ

4.3.1 PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİDE VENA KAVA YARALANMASI

İDDİA

Annemi Eğitim ve Araştırma Hastanesine götürdük, orada lazer ile taşları kırmaya çalıştılar, ancak başarılı olamadılar, ameliyat gerektiğini söylediler, ancak ameliyat için sıra olduğun söyleyerek işin aciliyeti nedeniyle annemin Özel bir hastanede hemen ameliyat olmasının mümkün olduğunu söylemişler. Annemi önce kapalı ameliyata başlamışlar, daha sonra bu ameliyatın başarılı olmadığını söylemişler, kız kardeşime açık ameliyat yapılması için bir belge imzalatmışlar. Sonra da bu kez açık ameliyat yapmışlar, ancak ameliyat sonrasında annemin öldüğünü bize söylediler, annemin kapalı yapılan ilk ameliyat sırasında mı yoksa sonradan yapılan ikinci ameliyat sırasında mı öldüğünü bilmiyoruz.

SAVUNMA

Üroloji Uzmanı: Hastada böbrek taşı tespit ettik, 3 seans taş kırma işlemine aldık, taşlar kırıldı ancak hasta bu taşları dökemedi, ben kendisine ameliyat önermiştim, ameliyat olmak istedi, ameliyata bağlı gelişebilecek komplikasyonlar konusunda bilgi verdim, en büyük risk olan kanamanın olabileceğini, böyle bir durumda ameliyatı erken sonlandırabileceğimizi söyledim, kendisine onam formu okutularak imzalatırıldı. Ameliyatta böbreğine kateter yerleştirildi, sonda takılıp hasta yüz üstü pozisyona yatırıldı, skopi eşliğinde sağ böbreğin alt polünden giriş yapıldı, dilatasyon yapıldı, nefroskop dediğimiz bir aletle böbreğe girildi, taş görüldü, taşın bir kısmı forsepsle çıkarıldı, sonra kanama olduğunu fark ettim diğer taşları çıkarmak için daha fazla uğraşmadan ameliyatı sonlandırdım, kanamanın nereden kaynaklandığını göremedim, bu gibi durumlarda yaptığımız gibi kanamanın kendini sınırlaması amacıyla böbreğe 16 fr nelaton kateter koydum, sabitlemek için cilde sütur attım, daha sonra koyduğum kateteri klempledim,

ameliyatı sonlandırdım, ameliyat masasında 2-3 kez tansiyon ve nabız bilgileri kontrol edildi, stabil seyrediyordu, hasta bu arada ameliyat masasından alınarak takip edildiği ameliyathanenin içindeki postop gözlem yatağına alındı, sonra tansiyonda ani düşüklük oldu, hasta tekrar ameliyata alındı, bu ikinci ameliyata benden başka genel cerrahi ve diğer üroloji uzmanı katıldı, ancak ameliyatı yine ben yaptım, bu kez açık ameliyat yaptım, hastayı yan tarafından açtığımızda böbrek etrafında 200-300 cc kadar kanama vardı, hastaya toplamı 6 ünite olmak üzere kan verilmeye başlandı, böbreği almaya karar verdim, arter ve veni bağladım, böbreği aldım, böbreği aldıktan sonra kanama kesildi ancak hastanın hayati fonksiyonları da bu arada kayboldu. Kalp krizi veya pıhtı atması sonucu ölmüş olabileceğini değerlendiriyorum, bunlar da bizden kaynaklanan bir sebep değildir, sonuç itibarıyla tıbbi olarak yapılması gereken her şey yöntemine uygun bir şekilde yapılmıştır, hastanın ölümünde herhangi bir kusurumuz yoktur,”

BELGELER

Adli Tıp Kurumu otopsi raporu: Lomber bölgede bulunan insizyon açıldı. Sağ böbrek lojunda sağ böbreğin olmadığı, 350-400 cc kadar kısmen koagüle kan bulunduğu gözlemlendi. Sağ renal arter ve venin ligatüre edildiği, renal venin 2 cm aşağısında vena kava inferiora yaklaşık 2 cm uzunluğunda kontinü sütür konulmuş olduğu görüldü. Bu alandaki süturlar açıldığında vena kava inferiora 1 cm.lik delik olduğu gözlemlendi.

İ.V.P tetkiki: Sağ üreter alt ucunda milimetrik şüpheli opasite izlenmektedir. Sağ böbrekte opak taşlar mevcuttur. Sağ böbrek pelvikalikseal sisteminde ektazik değişiklikler mevcuttur. 90. dakikada üreter alt uca kadar hafif derecede geniştir. Sol böbrek pelvikalikseal sistemi formelidir. Sol üreter olağandır. Tanı: Sağ üreter alt ucunda milimetrik şüpheli opasite. Sağ böbrekte opak taşlar. Sağ böbrek pelvikalikseal sisteminde ektazik değişiklikler.

Özel Hastanenin epikrizi: Sağ böbrekte taş tespit edilen hasta operasyon planlanarak yatırıldı. İntertrakeal genel anestezi altında litotomi pozisyonunda 22 Fr sistoskop ile girildi. Üretra distalini çepeçevre saran üzeri hiperemik 1 cm.lik lezyon eksize edildi. Sağ üretere 6 Fr kateter yerleştirildi. Uretral yoldan 14 Fr Foley sonda takıldı. Hasta pron pozisyona alındı. Sağ böbreğe skopi altında girildi. Amplatz dilatasyon yapıp 30 Fr sheat yerleştirildi. 25 FR nefroskop ile girildi. Taş kırıldı. Hemoraji olması nedeniyle taş fragmanları değerlendirilemedi. 16 Fr nefrostomi kateteri takılıp işlem sonlandırıldı. Ardından postop hemodinamisi bozulan hasta yakınından da izin alınarak açıldı. Gerato fasyası açıldı. 200-300 cc hematoma temizlendi. Renal ven kavaya yakın suture edildi. Bağlandı. Pediküle klemp konulup bağlanıp kesildi. Kanama kontrol altına alındı. Hastanın hemodinamisinin bozulması üzerine CPR başlandı. Hasta eks olarak kabul edildi.

Anesteziyoloji ve Reanimasyon Takip Formu: Poat op hemodinamisi bozulan hasta hipotansiyon ve batında distansiyon nedeniyle ameliyat odasına tekrar alındı, bilnç açık koopere oryante halde, 100/80 mmhg tansiyon N:66/dk, hasta tekrar entübe edildi, 6 ünite kan istenildiği, 4 ünite TDP istenildiği, saat daha sonra hastada kardiyak arrest gelişti, hastaya adrenalin ve atropin yapıldı, döndükten sonra 10+10 ampul atropin yapıldı tekrar 10 ampul adrenalin nabızsız elektriksel aktivite geliştiği için resüsitasyona devam edildiği, hastanın nabızları yavaşlamaya başlayınca 5 atropin ve 5 adrenalin daha yapıldığı, hiç bir yanıt alınamayan hasta exitus

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Kişinin ölümünün böbrek taşı ameliyatı esnasında oluşan damar yaralanmasına (Vena Kava inferior) bağlı iç kanama sonucu meydana gelmiş olduğu, kişiye yapılan tetkikleri sonucu konulan böbrek taşı tanısının ve alınan ameliyat kararının uygun olduğu, kişiye ameliyat öncesi preop yaptırılan akciğer grafisi, Hemogram ve biyokimya tetkiklerinin ve yapılan göğüs Hastalıkları konsültasyonunun uygun olduğu, kişiye uygulanan ameliyat tekniğinin uygun olduğu, meydana gelen damar lezyonunun ameliyatın bir komplikasyonu olduğu, ameliyat sonrası kişinin Anestezi uyanma odasına alınıp takip edilmesinin, uygulanan sıvı ve ilaç tedavilerinin burada takip edilir iken ortaya çıkan klinik tablo nedeniyle tekrar ameliyata alınması ve gerekli cerrahi müdahalelerde bulunduğu da dikkate alındığında kişinin ameliyatını yapan üroloji uzmanının ve tedavisinde bulunan diğer sağlık personeline atfi kabul kusur bulunmadığına ancak hastada meydana gelen vena kava yaralanmasının ameliyat notunda rapor edilmemesinin eksiklik olduğuna karar verildi.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Burak Turna, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Perkütan nefrolitotominin peroperatif kanama komplikasyonlarının nedenleri nelerdir. Bunlarla nasıl müdahale edilmelidir.

Perkütan nefrolitotomi (PNL) ameliyatı sonrası, postoperatif geçici hematüri benzeri komplikasyonlar sıklıkla görülmesine rağmen, hastada ölüme sebebiyet veren ciddi komplikasyonlar çok nadirdir (de la Rosette J, Assimos D, Desai M, et al. The clinical research office of the endourological society percutaneous nephrolithotomy global study: indications, complications, and outcomes in 5803 patients. J Endourol 2011;25:11–17). Cerrahin deneyimi ve kötü teknik PNL komplikasyonlarının sıklığı ile direkt ilişkilidir (Lang EK. Percutaneous nephrostolithotomy and lithotripsy: A multi-institutional survey of complications. Radiology 1987;162:25–30). Kanama, PNL ameliyatının en tedirgin edici komplikasyonlarından birisidir. Literatür incelendiğinde, çeşitli derecelerde kanama komplikasyonu %0-20 arasında bildirilmektedir. Çoklu giriş, staghorn taş, büyük çaplı dilatatör ve kılıf kullanımı, suprakostal giriş ve uzamış ameliyat süresi PNL ameliyatında kanama riskini arttıran faktörlerdendir. Kanama, PNL ameliyatı sırasında veya sonrasında ortaya çıkabilir. Kanama, venöz ve/veya arteriyel kaynaklı olabilir. Bu tip yaralanmalar, sıklıkla traktın dilatasyonu sırasında veya akses kılıfının gereğinden fazla bükülmesi veya zorlanması nedeniyle oluşur.

Venöz tip kanamalar daha sık görülür ve genellikle kendisini sınırlar. Akses kılıfı genellikle bu kanamayı tampon eder ve prosedürün tamamlanmasına imkan verir. Eğer kanama intraoperatif görüntüyü bozuyorsa veya hastanın hemodinamik durumu etkileniyorsa PNL ameliyatı sonlandırılmalıdır. Eğer yaşamı tehdit eden ciddi bir kanama yoksa, sıklıkla kalın bir nefrostomi tüpü (örneğin 24 Fr) takılıp ve bir süre klempe edilmesi kanamanın kontrol edilmesi için yeterli olur. Bu esnada, hastayı iyi hidrate etmek, diürezis sağlamak ve trakt üzerine baskı yapmak etkili olabilir. Eğer bu manevra işe yaramazsa, Co-uncill-uçlu balon kateter veya Kaye tamponad kateteri kullanılması tavsiye edilir. Arteriyel kanamalar PNL sırasında veya sonrasında ortaya çıkabilir. Akut kanamaların kaynağı sıklıkla anterior veya posterior segmental arterin yaralanmasına bağlı, geç kanamaların kaynağı ise interlobar ve alt pol arterlerinin yaralanmasına, arteriyovenöz lezyonlara veya psödoanevrizma oluşumuna bağlıdır. Arteriyel kanamadan şüphelenildiğinde, hastaya renal anjiyografi ve süperselektif embolizasyon yapılması gerekir. PNL sonrası, konservatif tedaviye yanıt vermeyen pıhtılı makroskopik hematüri, hipotansiyon ve hemotokrit düzeyinde düşüş renal anjiyografinin endikasyonlarını oluşturur. Bütün bu aşamalarda sıvı replasmanı ve kan transfüzyonu ile hastanın hemodinamik durumunu stabilize etmek çok önemlidir. Hayatı tehdit eden kanama varlığında acil laparotomi ve nefrektomi çok nadir de olsa gerekli olabilir.

2- Perkütan nefrolitotomide vena kava yaralanması olduğu anlaşılmaktadır. Cerrahi teknik olarak nasıl oluşabildiği konusunda yorumlarınız nelerdir?

Ameliyat öncesi/sırasında doğru planlama, iyi bir teknikle böbreğe giriş yapmak, PNL ameliyatının teknik aşamalarına özen göstermek, doğru enstrümantasyon ve cihazlar ve deneyim varlığında bu ameliyata bağlı komplikasyonların azalacağı bilinmektedir. Muhtemelen, bu olguda istenirse de bu aşamaların bir veya birkaçında eksiklik oluşmuştur. Doktorun ifadesinden, ameliyat sonrası hastaya drenaj amacıyla 16 Fr nelaton kateter koyduğu anlaşılıyor. Her ne kadar bu uygulama ortaya çıkan bu ölümcül komplikasyonla direkt ilişkili olmasa da, PNL ameliyatı sonrası nelaton kateter uygulaması mutlak bir uygulama değildir. Bu uygulamayı örnek verme sebebim ameliyat standartlarından ne kadar uzaklaşırsak komplikasyon ortaya çıkma olasılığının o kadar artabileceğini vurgulamaktır. Ayrıca cerrahın bu ameliyatla ilgili yeterince deneyimi olamayabileceği açısından ipucu olabilir. Bu da cerrahları özellikle medikolegal anlamda zor durumda bırakabilir.

Renal vasküler yapıların toplayıcı sisteme komşuluğu, özellikle taşı ve inflame böbrek olgularında bu yapıların yaralanması açısından risk doğurur. Bu olgularda, böbreğe giriş ve dilatasyon aşamalarında dikkatli olunmalıdır. Bu olguda, cerrah muhtemelen böbreğe gereğinden fazla medial bir giriş yaptı. Dilatasyon aşamalarına ne ölçüde özen gösterildiği (dilatatörleri zorlamak, bükmek vs.) konusunda yorum yapmak zor ancak muhtemelen dilatasyon aşamasında farkında olmadan renal veni ve vena kavayı

yaraladı. Otopsi raporundaki 1 cm lik vena kava yaralanması ve 30 Fr'lik dilatatör boyutu bu ilişkiyi ortaya koymaktadır. Buradaki en önemli noktalardan birisi de, maalesef cerrahın bu yaralanmayı ameliyat esnasında fark edememesidir. PNL ameliyatı sırasında görüntüyü bozan kanama varlığında ameliyatı bırakıp hastanın hemodinamik durumu değerlendirmek ve kanamanı yerini öngörebilmek çok önemlidir.

3- Bilirkişi olarak bu olay hakkında görüşünüz nasıl olurdu?

Bu hastada meydana gelen bu ölümcül komplikasyonun, perkütan nefrolitotomi ameliyatı esnasında oluşan iyatrojenik damar yaralanması (vena kava inferior) sonucu ortaya çıkan iç kanama neticesinde olduğu kanısına varıldı. Kişiyi yapılan tetkikler sonucu konulan böbrek taşı tanısının ve alınan ameliyat kararının uygun olduğu, kişiyi ameliyat öncesi preop yaptırılan akciğer grafisi, hemogram ve biyokimya tetkiklerinin ve yapılan göğüs hastalıkları konsültasyonunun uygun olduğu kanaatine varıldı. Ancak kişiyi uygulanan ameliyat tekniği açısından bazı eksiklikler olabileceği kuşkusu uyandı. Perkütan nefrolitotomi ameliyatı sırasında ana damar yaralanması her ne kadar çok nadir görülen bir komplikasyon olarak ele alınsa bile neticede bir komplikasyon olarak değerlendirilir.

Daha önce bahsedildiği gibi bu komplikasyonun ameliyat esnasında farkına varılması belki ciddi bir morbiditeye sebep olabilir ancak mortaliteyi önleyebilir (açık ameliyata geçiş kararı). Ancak bu kararı almak biz cerrahlar hiç de kolay değildir. Bunu belirleyen en önemli parametre hastanın hemodinamik durumu olmalıdır. Neticede, bu olguda cerrah bu kararı postoperatif dönemde almış ve ekip olarak gerekli müdahaleyi yapmış ancak hasta exitus olmuştur.

Sonuç itibarıyla, bu olguda bazı cerrahi ve teknik eksiklikler saptanmasına rağmen, bu ölümcül durumun malpraktis değil bir komplikasyon olduğu, ameliyatını yapan üroloji uzmanının ve tedavisinde bulunan diğer sağlık personeline ait bir kusur bulunmadığı kanaatine varıldı.

4.3.2 PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ SONRASI PLÖREZİ VE KANAMA

İDDİA

Müvekkil 38 yaşındadır. Böbrek taşı teşhisi ile ameliyat edilmiştir. Ameliyatın ertesi solunum sıkıntısı çeken müvekkil hastaneye başvurmuştur. Yine aynı doktor başka bir doktora göstermeden kendisini hastanede 4 gün yatırmış ve taburcu etmiştir. Evde daha kötü bir halde gelen hasta özellikle nefes alamama şikayetlerinin devam ettiği için tekrar hastaneye gelmiştir. Ancak hastanede Göğüs Uzmanı olmadığı gerekçesi ile kendisine yardımcı olunamayacağı söylenmiştir. Bunun üzerine Göğüs Hastanesi'ne gitmiş orada da tomografi cihazı olmadığı için Devlet Hastanesine gitmiştir. Orada tomografi çekilmiş, ancak sonucun pazartesi çıkacağı söylenmiştir. Bunun üzerine müvekkil de evine dönmüştür. Akşam idrarından kar gelmesi sonucu acile gelmiştir. Gelirken kendisini ameliyat eden davalı doktoru da aramıştır. Davalı doktor da kendisi ile ilgilenmek bir yana yakınlarına hastanıza alıp gidin şeklinde çıkmıştır. Davalı doktor halen müvekkilin bu durumunun kuruntu olduğu düşüncesinde olduğu anlaşılmaktadır. Davalı hastanede kendisini gören Göğüs Hastalıkları uzmanı iç kanama geçirdiğini söyleyerek ciğerine tüp takmış ve kanı boşaltılmıştır. Müvekkil 5 günde hastanede kalmıştır. Ancak böbrekteki kanamanın durmaması nedeni ile müvekkil Tıp Fakültesi Hastanesi'ne sevk edilmiştir, buraya gelmesini takiben 3 saat sonrasında aşırı kanama olduğu gerekçesi ile ameliyata alınmıştır. Böbreğindeki iki damarın tıkanması sonucunda kanama durdurulabilmiştir. Sonuç olarak doktorlar yaşamasının mucize olduğunu, biraz daha geç kalınsa ölebileceğini söylemişlerdir. Müvekkil ameliyat sonrası davalı hastaneye başvurduğunda kendisi hastaneden 4 gün de kalmasına rağmen gerekli inceleme yapılmamış ve sorun yaşanmasının önüne geçecek önleyici bit tedavi yapılmamış ve bu şekilde de taburcu edilmiştir.

SAVUNMA

Sağ yan ağrısı ile gelen davacıdan kontrastsız tomografide sağ böbrek toplayıcı sistemde dilatasyon ve sağ u-p bileşkede taş tespit edilmiş. Ameliyat için yatışı yapılmıştır. Radyolojik görüntülerinden taşın non-opak olduğu, tekrarlayan üriner enfeksiyonu bulunduğu ve ESWL taş kırma cihazında taş tespit edilemeyeceği için minimal invazif yöntem olan PCNL davacıya sunulmuş, genel anestezi altında sağ böbrek taşına perkütan yöntem uygulanarak taşı alınmıştır. Cerrahi esnasında solunum ve dolaşım fonk-

siyonlarında, sorun tespit edilmemiş. Davacı anesteziden sorunsuz şekilde uyanmış ve ekstübe edilmiş. Davacının peri-op hemoglobin bakılmış ve normal tespit edilmiş. Serviste göğüste sıkışma ve idrar miktarında azalma tespit edilmiş ve 2 ampul lasix yapılarak davacı rahatlamıştır. Davacı sabah dokuz sularında yatağında görülmüş hafif ağrısı dışında sorun tespit edilmemiş, Üretral sondası açık renkte olarak tespit edilmiş ve kateteri alınmıştır. Nefrostomi kateteri açık renkte olduğundan alınarak perircnal bölgeye dren yerleştirilmiştir. Mobilize edilen davacının gün içinde ve gece hayati fonksiyonları normal seyretmiş ve hemşire gözleminde ateş, solunum vç dolaşım ve tansiyon normal tespit edilmiş, post-op 2. gün loja konan drenden kanama ya da idrar gelmemesi üzerine dreni alınmış, hafif sağ yan ağrısı dışında sorun tespit edilememiş. Davacı post-op 2. Gününü rahat geçirmiş ve ertesi gün vizit yapılarak davacının genel durumunun iyi olması üzerine önerilerde bulunularak reçetesi düzenlenmiş ve şifa ile taburcu edilmiştir.

Hasta ertesi gün sağ yan ağrısı şikayeti üzerine üroloji polikliniğine gelmiş. Burada muayene edilmiş ve kanda hemoglobin bakılmış ve 10.7 gelmiştir. İdrarında kanama tariflemeyen davacıdan idrar tetkiki yapılmış ve 2-3 lökosit bol eritrosit tespit edilmiş. Akciğer sorununu ekarte etmek için akciğer grafisi çekilmiş ve pnomonik infiltrasyon tespit edilmiş. Rezidü taş şüphesi üzerine tomografi çekilmiş. Tomografide sağ akciğerde pleval efüzyon ve alt lobda kollaps tespit edilmiş. Sağ böbrek toplayıcı sistem minimal belirgin ve perirenal bölgede hafif cerrahiye bağlı kanama tespit edilmiştir. Davacı göğüs hastalıkları polikliniğine yönlendirilmiş. Göğüs uzmanının olmaması üzerine dahiliye polikliniğine yönlendirilen davacı hekim tarafından filmine bakılmış ve göğüs uzmanına değerlendirmesi gerektiği söylenerek davacı göğüs hastanesine yönlendirilmiş. Burada thorax ct çekilmiş ve davacı evine taburcu edilmiş. Davacı daha sonra acile gelmiş ve burada hemoglobin 9.4 tespit edilmiş. Thrax ct çekilmiş ve sağ akciğer orta-alt lobda kollaps- konsolidasyon, sağda pleval efüzyon, sağ remal bölgede yumuşak doku dansiteleri tespit edilmiş. Göğüs uzmanına ulaşılmış ve tarafınca akciğer ponksiyonu yapılmış. Akciğerde sorunun geç komplikasyona bağlı kanamaya sekonder olması üzerine devlet hastanesi göğüs cerrahisi uzmanı aranarak davacıyı kabul etmesi üzerine davacı sevk edilmiştir.

Taşın üriner sistemde kalış süresi, enfeksiyon varlığı ve taşın boyutu böbrek fonksiyonlarını bozduğu mevcut bilimsel çalışmalarda kanıt olarak sunulmuştur. Dolayısı ile taş davacının olan davacılar da zamanında ve yeterince tedavi edilmediği zaman kronik böbrek yetmezliğine girmesi ve dializ tedavisi gündeme gelmesi olağandır. Perkütan taş cerrahisi ile yapılan tedavide böbreğin komşuluğunda dalak karaciğer, kolon, akciğer bulunması nedeniyle sekonder organ yaralanması erken ve geç komplikasyonu olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca cerrahi esnasında böbrek yaralanması, major damar yaralanması, renal pelvis yaralanması ve büyük damar yaralanması sonucu erken komplikasyon sonucu açık cerrahiye geçme durumu olabilir, Geç komplikasyon olarak arteryo-venöz fistül gelişebilir ve tedavisinde embolizasyon yada cerrahi müdahale gerekebilir. Geç dönemde ve erken dönemde böbrekten kan gelmesi arteryo-venöz fistüle bağlı geç gelişen komplikasyon olarak karşımıza çıkmaktadır. Yersiz açılan davanın reddini diliyoruz,

BELGELER

Tıp Fakültesi Tıbbi Belgeleri: "On gün önce sağ böbrek taşı nedeniyle sağ PNL yapılan ve postop 3. gün nefrostomi kateteri çekilen hastanın 4.günde hematürisi olduğu, takiplerinde sağ hemotoraks saptanan hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla üroloji servisine yatırıldığı, hastaya tek taraflı(Sağ) selektif renal anjiyografi+ Embolizasyonu yapıldığı, yazılı olduğu, 17.12.2011 tarihinde böbrek sintigrafisi çekildiği ve bilateral normal kortikal fonksiyon gösteren böbrek olarak değerlendirildiği, hasta 19.12.2011 tarihinde öneriler ile taburcu edildiği" belirtmektedir.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Perkütan cerrahi yöntemle böbrek taşlarının çıkarılabileceği, perkütan taş cerrahisi ile yapılan tedavide böbreğin komşuluğunda bulunan organlar, böbrek, major damar yaralanması ve renal pelvis yaralanması bir komplikasyon olarak oluşabileceği, büyük damar yaralanması oluştuğunda açık cerrahiye geçme durumu olabileceği, geç dönemde renal arterde pseudoanevrizma ve arter ven arasında fistül gelişebileceği, bunların tedavisinde embolizasyon yada cerrahi müdahale gerekebileceği, kişiye konulan tanı ve yapılan ameliyatın tıp kurallarına uygun olduğu, hekime kusur atfedilmediği oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Ali ÜNSAL, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- PCNL'de kanama komplikasyonlarının nedenleri nelerdir?

PCNL ameliyatı 2 cm veya daha büyük böbrek taşlarında uygulanan bir yöntemdir. Bazı özellikli durumlarda daha küçük taşlara da uygulanabilmektedir. PCNL ameliyatında cilt ile böbrek arasındaki mesafe floroskopi eşliğinde geçildiğinden laparoskopi veya açık ameliyatta olduğu gibi direkt görülmediğinden kanama komplikasyonları fazlaca görülmektedir. Bu kanamalar PCNL sonrası erken (peroperatif) veya geç dönemde (3-7. günden sonra) olabilir.

Erken dönem kanamaları:

PCNL ameliyatlarında erken dönemde kanama nedenleri esas olarak 2 gruba ayrılır;

Hasta ile ilgili faktörler; böbreğe birden fazla giriş yapılması (çoklu akses), suprakostal giriş yapılması, böbrek parankim kalınlığı (hidronefroz olup olmaması), anomalik böbrek olması, taş yükü nedeniyle uzamış ameliyat süresi, hastanın kan sulandırıcı ilaçlar kullanması

Cerraha bağlı teknik hatalar, bu gruptaki kanama komplikasyonları daha çok az deneyimden kaynaklanan durumlardır. İlk girişin aşırı medialden yapılması veya renal papilla yerine infundibuler giriş yapılmasıdır. Bu durumda interlober arter yaralanmaları olur. Pelvis taşlarında kaliks girişi yerine doğrudan taşa yönelerek pelvis girişi yapılması ki bu durumda pelvis yırtılarak ana majör damarlarda yaralanma ve kanamalar olabilir. Ayrıca direkt anterior kaliks girişi yapılması veya istenilen kalikse girilemeyip diğer kalikslere ulaşmak için nefroskobun aşırı açıldırılması sonucu parankim yırtılmaları ve buna bağlı kanamalar olur.

Geç kanamaları ise 3-7. günlerde ortaya çıkar. Sebebi genelde psödoanevrizma veya daha nadiren de arteryovenöz (AV) fistüllerdir. Psödoanevrizma veya AV fistülün neden olduğu tam olarak bilinmemektedir. Anevrizmada arterde oluşan travma sonucu arter duvarı zayıflar ve arteryel basınç sonucu kanama olur. AV fistülde ise yine travma sonucu arter ve ven arasında geçiş olmasıdır. Psödoanevrizmada aralıklı hematüriler oluşurken AV fistüllerde sürekli hematüri oluşur. (Campbell-Walsh Urology 10th edition, volume 2)

Bu vakada taş boyutu, hastanın böbreğinin durumu, ameliyat süresi ve böbreğe girişin nereden ve nasıl bir akses ile yapıldığı bilinmemektedir. Ayrıca postop erken dönemde ve ertesi günkü hemoglobin değerleri de bilinmemektedir. Dolayısı ile erken dönemdeki kanama sebebinin bu bilgi ve belgelerle anlamak mümkün gözükmemektedir.

2-PCNL sonrası kanamaya nasıl müdahale edilmelidir?

PCNL sonrası transfüzyon gerektiren kanama oranları %6-20 arasında değişmektedir. Erken dönem kanamalarda eğer kanama hastanın hemodinamiğini bozacak düzeyde değilse, nefrostomi tüpü konulur ve tüp klempe edilerek en az 2 saat süreyle kapalı tutulur. Böylece böbrek pelvis ve kalisiyel sistemi içerisinde pıhtı oluşur ve bu pıhtının tamponat etkisi ile kanama azalır veya durur. Ancak bu durumda ameliyattan çıkış hemoglobin düzeyine bakılmalıdır. Sonra kanamanın ciddiyetine göre 2-6 saat arayla hemoglobin değerlerinde düşme olup olmadığı kontrol edilmelidir. Hastada hiçbir kanama belirtisi olmasa dahi postop 1. gün hemogram bakılmalıdır. Çünkü kanama bazen retroperitona olabilir ve idrardan veya nefrostomiden gelmeyebilir. Geç kanamalar ise 3-7. günlerde ortaya çıkar. Sebebi genelde psödoanevrizma veya nadiren arteryovenöz (AV) fistüllerdir. Ameliyatın 3-7. gününden sonra başlayan ve taze kan tarzındaki hematüriler bu durumun işaretidir. Eğer beraberinde hemoglobin değerlerinde de düşüş varsa hasta derhal yatırılarak kanama sebebi araştırılmalıdır. Ayrımını net yapmak gerekmez çünkü her ikisinin de tedavisi aynı olup anjiyoembolizasyondur. Bu yolla kontrol sağlanamaz ise açık cerrahi müdahale ve genelde nefrektomi gerekmektedir. (Campbell-Walsh Urology 10th edition, volume 2)

Bu vakada hastaya kanama dâhil diğer komplikasyonların anlatılıp anlatılmadığı ve onam formunun alınıp alınmadığı belli değildir. Hastanın geçireceği cerrahi müdahalenin risklerini ve komplikasyonlarını ve bu komplikasyonlarının ciddiyetini bilme hakkı vardır. Cerrahın da yapacağı müdahale sonrası olası komplikasyonları bilme ve yönetme zorunluluğu vardır. Bu vakada ameliyat sonrası veya ertesi gün

hemoglobini bakılmamıştır. Postop 4. Gün hemoglobin bakılmış ve 10.7 olduğu görülmüş ki preop hemoglobini bilmiyoruz ama normal olarak 14-15 ise ciddi bir düşüş var demektir. Ayrıca hasta idrarından kan gelmeyerek salim bir şekilde taburcu edilmiş ve 4. gün idrardan kan geldiğini ifade eder doktora geldiğine göre bir geç kanama olasılığı (psödoanevrizma veya AV fistül) düşünülmeli ve hasta derhal yatırılmalı idi. Cerrahın bulunduğu hastanede buna müdahale imkânı yoksa bile bu durumu belirleyip hastayı yönlendirmesi gerekir idi.

3- Plörezi ve hemotoraks gelişmesinin nedenleri nelerdir?

PCNL sonrası intratoraksik komplikasyonlar genelde akses (giriş yeri) ile ilgilidir. Subkostal girişlerde bu komplikasyonlar %0.5'den az iken, 12. Kot üstü girişlerde %5, 11. Kot üstü girişlerde %24 ve üzerine çıkabilmektedir. Bazen böbrek dışına çok fazla sıvının ekstravaze olması da plevral efüzyona neden olabilir. Bu sıvı hemorajik olursa hemotoraks tarzında da olabilir. İnterkostal giriş yapıldığında postop aynı gün veya ertesi gün akciğer filmi çekilmelidir. (Campbell-Walsh Urology 10th edition, volume 2)

Bu vakada böbreğe nereden giriş yapıldığını bilmiyoruz. Ancak davalı doktorun ifadesinde operasyonun ertesi günü hastada göğüste sıkışma ve idrar miktarında azalma nedeniyle 2 ampul lasix yapıldığı ve hastanın rahatladığı ifade edilmektedir. Hasta 38 yaşında genç olduğundan ve bir kalp yetmezliği hastalığı olmadığından göğsündeki sıkışmanın nedeni araştırılmalı ve o gün akciğer filmi çekilmeli idi. Yani göğüsteki sıkışma hissi kardiyak değil daha çok akciğer kaynaklı olabilir. Davacı hasta 4. Gün solunum sıkıntısı ile hastaneye tekrar müracaat etmiş ve davalı doktor tarafından akciğer grafisi ve tomografisi çekilerek plevral efüzyon ve alt lobda kollaps tespit edilmiştir. Ayrıca hastanın hemoglobin değeri 10.7'ye düşmüştür. Ancak hasta hastaneye yatırılmamış, ayaktan Göğüs Hastalıkları polikliniğine yönlendirilmiştir. Oysa bu durumdaki bir hastanın yatırılması gerekmektedir. Göğüs hastalıkları uzmanı da olmayınca hasta başka bir hastaneye gitmek zorunda kalmıştır.

4- Bu dosya hakkında bilirkişi görüşünüz nasıl olurdu?

Tıp Fakültesi belgelerine göre hastaya hemotoraks nedeniyle müdahale edildiği ayrıca sağ tarafa selektif angiografi + embolizasyon yapıldığı ve akabinde böbrek sintigrafisi çekilerek bilateral kortikal fonksiyonların normal olduğu tespit edildiği anlaşılmaktadır.

Hasta PCNL ameliyatı sonrası iki majör komplikasyona maruz kalmıştır; hemotoraks ve geç kanama (psödoanevrizma veya AV fistül). Bunlar PCNL ameliyatlarında görülebilen komplikasyonlardır. Ancak davalı doktorun hemoglobini takibi yapmaması, solunum sıkıntısı ile gelen hastayı yatırmaması ve komplikasyonları yeterince yönetmemesi (yönetememesi)'meslekte acemilik, özensizlik veya yetersizlik' olarak değerlendirilebilir. Cerrah operasyonun olası komplikasyonlarını bilmeli ve müdahale için yeterli teknik alt yapıya sahip olmalıdır. Operasyonun yapıldığı hastane bu imkânlarla sahip değilse cerrah o operasyonu yapmamalıdır. PCNL ameliyatları ürolojinin majör ameliyatlarından olup bir göğüs tüpü takabilecek uzmanın olmadığı yerde o ameliyatın yapılması sorgulanacak konudur. Komplikasyon olduktan sonra 'ben ameliyatımı yaptım, bu sorun ameliyat komplikasyonu ama komplikasyon benim ile ilgili değil, başka hastaneye gidin' tarzında bir yaklaşım doktoru tamamen sorumsuz kılmamalıdır. En azından kompliksiyonu yönetme noktasında bir gayret ve çaba olmalıdır.

4.3.3 PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ SONRASI KOLON PERFORASYONU

TALEP

Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji AD. Başkanlığında 1980 doğumlu davacıya kapalı yöntemle yapılan böbrek ameliyatı sırasında bağırsak perforasyonu (delinmesi) geçirmesinin tıp ilmine uygun olup olmadığı, bu kapsamda adı geçen mevzuatı hikayesine göre, yapılması gerektiği halde yapılmayan herhangi bir tedavi ve müdahale olup olmadığı, tedavisinin yapılmasında gecikme olup olmadığı, olaya özgü diğer hususlarla tarafların iddiaları çerçevesinde değerlendirilerek davalı idare ve ajanlarının olayda hizmet kusurunun bulunup bulunmadığı, hizmet kusuru var ise kusur oranının ne olduğu, davacının iş gücü kaybının olup olmadığı, var ise oranı sorulmaktadır.

İDDİA

Vekil edenim yan ağrısı şikayetiyle Tıp Fakültesi Hastanesine başvurmuştur. Yapılan tetkik ve tedavileri sonunda müvekkilimin sol böbreğinde taş olduğu, taşın, normal yollardan düşmeyecek kadar büyük olduğu, bunun ancak ameliyatla alınabileceği, hekimler tarafından müvekkilime ifade edilmiştir. Müvekkilim, doktoruna ameliyatın bir riski olup olmadığını, herhangi bir komplikasyon söz konusu olup olmadığını sormuştur. Müvekkilime, davalı idarenin hastanesinde görevli doktor ameliyatın hiçbir riski olmadığını, bu ameliyattan binlercesini yaptığını, bu güne kadar hiçbir sıkıntı yaşanmadığını, ertesi gün taburcu edileceğini müvekkilime üstüne basa basa söylemiştir. Ameliyat günü tam ameliyat salonuna alınacakken, ameliyathanenin kapısında, görevli hemşire, bir takım kağıtlar getirerek, müvekkilime imzalatırlar. Ancak müvekkilim zaten ameliyat öncesi yapılan ve adına premedikasyon denilen sakinleştirici ve uyutucu ilaçların etkisi altında iken ve az sonra ameliyata girecek olmanın getirdiği stres ve endişe içinde ne olduğuna dahi bakmadan bu kağıtları lüzumlu evrak sanarak imzalar. Müvekkilim ameliyattan çıktıktan sonraki akşam ağrıdan duramaz, ateşi yüksek, karın ağrısı, bulantı, kusma, öğürme, üşüme gibi aslında olmaması gereken kendisine ameliyat öncesi asla anlatılmayan, ameliyat öncesi bahsi dahi geçmeyen rahatsızlıklar ve semptomlar yaşamaya başlamıştır. Ameliyatı yapan doktor, müvekkilimin genel durumunun kötüleştiği, kendisine nöbetçi doktorlar tarafından bildirilince, ameliyattan saatler sonra müvekkilimin başına gelmiş, bir iki dakika şikayetlerini dinlemiş, şöyle bir bakmış ve endişe edilecek bir şey yok, merak etmeyin, her şey yolunda diyerek gitmiştir. Özetle söylemek gerekirse, müvekkilim, ameliyattan sonraki iki gün boyunca sürekli kusmuş, karın ağrısı, yüksek ateş, bulantı, kusma, terleme, nefes almada güçlük gibi pek çok olumsuz durum yaşamıştır. Zaman zaman o kadar kötüleşmiştir ki, ağrıdan nefes alamaz hale gelmiş, morarmış kalmış, çok sıkıntılı günler yaşamıştır. Ameliyattan 2 gün sonra, müvekkilimin durumu düzelmek bir yana, giderek daha da kötüleştiği için, yapılan bir dizi tetkik ve muayene sonunda, doktor tarafından müvekkilime, ameliyat sırasında hataen bağırsaklarının delindiğini, batın içine bağırsak materyalinin (pislik) dolduğunu, bu durumun düzeltilebilmesi için acilen ameliyata alınması gerektiği, bağırsakların o bölümünün kesileceği, bağırsakların karnına açılacak bir delikten dışarı çıkarılacağı ve büyük tuvaletini oradan bir torba içine yapacağı söylenmiştir. Müvekkilim, davalı üniversite hastanesine ve ameliyatı yapan doktorlara olan güvenini kaybettiği için ameliyat olmak istemez ve durumun aciliyeti, kaybedilen her dakikanın peritonit ve septik şok riskini arttırması, bunun sonunun ölümüne kadar uzanması sebebiyle İstanbul'dan ambulans uçak çağrılarak, gece ambulans uçakla özel hastanete nakledilir ve aynı gece 04.00'de ameliyata alınır. Müvekkilim aylarca büyük tuvaletini karnına takılan bir naylon torbaya yapmak zorunda kalmış, daha sonra, bu bağırsaklarının tekrar içeri alınması için ikinci bir ameliyat geçirmek zorunda kalmıştır.

SAVUNMA

Üniversitesi Rektörlüğü vekillerinin dilekçesi: "...Davacı, Üniversitemiz Üroloji Bölümü Öğretim Üyesine sol yan ağrısı şikayeti ile özel muayene amaçlı başvurmuştur. Tam idrar, idrar kültürü ve tüm batın opaksız tomografi tetkikleri yaptırılmıştır. Hastanın muayenesi sırasında doktor tarafından hastaya, hastalığı hakkında bilgi verilmiş ve ağrılarının çok olması nedeniyle ve mevcut böbrek taşlarının sayısının ve boyutlarının toplamda 2 cm'den büyük olması, aynı zamanda böbreğinde taş hastalığına bağlı genişlemeler ve bozulmalar görülmesi nedeniyle cerrahi girişim gerekeceği ifade edilmiştir. Bizzat doktor tarafından hastaya böbrek taşı cerrahisinin kapalı yöntemle mümkün olacağı anlatılmıştır. Kapalı böbrek taş cerrahisi hastaya ayrıntılı olarak anlatılarak ameliyat sırasında ve sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar henüz muayene aşamasında anlatılmıştır. Oluşabilecek komplikasyonlar içinde Avrupa Üroloji Derneği kılavuzunda %0.2 olarak belirtilen barsak yaralanma ihtimali de özellikle belirtilmiştir. Ameliyat sırasında hastaya en çok morbidite ve mortalite yapabilecek komplikasyon olan komşu organ yaralanmaları için Avrupa Üroloji Derneğinin en son kılavuzunda önerilen ancak mutlak olarak yapılması şart koşulmayan bilgisayarlı tomografi tetkiki istenmiştir. Hastaya komplikasyon ihtimalinden özellikle bahsedilmiş, ameliyatın hastanın şikayetlerinin geçmesi için gerekli olduğu söylenmiştir. Hasta o gün ameliyatın sağlığı için gerekli olduğunu düşünerek ve ameliyata karar verdiğini ifade ederek üroloji polikliniğinden ayrılmıştır. Davacı hasta tekrar hastanemize başvurarak hastanemizde bu ameliyatı olmak istediğini belirtmiştir. Hasta aynı gün ameliyatla ilgili onam formunu kliniğe yatan her hastaya rutin olarak uygulandığı şekilde iki nüsha olarak okuması için verilmiştir. Üroloji servisinde herhangi bir tıbbi

girişim ve uygulama yapılmadan önce hastaya uygulanacak operasyon olan perkutan nefrolitotomi için aydınlatılmış onam formu verilmiştir. Hasta bu onam formunu okuyup imzaladıktan sonra ameliyathaneye indirilerek ameliyata alınmıştır.

Hastaya perkutan nefrolitotomi yapılmıştır. Ameliyat günü operasyon sonrasındaki servis takiplerinde hasta stabil seyretmiş ve herhangi bir komplikasyon olmamıştır.

Sabah vizitinde idrar rengi açık olan hastanın nefrostomiden idrar getirişi olmaması üzerine nefrostomi ve sondası çekilmiştir. Serviste rutin takibe alınan hastanın hafif karın ağrısı tarif etmesi üzerine hastadan kan tetkiki gönderilmiş ve sonucunda WBC: 18.020 K/ul, Hgb: 8.8 g/dl olarak gelmiştir. Bu tetkikler neticesinde hastaya hemoglobin düşüklüğü ve karın ağrısının sebebinin araştırılması için aynı gün IV opaksız, oral opaklı tüm batın tomografi çekilmiştir. Konsültasyon sonrasında inen kolonda defekt ve retroperitoneal alanda bir miktar serbest sıvı saptanması üzerine hasta tekrar ameliyathaneye alınarak sol üreteral katater ve foley sonda takılmıştır. Sonrasında hasta için enfeksiyon hastalıkları ve genel cerrahi bölümlerine danışılmıştır. Enfeksiyon hastalıklarının önerisi ile IV Piperacilin/Tazobactam ve Metranidazol tedavisi başlanmıştır. Yukarıda da belirtildiği gibi bağırsak perforasyonu kısa sürede teşhis edilmiştir. Hastanın ateşinin olmaması, perforasyonun posterior peritonda, pek çok durumda kendi kendine iyileşmesinin bile mümkün olabileceği bilgileriyle hasta genel cerrahi kliniğinin takibinde izleme alınmıştır. Ameliyat sonrası 2. gün sabah kontrol olarak alınan kan tetkikinde Hgb: 9.6 g/dL, WBC: 8.7 K/ul, CRP: 39.529 mg/dL olarak gelmesi üzerine hasta Genel Cerrahiye devredilmiştir. Bu tarihte kan değerlerinde düzelme görülen, vital bulguları stabil olan hastaya kontrastlı tomografi tetkiki tekrarlanmış ve retroperitoneal alanda koleksiyonda gerileme olduğu raporlanmıştır. Bu ikinci tomografi bulgusu tek giriş yapılarak yapılan ameliyatta oluşan perforasyonun kendisini sınırlamakta olmasının bir göstergesidir. Geçen sürede hastanın vital bulgularının da bozulmaması, kontrol altında karın içi organları etkilemeyen perforasyonun belirtisidir.

Üçüncü gün oral opaklı BT, alt ve üst abdomen BT'sinde mevcut ekstrasvazasyonu ve koleksiyonun arttığı üzerine operasyon önerildi. Hastaya operasyon hakkında bilgi verildi. Hasta kendi isteğiyle başka bir merkezde tedavisine devam edeceğini beyan ederek hastaneden ayrıldı.

BELGELER

Bilgisayarlı tomografi:

Post Op 1. Gün: "İnen kolon proksimalinde perforasyon mevcut olduğu, nefrostomi defektinden verilen kontrast maddenin kolon lümenine geçişinin izlendiği, kontrastlı grafilerde kolonda defekt, sol retroperitoneal alanda operasyona ikincil değişiklikler, perihepatik, perisplenik serbest sıvı, sol böbrek alt polde kortikal defekt olduğu"

Post Op 2. Gün: "Hastanın 1 gün önce çekilen BT tetkikiyle yapılan karşılaştırmada yeni ortaya çıkan sol plevral efüzyon, yeni yerleştirilmiş sol üreter kateteri, inen kolon posterior duvarında defekt, sol renal hilus düzeyindeki sıvı koleksiyonunda hafif gerileme' şeklinde kayıtlı olduğu,

Özel Hastane tıbbi belgeleri: "2 gün önce sol renal kalkül nedeni ile perkütan taş kırma sırasında kolon perforasyonu gelişen hastanın servise yatırıldığı, muayenesinde batında yaygın hassasiyet, sol lomber bölgede litotripsi girişi deliği mevcut olduğu, akut batın, barsak fistülü tanısıyla ameliyata alındığı, kolostomi açılması, segmenter kolektomi, peritoneal tuvalet, debridman ameliyatı yapıldığı, genel anestezi altında, gerekli temizlik ve örtümü takiben, umblikus 5 cm üzerinden yapılan mini insizyon sonrasında veres iğnesi batına iletilip CO2 ile şişirildiği, 10 mm.lik trokar ile direkt görüş altında kamera girildiği, diğer 5'er mm'lik trokarlarda diekt görüş altında girildiği, batın içinde serbest sıvı, gaita, özellikle sol kolon etrafında mevcut olduğu, barsaklar aşırı derecede distandü, mesenter enflame ve frajil görünümdeydi, inen kolon yan duvar periton komşuluğunda bombelik olduğu, kolon periton reflexinden serbestleştirilmeye başlandığı, bombe olan kısımdan batın içine gaita, idrar ve hematoma boşaldığı, mikrobiyoloji için örnek alındığı, inen kolon splenik fleksuraya kadar serbestleştirildiği, inen kolon sigmoid kolon bileşkesinde aralarında 1-1.5 cm mesafe olan yaklaşık 1.5-2 cm çapında 3 adet perforasyon görüldüğü, batın bol SF ile yıkanıp aspire edildiği, dougla 1 adet jackson pratt, sol parakolik alana silikon dren konup trokarlar batın dışına alındığı, perfore segment sol üst kadrandan yapılan insizyonla batın dışına alındığı, yaklaşık perforasyonların 15 cm.lik segmentte yer aldığı görüldüğü, GIA 75 mm stapler ile distali kapatılıp, 15 cm rezeke edildiği, her iki barsak anısı yan yana ostomi yapılarak karın duvarına

tesit edildiği, proksimal uç açılıştırıldığı, stapler ile kapalı distali kapalı bırakıldığı, cilt 4/0 monocryl ile kapatıldığı, ameliyat sırasında kanama veya komplikasyon gelişmediği" belirtilmiştir.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Hastaya sol PCNL + retrograd pyelografi + retrograd üreterle kateterizasyon operasyonu yapıldığı, söz konusu ameliyat şeklinin uygulanan yöntemlerden biri olduğu, ameliyat sonrasında tespit edilen 'barsak perforasyonunun' bu tür ameliyatlardan sonra nadir de olsa ortaya çıkabilen, herhangi bir tıbbi kusur ya da ihmalden kaynaklanmayan 'komplikasyon' olarak nitelendirildiği, söz konusu komplikasyonları gidermeye yönelik yapılanların tıbbi uygun olduğu, davalı sağlık kuruluşunda yapılan uygulamaların tıp bilimince genel kabul görmüş ilke ve kurallara uygun olduğu, dolayısıyla ilgili sağlık çalışanlarına atfî-kabil kusur bulunmadığı oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Doç Dr. Emrah Yürük, Bağıcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- PCNL ameliyatlarında kolon perforasyonunun nedenleri nelerdir, gerçekleşmemesi için cerrahi teknik olarak nelere dikkat edilmelidir?

PCNL sonrası kolon perforasyonu riski %0,2-%0,8 arasında bildirilmektedir. Nadir görülmesi belirgin risk faktörlerinin ortaya konulmasını zorlaştırırsa da risk faktörlerini hastaya ve cerrahi tekniğe bağlı olarak ayırmak mümkündür. Hastaya bağlı faktörler kadın hasta, ileri yaş, zayıf hasta, atnalı böbrek, geçirilmiş böbrek cerrahisi ve geçirilmiş bağırsak cerrahisine bağlı kolon distansiyonu olarak sıralanabilir. İşleme bağlı faktörler ise böbreğe girişin çok lateral ve çok kaudalden yapılmasıdır. Hastaya bağlı faktörlerin değiştirilmesi / düzeltilmesi mümkün değilken böbreğe girişin uygun bölgeden yapılması komplikasyon riskini azaltacaktır. Diğer taraftan yüksek riskli hastaların iyi değerlendirilmesi, mümkünse işlem öncesi ameliyat pozisyonunda bilgisayarlı tomografi çekilmesi ve ultrasonografi eşliğinde giriş yapılması alınabilecek önlemler olarak sıralanabilir (El-Nahas AR, Shokeir AA, EL-Assmy AM, et al. Colonic Perforation During Percutaneous Nephrolithotomy: Study of Risk Factors. Urology 2006; 67: 937-41).

2- Kolon perforasyonları perop ve post op nasıl anlaşılır. Bu olayda tanı süreci hakkında değerlendirmeniz nasıldır?

Kolon perforasyonlarında erken tanı ve uygun tedavi kolon perforasyonuna bağlı komplikasyonların önlenmesinde büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle mümkünse her hastada, ama özellikle de yüksek riskli hastalarda, işlemin sonunda antegrad nefrostografi çekilmesi hem toplayıcı sistem bütünlüğünün hem de kolon perforasyonunun gösterilmesi açısından faydalı olacaktır. Postoperatif dönemde nefrostomi tüpünden, nefrostomisi çekilmiş hastalarda nefrostomi traktından ya da hastanın idrarından gaz ve kolon içeriğinin gelmesi de tanı konulmasında yardımcı olacaktır. Diğer taraftan, kolon yaralanması açısından yüksek riskli hastalarda postoperatif dönemde ateş ve sepsis bulgularının varlığında kolon perforasyonu mutlaka dışlanmalıdır. Bu noktada tanı için günümüzde en uygun yöntem bilgisayarlı tomografidir (BT). Oral ve IV kontrastlı BT ile hem perforasyon varlığını, hem de perforasyonun yerleşimini göstermek mümkün olmaktadır. Eğer hastada nefro-kolik bir fistül gelişmişse retrograd piyelografi ile de tanı konulabilir.

Şikayete konu olan olayda, tanı için en uygun yöntem olan oral + IV kontrastlı BT çekilmiş ve erken dönemde tanı konulmuştur.

3- Kolon perforasyonunda tedavi nasıl yönetilmelidir. Bu olayda perforasyon tanınmasına rağmen 1 gün beklenmiş. Bu davranışı değerlendir misiniz?

Kolon perforasyonlarında tanın doğru olarak ve zamanında koyulması oldukça büyük önem taşımaktadır. Penetrasyon retroperitoneal alanda ise ve hastada sepsis ya da peritonit bulgusu yoksa açık cerrahi girişim nadiren gerekmektedir. Eğer operasyon esnasında veya sonunda çekilen antegrad nefrostografi ile tanı konulursa verilen kontrast maddenin batın içine kaçmadığının gösterilmesi halinde

nefrostomi tüpünün kolon içine çekilmesi ve idrar akışının sağlanması için üreteral çift-J stent ve foley sonda takılması yeterli olacaktır. Hastanın oral alımı posasız gıdalar ile sınırlandırılır ve geniş spektrumlu antibiyoterapi başlanır. 5-7 gün sonunda çekilecek kontrastlı filmlerle toplayıcı sistem ve kolon arasında bir ilişki kalmadığı ve kontrast madde kaçığının olmadığı gözlemlendikten sonra nefrostomi tüpü kademeli olarak dışarı çekilir. Alternatif olarak nefrostomi tüpü kolonun da dışına, retroperitoneal alana çekilir veya retroperitoneal alana penröz dren konulabilir. Her şekilde amaç kolon içeriğine bağlı enfeksiyon/abse oluşumunun önlenmesidir. Nefrostomi tüpü ya da penröz dren tamamen çekildikten sonra da birkaç gün süre ile ciltten sızıntı olup olmadığı takip edilmelidir.

Eğer hastada intraperitoneal bir perforasyon varsa, peritonit veya sepsis gelişirse ya da konservatif tedaviden yanıt alınmazsa açık cerrahi girişim önerilir ve sıklıkla kolostomi açılması gerekir (Al-Qahtani S, Traxer O. (2012) Bowel and Other Organ Injury during Percutaneous Renal Surgery. In Smith AD, Badlani GH, Preminger GM, Kavoussi LR (Eds.), Smith's Textbook of Endourology (pp. 343-353), Oxford, UK: Wiley-Blackwell).

Bu olguda perforasyon erken dönemde tanınmış, üriner drenajın sağlanması için üreteral stent ve foley sonda takılmış, gerekli konsültasyonlar yapılmış ve geniş spektrumlu bir antibiyotik başlanmıştır. Bu noktada sepsis ve peritonit bulguları olmayan hastanın konservatif olarak tedavi edilmesi uygun bir yaklaşımdır. Retroperitoneal alana bir dren yerleştirilmemiş olsa da daha sonra yapılan eksplorasyonda perforasyonun intraperitoneal olması, bu girişimin de etkisiz kalacağını göstermektedir.

4- Bu dosya hakkında bilirkşi raporunuzu nasıl yazarsınız?

Hastanın mevcut taşının tedavisi için en uygun seçenek olan perkütan nefrolitotomi operasyonu yapılmış ve hastadan operasyon öncesi aydınlatılmış onam formları imza karşılığında alınmıştır. Onam formuna imza atılma saati dosyadan kontrol edilerek bu konudaki karışıklığın giderilmesi mümkündür. PCNL esnasında kolon perforasyonu tüm önlemlere rağmen %0,2-%0,8 oranında görülmektedir. Bu noktada en önemli aşama olan erken tanı bu hastada başarılı bir şekilde sağlanmış ve vaka tıbben uygun olduğu üzere Genel Cerrahi kliniği ile birlikte yönetilmiş, bu noktada da operasyonu gerçekleştiren hekime atfen bir kusur saptanmamıştır.

4.3.4 PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ SONRASI KANAMA VE ÖLÜM

İDDİA

Annemde böbrek taş rahatsızlığı vardı. İlimizdeki özel hastaneye gittik. Burada böbrek ameliyatı olacaktı. Ancak annemde hemofili tanısı bulunması ve kan değerinin düşük olması nedeniyle 10 gün sonrasına randevu verildi. Nihayet ameliyat yapıldı. Böbreklerinde çevresinde iç kanama tespit edildi. Bunun üzerine kan verildi ancak yine önlenemedi. Ameliyattan altı gün sonra Üniversite Hastanesine sevk edildi. Bu arada çok acil acele işlem yapılması gerekirken ihmal ile acil tıbbi müdahalede bulunmadı. 3 gün sonra burada vefat etti. Her iki hastaneden ve doktorlarından ayrı ayrı davacı ve şikayetçiyim.

SAVUNMA

Üroloji uzmanı: Hasta, sağ böbrek taşı şikayetiyle ameliyat olmak için hastanemize geldi. Hastaya olası ameliyat ve alternatif tedavi yolları ile ilgili bilgiler verildi. Hastaya tarafımca perkütan nefrolitotomi operasyonu uygulandı. Operasyon sonrası dönemde hasta takibe alındı, operasyon sonrası hastanın kendinden olan trombosit düşüklüğü nedeniyle takiplerinde, tetkik ve tedavilerinde özenli davranılmış, ilgili branşlarla konsültasyon yapılarak hasta kliniğimizde tedavi edilmiştir. Daha sonra ileri tetkik ve tedavi amaçlı üniversite hastanesine ön görüşme yapılarak sevk edilmiştir. Hastada meydana gelen kanama ve nefrektomi sırasında belirlenen böbrek yaralanması olarak tarif edilen lezyon tıbbi işlemin bir komplikasyonudur. Bu komplikasyon sonrasında hasta tarafımdan özenle izlenmiştir. Ancak kendindeki mevcut hastalıklar nedeniyle ve hastanın yararı ön planda tutularak, Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji kliniği ile danışılarak sevk edilmiş ve orada tedavisine devam edilmiştir. Şahsın burada tedavisi devam etmekteyken öldüğünü sonradan duydum. Ancak ölüm sonrası üniversite hastanesinin verdiği rapordan ölümün ilk ameliyatından sonra gelişen komplikasyona ait olmadığı anlaşılmaktadır.

Dahiliye uzmanı: Üroloji uzmanı konsültasyon istemesi üzerine böbrek taşı ameliyatı planlanan hastayı hafif düzeyde trombosit düşüklüğü nedeniyle gördüm. Kanama ve pıhtılaşma ile ilgili tetkik isteminde bulundum. Hastayı kanama ve aile kanama öyküsü açısından sorguladım. Daha önce apandisit ameliyatı olduğunu ve herhangi bir kanama yaşamadığını ifade etti. Test sonuçlarını değerlendirdim. Test sonuçlarında trombosit sayısı yüzbin, PTZ testi 15,3 saniye, INR 1,13 olarak tespit ettim. Hastanın trombosit sayısı, mutlak ve derin düzeyde değildi. Trombosit sayısı, tedavi gerektirecek düzeyde düşük değildi. Uzmanlık alanımla ilgili yaptığım muayene ve değerlendirme sonucunda, kanama açısından düşük riskli olabileceğini ön gördüm. Hastaya gerek ameliyat öncesi gerekse ameliyat sonrası yaptığım öneriler branşıma ve güncel tıp standartlarına uygundur. Ameliyat sonrası günlük takiplerini üroloji doktoru ile birlikte yaptık. Ameliyat sonrası gelişen cerrahi komplikasyonu hasta yararına düzeltmek, azaltmak ve artmaması için gerekli tıbbi önerilerimi yaptım. Ameliyat sonrası hastanın trombositleri, trombosit düşüklüğü açısından ciddi sorun olmadı. Ben hastanın kötüye gidişini ve sevki sonrasında vefat etmesini trombosit düşüklüğünden çok ameliyattan sonra gelişen bir cerrahi komplikasyondan kaynaklandığını düşünüyorum. Suçlamaları kabul etmiyorum.

BELGELER

BT raporu (Post op.): nda;Sağ böbrek boyutları ve parankim kalınlığında belirgin artış izlenmiştir. Sağ perirenal alanda yaygın hemorajik infiltrasyon alanları izlenmiştir. Sağ böbrek orta bölümde uzanan yaklaşık 81x41x41 mm boyutlarında hipodens lezyon alanı izlenmiştir (hematom alanı?) Sol böbrek boyutları normaldir. Konturları düzenli görünümündedir.

US raporu (preop.): Sağ böbrek normal konum ve büyüklüktedir. Parankim kalınlığı ve ekosu doğaldır. Taş, solda veya kistik kitle izlenmedi. Sağ böbrek toplayıcı sistemde grade I hidronefroz ve renal pelviste yerleşimli 16 mm çaplı kalkül izlenmiştir.

Özel Hastanenin raporu: Sağ yan ağrısı bulantı kusma bazen ateş yükselmesi şikayeti mevcut, bir yıldan daha fazladır böbrek taşı olduğunu gittiği doktorlardan öğrenmiş, tedavileri düzenlenmiş, hastaya ameliyat önerilmiş, ama trombositleri düşük olduğundan hasta buna karar verememiş, bu hastanede ameliyat olmak istediğini belirtildi. Hemogramına bakıldığı, trombosit sayılarında biraz daha düşme tespit edildi, PLT 96, hastanın bu durumu dahiliye uzmanımız tarafından değerlendirildiği, trombosit sayılarında anlamlı düşme olmadığını opere olabileceğini belirtildi. PCNL ameliyatı yapıldı. Komplikasyon olmadı.

Post operatif birinci günde Hgb:10.5, HTC:30.1, BK:10.79 olduğu, 1 tam kan transfüzyonu yapıldı, 1 ünite TDP uygulandı, hastanın drenininden gelen olmadı, bunun üzerine dren çıkarıldı. İkinci gün protrombin zamanı 18.1, INR 1.37, üçüncü gün PLT 56 ve 44 bin, dördüncü gün Hct:24.1, Hgb:8.2, PLT 60 gün USG sağ böbrekte hematoma, ödem, hidronefroz görüldü. Beşinci gün, Hgb:11.2y, Hct:32.2, saat 12.00-13.00 arası hasta yürürken ağrılarında artış oldu, TA:160/80 nb:162'ye yükseldi, oral kesildi, hastaya acil şartlarda 1 ünite tam kan transfüzyonu yapıldı, USG sağ böbrek G2 hidronefroz + duble J stenot imajı perihepatik ve intestinal alanlarda serbest mayi görüldü. Tıp Fakültesi Üroloji Kliniğine danışılarak ve bilgi verilerek sevken taburcu edildi.

Tıp Fakültesi Üroloji Kliniği: PCNL ameliyatından sonra kanama nedeniyle sevk alındı yapılan BT de periton içi ve retroperitonda kanama olması nedeniyle kan ve ürünleri replasmanı yapıldı. Acil şartlarda nefrektomi yapıldı.

Tıp Fakültesi BT anjiyografisi: Batın içi serbest sıvı izlenmiştir. Sıvı içerisinde hematokrit seviyelenmesi izlenmiştir. İntraperitoneal mayinin hemorajik vasıflı olduğu düşünülmüştür. Retroperitoneal alanda sağ perirenal alandan baş-layıp sol perirenal alana doğru uzanan 5x22x18 cm boyutlarında hematoma izlendi. Sağ böbrek posterior ve medial kısımda kontrastlanma izlenmemiş olup böbrek bu kesimlerinde parankim deforme görünümündedir (iatrojenik yaralanma?). IVKM enjeksiyonu sonrası vasküler yapılar da ekstrasvazyon izlenmemiştir.

Ameliyat notu: GAA sağ plevral effüzyon sebebiyle perop Göğüs Cerrahisi tarafından sağ torakal tüp takımı yapıldı. Ardından sol lumbotomi pozisyonunda sağ flank insizyonla kasları aralandı. Tüm katlarda yaygın ödem izlendi. Sağ pararenal alanda perirenal bölgeden başlayıp aşağıda pelvise yukarıda subdiafragmatik bölgeye uzanım gösteren yaygın hematoma ve sineşiler izlendi. Sağ pararenal hematoma

temizlenerek renal parankime ulaşıldı. Böbrek alt pol temizlenerek üreter tespit edildi. Sağ böbrek pelvisi ve üreter üst ucunda upj? de yaklaşık 1.5-2 cm lik yırtık ve doku kaybı izlendi. DJ kateterin bu bölgeden dışarı çıktığı gözlemlendi. Sağ renal hilusun etrafındaki hematoma temizlenerek böbrek hilusu çevre dokulardan disseke edildi. Renal hilusun parankime girdiği bölgede aktif kanama odağı izlendi. 2. aktif kanama odağında böbrek alt polde izlendi. Aktif kanama odakları ve hastanın hemodinamisinin stabil olmaması sebebiyle nefrektomiye karar verildi. Nefrektomi yapıldı. Ardından retroperitoneal yoğun hematoma temizlenirken sağ subdiafragmatik sineşlerden dolayı diafragma 2 cm lik perforasyon hattı izlendi. Perop göğüs cerrahisi konsültasyonu istendi. Konsültan önerisiyle perforasyon hattı primer sütürize edildi. Kanama kontrolü sağlandı. Loj dren yerleştirildi. Hastaya perop 5 ünite tam kan transfüzyonu yapıldı. Katlar anatomisine uygun olarak kapatıldı, işleme son verildi. Hasta anestezi yoğun abakıma alındı

Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniğinin epikrizi: Batın içi kanama nedeniyle. 5 gün önce sağ PNL operasyonu olan hasta batın içi kanaması olması üzerine üroloji klininde nefrektomi yapılmış ve ardından kliniğimize yönlendirilmiştir, Öyküsü: Üroloji kliniği tarafından postop perkütan nefrolitotomi sonrası anemi ve trombositopeni tanısıyla takip edilen hastada aniden solunum sıkıntısı ve şuur bulanıklığı gelişmesi üzerine tarafımızca değerlendirilerek anestezi yoğun bakım ünitesine kabul edildi. Genel durumu kötü, şuuru kapalı, dinlemekle bilateral akciğer sesleri azalmış, ral ronküs mevcut. Hastanın kanamasının durmaması nedeniyle üroloji kliniği ile konsülte edildi ve nefrektomi ameliyatı yapıldı.

1. gün: Genel durum kötü, şuuru kapalı, GKS: 7E. Hasta mekanik ventilatöre bağlı. Kan şekeri takibi yapılan hastanın hipoglisemi ataklarına müdahale edildi. Hastanın takip ve tedaviye devam edildi.

2. gün: Genel durum kötü, şuuru kapalı, GKS: 8E. Hasta mekanik ventilatöre bağlı. Kan şekeri takibi yapılan hastanın hipoglisemi ataklarına müdahale edildi. Human albümin verildi. Dahiliye tarafından konsülte edildi. Hepatamine infüzyonu başlandı verildi. Tansiyonları düşük seyreden hastaya inotropik ajan infüzyonu başlandı. Hastanın takip ve tedaviye devam edildi.

3. gün: Genel durum kötü, şuuru kapalı, GKS: 8E. Hasta mekanik ventilatöre bağlı. Kan şekeri takibi yapılan hastanın hıpdemi ataklarına müdahale edildi. Tansiyonları düşük seyreden hastaya inotropik ajan infüzyonu başlandı. Dahiliye tarafından konsülte edildi. Hepatamine infüzyonu devam edildi. Hastaya batın torak BT çekirildi. Human albümin verildi. Hastaya fluzole başlandı. Hastanın takip ve tedaviye devam edildi.

4. gün: Genel durum kötü, şuuru kapalı, GKS: 4E. Hasta mekanik ventilatöre bağlı. Dahiliye tarafından konsülte edildi, tekrar diyalize alındı. Human albümin verildi. Tansiyonları düşük seyreden hastaya inotropik ajan infüzyonu devam edildi. Hastanın takip ve tedaviye devam edildi

5. gün: Genel durum kötü, şuuru kapalı, GKS: 2E< Hasta mekanik ventilatöre bağlı. Tansiyonu düşük olan hastaya inotrop inf. devam edildi. Saat 10:05?de kardiyak arrest gelişen hastaya 5 mg adrenalin, 5mg atropin yapıp CPR uygulandı, CPR? a cevap vermeyen hasta saat exitus kabul edildi.

DEĞERLENİRME

Uz. Dr. Mustafa Kadıhasanoğlu, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Kanama riski olan hastalar kimlerdir. Bu hastalarda PCNL riski açık ameliyata göre nasıldır?

Avrupa Üroloji Derneği Ürolitiazis Kılavuzunda antikoagülan tedavi alan hastaların dikkatlice değerlendirilmesi gerektiği ve PCNL operasyonu öncesinde bu tedavilerini mutlaka kesmeleri önerilmektedir (C. Türk (Chair), T. Knoll (Vice-chair), A. Petrik, K. Sarica, A. Skolarikos, M. Straub, C. Seitz, Guidelines Associates: S. Dabestani, T. Drake, N. Grivas, Y. Ruhayel, A.K. Tepeler EAU Guidelines on Urolithiasis, European Association of Urology 2016. <https://uroweb.org/guidelines/>). Kanama problemi olup olmadığı açısından hastalar dikkatlice değerlendirilmeli, kullandığı ilaçlar gözden geçirilmeli ve eğer ki kanama bozukluğu veya koagülopati olduğundan şüphe duyulan bir durum varlığında hematoloji konsültasyonu istenmelidir. Hastaların protrombin ve parsiyel tromboplastin zamanı ve uluslararası normalize edilmiş oranı mutlaka gözden geçirilmelidir. Kardiyak stenti olup bu nedenle devamlı olarak antikoagülan ajan kullanmak durumunda olan hastalar stenti yerleştiren girişimsel kardiyolog ile konsülte edilmeli ve

antikoagülan ajanın kesilmesi sonucu meydana gelebilecek olası riskler operasyonun getireceği faydalarla beraber düşünülerek ne yapılacağına karar verilmelidir. Asetilsalisilik asit ve klopidogrel kullanımı operasyondan on gün önce kesilmeli, varfarin tedavisi beş gün önce sonlandırılmalı, intravenöz heparin altı saat önce ve düşük molekül ağırlıklı heparin de 24 saat önce bırakılmalıdır. Literatürde PCNL ile açık taş operasyonlarını karşılaştıran çalışmalarda intraoperatif hemoraji oranının açık cerrahi girişimlerde daha yüksek olduğu gösterilmiştir.

2- Bu vakada preop endikasyon ve hazırlık değerlendirmelerini tartışınız?

Yakınları tarafından hemofili olduğu iddia edilen hasta yapılan preoperatif değerlendirmede trombosit sayısının düşük olduğu, protrombin zamanı ve INR'sinin normal aralıklarda olduğu belirtilmiştir. Ayrıca hastadan elde edilen anamnezde daha önce apendektomi operasyonu geçirdiği ve herhangi bir problemle karşılaşmadığı anlaşılmaktadır. Fakat hemofili tanısı koymada kullanılan testlerden aktive parsiyel tromboplastin zamanı bu hastanın değerlendirmesinde yapılmamıştır. Hemofili hastalarında trombosit sayısı, kanama, protrombin ve trombin zamanı normal değerlerde bulunabilir. Üstelik kesin tanıyı koymada gerekli Faktör VIII ve IX aktivitesi %30'un üzerinde olanlarda aktive parsiyel tromboplastin zamanı da normal aralıklarda olabilir. Bu nedenle hasta tarafından kendisinde hemofili hastalığı olduğu belirtilmesine rağmen ilk değerlendirmede aktive parsiyel tromboplastin zamanının değerlendirilmemiş olması ve Faktör VIII ve gerektiğinde Faktör IX aktivitelerinin ölçülmemiş olması sadece trombosit sayısı, protrombin zamanı ve INR ile yapılan değerlendirmede hasta düşük riskli olarak kabul edilmiştir.

3- Hasta ameliyat olduğu klinikte 6 gün takip edilmiş daha sonra tıp fakültesine sevk edildiğinde nefrektomi yapılmış. Nefrektomideki bulguları, hastanın kliniğininide dikkate alarak nefrektomi endikasyonunu tartışır mısınız?

PCNL operasyonu sonrasında görülen hemorajiler için günümüzde süper selektife kadar inebilen embolizasyon tedavileri birçok çalışmada etkinliği gösterilmiş seçenektir. Tedavi amaçlı yapılan bu embolizasyonda anjiyografi sırasında kanadığı tespit edilen vasküler yapı uygun yapıdaki materyallerle ya geçici olarak ya da kalıcı olarak oblitere edilir. İlk defa 1970'lerde renal kanserlerin tedavisinde kullanılmaya başlayan embolizasyon PCNL operasyonları sonrasında özellikle geç dönemde ortaya çıkan hemorajilerin tedavisinde başarıyla uygulanmaktadır. Üstelik kanama diyatezli olgularda da embolizasyonun başarılı olduğunu bildiren yayınlar bulunmaktadır. Bildirilen vakada operasyon sonrasında beş gün boyunca takip edilip müteakip zamanlarda hemoglobin ve hematokrit düşüşü nedeniyle kan replasmanı yapılan hasta daha ileri tetkik ve tedavi için üniversite hastanesi üroloji kliniğine sevk edilmiştir. Üniversite kliniğinde hastaya çekilen bilgisayarlı tomografi anjiyografide renal parankimin posterior ve medyalinde kontrastalanma izlenmemiş ve kontrast madde verilmesi sonrası yapılan vasküler görüntüleme ekstrasvazyon görülmemiştir. Bu nedenle hastaya embolizasyon düşünülmemiş olabilir. Ayrıca posterior ve medyal bölgelerde renal parankimin deforme olarak izlenmesi de böbrekte ciddi bir iyatrojenik travmayı işaret etmektedir. Hastanın ikinci defa operasyon alınıp sağ flank insizyonla böbreğe ulaşılmasından sonra renal pelviste ve ureter üst uçta travma izlenmiş ve hastaya sonradan takılan DJ stentin dışarı çıktığı görülmüştür. Fakat bütün bu görülenler onarımı yapılabilecek travmalar olup nefrektomi endikasyonu değildir. BT anjiyografide vasküler yapıardan ekstrasvazyon olmadığı bildirilmesine rağmen operasyon sırasında muhtemelen koagulum temizlemesinden sonra başladığı düşünülebiyecek hem renal vasküler yapıların böbreğe girdiği noktada hem de böbrek alt polde hemorajiler görülmüştür. Hastanın hemodinamik olarak da stabil olmaması nefrektomi endikasyonu olarak kabul edilmiştir. Avrupa Üroloji Derneği'nin Ürolojik Travmalar kılavuzunda da (N.D. Kitrey (Chair), N. Djakovic, M. Gonsalves, F.E. Kuehhas, N. Lumen, E. Serafetinidis, D.M. Sharma, D.J. Summerton Guidelines Associates: P-J. Elshout, A. Sujenthiran, E. Veskimäe, Guidelines on Urologic Trauma, European Association of Urology, 2016, uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-Urological-Trauma-2016.pdf) penetran yaralanması olan, çok sayıda transfüzyon ihtiyacı gösteren, hemodinamik olarak instabil, yoğun doku hasarı bulunan olgularda nefrektomi yapılabileceği belirtilmektedir.

4- Bu olayla ilgili bilirkişi raporu yazınız?

Hastanın ilk değerlendirmesinde hemofilisi olduğu belirtilen hastanın laboratuvar değerlendirmesinde trombosit sayısının, protrombin zamanı ve INR bulgularının normal olarak gelmesi üzerine düşük riskle opere olabilir denilmesi; hemofili tanısında gerekli aktive protrombin zamanına bakılmaması nedeniyle kanama diyatezinin farkedilmemiş olduğu düşünülebilir. Hastanın operasyondan sonraki beş günde iki ünite kan transfüzyonu ihtiyacı olmasına rağmen sadece laboratuvar bulgularıyla takip edilmesi ve bir nevi renal travma olan PCNL operasyonu sonrasında kontrastlı bir radyolojik değerlendirme yapılmaması belki de bir embolizasyonla tedavi fırsatının kaçırılmasına nede olmuş olabilir. Hastanın açık operasyonla değerlendirmesinde verilen nefrektomi endikasyonu güncel tedavi kılavuzlarındaki endikasyonlarla örtüşmektedir.

4.3.5 PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ ESNASINDA KANAMA VE PLEVRA YARALANMASI

İDDİA

Müvekkil böbrek ağrısı şikayetiyle Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne gitmiş, burada istenen tetkikler sonrasında sağ böbreğinde taş teşhisiyle, basit bir operasyon ile tedavi edileceği bildirilmiştir. Ancak basit bir ameliyata gireceğini düşünen müvekkilin ameliyatı yaklaşık sekiz saat sürmüş, bu süreçte 10 ünite kan harcanmış, müvekkile bilgisi ve rızası hilafında tıbbi/cerrahi işlemler uygulanmıştır. Ameliyatta, akciğere bağlı kan damarı kesilmiş ve kesilen damara ulaşmak için müvekkilin kaburga kemiğinin bir tanesi alınmış, bu süreçte ise diyaframın yırtılmasına neden olunmuştur. Bu kez göğüs cerrahi doktorları 3-4 saat süren çalışması neticesinde operasyon sona ermiştir.

Hastalığı hakkında doğru tespit yapılmaksızın ve yeterli bilgi verilmeksizin ameliyata alınan müvekkilin ameliyatı da daha önce belirtilmiş olduğu şekilde uzman doktor tarafından yapılmadığı, operasyonun asistan doktor tarafından gerçekleştirildiği öğrenilmiştir. Bu anlamda da, henüz tek başına ameliyata girebilecek yeterli mesleki ehliyete sahip olmayan bir asistan doktorun yalnız başına cerrahi müdahalede bulunması da yine hastane yönetiminin hatalı, ihmalkar ve özensiz davranışının bir sonucu olup, müvekkil üzerinde telafi edilemez zararlara sebebiyet vermiştir. Müvekkile hatalı operasyon uygulanması üzerine de, raporlara gerçeğe aykırı olacak şekilde uzman doktor adı eklenmiştir.

Müvekkil tam olarak iyileşmemiş iken üç gün içinde taburcu edilerek evine gönderilmiştir. Ağrıları katlanılmaz halde iken evine gönderilen müvekkil, ameliyat bölgesinde oluşan iltihap nedeniyle irin ve kan akıntılarına maruz kalmış, tedavi amacıyla yeniden hastaneye başvurmuştur. İltihap nedeninin araştırılması neticesinde ise, ameliyat sırasında kullanılan aletlerin yeterli sterilizasyonunun sağlanmaması ve hastane tarafından gerekli temizlik koşullarının yerine getirilmemesi neticesinde hastanın ameliyat bölgesinin mikrop kapıldığı anlaşılmıştır. Operasyon sırasında hastanın ameliyat bölgesinin arkasında açılmış olan iki yaradan iltihap akmaya devam etmiştir.

Özetle, müvekkil basit bir böbrek taşı ameliyatı için geldiği hastaneden, sağlıksız bir insan olarak çıkmış, kaburgasını kaybetmiş ve vücut ağrıları katlanılmaz bir hal almış, en ufak bir ağırlık dahi kaldıracak durumda olmadığından henüz 34 yaşında iken mesleği olan "kasaplık" işini icra edemez hale gelmiştir. Tüm hatalı ağır cerrahi müdahaleler ve hastane doktorlarının kötü muameleleri ardından müvekkilin neredeyse tek başına çaresiz bırakılarak uzun zamandır hastane yönetimi tarafından oyalanması nedeniyle müvekkilin psikolojisi son derece bozulmuştur. Tüm bunlar bir yana, müvekkilin maruz kaldığı tüm cerrahi müdahalelere rağmen böbrek taşının halen vücudunda olması ise müdahale eden doktorların ne denli özensiz davrandığını ortaya koyan bir hadisedir.

SAVUNMA

Üroloji Uzmanı: Hasta için perkütan nefrolitotomi ameliyatı kararı alınmış, hastaya riskler ve olası komplikasyonlar anlatılmış, hastanın bilgilendirilmiş onam formu alınmış; yapılan perkütan nefrolitotomi ameliyatı sırasında interkostal arter yaralanması ve plevra hasarı komplikasyonu gelişmesi üzerine perop göğüs cerrahisi konsültasyonu istenmiş ve açık eksplorasyon yapılarak kanayan arter sütünüze

edilmiş, plevra tamiri yapılmış ve hastanın böbreğindeki kalan diğer taşlar alınarak yara yeri kapatılmıştır. Sonrası dönemde enfeksiyon taşına bağlı yara yeri enfeksiyonu gelişmiş ve hastanın yarası açılmış, pansumanlarla kurutulan yara yeri tekrar sütüre edilmiştir. Hastanın tüm tedavisi kliniğimiz doktorları ve tarafınca endikasyonuna ve tıbbi etiğe uygun olarak gerektiği şekilde gerçekleştirilmiştir. Hiçbir aşamada hasta sahipsiz bırakılmamıştır. İddia edildiği gibi bir kötü muamele asla olmamıştır.

Davalı Sağlık Bakanlığı vekilinin dilekçesinde; "...Hastanın ameliyatı sırasında perkütan olarak iğne ile böbreğe giriş sırasında interkostal arter yaralanması ve plevra hasarına sebep olduğu fark edilerek, açık onarım kararı alındığı, bunun için göğüs cerrahından preoperatif konsültasyon istenerek plevranın onarılıp yara yerinin kapatıldığı, geniş insizyonun da bu nedenle açıldığı. Hastaya ameliyat öncesi gerekli risklerin ve olası komplikasyonların anlatıldığı Uzman doktor EV tarafından belirtildiği, bu duruma yönelik bilgilendirilmiş onam formunun da hastadan imzalı olarak alındığı, söz konusu operasyonun ciddi riskleri beraberinde getirmesinin olası görülen bir müdahale olduğu, bu ve benzeri komplikasyonlarla her zaman karşılaşılmasının mümkün olduğu, bu nedenle olayın bir komplikasyon olarak değerlendirildiği, hastanın operasyon notunda uzman doktor imzası bulunduğu ve kendisi de bu tür operasyon konusunda uzman olduğunu adı geçen diğer hekimlerin bu operasyonu yapmalarının mümkün olmadığını belirttiği, operasyonu yaptığı iddia edilen asistan için bu operasyonda direkt olarak görev aldığına ilişkin bir bulguya rastlanılmadığı, göğüs cerrahı oluşan komplikasyonun tedavi edilmesinde görev alan ve bir yerde hastanın hayatını kurtaran bir işlemi gerçekleştirdiği anlaşıldığından 4483 Sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanun'un 6. Maddesi gereğince "soruşturma izni verilmemesine" dair kanaat belirtilmiş olup; valilik Makamı "soruşturma izni verilmemesine" dair karar verilmiştir.

BELGELER

11.01.2013 tarihli üriner sistem USG: "Her iki böbrek boyutları (sağ bb: 106x44mm, sol bb: 103x42mm) normal, konturları düzgündür. Parankim ve sinüs ekojeniteleri normaldir. Kortikomedüller ayırım net olarak yapılabilmektedir. Pelvikalektazi izlenmedi. Sağ böbrek orta ve üst zonlarda en büyüğü 18mm olan multipl kalküller ile sol böbrek orta kesimde 5mm boyutlu kalkül izlenmektedir." şeklinde kayıtlı olduğu,

Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin 11.01.2013 tarihli abdomen BT raporunda; "...Sağ nefrolitiazis. Sağ böbrekte grade II hidronefroz. Bulgunun renal pelvis yerleşimli taşa bağlı olduğu düşünüldü. Sağ üreter proksimal 1/3 segmentte sola göre asimmetrik dilatasyon. Bulgu klinik eşliğinde değerlendirilmelidir" şeklinde kayıtlı olduğu,

Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin 28.11.2013 giriş-07.12.2013 çıkış tarihli tıbbi belgelerinde; "Sağ yan ağrısı yakınmasıyla başvurduğu, yapılan tetkiklerinde sağ böbrek taşı tespit edilen hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla interne edildiği, komorbidite olmadığı, muayenesi doğal olduğu, TTT: N, kre: 1, htc: 49, Perkütan Nefrolitotomi Onam Formunun hasta tarafından imzalanmış olduğu, 30.11.2013 tarihinde sağ PCNL operasyonu yapıldığı, GAA litotomi pozisyonunda gerekli saha temizliği ve steril örtünmenin ardından 22F 30 optik sistoskopta girildiği, mesaneden sağ üreter orifisi görülerek 6 f üreteral kateter ileildiği, takiben hasta prone pozisyonuna alındığı, saha temizliği ve örtüm işlemlerinin ardından alt-orta kalikse skopi eşliğinde akses sağlandığı, klavuz kateter ileildiği, takiben sırasıyla dilatörler ile dilatasyon sağlandığı, sheet yerleştirilmesini takiben nefroskop ile girildiği, alt kalikte görülen 10 mm.lik kalkül forceps ile ekstrakte edildiği, renal pelvisteki taşa ulaşılmadığı, takiben nefrostomi tüpü yerleştirildiği, ekstübasyon aşaması öncesi kanama fazla olması ve TA düşmesi üzerine operasyona son verildiği, sedyede TA: 52/25 mmHg, periferik nabızlar alınmıyor olduğu, kan gazı alındığı, Hb: 7.7, Htc: 24 olduğu, anestezi ekibi tarafından cerrahi ekip uyarıldığı, batın açılması konusunda öneride bulunulduğu, bu esnada kan transfüzyonuna başlandığı, tekrar operasyon masasına alındığı, interkostal alandan kanadığının görüldüğü, göğüs cerrahı davet edildiği, torakarın? torakstan girip interkostal arteri yaralayıp diafragmaı delip batına geçtiğinin görüldüğü, açık nefropyelolitotomi + toraks tüpü takılması + diafragma onarımı + 12. kot eksizyonu + antegrad DJ kateter takılması ameliyatı yapıldığı, GAA sağ flank insizyonla katlar geçilerek retroperitona ulaşıldığı, uygun ekspozur için 12. kot eksizyonu yapıldığı, interkostal arter yaralanması görüldüğü, kanama kontrolü yapıldığı, diafragma yırtığı görüldüğü, pri-

mer sütüre edilerek onarım yapıldığı, takiben toraks tüpü takıldığı, retroperitonda üreter bulunduğu, diseksiyonla ilerlenerek renal pelvise ulaşıldığı, pyelolitomi yapılarak 15 mm.lik kalkül ekstrakte edildiği, takiben alt kalikte palpe edilen taş ekstrakte edildiği, antegrad DJ kateter mesaneye gönderildiği, renal pelvis 4-0 vicryl ile onarıldığı, loja soft dren konulduğu, katlar anatomik olarak kapatıldığı, operasyon sonlandırıldığı, post op 1. gün genel durum orta iyi, TA: 124/69, 4 ü TDP, 8 ü ES verildiği, takip edildiği, postop 2. gün genel durum iyi, TA: 124/69, toplam 4 ü TDP, 8 ü ES verildiği, takip edildiği, postop 3. gün genel durum iyi, TA: 130/86, toraks tüpünden: 75 cc, dren: 150 cc, htc: 23, kre: 1.1, wbc: 15000 olduğu, takip edildiği, postop 4. gün genel durumu iyi, dren: 30 cc, gaz +, gaita +, toraks tüpü: 50, htc: 24,4, Hg: 8.6, wbc: 10.5, plt: 271 olduğu, takip edildiği, postop 5. gün genel durumu iyi, ANTA stabil olduğu, toraks tüpü çekildiği, dreni 10 cc, şikayeti yok, post op 6 gün genel durum iyi anta stabii dreninden geleni yok dreni çekildi, şikayeti yok, postop 7. gün genel durumu iyi, ANTA stabil, yara yerinden 2 ped seröz ıslatması mevcut olduğu, hasta önerilerle taburcu edildiği, antibiyotik ve antiinflamatuvar reçete edildiği, 1 hafta sonra Üroloji poliklinik kontrolü önerildiği, 4 hafta sonra DJ kateteri çekilmesi planlandığı"nın kayıtlı olduğu,

Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin 01.12.2013 tarihli PAAG raporunda; "...Bilateral akciğerler alt zonlar yetersiz inspiyum nedeniyle optimal değerlendirilememekte olup, düzensiz dansite artışları özellikle sol alt zonda izlenmektedir (postop atelektaziler?, yatarak elde edilen grafide konjesyona sekonder?). Sol alt zonda ve sağ orta zonda lineer opasiteler dikkati çekmektedir (subsegmenter atelektatik?). İnceleme planına giren kemik yapılara ait gross patoloji izlenmemiştir" şeklinde kayıtlı olduğu,

Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin 16.03.2013 tarihli tıbbi belgelerinde; "Karın ön bölgesinden başlayan ağrı tarifleyen hastanın BT'sinde sağ böbrekte taşlar mevcut, ancak obstruktif gözlenmedi. Akut batın açısından genel cerrahi değerlendirilmesi ve patoloji yoksa analjezik önerildi. BT sonucuyla üroloji poliklinik kontrolü önerildi" şeklinde kayıtlı olduğu,

BİLİRİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Sağ böbrek orta ve üst zonlarda en büyüğü 18 mm olan multipl kalküller ile sol böbrek orta kesimde 5 mm boyutlu kalkül olduğu, Perkütan Nefrolitotomi Onam Formunun hasta tarafından imzalanmış olduğu, sağ PCNL operasyonu yapıldığı, böbrek taşları için yapılan cerrahi girişimler arasında söz konusu ameliyat şeklinin uygulanan yöntemlerden biri olduğu, bu tür ameliyatlardan sonra söz konusu klinik şikayetlere neden olan bulgularda tam düzelle olmayabileceği, bunun yanı sıra ameliyat sonrasında ortaya çıkan diafragma yırtılması ve interkostal arter yaralanması ile sonraki süreçte yara yeri enfeksiyonu ve fistül gelişmesinin bu tür ameliyatlardan sonra ortaya çıkabilen herhangi bir tıbbi kusur ya da ihmalden kaynaklanmayan "komplikasyon" olarak nitelendirildiği, söz konusu komplikasyonları gidermeye yönelik müteaddit operasyonların yapılabileceği, komplikasyon yönetiminin uygun olduğu cihetle; dava konusu olayda kişinin tedavisine katılan sağlık görevlilerinin uygulamalarının tıp biliminin genel kabul görmüş ilke ve kurallara uygun olduğu, dolayısıyla ilgili sağlık çalışanlarına atfi-kabil kusur bulunmadığı oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. M. Kemal Atilla, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- PCNL ameliyatlarında interkostal arter yaralanmasının nedenleri nelerdir? Nasıl anlaşılır? Nasıl müdahale edilmelidir?

PCNL ameliyatları, bu sahada çok tecrübeli olan cerrahların bile her yeni ameliyatta adeta korktukları, çekindikleri veya çekinmeleri gereken nispeten morbid ve bazen aşırı kanamalarla birlikte gidebilen bir taş ameliyatı türüdür. PCNL'nin yapılmaması gereken durumlar şunlardır:

- Tedavi edilmemiş üriner enfeksiyon
- Atipik barsak yerleşimi
- Girilmesi planlanan traktta tümör

- d. Potansiyel malign böbrek tümörü
- e. Gebelik (EAU Guideline)

Bu vakada bu şartlar yerine getirilmiş görülmektedir. Sorumuza gelirse, PCNL ameliyatlarında interkostal arter yaralanmasının en sık nedeni böbrek üst polündeki taşın yapılması zorunlu kalınan interkostal giriştir. Interkostal arter ve sinirlerin kotun neresinden seyrettiği hususunu her cerrahın olduğu gibi PCNL yapan bütün cerrahların da bilmesi gerekir. Yaralanma, aşırı kanama bulguları (ameliyat sırasında maalesef sadece taşıkardi ve oksijen saturasyon problemleri ile kendini belli edebilir) ile tanınabileceği gibi bazen fark edilmeyebilir. Tedavisinde en doğru yol, varsa hemen bir göğüs cerrahının vakaya müdahil olmasıdır, zira sıklıkla plevra yaralanmaları da olaya eşlik eder. Nitekim bu vakada da göğüs cerrahı çağırılarak gerekli tedavi yapılmıştır.

2- PCN ameliyatlarında plevra yaralanmasının nedenleri nelerdir? Nasıl anlaşılır ve nasıl müdahale edilmelidir?

En sık sebep mecburen yapılan 11. ve 12. kot girişleridir. Genel anestezi altındaki bir vakada plevra yaralanmasına bağlı o taraf akciğerinin sönmesi, havalanma azlığı, oksijen saturasyonu düşmesi ile kendini belli eder. Zamanında anlaşılabilmesi için hastanın başındaki anestezistin vakaya hakim ve her aşamasını dikkatli takip ediyor olması gerekir. Müdahale, göğüs tüpü ile olup, eğer tecrübesi varsa ürolog, yoksa bir göğüs cerrahı tarafından takılmalıdır.

3- Hastanın tansiyon düşüklüğü ve kardiyak arrest olduğu düzeltildikten sonra plevra tamiri yapıldığı ve PCNL ile ulaşılamayan taşın açık cerrahi sırasında müdahale edildiği anlaşılmaktadır. Bu tablo içerisindeki hastaya müdahaleyi tartışır mısınız?

Bu vaka zemininde konuşursak, kardiyak arrest olmuş, hemoglobini 7'ye düşmüş bir hastada plevra tamirinin peşine açık taş cerrahisi için hastayı bir müddet daha o şartlarda tutmak kabul edilemez. Mümkün olan en kısa sürede işlem tamamlanıp hasta bir an önce stabil hale getirilmelidir. Burada bu vaka için cerrah suçlanacaksa sadece bu hususta olabilir. Ayrıca hastadan sorumlu diğer hekim olan anestezi uzmanının olaya müdahil olup, cerraha bir an önce vakayı sonlandırması gerektiğini ifade etmesi gerekir.

4- Bu dosya hakkında bilirkişi raporunuz nasıl olurdu?

Hastada oluşan durum PCNL ameliyatlarında olabilen bir komplikasyondur. Bu hastadaki üst pol böbrek taşı böyle bir komplikasyona zemin hazırlamış olabilir. Hastaya, müvekkilinin iddiasının aksine ameliyat öncesi bütün riskler anlatılmış, onamı alınmıştır. İmza atıldıktan sonra "ben böyle olacağını bilmiyordum, bana ayrıntılı anlatmadılar" vs. demenin bir hükmü yoktur, normalde olmaması gerekir. Bankalarda herhangi bir işlem için bizlere imzalatılan, adeta "karınca duası" gibi ufacak yazıların altına okumadan atılan imzadan nasıl ki imza sahibi kanun önünde sorumlu oluyorsa, tıbbi onama imza atan her hasta da böylece yükümlü olur.

Ameliyat sırasında gelişen bu durum neticesinde gerekli müdahalelerin zamanında yapıldığı görülmektedir. Fakat, hastanın PCNL ile ulaşılamayan böbrek taşına, bu kadar hayatı tehdit edici komplikasyonların peşine, anestezi süresini ve muhtemel bir morbidite, mortalite insidansını artıracak tutum içerisine girilmesinden dolayı, cerrah hakkında "yeterli özen göstermeme" hususu göz önüne alınabilir.

Tıbbi işlemlerin en büyük özelliği "öngörülemmez" olmasıdır. Bir bina inşa ederken şu kadar metreka-reye şu kadar demir, bu kadar çimento gerekir dersiniz ve yaparsınız ve hep aynı sonucu alırsınız. Oysa tıbbi müdahalelerin daima muhtemel 3 neticesi vardır: iyileşme, aynı kalma, kötüleşme (veya mortallite). Misal, en sık yapılan küçük müdahalelerden biri olan gluteal enjeksiyonda kural dörde bölünen gluteal sahanın üst dış yanından yapmaktır. Fakat 1000 kişide diyelim ki 1 kişide sinir trasesi o bölgeden geçiyorsa hastada düşük ayak deformitesi meydana gelecektir. Bu durumda enjeksiyonu yapan, eğer kaidelere uygun bölgeden yapmışsa suçlanabilir mi? Tıp hukukunda "komplikasyon" ile "malpraktis"i çok iyi bir şekilde birbirinden ayırmak gerekir. Her türlü textbook'ta yazan bir komplikasyon nedeni ile hayatını kaybeden bir hasta için "taksirle ölüme sebebiyet vermek" gibi bir suçla suçlanmak ne kadar adildir? Veya, Türkiye şartlarında hekimlerin çoğunun devlet memuru olduğu, aldığı maaşların belli

olduğu bilinmekteyken, hekime karşı açılan her türlü tazminat davalarında astronomik rakamların telaffuz edilmesi hangi kaideye, içtihadı sığar? Hekimlerden başka hangi memur grubuna “görevi ihmal, görevinde zen göstermeme” gibi suçlamalarla dava açılmakta veya hekimlerden başka hangi meslek grubu kendilerini “meslek hatalarına karşı sigortalatma” gereğini duymaktadırlar? Ülkemizde bu tip davalarda gündeme gelen tazminat miktarlarının ABD’dekilerle yarıştığı görülmektedir, lakin řu ufak ayrıntı gözden kaçırılmaktadır: ABD’deki hekimler ülkemizdeki hekimlerden ortalama 10-20 kat daha fazla kazanmaktadır.

5.1 BPH

5.1.1 LAZER PROSTATEKTOMİ VE TURP: ENDİKASYONU VE ONAM TARTIŞMASI

İDDİA

"Müvekkilim 51 yaşında olup sık sık idrara çıkma, idrar sırasındaki yanma hissi ile ilgili yaşadığı sorunlar sonrasında muayene olmuştur. Yapılan tetkikler sonucu doktor "prostat hiperplazi" tanısını koymuş, ilaç tedavisi ile çözüm alınmasının mümkün olmadığını, acilen ameliyat olmasını, geç kalması halinde daha büyük zararlar doğabileceğini söylemiştir. Müvekkilim ameliyat olmayı kabul etmiş davalı ise müvekkilime "tüm şikayetlerinin sona ereceğini, cinsel yönden herhangi bir sıkıntı yaşamayacağını, menide azalma olmayacağını" iletmiştir. Bunun üzerine müvekkilim ameliyat olmuştur. Fakat müvekkilin şikayetleri %50 artarak devam etmiştir. Ayrıca cinsel hayatı da bitme noktasına gelmiştir. Müvekkil cinsel birleşme sırasında eski yaşadığı hazzı yaşayamamaya ve bedeni sperm üretememeye başlamıştır. Davalı hekim öncelikle tedavi yöntemini seçme ve uygulama yükümlülüğüne aykırı hareket etmiştir. Davalı müvekkilin şikayetleri üzerine yaptırdığı tetkikler sonrasında direkt olarak çözüm olarak ameliyat olması gerektiğini söylemiş, ilaç tedavisine hiç değinmemiştir. Oysa ki dosya içerisinde mevcut tetkikler incelendiğinde görüleceği üzere müvekkilin ilk başvuru yaptığı tarihlerde hastalığı çok ileri seviyede olmadığı için şikayetleri ilaç ile tedavisi mümkündür. Davalı hekim aldatmama ve yanılmama yükümlülüğüne aykırı hareket etmiştir. Kendisi müvekkilin çıkarlarını öncelikli tutması gerekirken ne yazık ki hastane ve kendi çıkarlarını ön planda tutmuş müvekkilimi ameliyat konusunda riskler konusunda yeterince aydınlatmayarak ikna etmiştir."

SAVUNMA

"Davacı sosyal yaşamını etkileyen idrar torbası çıkışında akım engeli yaratan (infravezikal obstrüksiyon) iyi huylu prostat büyümesine (BPH) bağlı sık sık idrara çıkma, idrar akımında zayıflama, idrar torbasında geride idrar kalma hissi ve gece idrara çıkma şikayetlerinden bahisle, müvekkilimiz tarafından ayakta hasta muayenesi yapılmak üzere başvurmuştur. Rektal muayenesinde prostat büyümesi bulguları (Gr II, iyi huylu kıvamda) tespit edilmiştir. Ultrasonografide prostat hacminde artış (42 gr) verileri ışığında kendisine prostat büyümesi (BPH) tanısı konulmuştur. Hastaya rutin olarak yapılmış olan bu testlerden idrar akım hızını ölçen "üroflowmetrik inceleme testi" yapılarak hastanın prostat büyümesinin göstermiş olduğu akım engeli teyit edilmiştir. Ayrıca PSA testi de yapılmış olup; sonucun normal değerde olduğu görülmüştür. İdrar analiz incelemesinde de herhangi bir üriner enfeksiyon bulgusuna da rastlanılmamıştır. Uzun süreli ve kalıcı etkisi olmayan ilaç tedavisini kabul etmeyen davacı taraf; önerilen

diğer bir tedavi yöntemi olan "Lazer Prostatektomi" uygulamasını kendi iradesi ile kabul etmiş ve bu iradesi çerçevesinde ameliyat edilmiştir. Ancak ameliyat sonrası ve hastaneden taburcu edildikten 3 ay sonra idrar yapmada güçlük ve idrar yanma şikayeti ile davacı taraf hastaneye başvurmuştur. Davacının iddialarının tümü haksız ve mesnetsiz olduğundan, Sayın Mahkemece işbu hukuka aykırı davanın red-dine karar verilmelidir..."

BELGELER:

04.02.2011, Biyokimya: Total PSA: 0.417 (<3.1)

08.02.2011, USG: Prostat 42 cc hacminde ölçülmüş olup artmıştır. Mesanede postvoiding rezidü idrar yaklaşık 56 cc hacminde ölçülmüştür.

08.03.2011 giriş ve 10.03.2011 çıkış epikriz: "İdrar akım hızında zayıflama, kesik kesik idrar yapma, gece idrara kalkma (2-3x), rezidüel idrar hissi, idrar yaparken yanma, zaman zaman koyu renkli idrar yapma şikayetleri 5-6 aydır mevcut olup son 1 ayda artmış, RT ++ yumuşak iyi huylu, nodül ve hassasiyet yok, Hastanın mevcut miksiyon problemleri, infravezikal obstrüksiyona yol açan (rezidüel idrar 56 cc) iyi huylu prostat büyümesi, PSA 0.4 ng/ml, 42 gr BPH nedeniyle lazer prostatektomi girişimi planlanarak servise yatışının yapıldı. 80 KV altında greenlight lazerle lazer prostatektomi operasyonu yapıldı. Takiben patoloji için TUR ile de talaşlar halinde doku rezeksiyonu yapıldı. 10.03.2011 tarihinde şifa ile taburcu edildi."

03.06.2015 Hastane yazısı: "Hastanın kurumumuzda Üroflowmetrik inceleme testi yapıldığına dair herhangi bir kayıt bulunamamıştır (2013 yılında Üroloji Anabilim Dalı Başkanlığı'nda kullanılmakta olan işletim sisteminde meydana gelen programsal hata nedeniyle sistem içerisinde mevcut olan datalar bozulmuş ve geri alınması mümkün olamamıştır). Bilgilerinize arz ederim"

BİLİRKİŞİ GÖRÜŞLERİ

Adli Tıp Kurumu: Lazer prostatektomi ameliyatı yapılmış olduğu, hekim ve hasta tarafından imzalanmış 'Lazer Prostatektomi Ameliyatı Bilgilendirme ve Onam Formu'nun dosyada mevcut olduğu, benign prostat hiperplazisi için yapılan cerrahi girişimler arasında söz konusu ameliyat şeklinin uygulanan yöntemlerden biri olduğu, bu tür ameliyatlardan sonra söz konusu klinik şikayetlere neden olan bulgularda tam düzelme olmayabileceği, bunun yanı sıra ameliyat sonrasında ortaya çıktığı bildirilen retrograd ejakulasyonun bu tür ameliyatlardan sonra sıklıkla görülen ve beklenen bir durum olduğu, hastanın idrar kaçırmaya şikayeti de tanımladığı, ancak yapılan tetkiklerde bu durumun tespit edilmediği cihetle; dava konusu olayda kişinin tedavisine katılan sağlık görevlilerinin uygulamalarının tıp biliminde genel kabul görmüş ilke ve kurallara uygun olduğu, dolayısıyla ilgili sağlık çalışanlarına atfi-kabil kusur bulunmadığı oy birliği ile mütalaa olunur."

Öğretim Üyesi Bilirkişi: Hastanın yaşı, şikayetlerinin kısa süredir (6 aydır) olması, prostatın hacminde artışın fazla olmaması, uroflowmetrenin yapılmamış olması (dosyada olmaması ve belgelendirilemesi) dikkate alındığında yeterli incelenin yapılmadığı, ameliyat endikasyonunun mutlak olmadığı, alternatif tedavilerin hastaya sunulmadığı anlaşılmaktadır. Bu nedenlerle tıbbi uygulama hatası mevcuttur. Hastada gelişen cinsel sorunlar (retrograd ekjekulasyon) prostat ameliyatlarından sonra beklenene bir sonuç olup hastanın bu konuda aydınlatıldığı onam formundan anlaşılmaktadır.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Turhan Çaşkurlu, Doç. Dr. Bülent Erol,

Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Hekim önerdiği tedavi usulleri dışında diğer tedavi yöntemlerini de hastaya anlatmak zorunda mıdır?

Hasta hakları yönetmeliğinin 15. maddesi c bendine göre diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri hususlarında hastaya bilgi verilir denilmektedir. Bu maddenin hükmünü yerine getirmek için hekim önerdiği tedavi usulleri dışındaki tedavi yöntemlerini de hastaya ayrıntılı olarak anlatmak zorundadır. Hastaya güncel

tedavi yöntemleri anlatıldıktan sonra sorularla hastanın anlatılan yöntemleri anladığı sorgulanmalı ve hastanın kendisi tedavi yönteminin seçimini yapmalıdır.

2- Ameliyat endikasyonunu klasik ve kılavuz bilgilerine göre yorumlayınız.

Klasik ve kılavuz bilgilerine göre hastada cerrahi için mutlak endikasyonlar olan benign prostatik obstrüksiyonu(BPO) nedeniyle tekrarlayıcı veya dirençli üriner retansiyon, overflow inkontinans, rekürren üriner enfeksiyonlar, mesane taşı veya divertikül oluşumu, BPH/BPE den dolayı dirençli makroskopik hematüri, BPO'ndan dolayı renal yetmezlikle birlikte veya sadece üst üriner sistemde dilatasyonu mevcut değildir.

2016 Avrupa kılavuzlarında mutlak endikasyonlardan birisine sahip olmayan ancak 30-80 gr prostat büyümesi olan ve orta ve/veya ciddi alt üriner semptomları olan hastalara metaanaliz sonucuna göre 1a kanıt düzeyi ve "A" derecesinde TUR-P ameliyatı önerilebileceği belirtilmektedir.

Bu hasta için semptomları skorlama bildirilmediği için orta yada ciddi semptom derecesi anlaşılama-maktadır. Üroflowmetri yapılsa da kayıtlarda sonuçları mevcut değildir(evrak olarak veya dosyaya yazılı kaydı olabilirdi).

Avrupa Üroloji Derneği kılavuzunda mutlak cerrahi endikasyonu olanlar dışındaki hastalarda ilk basamak tedavi seçimi olarak davranış modifikasyonları ve/veya medikal tedavi önerilmektedir. Medikal tedaviden başlangıçta veya zamanla yarar görmeyen semptomatik hastalarda genelde girişimsel tedaviler uygulanmaktadır.

3- Onam belgesinde retrograd ejakülasyon olmasına rağmen hastanın şikâyetini değerlendiriniz.

Avrupa 2016 kılavuzunda TURP ameliyatının morbidite oranı % 11.1, retrograd ejakülasyon oranı ise %65.4 olarak vermiştir. Greenligh laser ile prostat operasyonlarının 12 aylık takiplerinde retrograd ejakülasyon ve erektil fonksiyon etkilerinin TURP ile benzer olduğu bildirilmektedir.

Hastaya ameliyat öncesi onam formunda retrograd ejakülasyonun bu ameliyatın sık görülen komplikasyonu olduğu konusunda bilgilendirme yapılmış olduğu imzalı aydınlatılmış onam formlarının dosyada bulunduğu belirtilmektedir. Demek ki hasta operasyonun yan etkilerinden birisi olan Retrograd Ejakülasyon konusunda bilgilendirilmiş ve aydınlatılmış onamı almıştır.

Kişisel güncel pratiğimizde hastalara ve yakınlarına hastalıkları, olası tedaviler ve tedavilerin etkileri ve yan etkileri ayrıntılı anlatılmasına rağmen hastaların ve yakınlarının anlatılanları tam anlayamadıkları veya baştan anlasalar da olumsuz bir durumla karşılaşıldığında inkâr etmeleri sık görülen bir durumdur. Bu konuda doktorlar başta olmak üzere sağlık çalışanlarını sıkıntıya düşürmeyecek düzenlemelere ihtiyaç olduğu kanısındayım!

4- Hekimin hastayı ameliyata yönlendirmesi, komplikasyonları hafif göstermesi, kendi ve sağlık kurumunun çıkarlarını öncelemesi gibi etik dışı davranışlarla suçlanmaktadır. Öyle bir sorunla karşılaşmamak için neler yapardınız?

Hasta "hastalığı ve tedavi seçeneklerinin başarı oranları" ile birlikte sözlü ve yazılı olarak ayrıntılı bilgilendirilmeli ve tedavi seçimi hastaya bırakılmalıdır. Aydınlatılmış onam alınırken birinci derece yakınının şahit olarak imzasının alınması gerekir. Onamın sonunda hastaya sormak istediği başka herhangi bir şeyin olup olmadığının sorulduğu ve sorduğu sorulara cevap verildiğinin belirtilmesi uygun olur.

5- Bilirkişi olarak bu olayı nasıl değerlendirirsiniz?

Hasta başvurduğunda mutlak cerrahi endikasyonu olmadığı gibi, şikâyetlerinin derecesini standartize etmek için validasyonu yapılmış bir ölçek kullanılarak (en sık IPSS kullanılır) derecelendirilmesi (hafif/orta/ciddi semptomatik) uygunken kayıtlarda semptom derecelendirmesi verisi mevcut değildir. Ancak dosyada yazılı olarak bildirilen şikâyetler hastanın bir tedaviye ihtiyacı olduğunu göstermektedir. Hastanın görece genç yaşta olması ve şikâyetlerinin 6 ay gibi kısa süredir ortaya çıkması tedavi seçiminde dikkate alınmalıdır.

Bu aşamada doktor basamaklı tedaviler konusunda hastayı bilgilendirmeli ve ilk önce davranış modifikasyonlarıyla birlikte medikal tedavi önermeliydi. Tedaviden yarar görmediği kontrole geldiğinde

semptom skorlamasında ve üroflowmetride gösterilerek girişimsel tedavileri önermeliydi. Ayrıca üroflowmetrinin dosyada belgelendirilememesi veya yapılmamış olması kusurdur.

Girişimsel tedaviler önerildiğinde diğer alternatif tedaviler konusunda hasta aydınlatılması yapılmalı ve tedavi yönteminin seçimi hastaya bırakılmıyordu. Hastada gelişen cinsel sorunlar (retrograd ejakulasyon) prostat ameliyatlarından sonra beklenene bir sonuç olup hastanın bu konuda aydınlatıldığı onam formundan anlaşılmaktadır, bu konuda eksiklik söz konusu değildir.

6- Sağlığın ticarileşmesinin etik kurallara verdiği zararlar nelerdir?

Sağlığın ticarileşmesinin etik kararlar için bir tehdit unsuru olduğu gerçektir.

Buradaki örnek hastadan yola çıkılırsa bir dönem aşırı greenlight reklamları hastalarda kışkırtılmış bir talep ortaya çıkarmış ve hastalar ben greenlight laser ameliyatı olmaya geldim diyerek hastaneye veya doktora başvurmuşlardır. Özel sektördeki birçok hastane bu baskılar nedeniyle Laser cihazına yatırım yapmış sonrada bu yatırımın karşılığını almasını doktorlardan talep etmişlerdir. O dönemde bir endikasyon patlaması yaşandığını inkâr etmek mümkün değildir. Ancak bu ameliyatlar zamanın testisten çok da olumlu not almadığından, altın standart TURP operasyonları tedavideki yerini korumuştur.

Bunların yanında kamuda ve özelde performans kaygısı, yöneticilerin ve sahiplerin beklentileri, yeni çıkan teknik ve teknolojiler etik çalışma için en önemli tehditlerdir. Ancak sağlık hizmetini sunarken etik değerlerden ne pahasına olursa olsun taviz verilmemesi gerekir. Hekim hastaya bir tedavi kararı verirken endikasyon dışı kazanımları kulak arkası etmelidir. Özellikle insan vücuduna bir girişim yapılacaksa, operasyon kararı verirken endikasyonları mutlaka açıkça ortaya konulmalıdır. Etik kurallar ihmal edilerek maddi veya manevi diğer kaygılarla ya da ticaret düşünülerek yapılacak tüm girişimler hem hasta hem de hekimi sıkıntılara sokacaktır.

5.1.2 SİSTOSKOPİ VE GEREKLİ GİRİŞİM ENDİKASYONU HUKUK VE TIP BİLİMİNE UYGUN MUDUR?

TALEP

Davalı hastanede 24/12/2015 tarihinde davacıya yapılan tedavi ve teşhiste kusur bulunup bulunmadığı sorulmaktadır.

İDDİA

Müvekkilim sık sık idrara çıkma ve yanma hissi şikâyeti nedeni ile muayene edilmiştir. Müvekkile prostat benign neoplazm teşhisi konulmuştur. 30 yaşındaki hasta için bu tanının yapılamayacağı açıktır. Bu bir tanı hatasıdır. Müvekkilime şikâyetlerinin tedavisi içi mesane boynu insizyonu yapılması önerilmiştir. Öneriyi kabul eden müvekkilime mesane boynu insizyonu yerine voparizasyon uygulanması da gereken özenin gösterilmediğinin açık göstergesidir.

Müvekkile operasyon öncesi sistoskopi yapılmamıştır. Müvekkil de rezidüe idrar gözlenmemesine ve müvekkile sistoskopi yapılmamasına rağmen müvekkile prostat benign neoplazm tanısı konulamayacağı aşikârdır. Genel kabul müvekkile bu tanının konulamayacağı yönündedir. Ayrıca hastane test sonuçları ile fizik muayene formu sonuçları farklılık arz etmekte ve buda müvekkile endikasyonsuz ve hatalı tanımlarla ameliyat uygulandığını göstermektedir. Operasyon sonrası müvekkilin şikâyetleri boyut değiştirmiş, cinsel ilişki sonucu boşalma yeteneğini ve neticeten çocuk yapma kabiliyetini de kaybetmiştir. Müvekkil hâlihazır da 32 yaşındadır ve cinsel ilişkiye girme, cinsel ilişkiyi tamamlama vc çocuk yapma kabiliyetinin kaybı ile müvekkil ve eşi müvekkilin psikolojisi de bozulmuş ve halen tedavi görmektedirler. Zira ailede büyük maddi kayıp ve tam anlamı ile manevi bir yıkım yaşamıştır.

SAVUNMA

Davalı Üroloji Uzmanı vekilinin cevabı: Davacı 24.12.2015 tarihinde polikliniğimize müracaat etmiştir. Daha önce Eğitim Araştırma Hastanesinden alınan 04.05.2014 tarihli Sistoskopi raporunda mesane boyunun ileri derece yüksek olduğu ve prostatik üretranın kısa olduğu belirtilmektedir. Davacı hasta,

5 yıldır gündüz yaklaşık 10, gece ise 5 kez idrara çıktığını, damla damla ve ince idrar yaptığını ve kendisine daha önce yapılan ilaç tedavisinden fayda görmediğini belirtince, o gün itibarıyla takip ve tedavisine başlanmıştır.

Hastanemizde ultrasonografi, tam idrar tetkiki, üroflowmetri, rezidü idrar tetkikleri yapılmıştır. Hastanın ilaçla tedaviden yeterli sonuç alınamayacağı söylenmiş ve mesaneye anestesi altında girilerek yani sistoskopi ile bakılarak orada görülecek patoloji ne ise rezestoskopiyle mevcut patolojiye müdahale edileceği izah edilmiştir. Hastaya o bölgede yapılacak operasyonların sonucunda idrar akımının düzeleceği ancak bunun yanı sıra nadiren de olsa meninin dışarı akamayıp mesaneye boşalabileceği, ileride çocuk yapmak isterse bunun aşılama yöntemi ile yapılabileceği kendisine açıkça anlatılmıştır. Ameliyattan 6 ay sonra, ameliyatın başarılı olduğu ve hastanın tedavi olduğu yapılan bilimsel tetkiklerde açıkça ortaya çıkmıştır. Ameliyat % 100 başarılıdır. Ameliyatın başarılı olduğu bizzat davacının dava dilekçesinde " Operasyon sonucu müvekkilin şikayeti boyut değiştirmiştir" cümlesi ile üstü kapalı bir şekilde kabul edilmektedir. Yani hastanın sık idrara çıkma şikayeti artık yoktur.

Çocuk yapma yetisinden mahrum kaldığı iddiasıyla sanki hayatları boyunca çocukları olamayacak gibi bir kanı oluşturmak kastı ile büyük üzüntü ve psikolojik bunalım içinde olduklarını beyan etmektedirler. Oysa davacıların aşılama yöntemi ile her zaman çocuk sahibi olabilecekleri gibi, davacıların hali hazırda 1 çocukları olduğunu nüfus kayıtlarında görülmektedir. Cinsel ilişkiye girme ve tamamlama yeteneğinin kaybı iddiası da boş bir iddiadır. Bu operasyon plazmatik tur cihazı ile yapılmış olup yan etkileri olarak cinsel fonksiyonların bozulması, idrar kaçırma, cinsel yaşamın olumsuz etkilenmesi gibi durumlar söz konusu olamaz. Davacının iddiaları ile söz konusu yan etkilerin görülemeyeceği yapılacak bilirkişi incelemesinde de ortaya çıkacaktır. Bu ameliyatın iktidarsızlığa yol açması mümkün değildir ancak insanların hayatlarındaki zorlukların, özellikle parasal problemlerin psikolojik etkileri erkeğin cinsel hayatını etkileyebileceği bilimsel gerçeklerdir.

TIBBİ BELGELER

Eğitim ve araştırma Hastanesi nin 4.5.2015 tarihli sistoskopi raporunda; Mea tabii. Ön üretra serbest, arka üretrada sfinkterin hemen önündeki bant manevra ile geçildi Prostatik üretra 2 cm, kollum ileri derecede yüksek, zorlukla mesaneye geçildi, kollum hafif sklerotik mesane normal görünümde. Medikal tedavi uygundur.

24.12.2015: Şikayeti: Sık idrara çıkma, idrar yaparken yanma, bitmemiş hissi, gece 4-5 defa idrara çıkma Bulgular: Üroflowmetri tepe akım hızında darlık mevcut. USG de: rezidü idrar 40 cc Operasyon önerildi. PSA ve ameliyat rutinleri istendi. Ön tanı: Prostat benign neoplazmi.

5.1.2016: Şikayeti: 1 aydır sık idrara çıkma, idrar yaparken yanma, bitmemiş hissi, gece 4-5 defa idrara çıkma şikayetleri devam eden hasta operasyon için yatırıldı. Bulgular: usg de: rezidü idrar 40 cc operasyon önerildi. psa ve ameliyat rutinleri istendi. Tanı: Benign prostat hiperplazisi + Mesane boynu darlığı

5.1.2016: Ameliyat notu: Genel anestezi altında lumbotomi pozisyonunda yatırıldı. Transuretral 25 FR rezektoskopiyle üretraya girildi. Mesane içinde konjesyon ve trabekülasyon, lateral ve median loblarda hipertrofisi ve konjesyon mevcut idi. Mesane boynuna ve lateral loplara Plazmakinetik rezeksiyon ve vaporizasyon uygulandı.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Tıp Fakültesi Üroloji AD nın 13.4.2016 tarihli raporu: Benign Prostat Hiperplazisi tanısı ile 05.01.2011 tarihinde plazmakinetik rezeksiyon ve vaporizasyon uygulandığı ameliyat raporlarından anlaşılan şahsın ameliyat sonrası ejakulasyon olmadığını belirtti. Bu şikayetleri doğrultusunda genital muayenesi yapılan şahsın muayenesi normal olarak saptandı. Retrograd ejakulasyon olabileceği düşünülerek şahıstan spermioqram istendi. Test sırasında ejakulat veremediğini ifade eden hastanın idrar örneği incelendi. İdrar örneğinde bol miktarda motil ve inmotil sperm hücreleri görüldü. Yapılan üroflow testinde normal bulgular saptandı.

Ön inceleme: 31 yaşındaki hastada benin prostat hiperplazisi ve mesane boynu darlığı tanısı konulmuş ve benin prostat hiperplazisi ameliyatı yapılmış. (Mesane boynuna ve lateral loplara Plazmakinetik rezeksiyon ve vaporizasyon uygulandı.) Bu yaş grubunda benin prostat hiperplazisi tanısı uygun bir tanı değildir.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. M. Abdurrahim İmamoğlu, Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği

1- 31 yaşında sık idrara çıkma ve yanma hissi semptomu ile gelen hastanın ayırıcı tanısında hangi hastalıklar olmalıdır?

Böyle bir tabloda AÜSS ve genç yaşta buna neden olabilecek patolojiler akla gelmelidir. Hastanın 31 yaşında olması nedeni ile ayırıcı tanıda öncelikle, BPO, mesane boynu darlığı, üretra darlıkları, ürotelyal tümörler, mesane boynu disfonksiyonu, aşırı aktif mesane, idiopatik hipokontraktıl mesane, ürolithiazis gibi patolojiler gelmektedir.

2- Davacı tanı hatası olduğu iddasındadır. Bu konuda düşünceleriniz nelerdir?

Hastaya yapılan sistoskopiye göre, mesane boynu yüksekliği bulunduğu bildirilmiştir. Ancak bu tanı aslında benign prostatik obstruksiyon(BPO) ile iç içe geçmiş bir kavramdır. Nöroürolojik nedenler ekarte edildikten sonra, hastanın yaşı göz önüne alındığında anatomik olarak mesane boynu yüksekliğine bağlı benign prostatik obstruksiyondan söz etmek doğru olacaktır. Sonuçta tanıdan çok yapılan tedavi üzerinde durmak daha doğru olacaktır kanaatindeyim.

3- Doktor ifadesinde “mesaneye anestesi altında girilerek yani sistoskopi ile bakılarak orada görülecek patoloji ne ise rezestoskopi mevcut patolojiye müdahale edileceği izah edilmiştir” demektedir. Aydınlatılmış onam kriterlerini dikkate alarak böyle bir açıklamanın uygunluğunu değerlendirir misiniz?

Sistoskopi sırasında görülecek patolojilere müdahale, önceden hastayı bilgilendirmek koşulu ile uygun olur kanaatindeyim. Bu hastada Plazmakinetik (bipolar) Transüretral Rezeksiyon (TUR) uygulanmış. Hastaya, mesane boynu insizyonu gibi bir müdahale yapılsaydı ortaya çıkabilecek komplikasyonlar daha az sorun teşkil edebilirdi. Ancak TUR bu yaş grubu için daha ciddi ve invazif bir müdahaledir. Hastanın olası yan etkiler konusunda çok daha iyi bilgilendirilmesi gerekir. Ancak mevcut dosyadan hastanın ne kadar bilgilendirildiği anlaşılamamaktadır.

4- Bu olayın şikayete konu olmasının nedenleri sizce nelerdir?

Mevcut bilgiler ışığında hasta ile olası tanıların, özellikle mesane boynu yüksekliği ve BPO gibi patolojilerin yeterince tartışılmadığı, yapılacak TUIP ve TUR gibi tedavilerin olası yan etkileri hakkında, hangisinin daha invazif ve yan etkiye daha açık olduğu konusunda yeterince bilgilendirme yapılmadığı düşünülmüştür.

5- Bu dosya hakkında bilirkişi raporunuz nasıl olurdu?

Hastada BPO tanısının düşünülmesi daha doğru olurdu. Öncelikle TUR yerine TUIP uygulanmalıydı. TUR bu olguda fazladan tedavi gibi görünmektedir. TUR işlemi plazmakinetik teknoloji ile yapılırsa konvansiyonel monopolar TUR yöntemine göre de daha düşük oranlarda yan etkilere yol açmaktadır. Ancak yine de olgularda seksüel fonksiyon bozukluğuna yol açabilmektedir. Hatta literatürdeki bazı çalışmalarda IIEF-15 ve total seksüel fonksiyonlar üzerine etki standart TUR (monopolar TUR) ve Bipolar TUR da benzer bulunmuştur. (Systematic review and meta-analysis of the clinical effectiveness of bipolar compared with monopolartransurethral resection of the prostate (TURP). BJU Int. 2014 Jan;113(1):24-35. doi: 10.1111/bju.12281. Epub 2013 Oct 24, Akman T, Binbay M, Tekinarslan E, Tepeler A, Akcay M, Ozgor F, Ugurlu M, Muslumanoglu A. Effects of bipolar and monopolar transurethral resection of the prostate on urinary and erectile function: a prospective randomized comparative study. BJU Int. 2013 Jan;111(1):129-36. doi: 10.1111/j.1464-410X.2012.11266.x.PubMed PMID: 22672229, Mamoulakis C, Skolarikos A, Schulze M, Scoffone CM, Rassweiler JJ, Alivizatos G, Scarpa RM, de la Rosette JJ. Bipolar vs monopolar transurethral resection of the prostate: evaluation of the impact on overall sexual function in an international randomized controlled trial setting. BJU Int. 2013 Jul;112(1):109-20. doi: 10.1111/j.1464-410X.2012.11662.x. PubMed PMID: 23490008.)

Ayrıca hastanın iddia ettiği semptomların net olarak ortaya koyulması gerekir. TUR sonrası retrograd ejakülasyon sıklığı yüksektir ancak erektil disfonksiyon konusunun objektif testlerle açıklığa kavuşturulması gerekmektedir kanaatindeyim. Mesaneden alınan sperm örnekleri ile yardımcı üreme yöntemleri denenebilir. Olgunun çocuk sahibi olma potansiyeli kaybolmamıştır ancak cinsel fonksiyonlar değerlendirilmelidir.

5.1.3 URETRA DARLIĞI TANISI İLE YAPILAN AMELİYATTA İLAVE TURP VE SONRASI RETROGRAD EJEKULASYON

İDDİA

Müvekkilim 40 yaşındadır. İdrar yapmada hissetmiş olduğu ufak çaplı rahatsızlığı nedeni ile (tazyiksiz idrar rahatsızlığı) Tıp Fakültesi Hastanesine muayene olmaya gitmiştir. Yapılan tahlil ve testler sonrasında üretra darlığı tanısı koyulmuş ve ameliyat günü verilmiştir. Ameliyat öncesinde yapılan açıklamada ameliyatın kapalı olarak yapılacağı, 15-20 süreceği, birkaç saatlik dinlenme neticesinde aynı gün hastaneden taburcu olacağı belirtilmiştir. Hasta Tıp Fakültesinde ameliyata alınmıştır. Ameliyatı 3 saat kadar sürmüştür. Doktor ameliyat sonrasında "ileride rahatsızlık verebilir düşüncesi ile prostatını da hallettik" şeklinde beyanda bulunmuştur. Oysa ki ameliyat öncesinde yapılan muayenesinde prostat sorunu olmadığı beyan edilmiştir. Ameliyat öncesinde müvekkilin kendisine hitaben 'Rahatsızlığım prostattan kaynaklanma olasılığı var mı' sorusu karşısında; şüpheli doktor cevaben 'sende prostat rahatsızlığı yok, bu yaşta zaten olmaz' şeklinde cevap vermiştir. Söz konusu hatalı ameliyat sonrasında prostata zarar verilmiştir. Bütün bunlar müvekkilin bilgisi dışında gerçekleşmiştir. Hatalı cerrahi müdahale neticesinde; müvekkil eskisinden daha çok rahatsızlık hissetmeye başlamıştır. Şu anda ağrı ve sızları vardır. İdrar tutamama problemi ile karşı karşıyadır. Meniyi dışarıda atamamaktadır. Diğer taraftan doğal yollardan çocuk sahibi olma şansı kalmamıştır. En büyük olumsuz sonucu psikolojik travma yaratmasıdır. Tıbben ameliyat sonrasında ameliyatın rapor edilmesi gerekmektedir. Ancak şüpheli taraf, hatalı tıbbi müdahaleyi de rapor etmemiştir. Müvekkilin talebine rağmen kendisine ameliyat raporu da verilmemektedir. Ameliyat öncesinde prostatın alınması için hasta onay formu alınmadığı ve imzalatılmadığı gibi komplikasyonları da izah edilmemiştir.

SAVUNMA

Üroloji Uzmanı: Şikayet konusu olan hasta şiddetli derecede alt üriner sistem semptomları ile başvurmuş ve yapılan tetkikler sonucuda (IPSS: 22; Üroflometri: Qmax: 9 ml/sn, ortalama akış hızı: 5 ml/sn; retrograd üretrografi) hastaya bulber üretra darlığı tanısı konulmuştur. Hasta bulber üretra darlığı tanısı ile operasyona alınmıştır. Operasyon sırasında hastanın endoskopik olarak ilerlemeye izin vermeyecek derecedeki bulber üretrasındaki darlığına eksternal gelinler gözetilerek internal üretrotomi uygulanmıştır. Daha sonra sistoskop ile prostatik üretraya gelindiğinde, mesane boynunu kapatan median lobu olduğu görülmüştür. Bu aşamada, şiddetli alt üriner sistem semptomları olan hastanın şikayetlerinin önemli bir nedeninin de median lobtaki bu büyüme olduğuna karar verildi. Ancak hastanın yaşının göreceli olarak genç olması nedeniyle öncelikle çocuk sahibi olup olmadığı sorgulanarak, uygulanacak rezeksiyon tedavisi sonrası retrograd ejakülasyon oranlarının %30-40'larda olacağı ve median lob hipertrofinin medikal tedavilere yanıt vermesinin beklenmeyeceği de göz önüne alınarak ve en önemlisi hastanın ameliyata alınma nedeni, diğer bir ifade ile mevcut rahatsızlığının tedavisinin bütünlüğü ve hatta yeterliliği açısından median lob rezeksiyonu yapılmasına karar verildi. Gelişebilecek bir retrograd ejakülasyon ihtimalini azaltmak amacıyla, prostatın total rezeksiyonundan özellikle kaçınıldı. Ayrıca median lobun rezeksiyonu kararımızda, internal üretrotomi yapılan bölgenin proksimalindeki bir obstruksiyon nedeniyle devamlılık gösterecek olan zayıf idrar akımının, üretrotomi uygulanan bölgede işeme sırasında yeterli dilatasyon oluşturulmasını engelleme ve bu nedenle üretral darlığın tekrarlama olasılığında artışa yol açabilme ihtimali de etkili olmuştur. Tüm bunlar göz önüne alındığında, endoskopik değerlendirme aşamasında hastanın işeme sorunlarının muhtemelen ana nedeni olduğu şeklinde yorumlanan hipertrofik median loba yapılan müdahale için şikayet dilekçesinde yer alan "prostata zarar verilmiştir" ifadesinin kullanılması tamamen tıp dışı bir yaklaşımdır. Sürecin devamında hasta, postoperatif ikinci gün üretral katateri çekilerek rahat, sorunsuz bir şekilde idrar yaptığının gözlenmesini takiben taburcu edilmiştir. Ne taburcu edilirken ne de daha sonraki kontrollerinde, hastanın şikayet dilekçesinde ifade ettiği idrar kaçırma ile ilgili herhangi bir geri bildirim olmamıştır. Aksine hasta kontrolleri sırasında idrar yapma ile ilgili herhangi bir sorununun olmadığını, rahat idrar yaptığını sadece retrograd ejakülasyon sorunu olduğunu ifade etmiştir. Retrograd ejakülasyon sorunu çözüm amacıyla mevcut literatür ışığında en uygun yaklaşım olarak mesane boynunu daraltıcı etkisi nedeniyle, hastanın iddia ettiği gibi vitamin değil, sempatomimetik etkili bir ajan olan Sudafed 60 mg tb'i, 3 gün boyunca günde

6x1 dozunda kullanması ve bu süre sonunda ejakülasyonda herhangi bir düzelme olup olmadığını bildirilmesi istenmiştir. Hastanın geri bildirimde bulunmaması nedeniyle, bu tedavi önerimizi uygulayıp uygulamadığı da tarafımızca bilinmemektedir. Retrograd ejakülasyon olguları yardımcı üreme teknikleri ile çocuk sahibi olabilmektedirler, bu durum kontrolleri sırasında hastaya detaylı olarak anlatılarak hasta bilgilendirilmiştir. Hastaya her girişimde beklenilenin dışında bir durum ile karşılaşılabilmesi sözlü olarak ifade edilmiştir. Diğer bir bakış açısı ile de, eğer hastanın ilaç tedavisine yanıt vermesi beklenilmeyen median lobundaki büyümeye müdahale edilmeseydi, bu durumda hastanın işeme şikayetleri için hastaneye yatıp, anestezi alıp kendisine müdahalede bulunulmuş olmasına rağmen işeme sorunlarının devamı söz konusu olacak idi ve hasta bu kez de kendisine yetersiz tedavi uygulandığından şikayetçi olabilecekti. Şikayet dilekçesinde ayrıca, hastanın yaşadığı psikolojik travma nedeniyle cinsel hayatının olumsuz etkilendiği ifade edilmektedir. Yaşanan sürecin hasta üzerinde bu tarz, geçici bir etkisi olabileceği kabul edilebilir. Ancak bu noktada, hastanın şikayete konu olan ameliyattan önce polikliniğimize ilk başvurusunu yaklaşık 1 yıl önce başlayan cinsel istekte azalma, ereksiyon yetersizliği ve erken boşalma nedeniyle yaptığının da mutlaka göz önünde bulundurulması gerekir. Diğer bir ifade ile hastanın söz konusu ameliyattan çok öncesine uzanan cinsel fonksiyon bozuklukları olduğu halde şikayet dilekçesinde bu durumun sanki tamamen ameliyat sonrası başladığı şeklinde ifade edilmesini etik dışı bir yaklaşım olarak yorumlamak yanlış olmayacaktır. Gerçekle bağdaşmayan diğer bir konuda da ameliyat sırasında yapılan işlemlerin rapor edilmediğidir. Hem epikrizde, hem de ameliyat raporunda yapılan tüm işlemler resmiyete dökülmüştür. Kliniğimizde her ameliyat edilen hastadan 'aydınlatılmış onanı belgesi' rutin olarak alınmaktadır. Bahsi geçen hastadan da bu iki 'hasta onanı formu' ayrı ayrı alınmıştır. Bunlardan biri hastanın ön tanısı olan üretral darlık için özel olarak hazırlanmış olan ve bu hastalığın tedavisi sırasında girişime özgü oluşabilecek komplikasyonları içeren inernal üretrotomi onam formu iken, diğer doktorlara hastanın tedavisinin bütünlüğü için hastaya ek işlemler yapma yetkisini de veren, daha geniş kapsamlı aydınlatılmış onam formudur. Tıp Fakültesi Üroloji AD tarafından hazırlanmış olan 'aydınlatılmış onam formu'nun 9. maddesi, tedavi sırasında başka bulgular saptandığında bir doku veya organın çıkarılabileceğini veya gerekli görüldüğü takdirde histopatolojik inceleme yapılarak tedavinin hasta yararına olmak üzere seyrinin değişebileceğini anlam ve bu girişimi kabul ediyorum' ifadesini içermektedir. Şikayete konu olan hastanın durumu bu maddeye girmektedir. Yukarıda da belirtildiği gibi, her ne kadar postop dönemde hasta tarafından hiçbir ortamda, idrar kaçırma ile ilgili şahsıma ve muhatap olduğu üroloji kliniği asistanlarına herhangi bir bildirimde bulunulmamış olmasına rağmen, üretral darlık için özel olarak hazırlanmış 'internal üretrotomi onam formunun' D bendinin 8. maddesinde ameliyat sonrası idrar kaçırmanın olabileceğinin açık bir şekilde ifade edildiğini ve hastanın bu onam formunu 'okudum anladım' ibaresi ile imzaladığını hatırlatmak isterim.

BELGELER

Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalın epikriz notu: Hasta idrar yaparken zorlanma ve yanma şikayetleri nedeniyle yatırıldı ve ameliyat edildi. Postop takipleri yapılan hasta şifa ile tarihinde taburcu edildi.

Ameliyat notu: S.A.A da litotomi pozisyonunda 22 ch sistoskop ile üretraya girildiği, bulber üretra da darlık izlendiği, daha sonra üretratomla bulber üretradaki darlık kesilerek geçildiği, verumontanum hizasına gelindiğinde median lobun mesane girimini tamamen kapattığı gözlemlendiği, mesaneye girildiği, Üreter orifisleri normal olarak izlendiği, mesane hafif trabeküle görünümde olduğu, daha sonra 25 ch plasma kinetik ile direk görüş altında mesaneye girildiği, verumontanum klavuz alınarak median lop rezeksiyonundan sonra obstruksiyona neden olan sağ ve sol loptan bir miktar rezeksiyon yapıldığı, yeterli kollum açıklığının oluşturduğu gözlemlendiği, 20 numara üç yollu sonda takılarak irrigasyon bağlandı ve işlem sonlandırıldı.

BİLİRKİŞİ RAPORU

Adli Tıp Kurumu: Hasta hakkında düzenlenmiş adli ve tıbbi belgelerin incelenmesi sonucunda; kişinin tıbbi belgelerinden alt üriner sistem yakınmaları olduğunun anlaşıldığı, bu şekildeki hastalarda altta yatan patolojiyi anlamak araştırmak amaçlı üretrosistoskopik inceleme yapıldığı, bulber üretrasındaki darlığı ve mesane boynunu kapatan median lobu olduğu görüldüğü, bulber üretrasındaki darlığına eks-

ternal sfinkter gözetilerek internal üretrotomi uygulandığı, şikayetlerinin önemli bir nedeninin de median lobtaki büyümenin olduğuna karar verildiği ve median lobun rezeksiyonu yapıldığı, retrograd ejakülasyon bu ameliyatın bir komplikasyonu olarak görülebileceğinin bilindiği, bu işlemin kişide yaşamını tehlikeye sokan bir duruma ve çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına neden olmadığı, retrograd ejakülasyon olguları yardımcı üreme teknikleri ile çocuk sahibi olabileceklerinin bilindiği, kişiye konulan tanı ve yapılan ameliyatın tıp kurallarına uygun olduğu mütaala olunur.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Derya Balbay, Memorial Şişli Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Üretra darlığı tanısı ile 40 yaşındaki hastaya üretrotomi sonrası prostat orta lob büyümesi tespit edilmiş ve hastanın menfaatine olduğu iddiası ile aynı seansta TURP yapılmış. Ameliyat endikasyonu konusunda düşünceleriniz nelerdir. Orta lob büyümesi ameliyat öncesi tanısı konulmalı mıydı. Ayırıcı tanı konusunda klasik ve literatür bilgileri nelerdir. Bu olayda hangi yönleriyle tıbbaya uygun davranılmamıştır.

40 yaşındaki erkek hastaya alt üriner sistem semptomları nedeniyle müracaat ettiği hastanede IPSS ve üroflowmetri sonucunda bulber üretra darlığı konarak girişim planlanmış, hastaya internal üretrotomi uygulanacağı bilgisi verildikten sonra sistoskopi ve internal üretrotomi yapılmıştır. Bu tedavi yapılırken de hastada ilaçla düzelmeyeceğine kanaat edilen prostat median lob hipertrofisi de saptanarak hasta bu konuda ameliyat öncesinde bilgilendirilmeden ve onamı alınmadan TURP ameliyatı da yapılmıştır.

Üretra darlığı tanısı sadece IPSS ve üroflowmetri ile konmuştur. İlginç olanı herhangi bir görüntüleme yöntemi kullanmadan bu darlığın bulber olduğuna karar verilmiş olmasıdır. Alt üriner sistem semptomlarına BPH veya Kronik prostatit/Kronik Pelvik Ağrı Semptom kompleksi de neden olabilir. Ayırıcı tanı düşünülmesi gerekirdi. Hastada en azından üretra darlığına bağlı mesanede rezidüel idrar kalıp kalmadığını araştırmak amacıyla ultrasonografi de yapılsaydı, muhtemelen median lob hipertrofisi de saptanacak ve gerekli bilgilendirme ve onam ameliyat öncesinde de alınabilecekti.

2- Aydınlatılmış onam kuralları nelerdir. Bu olayda alınmış onamlarla onam kurallarına uyumu değerlendirir misiniz?

Alınan ameliyat onamı dışında genel ameliyat onamı alınması ve tedavi esnasında başka bulgular saptandığında hastanın yararına da olsa başka bir işlemin yapılabileceğini kabul etmesi "aydınlatılmış onam" kavramına uygun düşmez. Aydınlatılmış onam, özellikle uygulanacak tedaviye bağlı olarak gelişebilecek durumların hastaya tek tek anlatılması ve hastanın bütün bu riskleri aldığını kabul etmesi demektir. Bu nedenle bu hasta özelinde aydınlatılmış onam'ın alınmadığına kanaat edilebilir. Hastadan onam alınmadan ilave işlem yapılması sadece hayati tehlike ortaya çıktığında kabul edilebilir. Örnek olarak bir ameliyat esnasında beklenmeyen bir vasküler yaralanma gelişirse bunun tamir edilmesi, tamir edilemezse vasküler greft konulması gibi. Benign prostat hiperplazisi gibi hayati olmayan bir duruma karşılaşılması, onam alınmadan bu işlemin yapılmasını tıbben doğru olsa da kanunen kabul edilebilir bir duruma getirmez.

3- Prostat ile ilgili aydınlatma ve onam olmadan hastanın menfaati için TURP yapılmasını nasıl değerlendirirsiniz?

Üretra darlığı ile birlikte benign prostat hiperplazisi varlığında her iki işlemin aynı anda yapılması doğru bir işlemdir. Sadece birisinin tedavi edilmesiyle hastanın şikayetleri iyileşmeyebilir. Bu olgudaki sıkıntı hastanın ameliyat öncesinde TURP için bilgilendirilmemiş olmasıdır. TURP ameliyatına ikincil ejakülasyon bozukluğunun çıkması da şikayetin başlıca sebebidir. TURP ameliyatlarından sonra hastada inkontinans gelişmesi beklenmez. Ancak üretra darlığının yerleşimi ve tedavide uygulanan kesinin derinliği ve yeri dikkate alınırsa postoperatif dönemde inkontinans gelişebilir.

4- TURP sonrası retrograd ejakulasyonda, retrograd ejakulasyonu önlemeye yönelik tedavi protokolleri nelerdir? Bu bilgi ışığında yapılan tedaviyi yorumlayınız.

TURP sonrası retrograd ejakülasyon gelişmesi hemen tüm hastalarda görülebilen bir durumdur ve tamamen normaldir. Çünkü TURP ameliyatı esnasında verumantum proksimalindeki, ejakülasyon esnasında ejakülataın mesaneye değil de üretraya gitmesini sağlayan genital sfinkter yapısı da rezeke edilir. Bu ameliyat sonrasında tam retrograd ejakülasyon olmayıp kısmi ejakülasyon da olabilir. Hastaya uygulanan pseudoefedrin tedavisi, eğer genital sfinkter yapısı sağlamsa etkili olabilen bir tedavi şeklidir. Mesela retroperitoneal veya pelvik cerrahide lumbal sempatik sinirlerin zedelenmesi durumunda, genital sfinkter yapısı sağlam, sadece bu sfinkterin kasılmasını sağlayacak sinir lifleri zedelendiğinden genital sfinkteri oluşturan kas tonusunu artırarak etkili olabilir. TURP sonrası gelişen retrograd ejakülasyonun bilinen etkili bir tedavisi yoktur. Retrograd ejakülasyon gelişse dahi hastanın fertilitesi ameliyat öncesindeki haliyle devam eder. Tek bir farkla, hastadan ejakülasyon sonrası spontan işeme veya sonda ile alınan idrar santifüje edilerek elde edilen spermeler hastanın eşine verilerek fertilitate sağlanır.

5- Bilirkişi olarak bu olayı nasıl değerlendirirsiniz?

Bu olayda ben bilirkişi olsaydım değerlendirmem şu şekilde olurdu; Tanı safhasında ayırıcı tanının düşünülmemiş ve buna yönelik tetkiklerin yapılmamış olması eksiklidir. Aydınlatılmış onamın sadece üretral darlık için alınmış olması ikinci eksiklidir. Ameliyat sonrasında üriner inkontinans gelişmesi internal üretrotomiye bağlı olarak gelişebilecek bir komplikasyondur ve bu konuda tedavi eden hekime kabahat atfedilemez. Tedavi esnasında medain prostat lobu hipertrofisi saptanarak TURP yapılması tıbben uygun tedavi yöntemi olmasına rağmen hasta bu işlemle ilgili olarak aydınlatılmadığı, komplikasyonları anlatılmadığı ve rızası alınmadığı için hekim kusurludur. Hastada retrograd ejakülasyon gelişmesi onamı almadan yapılan TURP işlemine sekonderdir. Ancak bu işlem sperm üretimini etkilemediğinden hastanın mevcut fertilitesi etkilemez, hasta çocuk sahibi olmak istediğinde çocuk sahibi olma potansiyelini aynen devam ettirir.

5.1.4 TURP SONRASI CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUĞUNUN SEBEBİ NEDİR?

TALEP

55 yaşındaki hastada ereksiyon sorunu olup olmadığı, varsa ameliyattan kaynaklanıp kaynaklanmadığı, ameliyatın doğal sonucu olup olmadığı, düzelme imkanının bulunup bulunmadığı, ameliyata bağlı ise davalının kusurunun olup olmadığı sorulmaktadır.

İDDİA

Müvekkil Özel Hastanede prostat ameliyatı olmuştur. Ameliyat edilen müvekkilde bir takım şikâyetler oluşmuştur. Bu şikâyetler, ağrı ve en önemlisi ereksiyon, sertleşme problemi yani cinsel işlev bozukluğudur. Müvekkil bunun üzerine ameliyatı yapan doktora tekrardan muayene olmuş ve bir takım testlerden geçirilmiştir. Bu testler sonucunda davalı doktor, müvekkile, önemli bir durum olmadığını bunun bu tür ameliyatlarda karşılaşılabilecek komplikasyonlardan olduğunu gerekli tedavi sürecinden sonra düzeleceğini söylemiş ve bir takım ilaçlar vermiştir. Ancak aradan geçen aylara rağmen müvekkil hala ereksiyon problemi yaşamaya devam etmiş ve müvekkile bir takım testler uygulanmıştır. Bu testler neticesinde müvekkilin kısırlaştığı ve ereksiyon-sertleşme (Arteriyel Yetmezlik) probleminin de kalıcı olduğu sonucuna varılmıştır. Davalı doktor ereksiyon probleminin tek çaresinin penis protezi taktirmek olduğunu ancak bunun da başarı oranının çok düşük olduğunu söylemiştir. Müvekkilin, prostat ameliyatından önce kesinlikle kısırlık veya sertleşme (Ereksiyon) problemi olmamıştır. Davalılar, gerek ameliyat esnasında ve gerekse de ameliyat sonrasında meydana gelebilecek yan etkileri, komplikasyonları müvekkile anlatmamıştır. Müvekkil dava açmak için davalı hastaneden evrakları talep ettiğinde evrakların altında oğlunun isim ve imzasının olduğunu görmüştür. Bu durumu oğluna sorduğunda cevaben "sen ameliyatta olduğun esnada bir hastane personelinin gelip bu evrakları kendisine imzalattığını ama oku-

yacak fırsatının olmadığını” söylemiştir. Bu durum davalıların üstüne düşen bilgilendirmeyi yapmadığını göstermektedir. Ayrıca gerekli bilgilendirmeyi bizzat ameliyat olacak kişiye yapmak ve onayı da bizzat ameliyat olacak kişiden almak gerekmektedir.

SAVUNMA

Öncelikle müvekkil doktor işini özenle yapan gereken bütün sorumlulukları yerine getiren ve 17 yıllık bir hekimdir. Ameliyattan önce yapılan bütün medikal tedavilerin yetersiz olduğundan gerekli biyokimyasal incelemeleri, anestezi muayenesi yapıldıktan, hasta ve yakınlarının her türlü bilgi verildikten ve gerekli imzalar alındıktan sonra ameliyata alınmıştır. Ameliyathane kayıtları ve yatış epikriz raporlarından da anlaşılacağı üzere ameliyat sırasında hiçbir komplikasyon gelişmemiş ve çıkarılan dokuların tamamı patolojik kayıtlar için kayıt altına alınmıştır, Hastaya gereken tedavi uygulanmış ve hasta sağlıklı bir şekilde taburcu edilmiştir. Ameliyat hakkında bilgi almadığını iddiaları asılsız ve kabul edilemez. Müvekkilin yanında davacının oğluna güven ilişkisine dayanarak hasta dosyası teslim edilmiş ve babası tarafından imzalanması istenmiş ancak sonradan anlaşıldığı üzere onam formunu oğlu imzalamıştır. Olay tamamıyla bir güven ilişkisinden kaynaklanmıştır. Davacı ameliyatsan sonra müvekkile çeşitli şikayetlerden dolayı başvurmuş hastaya yapılan muayene ve tetkikler sonucu hormonal ve arteriyel yetmezliği bağlı erektil disfonksiyon teşhisi konulmuştur. Bunun tedavisi için gereken medikal tedavi uygulanamamıştır. Müvekkil ameliyattan sonra hastalarda zaman zaman nörojenik cinsel bozuklukların olduğu ve bununda tedavi ile illeştirilebileceği konusunda hastayı bilgilendirmesine rağmen hasta tedaviyi psikolojik nedenlere dayanarak kabul etmemiştir. Sonuç olarak yukarıda Davacı yapılan bütün tıbbi işlemler uygulanmış Müvekkillerin hiçbir kusurunun bulunmadığı görülmektedir. TUR-P ameliyatlarında söz konusu cinsel işlev bozukluğunun meydana gelmesi mümkün değildir. Söz konusu ameliyat oldukça başarılı geçmiş ve hasta sağlıklı bir şekilde taburcu edilmiştir.

TIBBİ BELGELER

Özel Hastane epikrizi: 2-3 yıldır olan son 2 aydır belirginleşen pollaküri, nokturi (2-3) , idrarı belirgin zorlanarak yapma, projeksion ve kalibrasyonda belirgin azalma, dün gece olan sol kasık ağrısı ve sürekli olan sol testiküler ağrı şikayetleriyle başvurdu. Muayenede; grade 1 benign, grade 1 varikozel saptandı. Üroflovetride işeme hacmi 53 cc, maksimum akım 6.9 cc/sn. Testiküler ağrısı olması ve fm bulgusu nedeniyle skrotal doppler istendi. Dopplerde solda pampiniform pleksusta ven kalibrasyonu artmış olduğu ve en geniş yerinde ven çapının 2,8 mm ölçüldüğü belirtilmiştir. Üriner sistem ultrasonografisinde “Mesane konturları düzgündür, duvar kalınlığı normaldir. Lümen içi homojen görünümündedir. Prostat boyutu 42 cc ölçülmüş olup artmıştır, santral glandüler kalsifikasyon mevcuttur” kayıtlıdır. PSA: 0,7 ng/ml. Tanı: Bening prostat hipertrofisi

Özel Hastanenin Belgeleri: Hastaya TURP operasyonu uygulanmıştı. Operasyondan beri ereksiyonda belirgin kayıp mevcut. Libido normal. Penil Renkli Doppler USG’sinde 60 mg Papaverin’in intrakavernözal enjeksiyonu sonrası kavernoöz arter çapı artışı iki katına ulaşmamıştır. Eretil yanıt grade 1’dir. enjeksiyon sonrası 10, 15 ve 20. dakikalarda ölçülen sistolik tepe hızları, maksimum 20 cm/sn olup arteriyel yetmezlik ile uyumludur. Diastol sonu hızlar ereksiyonun maksimal safhasında 2 cm/sn olup, venöz yetmezlik ile uyumlu değildir. Total testesteron:275. Testojel 1x1, L-Arjinin 3x5 verildi.

Özel Hastane belgeleri: Ereksiyon kapasitesinde ciddi azalma mevcut. Testojel 1x1, L-Arjinin 3x5, başlanmıştı. Penil protez önerildi.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu:

1- Hasta ereksiyon problemleri olduğunu ifade ediyorsa, ereksiyon sorunu olduğu kabul edilir. Ancak bu sorun, tüm vücut anatomik yapıları ve sistemleri normal olmasına rağmen, psikojenik sebeplerden de kaynaklanabilir.

2- Ameliyattan sonra ortaya çıkmış ereksiyon sorunu hem ameliyatın ereksiyondan sorumlu damar ve sinirlerin zedelenmesine bağlı (organik sebepler) olarak ortaya çıkabilir hem de hiçbir zedelenme olmaksızın psikojenik sebeplerle ortaya çıkabilir. Bunun ayırımını yapmak için hasta sorgulaması ve çeşitli testlerden yararlanır. Penisin doppler ultrasonografi ile incelenmesi, noktürnal penis tümesans ve

rijidite testi kullanılmaktadır. Dopplerin normal olması hastanın penis damar yapısının normal olduğunu göstermesine rağmen anormal olması penis damar yapısının anormal olduğuna karar vermede kesinlik göstermez. Penisin anormal doppler incelemesi, penisin damarlarının anormalliğinden kaynaklanabileceği gibi damarların tamamen normal olmasına rağmen inceleme anormal olabilir. Noktörsel penis tūmesans ve rijidite testi (RigiScan) ise ereksiyon sorununun psikojenik- organik ayrımının yapılmasında kullanılır. Bu testin de normal çıkması hastada organik sebeplerin olmadığını, sorunun psikojenik sebeplerle kaynaklandığını göstermesine karşın anormal çıkması hastada organik sebeplerin olduğunun kesin kanıtı değildir. Bu nedenlerle anormal testler karar verdirici değildir.

Bu olayda hastanın ereksiyon olduğunu ifade etmesi ve dopplerin de anormal çıkması ereksiyon sorununun ameliyata bağlı olduğu anlamına gelmez. Yukarıda belirtilen ikinci test (RigiScan) yapılsa ve bu dahi anormal çıksa yine aynı yorum yapılır. Hasta hikayesi, psikolojik durumu, olaylar, testler ve muayene bulguları ile bir kanaate varılabilir.

Prostatın TURP denen endoskopik ameliyatlarında, ameliyata bağlı organik nedenlerle ereksiyon sorunu oluşma ihtimali eski literatürlerde %5-10 aralığında bildirilmekle beraber güncel uygulamalarda bu oranın %1'in altında olduğu kabul edilmektedir. Bu hastalarda ereksiyon sorunu ameliyatın psikolojik etkisi ile daha çok psikojenik nedenlerden kaynaklanmaktadır. TURP ameliyatlarında retrograd ejakulasyon denen kuru boşalma, meninin içe kaçması, meni çıkmaması sorunu çok siktir. Hastaların %80 kadarında görülmektedir ve yüksek oran bedeniyle ameliyatın doğal sonucu olarak kabul edilmektedir.

Bu bilgiler ışığında ve hasta dosyasının incelenmesi sonucu hastadaki ereksiyon sorununun ameliyata bağlı olup olmadığına karar vermek mümkün değildir.

3- Hastanın ereksiyon sorunu psikojenik tedaviler, ilaçlar veya ameliyatlara düzeltilebilir.

4- Bu olayda hasta, hekim arasında iletişim kusuru mevcuttur. Hastanın yeterince aydınlatılmadığı, aydınlatma sonucu onaminin alınmadığı anlaşılmaktadır. Bu nedenle tıbbi uygulama hatası mevcuttur.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Ali İhsan Taşçı, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- BPH tanısı ve TURP endikasyonu hakkında yorunlarınız nelerdir?

Hasta 55 yaşında, prostat hacmi 40 gram, PSA 0.7 ng/dl, şikayetleri pollaküri ve noktüriden oluşmaktadır. Ürolowmetrede öaksimum akım hızı düşük bulunmuş. BPH tanısı hakkında kesin çizgilerimiz mevcut değildir. İdrar şikayeti ile hekime giden 50 yaşını aşkın hemen her hastaya BPH tanısı konulabilmektedir. BPH yerine mesane çıkım obstrüksiyonu da kullanılabilmekte ancak yaygınlık kazanamamıştır. Kargaşayı ortadan jkaldırmak için en azından obstrüksiyona ve bunlara bağlı semptomlara neden olmuş, prostat hacmi artmış erkeklerde bu tanı kullanılmalı ve semptomların diğer nedenleri ekarte edilmelidir.

Yukarıdaki bilgiler ışığında bu hastada en azından BPH tanısı tartışmalıdır. Obtruksiyonu gösteren uroflowmetri düşük işeme hacminde yapılmıştır ki bu durumda testin gerçeği yansıtmayacağı bilinmektedir. PSA prostat büyüklüğü ile yakın ilişkisi olduğundan 0.7 değerdeki prostatın büyük olmadığı ön görülebilir. Nitekim USG de de 40 cc hacimden bahsedilmektedir ki 55 yaşındaki erkekte büyük sayılabacak bir ölçüdür. Rezidüel idrar ölçümü yapılmamıştır. Semtok skoru kullanılmamış, mevcut semptomlarla ilgili ayırıcı tanı yapılmamıştır. Neticede tanı dolayış ile TURP endikasyonu hakkında tartışılabilir bir durum söz konusudur.

2- TURP ameliyatlarında ereksiyon, ejakulasyon bozukluğu sebepleri ve oranları nasıldır?

TURP ameliyatlarında retrograd ejakulasyon beklenen bir durumdur. Ameliyata bağlı erektil disfonksiyon oranları çek değişik sınırlarda (yaklaşık %10) verilse de gerçekte bu oran yüksek değildir. Ereksiyon sorunu olarak yansıtılan birçok durum aslında hastaların durumu yanlış ifadelendirmesi veya hekimin detaylı anamnez ve değerlendirme yapmaması nedeniyle yanlış tanidir.

TURP esnasında kapsülü açan rezeksiyon veya koagulasyon, perforasyon erektil sinirlere zarar verecek erksiyon bozukluğuna neden olabilir. Kanımca bunun olması için oldukça travmatik rezeksiyon ve koagulasyon yapılması gerekir. Usulüne uygun TURP nedeniyle ereksiyon sinirlerinin harabiyetine bağlı erektil disfonksiyon olmayacağı kanatındeyim.

Ameliyat sonrası performans beklentisi, performans anksiyetesi de ereksiyon bozukluğunu başlatıp sürmesinin önemli nedenlerindedir ki bu nedenle oratya çıkan disfonksiyonlar daha çok görülmektedir.

3- Adli tıp kurumu yorumunu da değerlendirerek TURP ameliyatından sonra ereksiyon sorununun ameliyata bağlı organik mi yoksa psikojenik sebeplerle olduğunu nasıl ayırt edersiniz?

Ereksiyon kapasitesini gösteren testlerin normal çıkması kişinin cinsellikle ilgili sistemleri değerlendirebilir ve normal olduğunu gösterebilir. Ancak anormal testler anormalliğin kanıtı olmaz. Çünkü bu testlerde yalancı negatifliklerin oranı yüksektir. İntrakavernöz injeksiyon ve Doppler testinin normal çıkması halinde sadece penisin damar sisteminin normal olduğunu söyleyebiliriz. Normal doppler bulguları durumunda nörojenik veya endokrin sebeplere bağlı disfonksiyon söz konusu olabilir. Ayrıca sadece anksiyetede bile doppler sonucu, kişi normal olmasına rağmen, anormal neticelenebilir. RijiScan usulüne uygun yapılırsa psikojenik erektil disfonksiyonu organik olanlardan ayırt etmete işe yarayabilir. Burda da uyku kalitesizliği, stress, aleti uygun kullanmama halinde de test yalancı negatiflikle neticelenebilir.

Hasta testlere bağlı olmaksızın bütüncül değerlendirilir, iyi hikaye alınır ve uygun sorgulamalar yapılırsa testlere gerek kalmadan durum açığa kavuşabilir. Bunlardan sonra ereksiyon kapasitesini gösteren testlere müracaat edilebilir.

4- Aydınlatılmış onam kişinin kendisinden alınmalıdır. Bu dosyadaki ifadelere ve klinik uygulamalara göre yorumlayınız?

Aydınlatılmış onamın geçerli olması için kişi bizzat kendisi operasyondan yeterli süre önce (en azından kişinin düşünmeye ve başkalarına da sormaya vakti olacak kadar) aydınlatılmalıdır ve onamı alınmalıdır. Yaygın uygulamada "bu bu kağıdı oku imzala", veya "yatışa gelirken bu kağıda imzalayarak gel", gerçek bir aydınlatma ve onam değildir. Hekimler aydınlatmayı ve onamı kendi işleri olarak görüp önem veridiklerinde bu tip sorunlarla daha az karşılaşacaklardır.

5- Bu olayda bilirkşi olarak değerlendirmeniz nasıl olurdu?

BPH tanısı, TURP endikasyonu klasik ve güncel klavuz bilgileri ile uyumlu değildir. Bu nedenle tıbbi hata olduğunu düşünüyorum. Ereksiyon bozukluğunun ve tedavi yaklaşımının da ameliyata bağlı olmadığını, disfonksiyonun yeterince araştırılmamış olduğu kanaatindeyim.

5.1.5 TURP SONRASI İDRAR KAÇIRMA

İDDİA

Prostat hastalığımı nedeniyle özel hastaneye başvurdum ve ameliyat oldum. 2 ay geçtiği halde idrar kesintisi hiç durmayınca diğer özel hastanelere gittim. Hiçbir doktor müdahale etmedi, ameliyat olduğum hastaneye yeniden gittim. Hastanede endoskopi yaptılar. Çapak kalmış tekrar ameliyat olacaksınız dediler Aynı tekrar ameliyat etti. Ancak yine idrarım durmadı. En son üniversitede bir profesöre gittim. Profesör idrar torbasının kesik olduğu, yeniden ameliyat olduğunda % 80 ihtimalle iyi olacağı % 20 ihtimalle ömür boyu böyle yaşayacağımı söyledi. Fakülte hastanesinde ameliyat oldum, balon takıldı ancak sonuç alamadım. Bundan sonra tibben yapılacak bir şey kalmadı, senin durumun bundan sonra düzelmez dediler.

SAVUNMA

Hastanın tetkikleri ve muayenesi yapıldı, prostat şikayetleri nedeniyle hastaneye yatışının yapılarak gerekli ameliyatı yapıldı, iki gün sonra şifa ile hastaneden taburcu edildi. Kontrolde geldiğinde idrar kaçırma şikayeti olduğunu söyledi. Yapılan tetkikler sonucunda gerekli ilaçlar verilerek tedavisine devam edildi. Düzelme olmayınca hastaneye yatırılarak sistoskopik muayenesi yapılarak üretral darlık tespit edildi aynı gün internal üretrotomi ameliyatı yapıldığı iki gün sonra şifa ile taburcu edildi. Hasta tekrar kontrole geldiğinde idrarını tutamadığı yönünde şikayetleri olduğunu ifade etti. Tetkik ve muayenesi yapılarak şikayetine uygun ilaçlar yazıldı, hasta o tarihten sonra hastaneye uğramadı. Prostat

ameliyatlarında açık prostatektomi veya TUR-P ameliyatlarında muhtelif komplikasyonların yanında % 2-3 oranında idrar tutamama komplikasyonu oluşabilir. Bunlarında tedavileri mümkündür. Ancak hasta tedavisini yarıda kesti. Yaptığım ameliyat ve tedavilerde herhangi bir kusurum yoktur. Hasta tedaviyi yarıda keserek kendisine gerekli itinaı göstermediğinden dolayı rahatsızlığı devam etmiştir. Hastanenin hasta bilgilendirme formunda bulunan transüretal prostatektomi konusunda ameliyat öncesi ve sonrası hazırlıklar, oluşabilecek komplikasyonların hem anlatıldığı hem de okutuldu, oluşabilecek her türlü komplikasyonları kabul ettiğine dair hastanın imzası alındı.

BELGELER

Özel Hastane Epikriz: 56 yaşındaki hastada Gece sık idrara çıkma, kesik kesik idrar yapma, sık idrara çıkma şikayetleri mevcut. İlaç tedavisine rağmen rahatlatma. Ameliyat olması önerildi. Rektal tuşede prostat 2(+++) boyutlarında sınırları belli, kıvamı normal, malignite düşünülmedi. Üriner USG tetkikinde prostat bezi 31 gr olarak ölçüldü. Beningn prostat hiperplazisi tanısı TUR-P ameliyatı yapıldı. On gün sonra sondanın alınması ve kontrol önerilerek şifa ile taburcu edildi.

Tıp Fakültesi Hastanesi hasta dosyası: Sürekli idrar kaçırma şikayetleri mevcut. Hkayesinde 55 gün önce TUR-P yapılmış. Fiziki muayenesinde penis normal, idrar sızdığı görüldü. TUR-P sonrası total inkontinans tanısıyla male sling yapılması önerildi. Ürodinami tetkikinde; hasta 6F üretral kateterden 20 ml/dak hızla doldurulduğunda 105 ml'de farkında olmadan damlama şeklinde idrar kaçırmaya başladı, doldurulmaya devam edildi, 120ml'de anlık işeme meydana geldi, rezidüsüz işedi. Retropubik üretropeksi ve siling ameliyatı yapıldı. İdrar kaçırmaya devam eden hastanın sling balonu yüzeysel doku USG ile incelendi. Balon görülemedi. Alt abdomen tomografi incelemesi yapıldı. Balonun yerinde olmaması ve hastanın idrar kaçırmalarının düzelmemesi nedeniyle tekrar balonu ayarlamak amacıyla retropubik üretropeksi ve siling ameliyatı yapıldı. Operasyon sonrası idrar kaçırmalarında kısmi azalma gözlemlendi, ancak idrar kaçırmalarının devam etmesi nedeniyle antikolinerjik tedavi başlandı.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Tıp Fakültesi Üroloji ABD Başkanlığınca hazırlanan rapor: Şikayetçi kendi ifadesiyle prostat hastalığı nedeniyle Özel Hastanesinde TUR ameliyatı yapılmış ve ameliyat sonrası idrarını tutamaz olmuş. Bu ameliyat sonrası hastalarda % 1-2 idrar tutamama durumu (inkontinans) ve % 2-3 üretral darlık oluşabilir. Bu iki durum hastada birbirine zıt durumda hasta mesanesinde idrarını biriktiremez, üretral darlıkta ise idrarını yapmaktan güçlük çeker. Mevcut belgeleri incelediğimizde hastanın ilk ameliyatından sonra temel yakınmasının idrarını tutamama olduğu anlaşılmaktadır. Sözü edilen hasta 3 kez idrar kaçırma şikayetleri ile kontrolü yapılmıştır. Gerekli ilaçlar yazılıp tavsiye ve önerilerde bulunulmuştur. Kontrollerde idrar kaçırma şikayetleri ile müracaat ettiği için sistoskopisi yapılmış devamında tespit edilen üretral darlık nedeni ile internal uretrotomi ameliyatı yapılmıştır. İfadede darlığın yeri ve inkontinansın tipi belirtilmemektedir. Üretral darlığın uzunluğu ve tam yerini belirtebilmek için radyolojik tetkik olarak uretrogram gerekir. İnkontinansın tipini belirtebilmek için de ürodinamik çalışma yapılmalıdır. Tedavinin planlanması darlığın yerine ve inkontinansın tipine göre planlanmalıdır. Eldeki mevcut belgelerden bu durumları değerlendirmek mümkün değildir.

Prostat ameliyatında için ameliyat öncesi klinik tabloya yönelik tıbbi yaklaşımda, tedavi planı ve uygulamasında güncel kabul gören uygulamalar ile çelişen dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırı ihmali yada icrai bir davranışı/uygulaması bulunmamıştır. İdrar kaçırma şikayetinin bu tür ameliyatlar sonrasında % 2.2 oranında görülebilen bir komplikasyondur.

TUR-P ameliyatı sonrasında idrar kaçırma komplikasyonu olan bir hastaya anti-inkontinans ameliyatı planlanması gerekirken, mevcut klinik tablonun cerrahi tedavisinde yeri ve tıbbi fayda beklentisi olmayan internal üretrotomi ameliyatı uygulandığı doktorun 1. Ameliyatı sonrasında ortaya çıkan klinik tablosuna yönelik tedavi planı, cerrahi yaklaşım ve uygulamasının dikkat ve özen yükümlülüğünün ihlali niteliğinde olduğu, kusurlu olduğu kanaatindeyiz.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Çetin Dinçel, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Hastanın BPH tanısı konusundaki görüşünüz nasıldır. Literatür ve kılavuzlara göre BPH tanı kriterleri nelerdir.

Mevcut olan belgeler üzerinden yapılan değerlendirmeye göre hastanın ilk ameliyatından önce konulan benign prostat hiperplazisi teşhisi öncesi hastaya PSA, üroflowmetri ve rezidü idrar tayini yapılmadığı görülmüştür (veya bize sunulmadı). Her ne kadar bazı şikayetleri yüzeysel olarak sorgulanmış olsa da medikal tedaviden önce ve tedaviye yanıt durumunun değerlendirilmesinde mutlaka IPSS gibi valide edilmiş bir sorgu formunun kullanılması gerekir idi. Hastanın şikayetlerine bakıldığında baskın olan şikayetlerinin depolama semptomları olduğu görülmektedir bu durumun aydınlatılması için de hastanın işeme günlüğü ile değerlendirilmesi gerekirdi (Gravas S, Bach T, Bachmann A ve ark. Guidelines on Treatment of Non-neurogenic Male LUTS. European Association of Urology 2016. <https://uroweb.org/guidelines/>). Bu değerlendirmeler tam olarak yapılsaydı hasta belki de gereksiz bir cerrahi işlemden korunmuş olacak, bir antikolinergik ilavesiyle hastanın şikayetleri gerileyecekti.

2- TURP sonrası inkontinansın nedenleri nelerdir. Kaçınmak için nelere dikkat edilmelidir.

TURP operasyonu sonrası %2.2 oranında inkontinans gelişebileceği bilinmektedir. Cerrahi sonrası gelişen kalıcı inkontinans da hemen her zaman sfinkter hasarı ile ilişkilidir. Hastanın dosya incelemesinde sondasının postoperatif 10. günde alınması önerilmiştir. Normal şartlarda TURP sonrası sonda 2-5 gün arasında çekilir, bu durum intraoperatif bir komplikasyondan mı yoksa eşlik eden üretral darlık gibi problemlerden mi olduğu anlaşılmalıdır.

3- TURP sonrası inkontinans hastaya yaklaşımı yorumlayınız

TURP sonrası inkontinans geliştiği bildirilen hastaya sistoskopi yapılmış ve bu sırada saptandığı belirtilen üretra darlığına üretrotomi interna uygulanmıştır. Sistoskopi postprostatektomik inkontinans değerlendirilmesinde yeri vardır. Bu işlemin sonucunda da darlığın yerine, sfinkter aktivitesine veya rezidü adenom dokusuna ait bir bilgi verilmemiştir. Yapılan üretrotomi interna ameliyatının (overflow inkontinansı yok ise) hastanın tarifilediği inkontinans yönünden ek katkısı olmayacağı aşıkardır. TURP sonrası gelişen inkontinansın şiddeti işeme günlüğü ve ped testi ile saptanması gerekirdi ve inkontinansın tipini de kesin olarak belirlemek için herhangi bir girişim öncesi ürodinamik inceleme (üniversite hastanesinde yapılmış) yapılması gerekirdi. Hastanın dosyasından edinilen bilgilere göre hastanın şiddetli inkontinansı (total inkontinansa yakın) mevcuttur. Şiddetli post prostatektomik inkontinansı olan hastalarda retropubik üretropeksi ve sling ameliyatlarının başarısının düşük olduğu bilinmektedir (Burkhard FC, Ucas MG, Berghmans LC ve ark. Guidelines on Incontinence. European Association of Urology 2016. <https://uroweb.org/guidelines/>). Bu hastada gerçekleştirilen üretrotomi interna operasyonunun da sling ameliyatının başarısını düşüren diğer bir etken olarak göz önüne alınmalıydı. Şiddetli postprostatektomik inkontinansı olan hastalarda başarısı en yüksek, güncel kabul edilen tedavi artifisyonel sfinkter uygulamalarıdır.

4- Bilirkişi olarak bu vakayı nasıl yorumlarsınız

Hastanın ilk ameliyatı öncesi yapılan tanısız değerlendirmeler yeterli mi diye detaylı bakılması gerekir. Operasyon sonrası gelişen inkontinansı kusurdan ziyade komplikasyon olarak yorumlamak gerekir. Operasyon sonrasında ortaya çıkan klinik tabloya yaklaşım ve uygulamalar konusunda yeterli değerlendirme yapılmadığı kanaatindeyiz. Hastanın üniversite hastanesinde gerçekleştirilen ikinci operasyonunun ise etkinliği sınırlı bir tedavi yöntemidir.

5.1.6 LAZER PROSTATEKTOMİDE BAŞARISIZLIK MI?

İDDİA

70 yaşında olan müvekkilimiz greenlight PVP tedavisi hakkında bilgi almak için özel hastaneye müraaat etmiştir. "Prostatın, üriner semptomlarında ve idrar akışında mutlak iyileşme; kansız, sondasız tedavi, kesin çözüm vaadiyle korkulu rüya olmaktan çıkmakta olduğu, bu yöntemin genişlemiş prostat dokusunu buharlaştırarak ortadan kaldırdığı, özelliğine göre hastanın birkaç saat içinde yada sonraki gün evine gidebileceği, genelde sonda takmaya gerek kalmadığı, takıldığı halde 24 saatten az bir sürede çıkarıldığı, hastaların prosedürden sonra 2 hafta boyunca az oranda yanma hissedebileceği veya idrarda kan görülebileceği prosedürden hemen sonra semptomların ortadan kalkacağı ve 24 saat içinde idrar akışında önemli düzelmeler meydana geldiğini" kesin bir dille anlatılmıştır. Davacıya özel hastanede prostat ameliyatı yapılmıştır. Ameliyat sonrası, davacı müvekkilim son derece dayanılması zor sancılar içinde kıvranmış, istirap çekmiştir. Ameliyat sonrası takılan sondadan idrar kanlı gelmeye başlamış ve dayanılmaz sancuları kesmek için ağrı kesiciler, tranklizan ilaçlar ve antibiyotikler sürekli kullanılmak zorunda kalmıştır. Bu şekilde 4 gün hastanede kalan davacı müvekkilim idrarda kanamanın azaldığı ve bu nedenle sondanın çıkartılarak hastaneden taburcu edileceğini öğrenmiştir. Sancılarının geçmemesi üzerine davalı doktoru arayan davacı, davalıların tavsiyesiyle alman ağrı kesici ve antibiyotik ilaçlar sonucu, baş dönmesi, mide bulantısı, kalp çarpıntısına gibi şikayetler yüzünden yataktan kalkamamış, tuvalete gidememiş ve manen çökmüştür. Daha sonra yeniden hastaneye yatırılmış, sonda takılmış, serum verilmiş ve bir süre sonra yeniden evine gönderilmiştir.

Davalı tarafından gönderilen yazıda; "Ameliyat öncesi 97 gr'lık prostatın buharlaşma sistemiyle tamamen yok edildiği, idrarda görülen az miktarda kanamanın ve yanmanın kısa zamanda kesileceği, seyahat yapmada bir sakınca bulunmadığı" belirtilmiştir. Seyahatinde sakınca olmadığını öğrenince, memleketine gitmiştir. Ancak üç ay geçmiş olmasına rağmen kanamanın ve yanmanın devam etmesi üzerine memleketinde Devlet Hastanesine gitmiş, tahliller yapılmış ve kanamanın devam ettiği tespit edilmiştir. İstanbul'a dönen davacı, ameliyat öncesi geceleri 3 kere idrara kalkarken, ameliyat sonrası 5 kere idrara kalkması, çektiği sancılar ve kanamalar, sıkıntılar sonucu uyuyamaması 5 uyuyabilmek için ilaç alması sonucu kalp ritminin bozulması ve birkaç kere kalp elektrosu çektirmek zorunda kalması ve hala sağlığına kavuşamaması müvekkilimi son derece yıpratmıştır. İstanbulda bir Eğitim ve Araştırma Hastanesine giden davacıya yapılan muayene ve tahliller sonucu, prostat bezinin 96 gr. olarak aynen durduğu tespit edilmiştir ve yeniden ameliyat olması önerilmiştir.

SAVUNMA

Üroloji Uzmanı: Hasta daha önce kroner bypass geçirmiş ve buna ilişkin kan sulandırıcı ilaçlar kullanıyor idi. Biz kendisine uygulayacağımız ameliyat yöntemini anlattık. Buharlaşma yöntemi şeklindeki bu yöntem hakkında kendisine bilgiler verdik. Ameliyat ile ilgili onaya dair formları imzalattık. Ameliyatı bilinen mesleki ilke ve üroloji bilimi kuralları uyarınca gerçekleştirdik. Şikayetçinin şikayetleri yersizdir. Ameliyat sonrası hastanın mesanesinde hafif kanama olmuş, sancılar çekmiş olabilir. Bunlar bütün prostat ameliyatlarında görülebilen bulgulardır. Şikayetçinin iddia ettiği gibi reklamlarla kendisini kandırmış, o şekil ameliyat etmiş değiliz. Şikayetçinin prostatının tamamen alınmamış olduğu iddiası ile ilgili olarak şunları söyleyebilirim. Hiçbir prostat ameliyatında prostatın tamamı alınmaz, eğer kanser söz konusu ise bu durumda tamamı alınabilir. Hastanın prostatında her zaman yapılması gerektiği gibi, sadece prostatın kanallarını açtık. Yani bu ameliyat ile zaten prostatın tamamının alınmaması gerekiyor. Burada bir yanlış anlaşılma vardır. Ameliyat sonrasında çekilen ultrasonda yapılan ameliyatın hacmini göremeyebilirsiniz. Yani orada yapılan işlem ultrasonda görülemeyebilir. Çünkü işlem sonra boyutlar değişmeyebilir. Şikayetçinin prostatını ameliyat önce tarttığımızda 97 gram idi. Kendisinin iddiasına göre bilahare yaptırdığı ölçümde 96 gram geldiği söylenmiş, bu ölçümün sağlıklı olarak ölçülmesi mümkün olmayabilir. Ultrasonlarla yapılan tespitlerde %50 ye varan hatalar yapıldığı, bilimsel makaleler ile ifade edilmiştir. Bu bilimsel makalelerden iki tanesini ibraz ediyorum.

BELGELER

Özel Hastane Epikrizi: Hasta idrara çıkmada güçlük, gece idrara kalkma, sık sık idrara gitme, son 4-5 yıldır idrarın sonunda damla tarzında kanama şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmişinde 20 yıl önce koroner

by-pass operasyonu geçirdiği, halen Dispril, isordil, Zocor ve Flomax 0.4 mg/gün kullandığı öğrenildi. Parmakla rektal muayenede prostat grade ++ benign vasıfta palpe edildi. Ultrasonografik incelemede prostat volümü 97 cc olarak ölçüldü. Postmiksional rezidu 150 cc tespit edildi.

Hastaya KTP 532 fotoselektif prostat vaporizasyonu operasyonu uygulandı. Hastanın postoperatif dönemde hafif hematüri nedeni ile 2 gün irrigasyona ihtiyacı oldu. Postoperatif 3. gün üretral sondası alındı. Spontan miksiyon yaptı. Sonraki hafta içinde hematürinin devam ettiğini ifade eden hasta tekrar hospitalize edilerek üretral sonda kondu. Gelen idrar irrigasyona gerek göstermeyecek derecede hafif hematürikti. 1 gün sonra kateter alınarak hasta taburcu edildi.

Tıp Fakültesi Hastanesi (2. Ameliyatın yapıldığı hastane): Yakınması: Zorlanarak idrar yapma, hematüri. Hasta hematüri ile başvurdu. İki yıl önce greenlight prostatektomi geçirmiş. Zor ve ıkınarak idrar yapıyor. Poliklinikde 10 günlük tedavinin ardından sistoskopi ve gerekli müdahale için yatırıldı.

Prostat ++, benign, idrar tahlilinde bol eritrosit, PSA: 1.86, PMR 175 cc, üroflovetride işenen hacim 145cc, Qmax: 3.1 ml/sn, ultrasonografide prostatv100 ml.

Hastaya spinal anestezi altında internal üretrotomi + green light lazer prostatektomi ve TUR biyopsi yapıldı. External sfinkter distalindeki darlık guide yardımı ile açıldı ve apikal ve lateral rest prostat adenomları alındı. Post-op sorunsuz klinik seyrin ardından 5 gün sonra sondası alınmak üzere antibiotik ve analjezik reçetesi düzenlenerek şifa ile taburcu edildi.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı: Greenlight lazer ile prostatektomi geçiren hastanın operasyon sonrasında şikayetleri devam etmiş. İki yıl sonra başa bir hastanede üretra eksternal sfinkter distalindeki darlığa üretrotomi, hiperplazik prostat loblarına greenlight lazer prostatektomi ve TUR Biyopsi yapılmış. Hastaya yapılan incelede prostat volümü 56 ml ölçüldü. PMR izlenmedi. Hasta ikinci operasyonu sonrasında şikayetlerinin gerilediğini ve şu an idrar yapmada zorluk, sık sık idrara gitme şikayetinin olmadığını ifade etmiştir.

Greenlight lazer operasyonu, bilinen diğer prostat ameliyatları (açık prostatektomi/Transuretral prostatektomi) gibi cerrahi bir girişimdir. Greenlight lazer prostatektomi diğerlerine oranla daha kansız bir operasyon olmakla beraber, prostat ameliyatları sonrası görülebilecek ve karşılaşılabilecek tüm olumsuz istenmeyen yan etkileri (kanama, idrar yapamama, idrar kaçırma, zor ve sancılı işeme, ateş yükselmesi, ikinci kez ameliyata alınma v.s.) bu operasyonla çözümlenmektedir. Bu nedenle hastanın karşılaştığı sıkıntılar, olağanüstü bir durum kabul edilemez. Yanlış bir uygulamanın yapılmış olduğu anlamına gelmez. Prostat ameliyatlarından sonra, özellikle Greenlight lazer PVP sonrası oluşan şikayetler başlangıçta ciddi boyutlara ulaşabilmektedir. Zaman içinde de yatışarak normale dönüşebilmektedir. Greenlight lazer PVP sonrası lazer ile nekroza (canlılığını yitirmiş) uğramış dokuların vücuttan atılarak, elimine edilmesi uzun sürdüğü için bazen şikayetlerin ön görülen süreden daha fazla olması beklenilebilir. Bu süre bazı durumlarda 3-4 aya kadar uzayabilir. Tarafımızdan, bu şartlar altında yapılan işlemde herhangi bir yanlış uygulama olmadığı bir hekim hatasının söz konusu olmayacağı kanaatine varılmıştır.

Adli Tıp Kurumu: Kişide Benign Prostat Hipertrofisi mevcut olduğu, bu tip patolojilere açık ameliyat yanında yeni uygulanmaya başlayan "Green Light" lazer prostatektominin de denenebileceği, bu nedenle kişiye konulan tanı ve yapılan ameliyatın tıp kurallarına uygun olduğu, ameliyat sonrası hastada istenilen başarıya ulaşılamamış olduğu, bunun bu tip uygulamaların beklenen komplikasyonlarından olduğu oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Serkan Altınova, Liv Hospital, Üroloji Kliniği

1- Tedavide kullanılan yeni teknolojiler henüz geç dönem sonuçları ortaya çıkmadan abartılı bir şekilde tanıtılabilmekte, hastalar gerçekçi olmayan beklentilere sokulabilmektedir. Dosyadaki ifadeleri de dikkate alarak sağlıktaki bu tür tanıtımlar hakkında yorumlarınız nelerdir?

Tıpta, özellikle de üroloji alanında son 10-15 yılda önemli gelişmeler oldu. En çok gelişme laparoskopik cerrahiler, robotik cerrahiler ve lazer teknolojileri konusunda oldu. Bu dönemde, özellikle de robot

ve lazer teknolojileri hakkında endüstrinin çok sayıda ve ilgi çeken reklamları oldu. Bunun sonucunda doğal olarak sadece hekimler değil, hastalar da önemli derecede bilgilendi fakat aynı zamanda etkilendi. Ayrıca her iki taraf için de beklentiler arttı. Özel kurumlar için daha iyi reklam olurken hastalarda da başarı beklentisi arttı. Kanaatimce tekniklerin çok iyi ve önemli özellikleri olmasına rağmen bazen abartılarak anlatılıyor, hastalar a iyi bilgi vermiyor, sonuçta hastaların beklentileri artıyor. Oysa ki iyi ve doğru bilgi hem doktora güveni artırır hem de beklentiyi azaltır. Hangi ameliyat yapılacaksa yapılsın başarı, başarısızlık ve komplikasyonlar hakkında doğru bilgi vermek gerekir. Hangi teknik ve neden seçildiği biraz da hasta bazlı olmalıdır. Sonuçta biz hekimler iyi bir hitap örneği ile hastayı istediğimiz tedavi yöntemine yönlendirebiliriz. Önemli olan doğru yön olmasıdır. Bu örnekte hastanın beyanına bakılırsa doktor tedavi şeklini olduğundan iyi göstermiş. Fakat tabii ki tek kişinin beyanı ne kadar anlam ifade eder tartışılır. Hastaya eksik bilgi verildi ise fazla beklentiye girmiş olabilir. Hasta yanlış anlamış olabilir. Bu yüzden bilgilendirme yaparken kelime ve üsluba çok dikkat etmek gerekir.

2- Prostat ameliyatlarından sonra prostat hacminin belirlenmesinde hata nedenleri nelerdir? Prostat ameliyatlarında hacimde azalma miktarı ne kadar olmalıdır?

Prostat ameliyatlarından sonra doğal olarak hacimde azalma beklenir. Fakat hemen ameliyat sonrası erken ölçüm yapmak doğru değildir. Operasyon sonrası ölçümlerde prostat loju kapsül kısa zamanda kontrakte olup normal yapısına dönmeyeceği için boşluğundan ölçülmesi ile prostat hacmi operasyon öncesine yakın büyüklükte ölçülebilir. Zamanla daha doğal yapıya bürünecek çıkarılan dokuya ait boşluk küçülecek ve dolayısıyla hacim daha küçük ölçülecektir. Ama burada yapılan ameliyat kanser ameliyatı olmadığı için, prostatın bir miktar dokusunun kalacağını ve muhakkak ölçümde bir değer çıkacağını bilmek lazım. Ameliyat öncesi ve sonrası ölçülen değerlerdeki fark prostat hacmine göre değişecektir. Ama turp sonrası periferik zon ve kapsüle bir müdahale olmadığını düşünerek çok büyük bir oran beklemek gerekir. Ayrıca lazer ameliyatları sonrası prostatta daha az oranda küçülme beklenmelidir. Zaten başarı değerlendirmesi hacme göre değil semptomlara ve diğer objektif kriterlere göre yapılmalıdır.

3- Greenlight lazer vaporizasyon ameliyatlarının tercih sebebi neler olmalıdır?

Greenlight lazer vaporizasyon ameliyatları tercih sebepleri: Antikoagülan tedavinin kesilemeyeceği, kesilirse tromboz ve hemoraji riski olan kalp ve serebrovasküler rahatsızlığı olan özellikle yaşlı hastalar, pace maker kullanan hastalar, genel anestezi riski yüksek olan hastalar (lokal anestezi ile yapılabilir) ve tabii ki hasta tercihidir. (Ya-Chen Zang ve ark, Lasers Med Sci 2016, M.M.Elhilali ve ark. Transl Androl Urol 2016)

4- Erken ve geç post operatif dönemde greenlight ve turp sonuçlarını literatür bilgileri ışında değerlendiriniz?

Çalışmalar gözden geçirilince (randomize kontrollü çalışmalar); operasyon süreleri turp grubunda daha kısa iken hastanede kalış ve kateterizasyon süreleri greenlight grubunda daha kısadır. (Yüksek enerjili sistemler 120W ve 180W) Kan verme oranları, kapsüller perforasyon ve makroskopik hematüri görülme oranları greenlight grubunda daha düşüktür. Gruplar arasında tur sendromu, üriner enfeksiyon, akut üriner retansiyon, üretra darlığı, mesane boynu kontraktürü ve inkontinans oranlarında fark yoktur. Kısa dönemde (1. Ve 6. Ay) rezidüel idrar greenlight grubunda daha fazla iken daha uzun dönemde (24-36 ay) IPSS, QoL ve Qmax oranları benzerdir. Seksüel fonksiyonlar greenlight grubunda daha iyi korunur. Reoperasyon oranları greenlight grubunda daha yüksektir. Avrupa üroloji kılavuzlarına göre özellikle 80 gr. a kadar olan prostatlarda standart tedavi yöntemi turp dir. Greenlight yöntemi objektif ve subjektif olarak turp la karşılaştırılabilir ama alternatif bir yöntem olarak tanımlanmıştır. İntraoperatif güvenirliliğinden dolayı yüksek kardiyovasküler riskli, antikoagülan tedavisi alan hastalarda turp a üstündür. Uzun dönemde turp a alternatif sonuçlar sadece HoLEP ile mevcuttur. (Al-Ansari ve ark. Eur Urol 2010, Lukacs B ve ark. Eur Urol 2012, Thangasamy IA ve ark. Eur Urol 2012, Kumar A ve ark. J Endourol 2012, EAU guidelines 2015)

5- Bu davada bilirkşi olarak raporunuz nasıl olurdu?

Hasta epikrizden anladığımız kadarıyla idrara çıkmada güçlük, gece idrara kalkma ve sık idrara çıkma şikayetleri ile özel bir merkeze başvuruyor. BPH için medikal tedavi alıyor. Prostatı 97 gr ve rezidü

idrarı 150cc. PSA ve üroflowmetri yapılmamış veya epikrizde belirtilmemiş. Özellikle operasyon sonrası patoloji alınmayan greenlight gibi lazer tedavileri öncesi muhakkak PSA bakmak gerekir. Ayrıca muayene bulgusu yok. Rektal tuşe ile muayene şart. Şikayetlere bakılırsa gerçekten medikal tedavi yetersiz kalıyor. Ayrıca daha önce başka merkeze gitmiş ve tedavi önerisi (ameliyat) almış ki PVP tedavisi hakkında bilgi almak için başvurduğu belirtiliyor. Hasta beyanına göre doktoru mutlak iyileşme ve kansız ve sondasız tedavi vaad etmiş. Hiçbir tedavi şekli için "Mutlak iyileşme" gibi bir taahhüt yapılamaz. Hiçbir tedavide %100 başarı beklenemez. Ama tabiki beyanlar hasta beyanıdır, doktorun değil. Hasta iyileşme beklenebilir içinde olduğu için anlatılanı çok daha pozitif yönde düşünmüş olabilir. Ayrıca ameliyat onayı alınmış. Ameliyat sonrası dönemde idrarda kanaması olmuş. Lazer ameliyatlarında TUR ameliyatlarına göre daha düşük oranda görülür. Ayrıca zaten greenlight gibi lazer ameliyatlarının en önemli endikasyonu hastaların antikoagülan tedavi alıyor olmasıdır. Bu hasta antikoagülan tedavi alıyor ve almayan hastaya göre idrarda kanama olma olasılığı daha yüksek. Hastanın beyan ettiği şikayetler greenlight ameliyatlarından sonra normalde görülür ve 2-3 aya kadar uzayabilir. Doktoru her gittiğinde hastası ile ilgilenmiş ve gerekli tedaviyi uygulamış. Greenlight ameliyatı sonrası şikayetleri devam etmiş ve darlık olmuş. Darlık oranları TUR ameliyatlarına benzer ve tedavisi cerrahidir. Gittiği tıp fakültesi hastanesinde tedavisi başarılı bir şekilde yapılmış. Görüldüğü üzere hastaya yapılan ameliyatlar endikasyon dahilindedir. Doktorun endikasyon konusunda bir kusuru yoktur. Ameliyat sonrası olan şikayetlerini iyi niyetle tedavi etmeye çalışmıştır. Tek sorgulanması gereken hastayı nasıl ve ne yönde bilgilendirdiğidir.

5.1.7 TURP SONRASI URETRA DARLIĞI

İDDİA

Müvekkil idrarını yapamama şikayeti ile Tıp Fakültesine gitmiş, tedavisine başlanmıştır. Uygulanan tedavi içerisinde kapalı prostat ameliyatı yapılmış ve müvekkil taburcu edilmiştir. Aynı şikayetlerinin devam etmesi üzerine müvekkil 2 ay sonra tekrar hastaneye gitmiş, hastanede 2. kez kapalı prostat ameliyatı yapılmıştır. Doktorun gösterdiği şekilde 3-5 günde bir sonda takıp çıkararak uzun bir süre yaşamına sonda takarak devam etmiştir. Daha sonra sondayı takamamış ve doktoruna gitmiştir. Doktoru da sondayı takamamış ve üçüncü ameliyat gününü vererek müvekkili eve göndermiştir. Müvekkil Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde başka bir hekime muayene olmuş ve sol kasığındaki fıtığın patlamış olduğunu, şişmenin de bundan kaynaklandığını öğrenmiştir. Doktorun sonda takmaya çalışırken aşırı güç uygulaması halinde fıtığın patlayacağını bilecek durumda olmasına rağmen dikkatsiz ve özensiz davranışı sonucu müvekkilin sol kasığındaki fıtığını patlatmış olması, sonrasında sonda takmaktan vazgeçerek hayati riske rağmen acil tedavi uygulamak yerine müvekkili eve göndermesi hem meslek etiğine hem de yasalarca düzenlenmiş olan aydınlatma yükümlülüğüne aykırı olup hekimin ağır kusurlu, ihmalden de öte kasıtlı hareket ettiğini göstermektedir.

Müvekkilin davalı hastanede iki kez ameliyat olmasına rağmen idrar probleminin çözülmemesi ve acının katlanarak artması nedeniyle artık ne hastaneye ne de doktoruna güveni kalmadığından Devlet Hastanesine müracaat etmiştir. Devlet Hastanesi'nde yapılan muayene neticesinde prostatında parça kaldığını öğrenmiş ve birkaç gün sonra yine aynı hastanede 3. ameliyatını da olarak prostatındaki parçayı aldırması ve sondasız olarak idrarını yapmaya başlamıştır. Başka bir hastanede tek bir operasyon ile iyileştirilen prostat problemi, davalı hastanenin yanlış ve özensiz tedavileri ile müvekkilin hem 3 kez ameliyat olarak acı çekmesine sebep olunmuş ve rahatsızlığı da iyileştirilememiş, hem de sol kasığındaki fıtığın patlatılmasına neden olunmuştur. Ayrıca kendisine bundan sonra hayatı boyunca sonda ile yaşayacağı söylenmiş, ancak Devlet Hastanesi'nde yapılan ameliyat sonrasında sonda ile yaşamaktan tamamen kurtulmuştur.

SAVUNMA

Davalı Üniversite Rektörlüğü vekillerinin dilekçesi: Üniversitemiz Hastanesi Üroloji Polikliniğine başvuran hastanın muayenesinde parmakla rektal inceleme yapılmış ve derece 4 üzerinden 1 büyüklükte prostat saptanan hastaya PSA yüksekliği nedeniyle prostat biyopsisi önerilmiştir. Biyopsi öncesi işeme testi yapılmak istenen hastanın idrara sıkıştığında yine idrarını yapamadığı gözlenerek

sonda takılmıştır. Hastaya Üniversitemiz Hastanesinde biyopsi işlemi yapılmış, bu esnada yapılan ölçümlerinde prostat hacmi 39cc bulunmuştur. Patoloji sonuçları “kronik nonspesifik prostatit” ile uyumlu gelmiştir. Mesanede işeme sonrası anlamlı rezidü idrar ve 2 kez de idrar yapamama nedeniyle sonda takılma öyküsü bulunan hasta için Amerikan Üroloji Derneğinin ve Avrupa Üroloji Derneğinin güncel kılavuzlarına göre ameliyat kararı verilmiştir. Hastaya prostatta iyi huylu büyüme ön tanısıyla tüm dünyaca altın standart olarak kabul edilen TUR-P operasyonu yapılmıştır. Ameliyat sonrasında hiçbir sorunu olmayan hastanın ameliyat sonrası 2. gün sondası çekildiğinde rahatlıkla idrar yaptığı gözlenmiş, patoloji sonucuyla kontrole gelmesi salık verilerek taburculuğu gerçekleştirilmiştir. Ameliyat sonrası 3. hafta kontrolüne gelen hastadan idrarla ilgili herhangi bir yakınması olmadığı bilgisi alınmış, işeme testinde idrarını yapabildiği gözlenmiştir. Ancak işeme kalitesi vasat olan hastanın işeme sonrası mesanesinde belirgin idrar kaldığı gözlenmiştir. Ameliyat öncesinde hiç idrar yapamayan hastanın ameliyat sonrasında en azından vasat da olsa işeyebilmesi ve şikayetinin olmaması olumlu olarak değerlendirilmiş, hasta düzenli kontrollere çağırılmıştır. Ameliyattan yaklaşık 6 hafta sonra işemekte zorlandığını ifade eden hasta Üniversitemiz Hastanesine tekrar başvurmuştur. Hastanın erken dönemde tekrar idrar yapamaz hale gelmesinin nedeni önceden var olan veya prostat ameliyatı sonrası gelişebilen “dış idrar borusu darlığı” olabileceği gibi, bu tür ameliyatlarda Avrupa Üroloji Derneğinin Kılavuzuna göre %3,8 oranında gözlenen “dış idrar borusu darlığı” kapalı prostat ameliyatının beklenen komplikasyonlarındandır. Bu ön tanı ile tekrar operasyon planlanarak hastaya endoskopik girişimde bulunulmuş ve hastanın dış idrar borusunda 3 cm uzunluğunda darlık saptanmıştır. Aynı seansta darlığa yönelik endoskopik cerrahi yapılarak darlığı açılan hastaya sonda takılmıştır. 5 gün sonra sondası çekilen hastanın rahat idrar yaptığı gözlenmiştir. Ancak hastaya tekrar daralmaların olabileceği hatırlatılarak, tıp literatüründe özellikle son 20 yıldır yapılan çalışmalarda kabul edilen bir yöntem olan haftada bir “kendi kendine sonda uygulaması” işlemi hastaya anlatılmış ve bu işlem için randevu verilmiştir. Hasta başlangıçta düzenli aralıklarla kontrole geldiğinde birkaç kez sonda uygulaması yapılmış, idrarını rahatlıkla yapması sağlanmıştır. Ancak hastanın bir süre sonra düzenli olarak kontrole gelmemeye başlaması nedeniyle bir kontrol esnasında işemekte zorlanan hastaya sonda takma işlemi denenmiş, ancak başarılı olunamamıştır. Bu durum düzenli kontrole gelmeyen hastalar için beklenen bir sorundur. Bunun üzerine “dış idrar borusu darlığı”nın tekrarladığı düşünülen hastaya tekrar endoskopik ameliyat önerilmiştir. Ancak hasta bu öneriye uymayarak planlanan ameliyata gelmemiştir. Tedavi sürecinde hastaların uyması gereken bir takım yükümlülükler vardır. Davacı hasta, düzenli kontrollere ve hekimi tarafından önerilen ameliyata gelmeyerek, “hastanın tedavide işbirliği yapması” ve “hastanın doktor tavsiyelerine uyması” yükümlülüklerini yerine getirmemiştir. Bu bağlamda, hastanın kendi kusurlu davranışlarıyla tedavi sürecini olumsuz etkilediği ortadadır. Öte yandan; dava dilekçesinde belirtilen Üniversitemiz Hastanesi hekiminin dikkatsiz ve özensiz davranışı sonucu hastanın kasığındaki fıtığı patlattığı iddiası tamamen gerçek dışıdır. Zira; kasık fıtığı, idrar zoru olan hastalarda kendiliğinden gelişebilen bir sorundur. 20 yıl önce sağ kasık fıtığından ameliyat olan hastanın iddia ettiği gibi sonda takılırken testislerini sıkamak suretiyle kasık fıtığının patlatılmış olması tıbben mümkün olmayıp, tıp literatüründe böyle bir olguya rastlanmamıştır.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Prostat büyümesi için yapılan cerrahi girişimler arasında söz konusu ameliyat şeklinin uygulanan yöntemlerden biri olduğu, bu tür ameliyatlardan sonra söz konusu klinik şikayetlere neden olan bulgularda tam düzelle olmayabileceği, bunun yanı sıra ameliyat sonrasında ortaya çıkan üretra darlığının bu tür ameliyatlardan sonra ortaya çıkabilen herhangi bir tıbbi kusur ya da ihmalden kaynaklanmayan “komplikasyon” olarak nitelendirildiği, söz konusu komplikasyonu gidermeye yönelik müteaddit operasyonların yapılabileceği, komplikasyon yönetiminin uygun olduğu, hastanın usulüne uygun olarak aydınlatılmış onamının alınıp alınmadığı hususunun adli soruşturma ile tespit edilmesinin mahkemenizin takdirinde olduğu cihetle; dava konusu olayda kişinin tedavisine katılan sağlık görevlilerinin uygulamalarının tıp bilimince genel kabul görmüş ilke ve kurallara uygun olduğu, dolayısıyla ilgili sağlık çalışanlarına atfı-kabil kusur bulunmadığı oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Bülent Akduman, Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- TURP ameliyatlarında üretra darlığı görülme oranları nasıldır?

TURP ameliyatlarından sonra %2.2-9.8 oranında üretral darlık izlenmektedir (Rasweiler ve ark, European Urology 50 (2006), 969-980)

2- TURP ameliyatlarında uretra darlığı oluşmaması için teknik olarak nelere dikkat edilmelidir?

EAU 2016 kılavuzundaTURP ameliyatları sonrasında gelişen üretral darlıkların nedenleri incelendiğine bu durumun işlem sırasında oluşabilecek ünipolar elektrik kaçağından ve kullanılan enstürmanın çapından kaynaklanabileceği bildirilmektedir. Bu komplikasyonu en aza indirmek için yeterli miktarda kayganlaştırıcı jel kullanılmalı, elektrik kaçağının olmadığına emin olunmalıdır. Yine işlem sırasında kullanılan rezektoskop çapının da küçük olması bu riski azaltacaktır. Ameliyat süresinin uzamasının darlık gelişimini arttırdığı literatürde gösterilememiş olmasına rağmen, işlemin uzun sürmesinin travmaya maruziyeti de doğal olarak arttırabileceği kanısındayım. Dolayısı ile büyük hacimli prostatlarda artmış işlem süresine bağlı olarak darlık riski de potansiyel olarak artabilir diye düşünüyorum.

3- Hasta Devlet hastanesinde yapılan prostata yönelik ameliyattan sonra rahat işediğini ve idrar yolunda daralmanın da olmadığını iddia etmektedir. Bu durumu nasıl yorumlar sınız?

TURP ameliyatı sonrası üriner retansiyon (hastanın idrarını yapamaması) %3-9 oranında görülmektedir (Rasweiler ve ark, European Urology 50 (2006), 969-980). Bu durum yetersiz rezeksiyondan daha ziyade detrusör kaslarındaki yetersizliğe bağlıdır. Bu nedenle ameliyat sonrası erken dönemde tekrar TURP ameliyatı yapmak için aceleci olunmamalıdır. Mesane cimmastiği de önerilerek bir süre daha beklenilebilir. Hasta yine idrarını yapamıyorsa detrusör yetersizliği, eksik rezeksiyon, ya da darlık oluşmuş ise bunun tedavisi planlanabilir. Hastanın Devlet Hastanesi'ndeki ameliyat sonrası idrarını yapabilmesi bu şekilde açıklanabilir. Şöyle ki darlık için öncesinde opere edilmiş ve ilk TURP ameliyatından sonra da bir süre geçmiş bulunmaktadır. İkinci TURP ameliyatında çıkarılan ilave dokular da katkı yapmış olabilir.

4- Bu olayda bilirkişi olarak görüşünüz nasıl olurdu?

Hastanın ilk TURP ameliyatı sonrası karşılaştığı problemler bu ameliyatın literatürde de tanımladığı olası komplikasyonlardır. Hastanın iddia ettiği "fıtığının işlem sırasında patlaması" bugünkü tıbbi bilgilerimiz ışığında olası görülmemektedir. Hastanın ilk ameliyatı sonrası ifade ettiği problemlerle karşılaşması üzücüdür. Ancak bu aşamada suçlanan hekim ya da hekimlerin tıbbi hatası yoktur kanaatindeyim.

5.1.8 BPH'DA TANI VE ENDİKASYON TARTIŞMASI VE TURP ESNASINDA MESANE PERFORASYONU

İDDİA

56 yaşındayım. Herhangi bir hastalığım yoktur. Sadece bir yıldır sık sık idrara çıkma şikayetim vardı, gece 5-6 kez idrara kalkıyordum. Üroloji Uzmanına başvurdum. Işıklı aletle muayene edeceğini bunun sonucuna göre ameliyat edeceğini söyledi, ben de razı oldum kan tetkiklerim yapıldı aynı gün yatışım yapıldı. Ultrason ve işeme testi yapılmadı. Ertesi gün beni ameliyathaneye aldılar, belden aşağı uyuşturup doktor aletle mesaneme baktı. Ben o arada da kendisine gerekmiyorsa ameliyatı yapma dedim o da müdahalesine devam etti. Üzerimde sonda vardı. Bir iki saat sonra çok sıkıştım idrar yapamaz oldum karnımın şiştiğini hissettim. Ondandır öğlum doktora haber verdi. Gelip muayene etti. Ultrasona gönderdi. Beni tekrar ameyata aldı bı sefer açık ameliyat yaptı. Ondandır beni sonda üzerimdeyken eve gönderdi. Evde ağrılarımın devam etmesi üzerine tekrar doktorumuza başvurduk. Beni yatırarak iki gün daha tedavi etti. İlaç vererek taburcu etti. İki üç gün sonra tekrar gittik. Sondamı çıkardı ve beni eve gönderdi. Şikayetlerimin devam etmesi üzerine birkaç kez yine kendi doktoruma gittim. Her defasında bana ilaç yazıyordu. Bir defasında da ışıklı aletle mesanemi kontrol etti. Hiçbir şeyin yok dedi. Yine de şikayet-

lerimde hiçbir değişiklik olmadı. Bunun üzerine oğlum bizi bir de Araştırma Hastanesine gönder dedi. O da bizi sevk etti. Orada tahliller yapıldı beni ameliyata aldılar. Ameliyattan sonra üzerimde sonda vardı. Sondayı dördüncü gün çıkardılar. Şikayetlerim biraz azalmıştı ama çok fark etmedi. Sadece ağrılarımda azalma oldu. Şu an çok sık idrara gidiyorum. Tuvalet bulamazsam kaçırıyorum. Sonradan öğrendiğime göre ilk ameliyat esnasında doktor mesanemi yaralanmış ameliyatımda gerekli özeni göstermediği için şikayetlerim daha da arttı.

SAVUNMA

Hasta bir iki yıldır prostat nedeniyle medikal tedavi aldığını ancak fayda görmediğini anlattı. Ben de üretral darlık? BPH? ön tanısıyla hastayı kliniğe yatırdım. Yapılan tetkikler sonucu tarihinde lokal anestezi altında sistoskopi yaptım. Hastaya sistoskopiye üretral darlığın olmadığını şikayetlerinin mesane boynunun aşırı yüksek olmasından kaynaklandığını söyledim. Hastaya bilgilendirme ve onay formunu onaylattıktan sonra aynı gün spinal anestezi altında TUR-P yaptım. Daha sonra hastayı servise aldım. Aldıktan 2-3 saat takipten sonra idrar torbasına takılan yıkama sıvısının torbaya gelmediğini, göbek altı bölgede gerginlik olduğunu muayene ile tespit ettim. Sonra sondayı irrigate ederek sondanın çalışmadığını, verilen sıvının geri gelmediğini görünce sondanın yerinde olmadığından şüphelendim. Hastayı tekrar ameliyata aldım. Sondayı çekip tekrar takamayınca açık ameliyata geçtim. Sondanın mesane boynunun yan tarafında prevezikal bölgeye girdiğini gördüm ve mesane perforasyon onarımı+sistostomi+sonda takılma işlemi yapıldı. 7 günlük takipten sonra sondasını aldım. Hastaya spontan idrarını yaptığını gördüm. Herhangi bir şikayeti olmayan hasta gerekli önerilerle bir ay sonra kontrole gelmek üzere taburcu ettim. Hasta daha sonra idrarda yanma sızı şikayetiyle başvurdu. Yapılan tetkikler sonucu idrar yolu enfeksiyonu tanısıyla kliniğe yatırdım. 3 günlük medikal tedaviye takiben hasta önerilerle taburcu edilerek 1 ay sonra kontrol önerildi. Kontrolde eskiye göre daha rahat olduğunu yine de idrar yapmada zorlandığını söyledi. Bunun üzerine sistoskopi planladım. Aynı gün sistoskopi yaptım. Sistoskopiye anormal bir durum olmadığını ve önerilerde bulunarak 2 hafta sonra tekrar kontrole gelmesini söyledim. Hasta yaklaşık 3 hafta sonra araştırmaya gitmek istediğini söyledi bende sevk ettim. Daha sonra hasta kliniğe gelerek Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniğinde ameliyat olduğunu söyledi. Hasta araştırma hastanesinde üroloji kliniğinde doktorun kendilerine idrar kanalında darlık olduğunu ve idrar torbasına dikiş atıldığı söylemiş bende bunun ameliyat gereği dikiş atıldığını üretral darlığında bu tür ameliyat sonrasında olabileceğini söyledim. Hastaya bu ameliyatlardan sonra bu tür sıkıntıların olasılığı olduğunu söyledim, benim herhangi bir kusurum ve hatam yoktur.

BELGELER

Devlet Hastanesi ameliyat raporu: Spinal anestezi altında 26 F Rezektoskopi ile üretradan vizüalize edildi. Üretreye bası yapan hipertrofik trilobüler prostak dokusu gözlemlendi. Rezektoskopi ile yaklaşık 40gr prostat dokusu rezektore edildi. Kanama kontrolüne takiben 22 nolu 2 yollu foley sonda balon 60cc şişirilip işleme son verildi. Hasta gözlem odasına alındı. 2 Saatlik takipten sonra hastanın göbek altı bölgesinin şiştiği, takılan sondada irrigasyonun gelmediği anlaşıldığı. Hastada sondanın yerinde olmadığından şüphelendi. Hasta tekrar operasyona alındı. Göbek altı phannenstiel insizyonla katlar geçildi. Sondanın mesane boynunu yanında prevezikal bölgeye girdiği gözlemlendi. Mesane açıldı. Foley sonda yollu konuldu. Mesane kapatıldı. Mesaneye sistostomi olarak Ch 8 nolu feding konuldu. Katlar anatomiye uygun olarak kapatıldı. (Yapılan ameliyatlar: TUR-P+Mesane perforasyon onarımı+sistostomi açık)

Eğitim ve Araştırma Hastanesi Epikrizi: Hasta acil servise idrar yapmama şikayeti ile gelmişirstate Hastaya 6 ay önce Devlet Hastanesinde TURP operasyonu yapılmış daha sonra üretral darlık gelişmiş. Hastanemiz acil servisinde kateterizasyon denenmiş takılamamış kliniğimizden konsültasyon istenmiş hasta acil serviste görüldü globe halde olduğu görüldü Sonda takılamadı. Daha önceden mesanede şekil bozukluğu olduğu bilindiğinden sistofiks girişimi yapılamadı. Bunun üzerine hastaya acil operasyon planlandı.

SAA 22 F sistoskopi ile girildi. Üretra orta kesimde ve mesane boynunda fibröz reaksiyon olduğu ve özellikle mesane boynunun stenotik olduğu görüldü. Guide Wire gönderildi. Ardından sistoskop ile künt olarak geçildi. Mesanede geçirilmiş operasyona sekonder şekil bozukluğu mevcuttu. Lümen 1 adet 0.5 cm.lik taş görüldü. Sistoskop yardımı ile çıkarıldı. Guide üzerinden 16 nolu Foley takılarak işleme son verildi.

BİLİRKiŞİ RAPORLARI

Üroloji Öğretim Üyesi: Hastaya BPH tanısı ile TUR-P ameliyatı yapılması, tanı ile tedavi uyumlu ve bilimsel kuralara uygundur. Ameliyat raporu yetersiz düzenlendiğinden ameliyatın gidişi veya ameliyatta sorun, komplikasyon olup olmadığı hakkında karar verilemedi.

Hasta aynı gün tekrar ameliyat edilmiştir. Bu ameliyat raporunda mesane perforasyonu onarıldığı ve acık sistostomi konduğu dikkate alındığında, ilk ameliyatında mesane perforasyonu olduğu, bu durumun ameliyattan hemen (4 saat) sonra fark edilerek ikinci bir ameliyatla düzeltildiği anlaşılmaktadır. Bu ameliyat bilimsel açıdan doğru ve gereklidir.

Mesane perforasyonunun TUR-P ameliyatları komplikasyonları arasında yer alır bu komplikasyon cerrah tarafından ameliyat sonrasında hemen fark edilerek gerekli önlemleri almıştır.

Ameliyattan sonra hastanın mesane kapasitesinin düşük olarak saptandığı anlaşılmaktadır. Hastanın sık idrara çıkma şikayetinin bu düşük kapasiteye bağlı olabilir. Mesane kapasitesi düşüklüğünün hastaya Devlet Hastanesinde yapılan ikinci ameliyat (Acil ameliyat) esnasında mesaneye konan dikişler sonucu olabileceği gibi, önceden de var olabilir. Ancak tıbbi kanaatinin mesane kapasitesinin dikişler nedeniyle azaldığı şeklindedir. Mesane kapasitesi azalmasının ameliyat esnasında cerrahın dikkatsizliği, yetersizliği sonucu olabileceği gibi, birçok başka faktörün (doku kaybı- perforasyonun şekli ve boyutu gibi) etkisi sonucu gelişen tıbbi zorunluluk nedeniyle ve cerrahın hatası olmaksızın da olabilir.

Hastaya ait iki hasta bilgilendirme formunun da usule uygun doldurulmadığı, ameliyat kayıtlarını tıp bilimine uygun tutulmadığı, yapılan cerrahi işlemlerin ameliyatın gidişi ve komplikasyonların tanımlanmadığı anlaşılmıştır.

Adli Tıp Krumu: Hastada ortaya çıkan idrar sondasının prevezikal bölgeye geçmesinin TUR-P ameliyatında görülebilecek komplikasyonlardan olup hekimin de bu duruma zamanında tanı koyarak doğru müdahalede bulunduğu oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Ali Fuat Atmaca, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- 56 yaşındaki hastada gece idrara kalkma semptomu ile gelen hastada ayırıcı tanıda yer alan hastalıklar nelerdir ve nasıl ayırt edilirler?

Nokturi çok geniş bir hastalık spektrumunda ortaya çıkabilecek bir semptomdur. Başta BPH olmak üzere, üriner sistem enfeksiyonları, aşırı aktif mesane, mesane tümörü gibi ürolojik hastalıklarda veya diabetes mellitus, diabetes insipidus, kalp yetmezliği gibi sistemik hastalıklarda da görülebilir. Ayrıca diüretik tedavi alan hastalarda da nokturi ortaya çıkabilir. Hastalıklar dışında fazla sıvı, alkol ve kafeinli gıdaların alımı durumlar da nokturi sebebi olabilir.

Hastalıkların ayırıcı tanısında idrar tetkiki, idrar kültürü, açlık ve tokluk kan şekeri, işeme günlüğü, sıvı kısıtlaması, üroflovetri ve üriner ultrasonografi gibi tetkikler yardımcı olacaktır.

2- Klasik bilgi ve klavuzlara göre BPH tanısı nasıl konulur? Bunların ışığında hastaya konulan BPH tanısını değerlendiriniz.

BPH tanısı koymak için her hastalıkta olduğu gibi anamnez (semptomlar, ipss skoru), fizik muayene (parmakla rektal muayene) gereklidir. İşeme günlüğü özellikle depolama semptomları veya nokturi ön planda olan hastalara bakılmalıdır. AÜSS varlığında mutlaka idrar analizi yapılmalıdır. Eğer hastada prostat kanseri tanısı tedavi planında bir değişiklik yapacaksa PSA testi istenmelidir. Böbrek fonksiyon testleri; fizik muayene sonucunda böbrek fonksiyon bozukluğundan şüphelenilmesi, hidronefroz varlığı yada cerrahi planlandığında istenmelidir. İşeme sonrası rezidü idrar (PVR) ölçümünün rutin olarak yapılması önerilmektedir. AÜSS'nin ilk değerlendirmesinde üroflovetri uygulanabilir. BPH nedenli cerrahi düşünülüyor ise ameliyat öncesi transabdominal veya transrektal ultrasonografi yapılmalıdır. (EAU Guidelines on the Assessment of Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms Including Benign Prostatic Obstruction. 2016)

Bu hastada PVR ölçümü, işeme günlüğü, üroflovetri, üriner ultrasonografi gibi BPH tanısını destekleyecek temel tetkikler yapılmadan direkt sistoskopi yapılmıştır. Bu durum invaziv bir işlem olan sistoskopi öncesi hastaya objektif bir değerlendirme yapılmamış olduğunu, ayırıcı tanıda yer alabilecek hastalıkların atlanabileceğini göstermektedir.

3- Hastaya yapılan sistoskopi ve TURP endikasyonunun uygunluğu konusunda değerlendirir misiniz?

Tanının sadece anamnez ve sistoskopi ile konulması ve ardından cerrahi yapılması acele bir karar gibi görünmektedir. Ancak sistoskopi sırasında mesane boyununun yüksek olduğunun görülmesi ve hastanın daha önceden medikal tedaviden fayda görmediği bilgisi bir arada değerlendirildiğinde TURP'nin uygun endikasyonla yapıldığı söylenebilir.

4- Açık ameliyatta sonda balonunun prostat dışında ve balonun 60 cc şişirilmiş olduğundan bahsedilmiş. Sondanın perivezikal alana nasıl çıktığı konusunda yorumlarınız nelerdir?

Mesane boynu yüksekliği nedeniyle bu bölgedeki rezeksiyonda aşırıya gidilmiş olması ihtimali vardır. Agressif bir mesane boyun bölgesi rezeksiyonu rüptürle sonuçlanabilmektedir. Burada hadise büyük ihtimalle boyun bölgesindeki rüptür neticesi sondanın perivezikale ilerlemesidir. Operasyon sonlandırıldıktan sonra sondanın mesane yerine küçük bir rüptür bölgesine ilerlemesi ve sonda balonunun burada 60 cc şişirilmesi de rüptür sahasını büyütmüş olabilir.

5- Bilirkişi raporlarında mesane küçüklüğünden bahisle tartışmalar yapılmış. Mesane kapasitesi küçüklüğü geçirilmiş ameliyata bağlı olma ihtimali nedir?

Bilirkişi raporunda ameliyattan sonra hastanın "mesane kapasitesinin düşük olarak saptandığı anlaşılmaktadır" denmektedir. Ancak mesane kapasitesi düşüklüğü ile ilgili objektif bir veri yoktur. Mesane kapasite düşüklüğü olduğunu varsaysak dahi bunu operasyona bağlamak doğru değildir. Mesane kapasitesinin azalması agresif bir müdahale sonrası görülebilecek bir durum olup (geniş doku kaybı olan mesane defekt onarımı gibi), ameliyat raporunda sadece perforasyondan bahsedilmiş doku kaybı veya doku çıkarılmasından söz edilmemiştir.

6- Bu olayı bilirkişi olarak nasıl değerlendirir diniz?

Preoperatif yeterli değerlendirme yapılmadan TURP yapılmış olması uygun değildir. TURP sonrası mesane perforasyonu görülebilecek bir komplikasyondur. Erken dönemde saptanarak cerrahi müdahale yapılması gerekli ve uygundur. İşlem sonrasında hastanın şikayetlerinin devam etmesi üzerine hastanın tekrar yatırılarak tedavi edilmesi, sistoskopi yapılarak üretra ve mesane boyun bölgesinin değerlendirilmesi uygun ve yerinde bir karardır. Eğitim ve Araştırma hastanesi ameliyat notunda üretral darlıktan bahsedilmekle birlikte 22 F sistoskopun üretrotomi interna yapılmadan geçtiği bir alan darlık olarak kabul edilemez. Mesane boyun bölgesinde ise yine 22 F sistoskopun geçişine izin veren bir kontraktür hali söz konusudur. Mesane boyun kontraktürü TUR-P sonrası gelişebilecek komplikasyonlardandır.

5.1.9 TURP SONRASI KANAMA

İDDİA

Müvekkilin 76 yaşındadır. İlçesindeki özel hastanede prostat ameliyatı olmuştur. Ancak ameliyattan bir ay sonra idrarından kan gelmesi üzerine acil servise götürülmüştür. Hemşireler ameliyatı yapan doktorun geleceğin söylemelerine rağmen doktor hastaneye gelip hastaya bakmamış, sadece hemşireleri telefonla yönlendirmiştir. Bütün gece devam eden kan ancak sabaha karşı durdurabilmiştir. Bu olayın üzerinden 7 gün geçtikten sonra müvekkil tekrar idrarından kan gelmesi şikayetiyle hastanenin acil servisine baş vurmuştur. Acilde hastaya müdahalede bulunulmuş ve servise alınmıştır. Ancak iki saat geçmesine rağmen bir iyileşme olamaması üzerine hasta yakınları durumun Doktoruna bildirilmesi gerektiğini söylemeleri üzerine durum doktora bildirilmiştir. Hemşireler ilk önce doktorun geleceğini söyle-

melerine rağmen doktor gelip müdahale etmemiştir. Bu sırada hastaya yapılan müdahalede bir yandan büyük enjektörle su enjekte ediliyor, bir yandan da diğer bir enjektörle pıhtılaşmış kan geri çekiliyordu. Ancak bu işi bir hemşire tarafından değil de, orada bulunan bir hizmetli tarafından yapılmıştır. (bununla ilgili olay yerinde çekilmiş fotoğrafı dilekçemiz ekinde sunuyoruz). Gece 3 sıralarında hastanın kan değerleri iyice düşmesine ve durumu ağırlaşmasına rağmen doktor gelip hastaya bakmamıştır. Hastanın kan değerlerinin düşmesi üzerine hastaya kanın pıhtılaşmasını önlemek için trombosit süspansiyonu verilmeden direk kan verilmiştir. Hasta kendisine verilen kandan yaklaşık 15-20 dakika sonra aşırı şekilde fişkirir şekilde kusmuştur. Hasta bundan sonra ise tamamen kendisinden geçmiştir. Hasta yoğun bakıma alınmış durumu daha da kötüleşince Üniversite Hastanesine sevk edilmiştir. Üniversite Hastanesinde hastanın hemen röntgeni ve ultrasonu çekilmiş ve hastanın mesanesinde yırtık olduğu ve kanamanın bundan kaynaklandığı anlaşılmıştır. Burada endoskopi yapılarak prostat dokusunda kanayan odaklara TUR (Koterizasyon) yapılmıştır.

SAVUNMA

Davacı idrar yapamama şikayetiyle ameliyat olmuştur. Davacının hastaneye geldiği andaki genel durumu düşkün, yürüme zorluğu mevcut ve hasta oldukça zayıftı. Davacı daha önce mide ameliyatı olmuş, hemoroid kanaması geçirmiş olması nedeni ile Hemoglobini olması gereken normal değerden oldukça düşük (8.1gr) olması üzerine hastanede dahiliye servisinde 2 ünite eritrosit süspansiyonu transfüzyonu yapılmıştır. Hastanın genel durum düşkünlüğü ve kansızlığının beslenme bozukluğuna ve daha önce geçirilmiş mide ameliyatına bağlı olabileceği düşünülen hareket edilmiş ve hastanın kanının yükselmesi için dahiliye servisinde kendisine ameliyatından önce müdahale edilmiştir. Prostat Ameliyatından önce davacı hasta ile konuşulmuş ve bu ameliyattan sonra kan transfüzyonuna neden olabilecek kanama olabileceği bunun idrar akımını engelleyebileceği gibi çıkabilecek komplikasyonlar anlatılmış ve hastaya aydınlatılmış onama formu imzalatılmış ve davacı ameliyatından sonra olabilecek fiziki durumlar hakkında bilinçlendirilmiştir.

Hastaya prostatektomi tur operasyonu (kapalı prostat ameliyatı) yapılmıştır. Ameliyatta komplikasyon çıkmamış ve şifa ile taburcu edilmiştir. Davacı taburcu olduktan bir ay sonra evde kendi yapmış olması muhtemel bir hareketten dolayı idrarından kan gelmesinden üzerine hastaneye başvurmuş ve hastanede yapılan kan tahlilinden sonra Hastanın hemoglobini 9.0 olduğu görülmüş ve hemen hastaneye yatışı yapılmıştır. Kendisine sonda takıldı ve mesane irrigasyonu yapıldı Toplam 3 ünite eritrosit süspansiyonu transfüzyonu yapılmış ve kanaması durdurulmuştur. Hasta bir hafta sonra yeniden idrarından kan gelmesi şikayetiyle başvurmuştur. Yine hasta yatırılıp vakit kaybetmeden mayi takılıp mesane yıkaması yapılmıştır. Bu hastada da kanamayı durdurmak için saatlerce yıkama yapıldı, bu parmakları yoran bir işlemdir. Bu nedenle hemşire hanımlara yardımcı sağlık personeline hemşire gözetiminde yardım ettmişlerdir. Dava dosyasında bulunan kanıt fotoğraf dikkatlice incelendiğinde hasta başında hemşirenin olduğu hasta bakıcı olan ve sağlık personeline yardımcı olan kişinin ise hemşirenin gözetiminde sadece enjektördeki sıvıyı sondadan vererek yıkamaya yardımcı olmaktadır. Tüm müdahalelere rağmen hastanın genel durumunun düşkünleşmesi üzerine Tıp Fakültesi Hastanesi ile görüşülüp ambulans ve sorumlu hemşire gözetiminde sevk edilmiştir. Tıp fakültesinde koterizasyon yapılmıştır. Mesanede yırtık görülmemiştir zaten mesanede yırtık yani perforasyon olsaydı yıkama yapılırken mesaneye steril serum fizyolojik verildiğinde bunu geri alamazdık. Prostat ameliyatından sonra 3 aya kadar idrarından kan gelebilir ve çoğu zaman tekrar ameliyata gerek olmadan mesane yıkamasıyla kanama durur, bu hastada da böyle oldu.

BELGELER

Özel Hastane epikrizi: Sık ve zor idrar yapma şikayeti ile geldi. Birkaç yıldır varmış, gittikçe artmış. Prostatektomi tur plazmakinetik yöntemle yapıldı. Spinal anestezi altında litotomi pozisyonunda üretral girildi. Gözlemede prostat trilobler hipertrofik pasajı kapatıyordu. Mesanede obstrüktif değişiklikler mevcuttu. 40 gr kadar TUR(p) yapıldı.

BİLİRKiŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Prostat ameliyatı olan, ameliyattan sonra 2 kez kanama ile aynı hastaneye beşvuran, doktorunun kendisi ile ilgilenmediğini iddia eden, son başvurusunda Tıp Fakültesi Hastanesi'ne sevk edilen hasta hakkında düzenlenen adli ve tıbbi belgelerin incelenmesinde; Pstostat ameliyatlarından sonra geç dönemde de kanama olma riski mevcuttur ve bu hastada da geç dönemde ortaya çıkan kanamalar ameliyatın komplikasyonudur. Ancak komplikasyonun tedavisinde gerekli dikkat ve özen gösterilmemiştir.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Ferhat ATEŞ,

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan Abdulhamid Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Prostat ameliyatlarında per ve post operatif kanamaların nedenleri ve oranları nasıldır?

Prostat ameliyatlarında kanamanın en önemli nedenleri, işlem esnasında iyi kanama kontrolü yapılamaması, hastanın kullandığı antikoagülan benzeri ilaçlar, diabetes ve iskemik kalp hastalığı gibi komorbid durumlar ile, postoperatif dönemde hipertansiyonun kontrol altına alınamaması veya karın içi basınç artışına yol açan egzersizler, öksürük, kabızlık gibi problemlere yol açan KOAH, hipotiroidi gibi hastalıklar olabilir. Nadiren uzun süren ameliyatlardan sonra metabolik bozuklukların ortaya çıkması, koagülasyon faktörlerinin azalması ve pıhtılaşmayı sağlamakta yetersiz kalması da söz konusu olabilir.

TUR-P ameliyatına ait komplikasyonlar yıllar geçtikçe azalmaktadır. Mortalite %0.1 iken morbidite %11.1 kadar anlamlı olabilir. Yaklaşık 21 bin TUR-P ve 2500 açık prostatektomi olgusunun incelemesinde, kısa ve uzun dönemde işleme ait morbidite benzer bulunmuştur (90. günde %0.7 ve %0.9; 1. yılda %2.8 ve %2.7; 5. yılda %12.7 ve %11.8; 8. yılda ise %20 ve %20.9). 10.654 olguluk seride transfüzyon gerektiren kanama %2.9 ve pıhtı retansiyonu %4.9 olarak bulunmuştur. Randomize kontrollü çalışmalardan oluşturulan diğer bir güncel derlemede de TUR-P ile transfüzyon gerektiren kanama %2; akut üriner retansiyon %4.5 ve pıhtı retansiyonu %4.9 olarak bildirilmiştir. Bir metaanalizde ise monopolar TUR ile karşılaştırıldığında bipolar TUR ile komplikasyonların ve transfüzyon ihtiyacının daha az olduğu bildirilmiştir. (Gravas S, Bach T, Bachmann A et al. Guidelines on Treatment of Non-neurogenic Male LUTS. European Association of Urology Guidelines 2016. <https://uroweb.org/guidelines/>). Ortalama bir değer olarak transfüzyon gerektiren kanama %3 ve pıhtı retansiyonu %5 gibi kabul edilebilir.

2- Post op dönemde kanaması olan hastaya yaklaşım nasıl olmalıdır?

Postoperatif dönemde kanaması olan her hasta bireysel olarak değerlendirilmelidir. Hastanın preoperatif hemoglobin-hematokrit düzeyleri ve komorbid durumları göz önünde bulundurulmalıdır. Kanaması olan hastanın ne kadar riske girdiği, hemoglobinin düzeylerindeki yüzdese ve rakamsal düşüş dikkate alınarak bireysel olarak değerlendirilmelidir. İskemik kalp hastalığı veya anemisi olup iskemiye toleransı düşük olan hastalarda kan kaybı az bile olsa takviye edilmeye başlanmalıdır. Hastanın operasyonu sırasında oluşmuş herhangi bir kapsül perforasyonu veya durdurulamayan kanama varsa, takiplerde daha dikkatli olunmalıdır. Preoperatif dönemde antikoagülan veya trombosit agregasyon inhibitörü kullanan hastalar ile diabetik hastalarda postoperatif dönemde daha fazla kanama olabileceği ve ikincil girişim ihtiyacının daha fazla olabileceği dikkate alınmalı, konservatif tedavide fazlaca ısrarlı olunmamalıdır. Riskli olmayan hastalarda ilk planda sonda varsa sonda balonu 50 cc kadar şişirilerek mesane boynuna traksiyon uygulayacak şekilde gerilmeli, mesaneye serum fizyolojik irrigasyonu yapılmalı, pıhtılar varsa ve henüz organize olmamış ise 50 cc.lik büyük çam uçlu enjektörlerle mesane irrigasyonu yapılarak pıhtılar boşaltılmaya çalışılmalıdır. Pıhtılar boşaltılırken aşırı vakum uygulamak veya mesaneyi fazla doldurmak, perforasyona yol açabileceğinden, bu işlemin bilinçli ve tecrübeli sağlık personeli tarafından yapılması gerekir. Bu sırada sonda balonu sönük olmalı, daha sonra tekrar şişirilmelidir. Daha sonra kanama duruncaya kadar traksiyon ve irrigasyona devam edilmelidir. Bu sırada çok

büyük loj açıklığı oluşup sonda balonunun prostat lojuna düşmediğinden emin olunmalıdır. Bunun için sonda balonu tam boşaltılıp sonda mesaneye itildikten sonra tekrar şişirilerek mesane boynuna yerleştirilmelidir. 4-6 saatten fazla traksiyon uygulamak mesane boynunda iskemiye ve skarla iyileşmeye neden olabileceğinden, sonradan mesane boynu sklerozu nedeni olabilir. Bunu önlemek için traksiyonu fazla uzatmamak gerekir. Traksiyona rağmen durmayan kanama varsa ısrarlı olmayıp tekrar ameliyathaneye girilerek görülebilirse kanama odağı koterize edilmeye çalışılmalıdır. Zira her zaman kanama odağı görülemeyebilir. Bunun nedenleri arasında hastanın anestezi altında tansiyonunun düşmesi ve venöz kanamaların azalması olabilir. Bu durum göz önüne alınarak, ameliyathaneye alınmadan önce hastanın sedatize edilmesi, tansiyonunun kontrol altına alınması, kanama kontrolü için önemli noktalar. Kanama nedeniyle eritrosit süspansiyonu transfüzyonu gereken hastalarda ayrıca trombosit ve pıhtılaşma faktörlerinin de azalacağı dikkate alınarak taze donmuş plazma da verilmeli, çok fazla kanama olmuşsa taze tam kan da verilebileceği akla getirilmelidir. Kanama kontrol altına alındığında, tekrar oluşmaması için neler yapılması gerektiği incelenmeli, hipertansiyonun ve diabetin sürekli kontrol altında tutulması, karın içi basınç artışına yol açabilecek olan öksürük, kabızlık gibi sorunlara yönelik tedbirlerin planlanması unutulmamalıdır. Hastanın gizli bir koagülasyon bozukluğu açısından da incelenmesi gerekebilir.

3- Hastası iki kez kanama nedeniyle hastaneye gelmesine rağmen hastasını görmeyen bir hekim için dikkat ve özen eksikliği ile suçlanmıştır. Hekim hastasını hastaneye gelip görmek zorunda mıdır yoksa telefon ile nöbetçi ekibe görüş ve talimatlar verebilir mi?

Tıpta en önemli kurallardan birisi hastalık yok hasta vardır kuralıdır. Her hasta bireysel olarak değerlendirilmeli ve hekimlik sanatı uygulanmalıdır. Hekimin mümkünse hastayı görmesi ve durum değerlendirmesi yapması daha uygundur. Yine de rutin olarak TUR-P ameliyatlarından sonra hafif dereceli kanamalar olabildiği gözönüne alınarak, hekim hastaneye gelmeden önce nöbetçi ekiple görüşerek, klasik tedbirlerin uygulanmasını sağlayabilir ve durumu tekrar gözden geçirebilir. Bunu yaparken hastanın tüm bilgilerine haiz olmalıdır. Preoperatif ve postoperatif hematokrit düzeyi, kanama- pıhtılaşma zamanında sorun olup olmadığı, hipertansiyon-diabet-iskemik kalp hastalığı gibi komorbid durumlardan haberdar olmalıdır. Hastanın nabız, tansiyon gibi bulgularının yani hemodinamisinin kanama nedeniyle bozulup bozulmadığı da önemlidir. Hasta stabil ise hekim rutin tedbirlerin yardımcı personel tarafından alınması için gerekli talimatları uzaktan da verebilir. Rutin uygulamalara rağmen ikinci kez kanama nedeniyle hastaneye başvuran hasta için hekim durumu kendi gözleriyle değerlendirip tüm bilgileri bir kez daha gözden geçirmek için hastayı görmeli, hastaneye gelmelidir.

4- Bilirkişi olarak bu olayı nasıl rapor edersiniz?

TUR prostat ameliyatından sonra geç dönemde kanama şikayeti ile acil servise başvuran ve yapılan müdahaleler sonrası evine giden, bir hafta sonra yeniden kanama şikayetiyle acile başvuran ve kendisi ile doktorunun ilgilenmediğini beyan eden hastanın ve savunmanın görüşleri incelendi. Prostat ameliyatlarından sonra hem erken dönemde hem de geç dönemde kanama komplikasyonu ile karşılaşılabilir. Geç dönemde bile olsa, ameliyattan sonraki ilk üç aylık dönemde oluşan kanama, ameliyatın komplikasyonu olarak değerlendirilmelidir. Kanama olduğunda hasta bireysel özellikler açısından değerlendirilmeli, kanamayı durduracak tedbirler uygulanmalı, başarılı olunamıyorsa hasta tekrar operasyona alınmalıdır. Hastanın ısrar eden kanaması nedeniyle ardışık hastane müraعاتları, tedavide daha dikkatli olmayı gerektirir. Bu durumda hekimin hastayı görmesi, gerekli tedbirleri kendisinin uygulaması, kanamaya neden olabilecek başka faktörleri düşünerek uygun konsültasyonları alması gerekir. Bu nedenle hastayı hiç görmeden uzaktan yapılan müdahaleler nedeniyle hekim dikkat ve özen eksikliği göstermiş olup, kısmen hatalıdır. Müdahale başarısız bile olsa, hekimin hastaya yakın ilgi göstermesi, toplumda destek gören ve beklenen bir davranıştır. Bir ameliyatın komplikasyonlarını yönetemeyecek kişinin o ameliyatı yapması doğru değildir. Kanaması devam eden hastaya sistoskopik müdahalenin TUR ameliyatını yapan merkezde uygulanabilir olması gerekirdi ve başka bir merkeze nakli gerekmemeliydi. Hekimin hastayı hiç görmeden ve yapabileceği işlemleri tamamlamadan başka bir merkeze naklinin sağlanması da etik açıdan uygun olmamıştır.

5.1.10 BPH TANISI TURP VE ENDİKASYON TARTIŞMASI, AMELİYAT SONRASI İNKONTİNANAS VE EREKTİL DİSFONKSİYON

İDDİA

61 yaşındaki hastamız Devlet Hastanesine giderek muayene olmuştur. Prostat hastası olduğu ameliyat gerektiği bildirilmiş ve günü vermiştir. Üstelik bu teşhisi koyarken tahlile ve ultrasona göndermeden salt el muayenesi ile prostat olduğunu ve ameliyat olması gerektiğini bildirmiştir. Devlet Hastanesinde ameliyat olan müvekkilimiz sakat kalmıştır. Ameliyat sırasında yapılan hatalar sebebiyle uzun süre kanama geçirmiş, idrar yolları tahribata uğramış ve sürekli olarak idrarını tutamaz hale gelmiş, cinsel fonksiyonlarını ifa edemez duruma düşmüştür.

Aradan uzunca bir süre geçtikten sonra mevcut hasarlar düzelmeyince müvekkilimiz Özel Hastaneye giderek muayene olmuştur. Kendisine, esasen kendisinde prostat bulunmadığı, kendisini ameliyat eden doktorun prostat teşhisinin yanlış olduğu ve gereksiz yere ameliyat olduğu bilgisi verilmiştir.

SAVUNMA

Hasta sık aralıklarla, zorlanarak, kesintili ve zayıf akımlı idrar yapma şikayeti ile başvurmuştur. Anamnezinde şikayetlerinin yaklaşık 1 yıldır mevcut olduğunu, 6 yıl önce "Üretral darlık" tanısı ile kendisine girişimde bulunulduğunu, aynı şikayetlerle daha önce başvurduğu doktorlar tarafından verilen ilaç tedavisinden fayda bulmadığını, kendisine Endoskopik inceleme (Sistoskopi) önerildiğini belirtmiştir. Hastanın yapılan fizik muayenesinde, orta derecede Prostat hiperplazisi (büyümesi) dışında diğer genitouriner sistem muayeneleri olağandı. Başka bir sağlık kurumunda yapılan Üroflowmetride obstruktif patern izlenmekte idi (Qmax=9 ml/sn). Hastaya şikayetlerinin nedenlerinin "İdrar yolunda daralma ve/veya Prostat büyümesi" olabileceği, sistoüretroskopi yapılarak idrar yolu, prostat ve mesanenin değerlendirilerek, patolojik bir durum tespit edilmesi halinde, gerekli görülen cerrahi işlemin yapılmasının uygun olacağı söylenmiştir. Hasta önerilen tanı-tedavi işlemini kabul etmiş ve "Üretral darlık +Bening prostat hiperplazisi" öntanılarıyla yatışı yapılmıştır. Ameliyat öncesi gerekli tahlil ve tetkikler yapılmış, hastaya ameliyatlarına ait bilgilendirme yapılarak her iki operasyon içinde onayı alınmıştır. Hasta sistoüretroskopi+gerekli girişim yapılmak üzere operasyona alınmıştır. Spinal anestezi altında yapılan Sistoüretroskopik incelemede; üretrada darlık izlenmemiş, Prostatın lateral loblarının hiperplazik olduğu ve üretral lümeni kapatarak obstruksiyona neden olduğu görülmüştür. Bunun üzerine intraoperatif olarak hastaya TUR-Prostatektomi yapılmasına karar verilmiştir. Prostatın rezeksiyonu sırasında, prostat sol apikal bölgede kanama meydana gelmiş ve kanama kontrolü sırasında ilgili bölgede kapsül yaralanması olmuştur. Kanama kontrolü sağlandıktan sonra, operasyonun son aşamalarında "Hipotansiyon" gelişen hasta postop. takip amacıyla yoğunbakım ünitesine alınmıştır. YBÜ'nde kan değerlerinde düşme ve hiponatremi izlenmesi üzerine hastaya 1 ünite eritrosit transfüzyonu yapılmış, hiponatremisi hipertonic NaCl uygulaması ile tedavi edilmiştir. Yoğun bakım ünitesindeki takibinde durumu stabil seyreden hasta postop. 1.gün servise alınmıştır. Daha sonra stabil seyreden hasta sonda ile gönderilmiş haftasında ise sonda çekilmiştir. Bundan 10 gün sonra kanama nedeniyle müracaat etmiş çektirilen usg de mesane içinde kitlesel lezyon olduğu belirtilmiştir. Mesane içindeki kitlesel görünüm kanamaya bağlı olarak değerlendirilmiş, hastaya tekrar sonda takılmıştır. Mesane yıkanarak pıhtılar temizlenmiştir.

Hasta ameliyat öncesi dönemde kendisine USG, BT gibi görüntüleme tetkiklerinin yapılmadığından şikayet etmektedir. Üst Üriner sistem patolojisi düşünülmeyen hastada, alt üriner sistemin değerlendirilmesi için sistoüretroskopik inceleme yapılması yeterli bulunmuş, ileri görüntüleme metotları gerekli görülmemiştir.

BELGELER

Devlet Hastanesi tıbbi belgeleri: İdrar yaparken yanma, zorlanma, sık aralıklarla zorlanarak zayıf akımlı idrar yapma nedeniyle geldiği, 6 yıl önce üretral darlık tanısıyla operasyon hikayesi, bir yıldır şikayetleri mevcut ve ilaçla düzellemediği, üretral darlık ve BPH nedeniyle interne edildiği, PSA: 0,65 ölçüldü. Diğer kan testleri normal bulundu. TUR prostatektomi yapıldı. Ameliyatta; spinal anestezi altında sistoüretroskopi üretral darlık izlenmedi, prostatın hiperplazik olduğu ve lümeni kapattığı görüldüğü, TUR prostatektomi yapıldı, intraoperatif sol apikal bölgeden kanama ve kapsül dışına çıkma olduğu,

kanaman koterizasyonla durduruldu, operasyon sonrası hipotansiyon gelişti için anestezi tarafından post operatif takip için yoğun bakıma alındı.

1 U eritrosit süspansiyonu ve hiponatremi için hipertonic NaCl verildi. Akşam WBC 13,0 Hgb 15,6 glukoz 150, Na 118,42, klor 86,05 ölçüldü, post operatif 1. gün servis takiplerine alındı, problem yaşanmadı, 1 hafta sonra kontrolde sondası çekilmek üzere önerilerle taburcu edildi.

Patolojik incelemede; ön tanı: BPH, Makroskopi: 6 gr ağırlıkta 4 cc hacminde TUR materyali, tanı: benign prostat dokuları, prostat, TUR-P.

Özel Hastane tıbbi belgeleri (post operatif): Tüm batın USG'de; sol renal taş + prostatektomi, 21 ml prostat loju, grade 1-2 hepatosteatoz tespit edildi.

Eğitim ve Araştırma Hastanesi tıbbi belgeleri: Devlet hastanesinde TUR-P (?) ameliyatı sonrası inkontinansı ve erektil disfonksiyonu olduğunu ifade eden hasta mevcut durum raporu için mahkemece sevk edilen hastanın tetkikleri yapıldı. Testosteron:59, PSA:0,309 TİT:N, i.kültürü:üreme yok, ÜF:6,5/2,3 (117 cc) PVR:yok, IPSS:22-5, AAM:26, IIEF:25 Sonrası ürodinami, gerekirse sistoskopi yapılacak. Sorgulama formlarıyla hastanın şikayetlerinin uyumlu olmadığı değerlendirildi.

Sistoskopi: Üretra normal, prostatik üretra rezeke görünümde, trigon normal, üreter orifisleri normal yerleşim ve görünümde. Mesane içinde patolojik tümöral oluşum izlenmedi. Sfinkter seviyesinde mukozal koaptasyonun sağlandığı görüldü. Mesane doldurulup sistoskop çıkarıldıktan sonra suprapubik baskıyla idrarın boşaldığı görüldü. Ürodinami kateteri takılarak işlem sonlandırıldı.

Ürodinami: Hissiyatı azalmış, kapasitesi ve kompliyansı artmış, inhibe edilebilen ve edilemeyen detrusör kontraksiyonları izlenmeyen sistometrik bulgular saptandı, işeme fazında max p det: 9 cm H2O olarak ölçüldü, hasta çok az idrar yapabildi, EMG aktivitesinde artış izlenmedi. Sonuç: Hastanın sistoskosisinde eksternal sfinkterin anatomik bütünlüğünün bozulmadığı, dolayısıyla ameliyatta sfinkterin bütünlüğü bozucu bir müdahale yapılmadığı gözlenmiştir. Hastanın mesane ve sfinkter fonksiyonunda zayıflık olduğu değerlendirilmiştir. Bu problem mesane ve sfinkter kaslarında zayıflıktan veya bunları kontrol eden sinirlerdeki problemlerden kaynaklanabilir. Ameliyata bağlı olup olmadığı konusunda yorum yapmak mümkün değildir.

Penis muayenesinde peyroni hastalığı saptandı. Erektile disfonksiyon peyroni hastalığında çok sık görülen bir bulgudur. Dolayısıyla ereksiyon probleminin ameliyata bağlı olduğu söylenemez.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: İdrar yaparken yanma, zorlanma, sık aralıklarla zorlanarak zayıf akımlı idrar yapma nedeniyle başvuran hastanın yapılan muayene ile tetkiklerinde üretral darlık ve BPH düşünülerek TUR prostatektomi ameliyatı yapılmış olduğu, üretral darlık ve BPH tanısı ve tedavisi için yapılan cerrahi girişimler arasında söz konusu ameliyat şeklinin uygulanan yöntemlerden biri olduğu, bu tür ameliyatlardan sonra klinik şikayetlere neden olan bulgularda tam düzelme olamayabileceği, bunun yanı sıra ameliyat sonrasında ortaya çıkan ağrı, kanama ve idrar kaçırmanın bu tür ameliyatlardan sonra ortaya çıkabilen herhangi bir tıbbi kusur ya da ihmale izafe edilemeyen komplikasyon olarak nitelendirildiği, söz konusu klinik tabloyu gidermeye yönelik müteaddit operasyonlar yapılabileceği, bununla birlikte idrar kaçırmanın, yapılan ameliyat neticesinde meydana geldiğini gösterir nitelikte yeterli bulgu tespit edilmediği, erektil disfonksiyonun ise yapılan cerrahi girişimle alakası olmayan peyroni hastalığından kaynaklandığının düşünüldüğü, ilgili hekimin takip yönetiminin uygun olduğu, dolayısıyla hekime atfı-kabil kusur tespit edilmediği mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Uz. Dr. Alper Bitkin, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Hasta ve hekimin ifadelerine göre bph tanısı için yeterli araştırma yapılmış ve kanıtlanmış mıdır?

Hasta hekime alt üriner sistem semptomları nedeniyle başvurmuş. Hekim hastadan anamnez alıp , fizik muayene (parmakla rektal muayene) yapmış ve üroflowmetrisini görmüştür. PSA ve rutin kan tet-

kikini istemiştir. Üst üriner sistemin ise rutin kan tetkiki (kreatinin) ile değerlendirildiği düşünülmüştür. Ancak hekim, hastanın anamnezinde üretral darlık öyküsü olduğunu öğrendiği için ilave ayırıcı tanıya gitmeyip direk cerrahiye yönelmiştir. Alt üriner sistem semptomlarına yol açan çok sayıda patoloji mevcuttur. İdrar yolu enfeksiyonu da bunun başında gelmektedir (S. Gravas (Chair), T. Bach, A. Bachmann, ve ark. EAU Guidelines on Treatment of Non-neurogenic Male LUTS. European Association of Urology 2016. <https://uroweb.org/guidelines/>). Dosyaya bakıldığında idrar tetkiki ile ilgili herhangi bir bilgiye ulaşılamadığı görülmektedir. Ayrıca hasta BPH tanısında ve derecesinde kendisine yardımcı olacak uluslararası prostat semptom skorunu (IPSS) kullanmadığı görülmüştür. IPSS derecesine göre tedavi şekli değiştiği için bu formun değerlendirilmesi gerekmektedir. BPH hastalığının ayırıcı tanısında yardımcı olacak ve tedavi şekline yön verecek önemli tetkiklerden biri olan işeme sonrası geride kalan idrar miktarının da (rezidü idrar) bakılmadığı görülmüştür. Sonuç olarak hekim BPH tanısı için eksik araştırma yapmış olup cerrahi öncesi hastada BPH varlığını kanıtlamamıştır.

2- Hekim USG istememesinin nedenini sistoskopi yapacağım gerek yoktu diyerek yanıtlamıştır. Bu konu ile ilgili yorumlarınız nelerdir?

BPH değerlendirilmesinde rutin USG kullanımı önerilmemektedir. Ancak prostat için cerrahi düşünülen hastalarda prostat görüntülemesi (abdominal US veya TRUS) yapılmalıdır. Sistoüretroskopi yalnızca tanısal amaçlı olarak üretral patoloji, mesanede şüpheli lezyon varlığını dışlamak için ve/veya cerrahi öncesi yapılabilecek bir tetkiktir, bir tedavi yöntemi değildir (S. Gravas (Chair), T. Bach, A. Bachmann, et al. EAU Guidelines on Treatment of Non-neurogenic Male LUTS. European Association of Urology 2016. <https://uroweb.org/guidelines/>).

3- İnkontinans ve ereksiyon bozukluğu kanıtlanamış olması nedeniyle hastanın iddiası reddedilmiş, heki kusuru olmadığı rapor edilmiştir. Post prostatektomi inkontinans ve erektil disfonksiyon tanısı nasıl konulmalıdır?

Kılavuzlara bakıldığı zaman post prostatektomi inkontinans terimi genelde radikal prostatektomi sonrası idrar kaçırın hastalarda kullanılmaktadır ve bu hastalarda ürodinamik çalışmanın net yararı gösterilmemiştir (F.C. Burkhard (Chair), M.G. ucas, L.C. Berghmans ve ark. EAU Guidelines on Urinary Incontinence. European Association of Urology 2016. <https://uroweb.org/guidelines/>). BPH tanısı olan hastaların %52-80'inde detrusör aşırı aktivitesi(AAD) görülmektedir. Cerrahi sonrası ise %25 oranında kalıcı AAD izlenebilmektedir (Prof. Dr. Kadri ANAFARTA, Prof. Dr. Nihat ARIKAN, Prof. Dr. Yaşar BEDÜK, Temel Üroloji Kitabı, 2011). TUR-P sonrası iatrojenik eksternal sfinkter yaralanmasına bağlı inkontinans- ta görülebilir. BPH nedeniyle yapılan cerrahi sonrası meydana geldiği iddia edilen inkontinansın tanısında EMG'li basınç akım çalışması ve sistoüretroskopi bize bu konuda yardımcı olabilir (Theodorou C, Moutzouris G, Floratos D. Incontinence after surgery for benign prostatic hypertrophy: the case for complex approach and treatment. Eur Urol. 1998;33(4):370-5). TUR-P sonrası erektil disfonksiyon meydana gelmesindeki en önemli risk faktörleri prostat kapsülünün rezeksiyonu ve kavernoöz sinirlerin yaralanmasıdır (Rassweiler J, Teber D, Kuntz R, Hofmann R. Complications of transurethral resection of the prostate (TURP)--incidence, management, and prevention. Eur Urol. 2006 Nov;50(5):969-79; discussion 980). Eretil disfonksiyon değerlendirilirken BPH'lı hastalarda operasyon öncesinde de IIEF skorunun ölçülmesi hastanın daha önceden böyle bir probleminin olup olmadığını kayıt altına alınması açısından önemlidir. TUR-P sonrası erektil disfonksiyon meydana geldiğini iddia eden bir hastada IIEF skoru değerlendirilmesi, erektil disfonksiyona neden olabilecek diğer etkenler ekarte edilmesinin yanında rigiscan ile nokturnal penis tümesans işlemi ile bu tanı doğrulanmalıdır. Ancak bu hastada erektil disfonksiyona sebep olabilecek peyroni hastalığının ve testosteron düşüklüğünün de unutulmaması gerekmektedir.

4- Sistoüretroskopi+gerekli girişim ifadeleri sıkça kullanılmaktadır. Tıben ve hukuken bu tür endikasyonları değerlendirir misiniz?

Sistoüretroskopi + gerekli girişim günümüz üroloji pratiğinde maalesef sıkça kullanılan ancak tıbbi olarak uygun olmayan bir ifadedir. Sistoüretroskopi yalnızca cerrahi öncesi tanısal amaçla kullanılabilir. Hastaya cerrahi bir işlem yapılmadan önce hastalığın ayırıcı tanısının yapılması ve net bir şekilde tanı konularak cerrahi işlemin yapılması gerekmektedir. Ayrıca sistoüretroskopinin prostatın boyutunun de-

ğerlendirilmesinde rolü olmadığı gibi görülen prostat dokusunun klinikte obstrüksiyona yol açıp açmadığı da bu yöntemle değerlendirilemez. Tanının cerrahi işlem sırasında değil cerrahi öncesi konulması gerekir. Anestezi altında cerrahiye gerek kalmayan bir tanı konulması durumunda hasta gereksiz anestezi almış olacak ve bu durumda hastada meydana gelebilecek herhangi bir problem cerrahi ciddi bir malpraktisle karşı karşıya bırakabileceği unutulmamalıdır.

5- Bu dosyada bilirkışı olsanız nasıl değerlendirme yapardınız?

Alt üriner sistem semptomlarıyla başvuran hastanın daha önceki geçirilmiş cerrahiye ve medikal tedaviye rağmen bu şikayetlerinin devam etmesi sebebiyle ilgili hekim üretral darlık ve/veya BPH düşünerek cerrahiye karar vermiş. Hekimin yaptığı sistoüretroskopi işlemi üretral darlık tanısını dışlamak amacıyla yapılmasında bir kusur bulunmamakla birlikte devamında gerçekleştirilen TUR-P işlemi için BPH tanısının cerrahi öncesi doğrulanmadığı görülmüştür. Operasyonda çıkarılan prostat hacmi ve operasyon sonrası ölçülen prostat hacmi göz önüne alındığında prostat boyutunun küçük olduğu görülmektedir. Üretra darlığı olmayan, prostatı küçük olan ve medikal tedaviye yanıt vermeyen hastanın mesanesinde olabilecek nörolojik patolojinin ayırt edilmesi için rezidü idrar ve/veya basınç akım çalışmasının prostat cerrahisi öncesinde yapılması daha uygun olurdu. Ameliyat sırasında ve sonrasında olan gelişen problemler (TUR sendromu: %0-5, transfüzyon gerektirecek kanama: %0-9, inkontinans: %2,2, erektil disfonksiyon: %6,5) (S. Gravas (Chair), T. Bach, A. Bachmann, et al. EAU Guidelines on Treatment of Non-neurogenic Male LUTS. European Association of Urology 2016. <https://uroweb.org/guidelines/>), bu cerrahi işlem sırasında olabilecek komplikasyonlar olup, hekim bu durumu zamanında fark edip gerekli önlemleri almıştır. Hastanın şikayet ettiği inkontinans durumunun daha sonra yapılan basınç akım çalışmasında eksternal sfinkterin korunduğu, detrüsrör kasının yeterli kasılmamasından kaynaklandığı belirtilmesi üzerine bu durumun operasyona bağlı olmadığı düşünüldü. Ameliyat sonrası cinsel fonksiyonunun yerine getiremediğini söyleyen hastanın operasyon sonrası IIEF skorunun: 25 olduğu görülmektedir. Bu da hastanın kendisiyle çeliştiğini düşündürmektedir. Ayrıca operasyon sonrası ölçülen testosteron değerinin düşük olması ve yapılan muayenede hastada peyroni hastalığı olduğu ve bu hastaların %50' sinden fazlasında erektil disfonksiyon olabileceği göz önüne alınırsa bu şikayetin de yapılan işlemlerle bağlantılı olmadığı düşünüldü (K. Hatzimouratidis (Chair), F. Giuliano, I. Moncada ve ark. EAU Guidelines on Male Sexual Dysfunction. European Association of Urology 2016. <https://uroweb.org/guidelines/>). Sonuç olarak, operasyon öncesi yapılan değerlendirmeler eksik olmakla birlikte hasta-ya uygulanan işlemlerle ilgili hastada kalıcı bir hasar oluşmadığı kanaatine varılmıştır.

5.1.11 TURP SONRASI AKUT MİYOKARD İNFARKTÜSÜNÜN YÖNETİMİ VE ÖLÜM OLAYI

İDDİA

Eşim yaklaşık 6 yıl kadar önce İstanbul ilinde özel bir hastanesinde prostat ameliyatı olmuştu. Ancak son zamanlarda aynı rahatsızlığı nüksetmeye başladı. Doktora yeniden ameliyat yapmamız gerekiyor demiş. Eşim prostat ameliyatı oldu. Eşim ameliyattan sonraki ilk günü fenalaştı, sıkışmaya başladı, nefes almakta zorlandığını söyledi. Doktor geldi muayene etti. İğne yapılmasını söyledi. Ameliyattan üç gün sonra doktor geldi. eşime gel beraber tuvalete çıkacağız, idrar yapışını göreceğim dedi. Eşimi ayağa kaldırdığında, eşim tekrar fenalaştı, sıkıştı, nefes almakta zorlandığını söyledi. Bunun üzerine doktor kalp doktoruna gözükmeniz lazım dedi. Bize taburcu olmadan en son üroloji bölümüne gidip test yaptır-
mamız gerektiği söylendi. O işlemden sonra taburcu olacağımız söylendi. Eşimi üroloji bölümündeki karşı binaya götürdüm. Hasta bakıcı oraya kadar bana nezaret etti. Ancak merdivenlerden çıkamayacağını söyledi, hastanede asansör bulunmadığı için eşimi ben kendim zorla ikinci kata çıkarmaya çalıştım. Eşim merdivenin demirlerinden tutarak oflayarak puflyarak merdivenleri çıkmak zorunda kaldı. Ancak merdivenleri çıkarken bir hayli terledi. Nefes alıp vermekte zorlandı, iyice sıkıştı, daha sonra bizi sevk ettikleri bölüme gittik. Bu esnada bir personel eşimi görünce telaşlandı. Eşimi tekerlekli sandalyeyle acile götürdü. Acilde müdahale ettiler, makineye bağladılar. Daha sonra da eşimi sevk edeceklerini söylediler. Yaklaşık 45 dk sonra eşimi ambulansa aldılar, ambulansada da 15 dk beklettiler. Ambulanstayken eşimi ameliyat eden doktor da geldi. Anladığım kadarıyla hepsi birlikte eşime müdahale ettiler. Daha sonra-

dan eşimi ambulansla Eğitim ve Araştırma Hastanesine götürdük, burada eşime müdahale ettiler. Bir müddet sonra eşimin vefat ettiğini söylediler. Eşimin kalp ile ilgili rahatsızlığı biliniyordu. Buna rağmen ameliyattan önce kalp doktoru görmedi, herhangi bir inceleme yapılmadı.

SAVUNMA

Üroloji Uzmanı: Hasta idrar yapamama şikayetleriyle gelmişti. Ancak iki kez ilaç tedavisine rağmen şahsın şikayetleri geçmedi. Ayrıca hastanın yaklaşık 6-7 yıl kadar önce prostat ameliyatı olduğunu öğrendim. Tekrar hastalığının nüksettiğini veya idrar yolunda darlık olabileceğini söyledim, bu amaçla cerrahi önerdim. Hasta da bu ameliyat olmak istediğini söyledi. Spinal anestezi altında TURP ameliyatı yapıldı. Üçüncü gün taburcu etmeden önce son vizit işlemini gerçekleştirdim, sondasını çektim, işemesini gözümle izledim. Ayriyetten hastaneden ayrılmadan önce polikliniğe üroflovetri testi yapılacağını söyledim. Ben ameliyata girdim. Daha sonra acıldan arandım, acil servise gittiğimde EKG çekildiğini, sonda takıldığını, aspirin verildiğini ve oksijen maskesi takıldığını gördüm ve buna rağmen hastanın rahatlamadığını tespit ettim. Bunun üzerine hastayı Eğitim ve Araştırma Hastanesine sevk ettim. Hastayla birlikte ben de gittim. Eğitim ve araştırma hastanesine 5 dk kala hastanın kalp ve solunumu durdu. Bunun üzerine hastaya kalp masajı ile müdahale ettik. Hastaneye vardığımızda da CPR ekibi hazır bekliyordu. Hemen hastaya müdahale edildi. Ancak eks oldu. Ameliyat öncesinde akciğer grafisi ve EKG çekildi. Anestezi doktoru ameliyatında sakınca görmemişti.

Anestezi Uzmanı: Ameliyat öncesi hastayı değerlendirdim. Muayenesinde ve EKG sinde anormallik yoktu. Kalbiyle ilgili herhangi bir yakınması yoktu. Bir problemi olduğunu düşünseydim kardiyoloji konsültasyonu isterdim. Ameliyatında herhangi bir sorun olmadı.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Sakıp ERTURHAN, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Berna Kaya UĞUR, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı

1- Prostat ameliyatı yapılacak tüm hastalarda kardiyak inceleme, kardiyoloji konsültasyonu yaptırılmalı mıdır? Bu konularda klavuzların önerisi nasıldır?

TUR-P operasyonu, anestezi öncesi değerlendirmede cerrahi açıdan orta riskli operasyonlar sınıfına girer ve kardiyak riski %1-5 arasında belirtilmiştir. Preoperatif anestezi değerlendirme anestezi uzmanının sorumluluğundadır (Grade D öneri). Non-kardiyak cerrahi yapılacak hastalarda major perioperative kardiyak komplikasyon gelişme oranı, daha önceden kardiyak yakınmaları olan hastalarda %4, tüm hastalarda ise %1.4 kadardır (1). Preoperative anestezi değerlendirme; anamnez, fizik muayene, elektrokardiyografi (EKG), göğüs radyogramı ve rutin laboratuvar testlerini içerir. Hastanın anamnezinde daha önceden mevcut kardiyak rahatsızlık, kardiyak ilaç kullanım öyküsü, günlük rutininde kardiyak bir sıkıntıyı işaret edecek bir yakınma varsa veya fizik muayenede ritm bozukluğu, üfürüm vb kardiyak açıdan şüpheli bulgular varsa, anestezi uzmanı hastadan kardiyoloji konsültasyonu istemelidir (Grade D öneri). Preoperative olarak rutin çekilen EKG'de %7-42.7 arasında anormal bulgulara rastlanmaktadır (1) ve bu değişikliklerin olduğu vakaların ancak %9.1'inde klinik yönetimde değişiklik yapmayı gerektirecek bir patoloji saptanmaktadır (2).

Bilinen kardiyovasküler risk faktörleri olan veya preanestezi değerlendirme döneminde risk faktörü belirlenen hastalarda daha ileri kardiyak değerlendirme (invazif ve provokatif) konusunda anestezi uzmanı risk ve faydaları değerlendirerek karar vermelidir (3).

Hasta yakını hastasının kalp rahatsızlığının bilindiğini belirtiyor. Hasta yakını bunu preoperative olarak hekimleriyle paylaşmış mıdır? Anestezi uzmanı preoperative değerlendirmede özgeçmiş hikayesi alırken hastanın kalp hastalığı olmadığını ve dolayısıyla ileri kardiyak değerlendirmeye gerek duymadığını ifade etmiştir. Eğer bunu dökümanete etmiş ise kendisi açısından bir sorun gözükmemektedir. Ancak dökümanete etmemiş ise sorumluluk altına girecektir.

2- Hasta serviste yatarken ilk gün ve üçüncü gün ayağa kaldırıldığında nefes darlığı sıkışma gibi şikayetleri olmuş. Yatan hastalarda hangi semptomlar olduğunda kardiyak değerlendirme yapılmalıdır?

Hasta serviste yatarken ve hastanın etkin analjezisi sağlanmışken oluşan göğüs ağrısı, çarpıntı, nefes darlığı ve beraberinde hipo-hipertansiyon, senkop gibi semptom ve bulgular tespit edildiğinde kardiyoloji konsültasyonu istemelidir. Hasta kendi servisinde yattığı süre içinde bu konsültasyonun sonuçlandırılması üroloğun sorumluluğundadır. Hastane ilgili dal hekimlerini sağlamalı, sağlayamıyorsa hastanın ilgili uzmana ulaşabileceği bir merkeze sevkini sağlamalıdır.

3- Hastanın, kardiyak problemleri karşısında sevk edilmesi uygun mudur? Böyle durumlarda sevk kriterleri nasıldır.

Hastanın üroloji polikliniğinde başlayıp acil servise uzanan ve alta yatan patolojiyi bilemediğimiz, (muhtemel akut miyokard infarktüsü veya konjestif kalp yetmezliğine bağlı akut akciğer ödemi...) "kardiyak kriz" diyebileceğimiz tabloda ilgili hastanede müdahale edildiğinde teknik donanımın (koroner anjiyografi veya diğer invaziv kardiyolojik incelemeler) veya bu beceride kardiyoloji uzmanının eksikliği sözkonusu ise sevk edilmesi uygun gözükmektedir.

4- Bu olayda bilirkişi olarak nasıl rapor düzenlersiniz?

Prostat patolojileri genel olarak 50 yaş üzeri hastalarda olmaktadır. Ameliyat olan hasta grubu ise, öncelikli medikal tedaviler de denenmiş olacağından genellikle 60 yaş ve üzeri hasta olmaktadır. Ayrıca transüretral prostat cerrahilerinin natürü olarak kanama ve uzun süren operasyonlarda volüm yüklenmesi ve TUR sendromu gibi kardiyak sağlığı zorlayacak durumların da ortaya çıkabileceği bilinmelidir. Bu konuda literatür verilerine bakıldığında TURP sonrası erken dönemde AMI oranının %0.4-0.7 arasında değiştiği görülmektedir (4,5). Ancak şikayete konu olan hastanın daha önceden prostat ameliyatı geçirmiş olduğu bilinmektedir ve sunulan belgelerde belirtilen operasyon notuna göre, prostatın çok büyük olmadığı, operasyonunun rest adenom olarak kabul edilen apikal lob rezeksiyonunu içeren kısa süreli bir operasyon olduğu (operasyon süresi operasyon notunda yazılmamasına rağmen kullanılan irrigasyon sıvısı miktarından bu anlaşılmaktadır) ve dolayısıyla kanama ve TUR sendromu gibi kardiyak sağlığı tehlikeye atacak bir operasyon niteliğinde olmadığı yönünde fikir beyan edilebilir.

Anestezi uzmanının da belirttiği üzere hastada preoperativ kardiyak yakınma olmadığı için ve birinci basamak değerlendirmede (fizik muayene, EKG ve akciğer grafisi) risk faktörü saptanmadığı için ileri kardiyak değerlendirmeye gerek görülmemesi uygun bir yaklaşım olarak görülmektedir. Bununla birlikte hastanın ilk ve üçüncü gün oluşan şikayetleri, daha sonra ortaya çıkacak olan sonuçların habercisi olarak kabul edilebilir. Bu nedenle operasyon sonrası ortaya çıkan ilk semptomlarda kardiyoloji ve göğüs hastalıkları konsültasyonu istenebilirdi. Hekim 3. gün sonda çekilirken hastada benzer sıkışma ve nefes darlığı gibi şikayetler oluştuğunda kalp doktoruna gitmeleri gerektiğini ifade etmiştir. Bununla birlikte hastayı asansörü de olmayan polikliniğe, ameliyat sonrası hemen yapılması şart da olmayan üroflovetrik incelemeye sevk etmesi de doğru gözükmemektedir.

Bununla birlikte hastanın üroloji polikliniğinde başlayan son süreçte hastanın acil servise götürülüp burada müdahalede bulunulması ve ardından yeterli donanımın olmadığına karar verilip Eğitim-Araştırma Hastanesi'ne sevk edilmesinde bir eksiklik gözükmemektedir. Bu süreçte de üroloji uzmanı gerek acil serviste ve gerekse de sevk edildiği Eğitim Araştırma Hastanesi'nde hastaya eşlik ederek gerekli gayreti gösterdiği gözükmektedir.

KAYNAKLAR

1. De Hert S, Imberger G, Carlisle J, et al. Task Force on Preoperative Evaluation of the Adult Noncardiac Surgery Patient of the European Society of Anaesthesiology. Preoperative evaluation of the adult patient undergoing non-cardiac surgery: guidelines from the European Society of anaesthesiology. Eur J Anaesthesiol. 2011;28(10):684-722.
2. American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation..Practice advisory for preanesthesia evaluation: a report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. Anesthesiology. 2002 Feb;96(2):485-96. Review.
3. Sommerville TE, Murray WB. Information yield from routine pre-operative chest radiography and electrocardiography. S Afr Med J. 1992, 15;81(4):190-6. Review.
4. Roos NP, Wennberg JE, Malenka DJ, Fisher ES, McPherson K, Andersen TF, et al. Mortality and reoperation after open and transurethral resection of the prostate for benign prostatic hyperplasia. New Engl J Med 1989; 320 : 1120-4.
5. R.G. Hahn. Acute myocardial infarction after transurethral resection of the prostate. Biomed Pharmacother 2001 ; 55 : 144-7

5.1.12 TURP SONRASI AKUT MİYOKARD ENFARKTÜSÜ VE ÖLÜM: PREOPERATİF HAZIRLIĞIN ÖNEMİ

İDDİA

Müvekkillerinin babası hastaya gerekli tıbbi işlemleri, konsültasyonları yapmadan ve 81 yaşında olmasını dikkate alarak kardiyolojik açıdan sorunlarını tespit etmeden prostat ameliyatı yapan Özel Hastane üroloji Uzmanı ve tibben gerekli değerlendirmeleri ve özellikle Kardiyoloji konsültasyonunu talep etmeden ve kardiyolojik araştırmaları yapmadan prostat ameliyatı için vize veren aynı hastanenin anestezi uzmanı hekimin olası kastla kusur işleyerek ölümüne sebebiyet vermişlerdir

SAVUNMA

Üroloji Uzmanı: Hastada prostat büyümesi nedeniyle idrar yapamama şikayetleri mevcuttu ve ameliyat yapılması gerekiyordu. Hastanın aynı zamanda koroner kalp hastalığı mevcuttu. Hastaya ve ailesine riskler anlatılarak ameliyat yapılması gerektiği söylendi. Hasta ve yakınlarının onayı ile hastayı ameliyata aldık. Son derece başarılı bir operasyon oldu. Ameliyat bittikten sonra 6. saatte kalp krizi gelişti ve hasta kardiyoloji yoğun bakıma alındı. Hasta kardiyoloji yoğun bakımda iki gün kadar tedavi gördükten sonra lüzum üzerine Tıp Fakültesi Kardiyoloji servisine sevk edildi. Ancak, hasta burada 1 hafta kadar tedavi gördükten sonra eks oldu. Bu olayda benim ameliyatım ile ilgili bir sorun olmamıştır. Hastanın kalp rahatsızlığı ve yaşının büyük olmasından dolayı olduğunu düşünüyorum bu olayda benim bir kusurum yada ihmalim yoktur.

Anestezi Uzmanı: Hasta prostat rahatsızlığından dolayı prostat ameliyatı olacaktı. Hasta yakınlarına tüm riskler anlatılarak onların da yazılı onayları alındıktan sonra ameliyata karar verildi. Hastayı ameliyat ettik, son derece başarılı bir ameliyat oldu, ameliyattan sonra hasta kalp krizi teşhisi ile kardiyoloji yoğun bakımına alındı, şahıs burada bir hafta tedavi gördü ancak eks oldu. Hastanın ameliyattan önce yapılan tetkiklerinde kardiyoloji konsültasyonlarına gerek olmadığı hem hastanın hikâyesinde hem de yapılan tetkik sonuçlarında belliydi. Hasta yarı acil durumda bir hastaydı. Hastanın ameliyatında anestezi ile ilgili hiçbir sorun meydana gelmemiştir. Hastanın ameliyattan sonra kalp krizi geçirmesi her hastanın başına gelebilecek bir durum ameliyatla ilgili evraklar incelendiğinde bizim herhangi bir sorumluluğumuz olmadığı görülecektir.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Yaklaşık 13 yıldır koroner arter hastalığı olan ve bu nedenle cerrahi tedaviyi kabul etmeyen hastaya BPH tanısı ile TUR-P uygulanmıştır. Erken post operatif 6. Saatte AMI geçirmesi üzerine hasta kardiyoloji yoğun bakıma yatırılmıştır. Üroloji ve anestezi uzmanının kardiyoloji konsültasyonu yaptırılmadan hastayı ameliyata alması hatadır.

Muhalefet: Anestezi uzmanı, ameliyat öncesi değerlendirmeleri sonucu hastadan kardiyoloji konsültasyonu isteyip istememeye karar verebilir. Bu hastada da anestezi uzmanının kardiyoloji incelemesi-ne gerek görmemesi tıbbi kurallara uygundur. Bu dosyada eksiklik olduğunu düşünmüyorum.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Osman Ekinci,

Haydarğpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

1- Prostat ameliyatı hazırlığında yaşlı bir hastada ameliyat öncesi hangi değerlendirmeler yapılmalıdır?

Yaşlı bir hastada preanestezik değerlendirme şunları içermelidir: 1-Hastanın tıbbi kayıtlarını incelemek, 2-Hastayla görüşmek ve fizik muayenesini yapmak, a- Önceki anestezi deneyimini ve tıbbi tedavilerini tartışmak, b- Perioperatif riskleri ve tedavisi bakımından fiziksel durumunu değerlendirmek (Havayolu , akciğer ve kalp) 3-Anestezi için gereken ilgili testleri (Koroner arter hastalığı için EKG, tokluk kan şekeri ve elektrolitler ilaveten istenmelidir.) ve konsültasyonları istemek, 4-Anestezi için bir plan

geliştirmek (indüksiyon, idame ve postop bakım), 5-Hastayı anestezi işlem ve riskleri hakkında bilgilendirmek ve anestezi için onam alınmasını sağlamak, 6- Yukarıda yapılanları belgelemek. (TARD Anestezi uygulamaları klavuzları: Preoperatif değerlendirme 2015).

2- Anestezi uzmanı hangi durumlarda kardiyoloji konsültasyonu istemelidir?

Acil olamayan nonkardiyak hastalarda kardiyoloji konsültasyonu : 1-Anstabil koroner sendrom , geçirilmiş MI gibi majör kardiyak risk oluşturan durumlarda, 2- Stabil anjina, konjestif kalp yetmezliği, DM, KRY gibi orta kardiyak risk taşıyan zayıf fonksiyonel kapasitedeki yüksek riskli cerrahi geçirecek hastalarda, 3-Zayıf fonksiyonel kapasite varsa bir orta risk faktörü , yoksa birden fazla orta risk faktörü varlığı durumunda orta riskli cerrahi geçirecek hastalarda kardiyoloji konsültasyonu istenmelidir. (Preoperative Cardiology Consultation – Review Article. Anesthesiology 3 2003, Vol 98, 754-762).

3- Anestezi uzmanı “ben gerek görmedim kardiyoloji konsültasyonu istemedim derken kendisinin yapmış olduğu muayene ve değerlendirmelerin sonucu ile kardiyoloji konsültasyonu istememesinin nedenini açıklayabilmelidir” türü görüş nasıl cevaplanmalıdır?

Anestezi uzmanı kardiyak patolojisi olan hastada muayene ve değerlendirme sonucu ile kardiyoloji konsültasyonu istememesinin nedenini açıklayabilmelidir. Çünkü hastanın koroner patolojisinin majör risk taşımadığına ait tetkik ve muayene bulgularının belirtilmesi gerekir. Şayet majör risk oluşturuyorsa (2014 ESC / ESA Guidelines on non-cardiac surgery) ESC / ESA guidline göre kardiyoloji konsültasyonu istemesi gerekmektedir. Düşük risk cerrahide kardiyak açıdan minor risk varsa konsültasyon istenmeyebilir.

4- Bu konulardaki uygulamalarda hangi sorunlarla karşılaşılıyorsunuz?

Aşırı obsesif davranarak gereksiz konsültasyon istemleri operasyon hazırlık süresinin uzamasına, iş gücü kaybına ve maliyetin artmasına sebep olmaktadır. Gerekli konsültasyonların istenmemesi ise preoperatif tedavinin yeterince verilmemesine dolayısıyla postoperatif komplikasyonların oranının artmasına yol açmaktadır. Örneğin: Perioperatif miyokard enfarktüsü, pulmoner ödem, siteloik ve diastolik kalp yetmezliği ve tromboemboli daha önceden kardiyovasküler hastalığı bulunanlarda en sıklıkla görülenlerdir.

5- Adli tıp bilirkişi raporunda iki görüş belirtilmiştir. Bu konuda sizin yorumunuz nasıldır?

Adli tıp raporundaki görüşlerden herhangi birini tercih etmek için anestezi uzmanının muayene ve tetkik bulgularını, hastaya ait kardiyolojik ve diğer yandaş hastalık öykülerini bilmek gerekmektedir. Mevcut bilgiler doğrultusunda 2014 ESC/ ESA guidline göre düşük risk cerrahide stabil kardiyak durumlarda anestezi uzmanının konsültasyon isteyip istememesi karar vermesi tıbbi kurallara uygundur.

5.1.13 TURP SONRASI MİDE KANAMASI VE ÖLÜM

TALEP

Devlet Hastanesi'ne yatırıldığı, 14.07.2013 günü BPH tanısıyla Sistoskopi+ açık prostatektomi ameliyatı yapıldığı 26.07.2013 günü öldüğü bildirilen 1948 doğumlu hastanın ölüm olayında davalının herhangi bir kusurunun bulunup bulunmadığı sorulmaktadır.

İDDİA

Ölenin eşi: Eşim Devlet Hastanesine ameliyat olmak için yattı. 14.07.2013 günü ameliyat oldu. Ameliyat sonrası kendisine gelemedi ertesi günü öğlen sıralarında kendine gelmeye başladığında kusmaya başladı ve çıkardığı kahverengi idi. Doktora söylediğimizde önemli olmadığını bol bol su içmesini ve yürümesini söyledi. Ancak eşimin yürüyecek hali yoktu. 16.07.2013 günü eşimin dışkısından koyu kahve rengi olduğunu görünce o sırada yeğenim olan emekli Hemşire beni aradı durumu anlattığımda yenge mide kanaması geçiyor olabilir dedi, bende doktora söyledim, doktor ameliyat sonrası kana-

ma olur dedi. 18-19-20-21/07/2013 tarihlerinde hastamız kontrol edilmedi. 19.07.2013 Cumartesi günü daha önceden tanıdığımız başka bir doktoru arayarak hastamızın iyi olmadığı için muayene etmesini söyledik. Geldiğinde sondasının olduğu yerden enjektörle kanlı ve idrarlı 1 serum şişe bitinceye kadar iltihap çekti. Eşim bundan sonra biraz rahatladı. 3 saat arayla tekrar kontrole geldi ve yine aynı işlemi yaptı. 22.07.2013 günü doktor muayene sonrası hastaya kan verilmesi gerektiğini söyledi. Oğlumdan kan alınarak kan verildi. 24.07.2013 günü saat tahminen doktor acele 4-5 ünite kan gerekiyor acele bulun dedi. Hemen temin ederek aynı gün 4 ünite kan verildi. Ameliyat eden doktor muayeneye gelerek durumunun iyi olduğunu söyledi ancak biz hastamızın durumunun iyi olmadığını söylediğimizde bizi azarlayarak dışarı çıkardı muayeneden sonra ayrıldı. 26.07.2013 günü diğer üroloji doktoru geldi, muayene etti. Ateşinin yüksek olduğunu görünce ateş düşürücü ilaç yazarak ayrıldı. Bundan sonra Hemşire bizim doktorumuzla görüştüğünden sonra bir ünite kanı verin ve iki ünite daha bulun dedi, hasta bu arada iyice ağırlaştı. Hemşirelere doktorun gelmesini söylediğimizde burada olmadığını söylediler. Bizde diğer doktoru telefonla arayarak durumunu anlattık. Doktorlar 10 dakika sonra ikisi birden gelerek hastamıza müdahale ettiler. Ama eşim vefat etti. Eşim Devlet Hastanesinde Üroloji servisinde ameliyat sonrası ilgisizlik, bakımsızlık, ihmal ve kusurdan dolayı kaybettiğime inanıyorum.

SAVUNMA

Üroloji Uzmanı (Ameliyatı yapan): Hastaya sistoskopi+açık prostatektomi yapıldı. Prostat tedavisinde olağan dışı herhangi bir komplikasyon olmadı. 22.07.2013 tarihinde hasta stres ülseri+ G.I.S kanaması nedeniyle kan transfüzyonu yapıldı. Genel cerrah ile birlikte takip edildi. 25.07.2013'te gece 24.00 yapılan kontrolde Hb:8.0 gr ve diğer bulgular tamamen normaldi. NG sondayı çekip takibe alındı. 26.07.2013 sabah 10.00 gibi tekrar mide kanama başlaması üzerine kan transfüzyonuna başlayıp gerekli müdahale yapıldı. 12.00 civarında nöbetçi hemşirenin araması üzerine servise geldim ve hasta areste girdiği için müdahale ettim. Hasta ile ilgili takip ve tedavide herhangi bir hata ve ihmal yoktur. Bahsedilen tarihlerde sevklı olduğum ve nöbet izninde olduğum için hastanede bulunamadım. Fakat hastanın takip ve tedavisi gerekli şekilde yapılmıştır.

2. savunma: Hasta ameliyattan sonra mide kanaması geçirdi, birkez tansiyonu düştü ve 1-2 saat sonra normal seviyelere çıktı. Tansiyonunun yükselmesi mide kanamasının durduğunu göstermektedir. 15-16 ve 17.07.2013 tarihlerinde yapılan vizitlerde belirgin acil bir probleminin olmadığı takip çizelgesinde görülmektedir. Genel cerrahi uzmanı arkadaşım 20.07.2013 tarihinde hastayı muayene etmiş, genel durumunun iyi olduğunu renginde biraz soluk olduğunu belirtmiş, üretral sondasını yıkayarak temizlemiştir. Daha sonraki takiplerinde 22.07.2013 tarihine kadar yapılan takip ve tedavilerinde hayati bulgularının normal olduğu (ateş, nabız, tansiyon) herhangi bir kanamasının olmadığı görülmektedir. 22.07.2013 tarihinde mide kanaması olması üzerine nazogastrik sonda takılmış, ağızdan beslenmesi kesilmiş ve kan transfüzyonu yapılmıştır. Ayrıca transamin, ulcuran, metpamid, asidopan gibi mide koruyucu uygulanmıştır.

Bilirkişi raporunda 22-23.07.2013 tarihlerinde kan verilmediği, 24.07.2013 tarihinde sadece 2Ü kan verildiği yazılmasına rağmen 22 ve 23.07.2013 te 2Ü , 24.07.2013 te 4Ü kan verildiği tedavi defteri ve hemşire gözlem defterinde ve labaratuvar kayıtlarında görülmektedir. 25.07.2013 de ise kanamanın durması üzerine nazogastrik sondası çekilerek yaşamsal bulguları stabil olan hasta takibe alınmış destek tedavisine devam edilmiştir. 26.07.2013 tarihinde tekrar mide kanaması başlayan hastaya yeniden kan nakli yapılmış ve abondan mide kanaması nedeniyle eksitus olmuştur. Bu tespitlerin hepsi hasta dosyasında, idari soruşturma dosyasında, tanık ve hasta yakınlarının ifadelerinde bulunmaktadır.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Yüksek sağlık Şurası: 1948 doğumlu hasta Bening Prostat Hipertrofisi tanısıyla yatırıldığı ve sistoskopi + açık prostatektomi yapıldığı, tedavi defterinden takip ve tedavisine devam edildiği anlaşılan hastaya 22 Temmuz 2013.tarihinde (ifadelere göre GIS kanaması nedeniyle) 1 ünite kan transfüzyonu, 1 amp Ranitab, 1 amp metpamid yapıldığı, 23 Temmuzda tavanic tb. ve molit tb. başlanıldığı, 1 ünite kan verildiği, 24 Temmuz'da 1500 cc İzotonik, 1500 cc % 5 Dextroz, 3 Ünite kan transfüzyonu yapıldığı, 25 Temmuz'da 1500 cc İzotonik, 1500 cc % 5 Dextroz, Ulcuran amp. 3x1, Transamin 4x2 uygulandığı, 26

Temmuz'da saat 12.00 de hastanın exitus olduğu, Üroloji Uzmanı ifadesinde postop takiplerinde olağan dışı herhangi bir komplikasyon olmadığını, 22 Temmuz 2013 tarihinde hastanın stres ülseri+GİS kanaması nedeniyle kan. transfuzyonu yapıldığını, hastanın genel cerrah ile birlikte takip edildiğini, 25 Temmuz 2013 tarihinde gece saat 24.00 te yapılan kontrolünde Hb-8.0 gr ve diğer bulgularının tamamen normal olduğunu, nazogastrik sondanın çekilerek takibe alındığını, 26 Temmuz 2013 tarihinde saat 10.00 gibi tekrar başlaması üzerine kan transfuzyonuna başlanıp gerekli müdahalenin yapıldığını, saat 12.00 civarında nöbetçi hemşirenin araması üzerine servise geldiğini ve hasta arreste girdiği için müdahale ettiğini, hasta ile ilgili takip ve tedavide herhangi bir hata ve ihmalinin bulunmadığını ifade etmektedir.

Dosyadaki bilgi, belge ve bulgular değerlendirildiğinde, hastaya uygulanan cerrahi müdahalenin uygun olduğu, ancak; medikal yönden hastanın takibinde eksiklikler bulunduğu, üroloji uzmanının kusurlu olduğuna Şuramızca oybirliği ile karar verildi.

Adli Tıp Kurumu: Kişinin ölümünün iç kanamaya bağlı gelişen komplikasyonlar sonucu meydana geldiği, bununla birlikte tıbbi belgelerde sözkonusu mide kanamasına spesifik bulgu, muayene, takip ve tedavine dair kayıt bulunmadığı, kişinin ölümüne neden olan iç kanamanın eksik tıbbi belge düzenlenmiş olması sebebi hakkında değerlendirme yapılamamakla birlikte kişide saptanan kanamanın kaynağının tespiti için gerekli incelemelerin yapılmış olduğuna dair kayıt bulunmadığı, kanamanın takip ve tedavisinin uygun olarak yapılmamış olduğu cihetle üroloji uzmanının kusurlu olduğu oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Orhan KOCA, Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Ameliyattan sonra mide kanaması geçiren hastanın yönetimi nasıl olmalıdır?

Öncelikle büyük cerrahi girişimler öncesi ve sonrasında cerrahi strese bağlı olarak GİS kanamanın olabileceği göz önünde bulundurulduğunda preoperatif ve postoperatif gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir. Bu bağlamda hastalara koruyucu tedaviler uygulanmalıdır. Hekimin ifadesi doğrultusundaki değerlendirmede koruyucu tedaviden bahsedilmemiştir. Bilirkişi raporunda bu tedavinin cerrahiden bir hafta sonra yapıldığı anlaşılmıştır. Alınan önlemlere rağmen engellenmeyen durumlara komplikasyon denildiği akılda tutulmalıdır. Hasta üroloji uzmanı adına yatsa da mide kanamasının yönetimi genel cerrahi uzmanı ve/veya gastroenteroloji uzmanı tarafından yönetilmelidir. Gerekli durumlarda hasta ileri merkeze sevk edilebilir veya yoğun bakımda takip edilebilir. Yine gerekli olgularda acil şartlarda endoskopi ve koterizasyon yapılabilmektedir.

2- İfadelerde mide kanaması tanısı konulup bazı tedaviler de düzenlenmiş. Bilirkişiler uygun tedaviler yapılmamış ve kayıt bulunmamış gerekçeleri ile hata olduğuna karar vermişler. Mide kanaması yönetimi prensiplerini de dikkate alarak medikal ve sosyal yönden eksiklikleri değerlendirir misiniz?

Hekimlerin kanama durumunda hastaya öncelik olarak yapacağı müdahale belirli sırayı takip etmelidir. Damar içi sıvı ve kan transfüzyonu sonrası hasta stabilize edildikten sonra nedene yönelik inceleme ve tedavi yapılmalıdır. İlgili branşların konsültasyonu sonucunda hastanın tedavisi planlanmalıdır. En az bunun kadar önemli olan diğer konu (yasal açıdan) bu yapılanların kayıt altına alınmasıdır. Olguda hekim ifadesi ve bilirkişi raporları incelendiğinde yapılan tedavilerin yeterli oranda dokümanite edilmediği görülmektedir. Hastaya kanama öncesinde herhangi bir koruyucu tedavi yapılmamıştır. Hastaya H2 bloker verilerek tedavi edilmiştir. Daha potent olan proton pompa inhibitörlerinin tedavi edici etkisi daha fazladır ve klinik kullanımı daha yaygındır. İlk kanama atağı esnasında hasta stabilize edildikten sonra gerekli ileri tetkik ve tedavinin yapılmadığı gözlemlenmiştir. Hastaya GİS endoskopisi planlanmalıdır. Yine dahiliye veya gastroenteroloji konsültasyonu istenmesi ve bu hekimlerin hasta tedavisine müdahil edilmesi daha etkin bir tedavi olanağı sağlayabilecektir.

3- Konsültan hekimin sorumluluğu nerede başlar ve de nerede biter?

TTB internet sitesinde, isabetli bir tanı ve tedavi amacıyla günümüzde her uzmanlık alanındaki hekim, mesleğini uygularken diğer alanların bilgi ve teknik desteğine de gereksinim duymaktadır. Hekimin hasta merkezde olmak üzere, farklı bir alanda çalışan hekimlerden bilimsel ve teknik açıdan aldığı yardım ya da danışmanlık, konsültasyon ya da danışım olarak adlandırılmaktadır. Yine TTB tanımlamasında, Konsültan hekim de hastayla ilişki süresince, en az hastanın sürekli hekimi kadar sorumluluk aldığını bilmelidir. Konsültasyon işlemi, temelde bir hasta-hekim ilişkisidir. Bu nedenle konsültan hekim de hasta-hekim ilişkisinin bütün gereklerini yerine getirmelidir, diye belirtilmiştir. Olgu bu bağlamda değerlendirildiğinde sorumlu hekim ilgili branştan konsültasyon istediğini belirtmiştir. Bu nedenle Adli Tıp Kurumunun raporunda belirtilen üroloji uzmanının kusurlu olduğu tabirini yetersiz bulmaktayım ve de konsültan hekim ile sorumluluk paylaşılmasının daha doğru olacağı kanaatindeyim.

4- Bilirkişi olarak vakayı nasıl değerlendirirsiniz?

Hukuki açıdan hasta tedavisinin kayıt altına alınmadan yapılmasının yapılmamış sayılacağı göz önünde bulundurulmalıdır. Bir durumun komplikasyon olarak değerlendirilebilmesi için gereken önlemlerin alınması gerekmektedir. Öncelikle komplikasyonların önlenmesinde yeterli özenin gösterilmediği kanaatindeyim. Hastanın, özellikle takibinin ve komplikasyon yönetiminin, yeterli özende yapılmadığı/dokümanede edilmediği kanaatindeyim. Ancak resmi konsültan hekiminde bu durumda sorumlu olduğunu düşünmekteyim. Hasta takibinin yeterli oranda yapılamayacağı durumlarda hastanın üst merkezlere sevk edilmesi akılda bulundurulmalıdır ki kanaatimce ilgili hekimler bu açıdan da kusurludur

Çıkarılacak dersler:

- Doğru endikasyonla yapılan cerrahilerde de gerekli önlemler alınmadığı takdirde yüksek komplikasyon oranları ile karşılaşılabilir.
- Komplikasyon yönetimi birçok cerrahi uygulamadan daha risklidir.
- Yapılan işlemler ve tedaviler mutlaka kayıt altına alınmalıdır.
- Gerekli konsültasyonlar sonrası hastanın multimodal yönetimi sağlanmalıdır.

5.1.14 TUR SENDROMU VE DÜŞME SONUCU ÖLÜM

İDDİA

Dahiliye Uzmanı: 2 ay kadar önce bir şahıs tamamen doktor hatası nedeniyle riski binde iki olan lazerli prostat ameliyatında hayatını kayıp etti. Hasta 4-5 yıldır sonda ile gezen huzurevinde kalan bir şahıstı. Daha önce gittiği üniversitesindeki nöroloji doktorlarınca kesinlikle ameliyat olamayacağını doktorlar belirtilmiş. Bu şahsı ameliyat edip hastanenin cirosunu artırmak için ameliyata alındığı ameliyattan evvel gerekli dahiliye kardiyoloji görüşlerinin alınmadığını gördüm. Ameliyatın son 20 dakikasında ciddi kanama meydana gelmiş. Bu hasta 65 yaş civarında olduğu halde EKG de sol dol bloğu ve klinik olarak kalp yetmezliği bulunduğu halde hasta kardiyoloji ve dahiliyeye danışılmadan ameliyata alınmıştır. Hasta ameliyathane şartlarında saatlerce tutulmuş ve açık olmayan ve halende yoğun bakım için gerekli şartları olmayan bir odaya alınmış yoğun bakım ortamı olan bir hastaneye sevki yapılmamıştır. Hasta ölene kadarki süreçte hasta bir kardiyoloji ve dahiliye hekimine gösterilmemiş ameliyat öncesi ameliyat sırasındaki EKG kayıtları ortalıkta yoktur. Hasta sabaha karşı tansiyonun bir miktar toparlamış sonra monitörize edilerek iki kişilik bir odaya yatırılmış. Refakatçi ya da hemşire olmadan bu odaya tutulmuş. Hasta hipotansif olduğu için Juguler Venden damar yolu açılmış. Hastanın odasına girildiğinde yere düşmüş halde ve boynundaki damar yolu çıkmış, yoğun miktarda kanama olmuş halde bulunmuş.

SAVUNMA

Anestezi uzmanı: Hasta ameliyattan sonra hemorajik şok geçirerek hayatını kaybetmiştir yoğun kan kaybetmiştir. Ameliyatında anestezi açısından herhangi bir sakınca olmadığını kanaat getirdim kendisine regional sipinal anestezi uyguladım. Hastanın ameliyatta gelişen durum sonrası yoğun bakıma sevki gerekiyordu ancak bizim kurumda yoğun bakım olmadığından devlet hastanesi yoğun bakımıyla görüşülmüş yer olmadığımdan yoğun bakıma sevk edilememiş, ancak ameliyat sonrası gelişen bu olay benim sorumluluğumda değildir.

Üroloji uzmanı: Merhum üroloji polikliniğine huzurevi hemşiresi nezaretinde başvurmuştur. Prostat volümü: yaklaşık 75 ml idrar analizinde: lökosit ++, serum kreatinin seviyeleri normal sınırlarda ve pSA değeri: 15.6 ng/ml (Sondalı iken) olarak geldi. Servise yatışı sonrası hastanın rutin preoperatif tetkiklerini tamamladıktan sonra anestezi uzmanı hastanın ASA-1 sınıfında opere olabileceği ek bir tetkik ya da konsültasyona gerek olmadığı ifade etti. Ameliyatta anterior üretra normal prostat trilober hiperplazik mesane boynunu kapatıyordu. TUR P işlemine başladım. Operasyonun 60. Dakikalarında hastada huzursuzluk, öğürme, kusma belirtileri başladı. 20 mg furasemid damar yolundan yaptırdım. Ameliyat sonunda kan basıncı: 70/50 mm nabız 105/ dk civarında oksijen saturasyonu %75-80, üretral sonda da devamlı irrigasyon rengi minimal hematürik idi. Hastada kan kaybı ile birlikte hipovolemi aynı zamanda TURP sendromu ön bulguları olduğu hastayı bir süre ameliyathane koşullarında izlememiz gerektiğine karar verildi. Anestezi hekimi juguler kateter yerleştirdi. Hastaya bu esnada oksijen inhalasyonu, %0.9 sodyum klorür damardan infüzyonu ile monitorize izleme aldık. Hastanın yaklaşık iki saatlik izleminde kan basınçları 80/ 50 mmHg Nabız: 100-110 civarında Oksijen saturasyonu %75-80 civarında Bilinci açık ancak letarjik görünümde idi. Hastanın santral kateterden ölçülen CVP basıncı 12 cm H2O idi. Bu esnada hastanın hemogram sonucunda Hb: değeri 11.9 Htc: 26 seviyesinde geldi. Tam kan transfüzyonu başladık. Bu esnada 200 ml saat %0.9 sodyum klorür infüzyonunu devam edilerek dopamin infüzyonu başlandı.

Hastanın kapsamlı bir yoğun bakım ünitesinde izlemi için Devlet Hastanesini aradım, yoğun bakım ünitelerinde boş yatakları olmadığı söylendi. Bunun üzerine hastayı ameliyathane içerisindeki yoğun bakım ünitesine alarak oksijen desteği ile birlikte monitorize izleme aldık. Bu esnada serum sodyum değeri 116 mmol/l olarak geldi. Kardiyak enzimlerden troponin ve CK-MB değerleri normal olarak saptandı. Toplam 800 cc civarında idrar çıkışı oldu. Hastaya sabaha kadarki izleminde toplam 2 ünite kan transfüzyonu 2800 cc civarında damardan serum fizyolojik ve toplamda peroperatif dahil 100 mg furasemid infüzyonu yapıldı. Sabah saat 07 civarında kontrol kan tetkiklerini gönderilerek dopamini kesildi. Kan testlerinde Hb: 8.7 mg/dl Htc: 25 Serum sodyum: 129 mmol/l , serum kalsiyum: 4.89 mg/dl Albumin: 2.21 olarak geldi. Bu bulgularla hastaya kalsiyum açığını hesaplayarak 1 ampul yavaş infüzyon damardan ve bir ampul bir saatlik infüzyon şeklinde kalsiyum globionat ile kalsiyum replasmanı başladık. Hastanın serum sodyum değerinin de kritik değer olan 120 nin üzerinde gelmesi, bilincinin açılıp koopere ve oryante olması nedeni ile hastanın TURP sendromundan çıktığı kanaatine vardım. Vital bulguları stabil olan, bilinci açık olan ve üretral sondasında kanama bulgusu olmayan hastayı servis yatağında izleme aldık.

Servis izleminde sadece bu hastanın takibini yapmak için Acil Tıp Teknisyeni görevlendirilerek. Serviste hastaya saat başı yaptığım vizitlerde kardiyak nabzının 60-80 / dk aralığında olduğunu kan basıncının 110/ 50 mm Hg aralığında seyrettiğini oksijen saturasyonunun % 85-95 aralığında olduğunu idrar renginin berrak olduğunu gözlemlerdim. Saat 13: 30-13: 40 civarında hastanın sorumlu hemşiresi beni poliklinik telefonumdan arayarak hastanın ayağa kalkmış olduğunu daha sonra düştüğünü kendisinin hastayı yerde baygın halde bulduğunu juguler kateterinin çıkmış olduğunu hastanın boyun bölgesinde kanama olduğunu ve kan basıncını düşük olarak ölçtüğünü söyledi. Bir dakika içerisinde hastanın odasına ulaştım. Hasta yerde yatıyordu boyun bölgesinden zemine kan sızmış olduğunu gördüm. Hastanın bilinci kapalı idi. Yüzeysel solunumu vardı. Periferik nabızı yok karotis nabzı oldukça zayıftı. Hastayı hemen yatağına alarak monitorize ettim ve temel yaşam desteğine başladım. Bu esnada Anestezi uzmanı, Acil Hekimi ve Dahiliye Uzmanı hasta odasına geldiler. Hastaya ileri yaşam desteğine başladık. Hastanın kardiyak ritmi ventriküler aritmi ile uyumlu idi. Hastayı entube ettik solunum desteği ile devamlı kalp masajı esnasında hastaya adrenalin ve Atropin enj takiben mükerrer olarak tekrarlandı. Hastaya üç kez elektroşok ve ardışık olarak adrenalin +atropin ve lidokain enjeksiyonları yapıldı. Hastaya yaklaşık 40 dk kardiyopulmoner resüsitasyon uygulandı ancak hastada geriye dönüş- yaşam belirtisi gözlenmedi. Hasta saat 14: 30 itibarı ile exitus olarak kabul edildi

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Hastaya konulan tanı, yapılan ameliyat tıbbi kurallara uygun olduğu, TUR adli ameliyatlarda TUR sendromu görülebilecek bir komplikasyon olduğu, çok hızlı gelişen hiponatreminin hızla verilecek %3 lük sodyum klorür uygulamasının yapılması gerektiğinden nörolojik bulgular yapan hiponatreminin uygun tedavi yapılmaması durumunda beyinde kalıcı hasar yapabileceği, uygun tedavi

yapılmamasının eksiklik olduğu, ölüm sonrası zamanında otopsi yapılarak iç organ değişimleri araştırılmadığından tedavide yapılan eksikliğin ölüm olayındaki etkisinin tespit edilemediği oy irliği ile kabul edildi

Muhalefet: Hastaya konulan tanı, yapılan ameliyat tıbbi kurallara uygun olduğu, TUR adlı ameliyatlarda TUR sendromu görülebilecek bir komplikasyon olduğu, hastada gelişen komplikasyona %09 luk sodyum klorür, tam kan ve diğer uygulamaların yapıldığı, serum sodyumunun 129 mmol/lit seviyesine kadar çıkartıldığı bu şekilde uygun şekilde müdahale ve tedavi edildiği, üroloji uzmanı ve anestezi uzmanının uygulamalarında tıbbi hata olmadığı, hastanın hastanede yatarken yerde düşmüş olarak bulunmasının, ve TUR sendromunun, ölüm sonrası zamanında otopsi yapılarak iç organ değişimleri araştırılmadığından hastanın ölümü ile ilişkileri tespit edilemediğine karar verildi.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Öner Şanlı, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- TUR sendromu nedir, nasıl tanınır?

TUR sendromu, TUR operasyonu sırasında kullanılan ve içerisinde elektrolit bulunmayan irrigasyon sıvılarına bağlı olarak gelişen hipervolemik dilüsyonel hiponatremi tablosudur. Temelde bir santral sinir sistemi bozukluğu olup, ilk belirtileri yüzde ve boyunda yanma-karıncalanma hissi, huzursuzluk ve letarji'dir. Sonrasında bulantı, kusma, konfüzyon ve koma gelişir. Genellikle santral sinir sistemi bulgularına ilaveten hipertansiyon (bazal sistolik kan basıncının %30 fazlası), hipotansiyon (sistolik kan basıncı'nın 80 mmHg'dan düşük olması), bradikardi ve aritmi de görülebilir. Bu tabloya irrigasyon sıvısının içerisindeki glisin de; ya direkt bir nörotransmitter olarak, ya da metabolizması sonucu oluşan toksik amonyemi ile katkıda bulunur. (Hawary A, Muktar K, Sinclair A, Pearce I. Transurethral resection of the prostate syndrome: almost gone but not forgotten. J Endourol 2009; 23: 2013-2020) TUR sendromu tanısı koymak için serum sodyum değerindeki düşme (< 125 meq/lit) ile birlikte en az bir MSS veya dolaşım sistemi anomalisinin görülmesi gereklidir. TUR sendromunun şiddeti için bir derecelendirme sistemi de önerilmiştir (Hahn RG: Fluid absorption in endoscopic surgery. Br J Anaesth 2006; 96: 8-20). Son dönemde prevalansı azalsa da (%0.2-%8); %25'lere varan mortalite riski nedeniyle ürolojinin en korkulan komplikasyonlarından birisi olma özelliğini sürdürmektedir.

2- TUR sendromunun olmaması için ameliyat sırasında nelere dikkat edilmelidir?

TUR operasyonunun yapıldığı hasta grubu genel olarak yaşlı olduğu için, bu hasta grubunda TUR sendromunu kolaylaştırıcı bazı faktörler bulunabilir. Bu nedenle hastalar anestezi değerlendirmesi sırasında detaylı olarak incelenmeli ve sol ventrükül disfonksiyonu gibi TUR sendromunu kolaylaştırıcı, komplikasyonlarını ağırlaştırıcı faktörler araştırılmalıdır. Bunun haricinde hastanın operasyon öncesi serum elektrolitleri değerlendirilmeli ve hastanın alta yatan hiponatremisi varsa, bu durum diüretikler ve diyetteki tuzun ayarlanması ile önceden tedavi edilmelidir.

Son dönemde yapılan bir çalışmada, TUR sendromunun MSS bulgularının tanınmasına olanak sağladığı için, TUR için spinal anestezinin tercih edilmesi gerektiği bildirilmiştir. (McGowan-Smyth S, Vasdev N, Gowrie-Mohan S. Spinal anesthesia facilitates the early recognition of TUR syndrome. Curr Urol 2016; 9: 57-61) Çünkü anestezi altındaki bir hastada TUR sendromu ancak arteryel hiper-hipotansiyon veya başta bradikardi olmak üzere kardiyak aritmiler oluştuğunda tanınabilir. Bu nedenle özellikle risk altındaki hastalarda spinal anesteziyi tercih etmek uygun bir yaklaşım olacaktır.

Bunun yanında, yapılan çalışmalarda, hasta yaşının ileri, rezeksiyon süresinin uzun, prostat ağırlığının fazla olmasının TUR sendromu için risk oluşturduğu bildirilmiştir. Bir cerrah (rezeksiyonist) tecrübesine bağlı olarak dakikada 0.5-0.9 ml doku rezeksiyonu yapabilir. Bu nedenle rezeksiyonist ameliyat öncesinde TUR operasyonunu tecrübesine bağlı olarak makul sürelerde bitirebileceğine emin olmalıdır. Bu süre genel olarak 60 dakika olarak kabul edilmekle birlikte; TUR sendromunun masif sıvı emilimi sonucu 15'dk da gelişebileceği unutulmamalıdır. Eğer ameliyatın 60 dk'dan önce sonlandırılması mümkün olmayacak ise; elektrolitli irrigasyon sıvılarının kullanıldığı prostatektomi tekniklerinin tercih edilmesi

veya açık prostatektomi operasyonunun planlanması daha uygun olacaktır. Bunun yanında rezeksiyonist, operasyon boyunca dakikada 20 ml sıvı absorbe edileceğini aklına tutmalı ve bu haliyle; 1 saatte sistemik dolaşıma geçen 1 lt sıvının serum sodyum konsantrasyonunu kabaca 5-8 meq/lt düşüreceğini bilmelidir (Moorthy HK, Philip S. TURP syndrome current concepts in the pathophysiology and management. Indian J Urol 2001; 17: 97-102.) Ayrıca bundan daha fazla miktarda sıvının emilimini önlemek için de; irrigasyon sıvısını ameliyat masasından en fazla 60 cm yüksekliğe asmalıdır. Bu klasik bilgi, irrigasyon sıvısının 60 ve 100'ye asıldığı bir randomize kontrollü çalışma ile sorgulansa bile genel olarak kabul gören görüş 60 cm'den yükseğe asılmaması gerektiğidir (Hahn RG, Ekengren J. Absorption of irrigation fluid and height of fluid bag during transurethral resection of prostate. Br J Urol 1993; 72: 80-83). Irrigasyon sıvısı her 10 cm yükseltildiğinde emilen sıvı miktarı 2 kat artmaktadır.

Teknik açıdan, prostat kapsülünün veya prostatik sinüsün açılmasına neden olabilecek gereğinden fazla derin rezeksiyon yapılmamalıdır. Prostat kapsülünün geniş perforasyonlarında veya büyük bir venöz sinüs açıldığında, operasyonu sonda koyarak sonlandırmak veya açık prostatektomi tekniğine geçmek uygun olacaktır. Çünkü prostatik sinüsten gelen kanama görüşü anlamlı derecede etkilemese bile; tahminden çok daha fazla sıvının sistemik dolaşıma geçmesine neden olacağından, TUR sendromu gelişimini hızlandıracaktır. Diğer taraftan prostatik kapsül perforasyonu, kendisini sağ omza vuran abdominal ağrı ile karakterize eden, irrigasyon sıvısının ekstavazasyonuna neden olur. Böylece peritona geçen hipotonik irrigasyon sıvısı TUR sendromu gelişimini daha da hızlandırabilir. Bunun haricinde hastanın pozisyonu da önem taşımaktadır. Düz yatan bir hastada 1.25 kPa'da (Pascal (Pa) metrik sistemin basınç birimidir. kPa=kilo Pascal) da prostatik venöz sinüslerden emilim başlarken, 20°'lik Trendelenburg pozisyonunda 0.25 kPa'da emilim görülmektedir. Bu nedenle ameliyat esnasında masanın pozisyonunun tamamıyla yere paralel olduğundan emin olunmalıdır.

Laboratuvar olarak hastanın serum sodyum konsantrasyonu belirli aralıklarla (en fazla 30 dakikada bir) değerlendirilmelidir. Serum sodyum konsantrasyonu 120 meq/lt'nin altına düştüğü durumlar ciddi TUR sendromu olarak adlandırılır. Bu seviyedeki bir düşüş beyin ödeme, intrakraniyal basıncın artmasına ve nörolojik semptomlara neden olur. Eğer bu durum uygun tedavi ile düzeltilmezse epilepsi nöbetleri, koma, kalıcı beyin hasarı, respiratuvar arrest, beyin herniasyonu ve ölüm görülür. Bunun haricinde, serum Na konsantrasyonunun 100 meq/lt'nin altına düşmesi ise fataldir.

3- TUR sendromu nasıl tedavi edilmelidir?

TUR sendromunun tedavisindeki en önemli basamak TUR sendromunu tanımadır. TUR sendromu ameliyatın 15. dakikasında başlayabileceği gibi, operasyon bittikten 24 saat sonra da görülebilir. TUR sendromunda semptomatoloji genel olarak patognomonik olmadığından ve değişken seyirler gösterebildiğinden, rezeksiyonist hastanın perioperatif verilerini (özellikle spinal-epidural anestezi altındayken şuur durumunu) dikkatle gözlemeli, bu görevi sadece anestezi uzmanının omuzlarına yüklememelidir.

Hastanın ne kadar yüklendiğinin tespiti için belki de en pratik metod santral venöz kateter yerleştirilmesidir. TUR ameliyatı genel olarak orta ağırlıkta bir operasyon tekniği olarak kabul edildiğinden, invazif bir girişim olan santral venöz kateter yerleştirilmesi ve santral venöz basıncın ölçümü ihmal edilmelidir. Oysa ki; kardiyovasküler hastalığı olan ve bu nedenle intravasküler yüklenme durumunun bilinmesinin "sine qua non" olduğu hastalarda tedavi planlaması açısından oldukça yol göstericidir.

TUR sendromu klinik olarak tespit edildikten sonra operasyon mümkün olduğu kadar çabuk sonlandırılmalı ve eş zamanlı olarak sodyum düzeyi belirlenmelidir. Ardından 1 mg/kg dozdan Furasemid yapılarak intravasküler volüm azaltılmalıdır. Ancak furasemid'in de sodyum metabolizması üzerine negatif etkisi olacağından, %3'lük hipertonic NaCl infüzyonuna da vakit kaybetmeden başlanmalıdır. Burada dikkat edilmesi gereken nokta infüzyonun hızlı yapılmaması gerektiğidir. Saatte en fazla yapılacak infüzyon 100 ml olup toplamda 200 ml %3'lük NaCl ile serum konsantrasyonu normal sayılabilecek seviyelere ulaştırılabilir. Hızlı yapılacak infüzyon pulmoner ödeme ve santral pontin myelinolysis'e neden olabilir. Serum sodyum konsantrasyonunun saatte 1 meq/lt yükseltilmesi güvenli olarak kabul edilmektedir.

TUR sendromunda hastada yüklenmeye bağlı olarak hipertansiyon veya TUR operasyonunun patofizyolojik etkilerine bağlı olarak da; hipotansiyon meydana gelebilir. Genellikle hipotansiyon 3 mekanizma ile oluşur (Nakahira J, Sawai T, Fujiwara A et al. BMC Anesthesiology 2014; 14: 30-36): 1-anesteziye bağlı olarak, 2-hiponatremiye bağlı olarak ve 3-gerilen mesanenin neden olduğu vazovagal reflekse

bağlı olarak. Bu 3 durumu genel olarak birbirinden ayırd etmek güç olsa da; serum sodyum düzeyi bu konuda yol göstericidir. Bunun haricinde, eğer hastanın sistolik tansiyonu 80 mmHg'nın altına inmiş ise hastaya 4 mg Epinefrin yapılabilir. Bu tedaviye atropin de eklenebilir. Hastanın sistemik tansiyonu devamlı olarak monütere edilmalıdır.

Hastada kardiyak problemler bulunuyorsa intravenöz kalsiyum replasmanı yapılabilir, epilepsi nöbetleri geçiriyorsa diazepam-midazolam grubu ilaçlar ile kontrol altına alınabilir. Hasta diyabetikse, yüksek kan şekerinin de MSS bulguların katkıda bulunabileceği unutulmamalı ve serum kan şekeri de kontrol altına alınmaya çalışılmalıdır.

4- Hasta refakatçisiz bir odada yatırılmış ve yerde ölü bulunmuştur. Serviste hasta güvenliği ile ilgili kurallar nelerdir?

Genel olarak "hasta güvenliği", hastaneye gelen her hastaya güvenli bir çevre oluşturmak için alınan önlemleri ifade etmektedir. Hasta düşmelerinin önlenmesi de; hasta güvenliği kurallarından birisidir. Buna göre hasta servise kabulünde düşme riski erişkin hastalarda İtaki, Morse, Hendrick risk ölçekleri, çocuk hastalarda ise; Harizmi düşme riski ölçeği ile değerlendirilir ve risk düzeyine göre çeşitli güvenlik önlemleri alınır. Güvenlik önlemleri arasında, hemşire çağrı zilinini hastanın ulaşabileceği bir yerde bulundurulması, yatak yüksekliğinin hastaya uygun şekilde ayarlanması, yatak kenarlıklarının yukarıda tutulması, yatağın tekerleklerinin kilitlemesi, hastanın sık ihtiyaç duyacağı kişisel malzemelerin kolay ulaşabileceği hale getirilmesi, yatak ile banyo arasındaki yolların boş tutulması, hastanın takılabileceği, geçişini engelleyecek kablo ve malzemelerin ortadan kaldırılması, zeminin ıslak tutulmaması olarak sayılabilir. Ayrıca bu tür hastaların hemşire bankosundan görülebilecek odalara yerleştirilmesi gerekmektedir. Bu hastalara, bu hasta örneğinde olduğu gibi hasta yakınları refakat edemiyorsa, hastane personeli tarafından sürekli göz altında tutulmalıdır. Bu hastanın yatak kenarında ölü bulunması tamamıyla hastane yönetiminin sorumluluğundadır ve eğer hasta bu nedenle kaybedilmişse; önlenebilir bir kayıptır. Ancak hastaya otopsi yapılmadığından ölüm sebebini tek başına düşmeye bağlamak mümkün değildir.

5- Bilirkişi olarak bu olayı nasıl değerlendirirsiniz?

Bir adli vaka değerlendirilirken öncelikle ameliyat endikasyonunun doğruluğu sorgulanmalıdır. Verilen ameliyat endikasyonu güncel kılavuzlara göre değerlendirildiğinde (alfa bloker altında uretral kateteri alınan ve idrar yapamayan hasta) operasyon endikasyonu doğrudur. Ayrıca üroloji hekimi prostat volünün 75 ml olduğunu belirtmiştir. Bu hali ile de seçilen operasyon tekniği de, cerrahın yeterince tecrübeye sahip bir klinisyen olduğunu farz edersek uygundur.

Ancak, bir hastada ameliyat endikasyonunun bulunması, o hastanın ameliyat edilebileceği anlamına gelmez. Bu vakada dâhiliye hekimi tarafından, hastanın son 4-5 senedir sondalı olduğu ve daha önceden gittiği üniversite hastanesinde yapılan Nöroloji değerlendirmesi sonucu ameliyat olamayacağı yönünde görüş bildirildiği, ifade edilmiştir. Ayrıca hastanın sol dal bloğu ve kalp yetmezliği öyküsü de bulunmaktadır. Bu haliyle, hastanın nörolojik ve kardiyolojik problemlerinin ne olduğu tam olarak bilinmeden, özellikle yoğun bakım ünitesinin bulunmadığı bir hastanede ameliyat edilmesinin, hastayı perioperatif komplikasyonların sağaltılması açısından risk altında bıraktığı aşıkardır. Bu durumda cerrah yapacağı operasyonun hastaya getireceği faydanın, hasta lehine aldığı riskten daha fazla olup olmadığını, tecrübesinin ve becerisinin ışığında tartmalıdır. Bu hastanın ameliyat öncesinde değerlendirilmemiş olması kanaatimce en önemli medikal hatadır. Özellikle hastada bulunan kalp yetmezliği, TUR sendromu ile birlikte gelişen hipervolemi nedeniyle daha da komplike hale geldiğinde sırasıyla, sol ventriküler yetersizlik, pulmoner ödem, respiratuvar yetmezlik ve ölüme neden olmuş olabilir. (Gravensstein D. Transurethral resection of the prostate (TURP) syndrome: A review of the pathophysiology and management. Anest Analg 1994; 84: 438-446) Ayrıca pulmoner yetmezlik tablosuna, hiponatreminin neden olduğu hipoozmalite de katkıda bulunmaktadır.

Bunun yanında, meydana gelen olaylar zinciri Clavien derecelendirme sistemine göre TUR'un Derece IVb (yoğun bakım ünitesi gereksinimine neden olan TUR sendromu) komplikasyonudur (Smith RD, Patel A. Transurethral resection of the prostate revisited and updated. Curr opin Urol 2011; 21: 36-41), (TUR'a özel Clavien komplikasyon derecelendirmesi için lütfen ilgili yayına bakınız.) Ancak ilgili ifadeler incelendiğinde, komplikasyonu açıklayacak kardiyak yetmezlik ve nörolojik problemlere ilaveten üçün-

cü bir problemin de bulunduğu görülmektedir. Bu da hastanın idrar sedimentindeki piüri'dir. Mevcut kılavuzlara göre, TUR-P operasyonundan önce idrar kültürünün steril olduğu dokümente edilmelidir. Eğer bu sağlanamıyorsa; kültürde üreyen ajana yönelik antibiyotik tedavisi ile operasyona girilmelidir. Sonuçta bu hastada operasyon sırasında mesanedeki ve prostat lojundaki yüksek basınçla meydana gelen bakteriyemi, klinik tabloyu başlatmasa bile TUR sendromunun şiddetini artırmış olabilir. Ancak eldeki veriler bu hastada sepsis gelişimini göstermesi açısından yetersizdir.

Diğer önemli bir nokta da; hastanın gözetim altında tutulmamasıdır. TUR sendromu temelde MSS kaynaklı olup, bilinç bozukluğu TUR sendromunun yalnızca en önemli belirtilerinden birisi olmayıp, aynı zamanda tedavisinin etkinliği konusunda da bilgi vermektedir. Bu nedenle TUR sendromu tespit edilen hastanın mutlaka gözetim altında olması gerekmektedir. Santral venöz kateterini çekmiş olması da; hastanın kaybedilmeden önce bilinç bulanıklığı yaşadığını düşündürmektedir.

Sonuç olarak hastayı opere eden hekim, dikkat (hastayı yeterince değerlendirmedeği ve/veya komorbiditelerini göz ardı ettiği için) ve itina eksikliği (hastayı gözetimsiz odada bulundurduğu için) nedeniyle kusurludur. Ancak bunun yanında operasyonun yapıldığı hastane de; yoğun bakım ünitesi bulundurmadan, yoğun bakım gerekebilecek bir hastanın ameliyatını üstlendiğinden ve hasta güvenliği ile ilgili kuralları uygulamadığından kanaatimce kusurludur.

5.1.15 GREENLIGHT LAZER İLE URETRA DARLIĞI AMELİYATI SONRASI AÇIK OPERASYON VE ÖLÜM

İDDİA

23/04/2012 günü kardeşi idrar yollarından rahatsızlığı nedeni ile özel Hastaneye götürdük. Doktor kapalı ameliyat yapacağını söylemesine rağmen ve yarım saatte biter demesine rağmen açık ameliyat yapmış. Ameliyathaneden çıktığında sürekli ağrılar içerisinde feryat ediyordu ve kanaması da devam ediyordu. Orada bulunan doktorlar bunun ameliyat sonrası normal olduğunu narkozun etkisinde olduğunu söylüyordu. Ama kardeşim her geçen saat ağrıları artıyor, vücudu hemen hemen iki katma kadar şişiyor ve nefes almakta güçlük çekiyordu. Ameliyat eden doktor hastaneyi terk etmişti. Buna rağmen nöbetçi hemşire evden kendisine ulaştı ve tekrar hastaneye çağırdı. Gece saat 24:00'e kadar serum ve ilaç tedavisi yaptılar, ancak ona rağmen geçmeyince sabah 05:30'da anestezi doktoru dahil olmak üzere ve genel cerrahi ve birinci ameliyatı yapan doktor, ameliyat ekibi ile birlikte ikinci bir ameliyata aldılar. Bu ameliyat da yaklaşık iki saat kadar sürdü. Ameliyat sonrası da tekrar servise aldılar. Saat 09:30'a kadar ağrıları sızları geçmediği gibi kanaması ve vücuttaki şişlik her geçen saat arttı. Aynı gün Eğitim ve Araştırma Hastanesine hastamızı götürmek zorunda kaldık. Derhal hastamız yoğun bakıma alındı fakat kurtarılamayarak vefat etti.

SAVUNMA

Üroloji Uzmanı: Hastam ince idrar, sık idrar, idrar zorluğu şikayetleriyle geldi. 10 yıl önce eşi ile cinsel münasebet esnasında penis fraktürü geçirdiğini anlattı. Bunun sonucu idrar yollarında daralma dolayısıyla o zamanki tekniğe göre bıçakla kesilerek darlık ameliyatı olduğunu ifade etti. Yapılan sistoskopik tetkikte darlığın yeri ve derecesi tayin edildi. Grinlignate lazer ve ameliyat olması tavsiye edildi. Bu usulle ameliyat olanlarda residiv görülüyor ve hasta ertesi gün taburcu ediliyor. Ameliyat normal şartlarda ve zamanda gerçekleşti. Ancak ameliyat sonrası anestezi mütehassısı hasta morarmıştı ve nefes almakta zorlanıyordu. Anestezi doktoru ve ekibi 4 saat ten fazla uğraşarak sonunda hastayı uyandırabilirdi. Bunun benim yaptığım ameliyatla hiçbir ilgisi yoktur. anestezi doktoru muhtemel bir enfektüse karşı hastanın kanını sulandırdığını söyledi. Hasta servise alındığında tansiyon ve nabız normelleşmişti ancak kanama hafiften devam ediyordu. Gerekli tıbbi önlemler alındı hasta nabız tansiyon ve kanama kontrolüne alındı. Gece yarısı nöbetçi hemşire telefon ederek kanamanın devam etmesini bildirmesi üzerine hastaneye gelindi. Kanamayı durdurabilmek için tekrar açılmaya karar verildi. Anestezi uzmanı bu hastayı 4 saatte zor uyandırabildiğini tekrar uyutmaktan çekindiğini söyleyerek gelemeyeceğini bildirdi. Başka bir anestezi doktoru bulundu ve sabah 7 ye kadar devam eden yoğun çabalara rağmen kanama yay-

gındı ve durdurulamadı hiç bir damar keşiği, kopuğu veya cerrahi hata tespit edilemedi. Ameliyatlarda çok nadiren rastlayan sebebsiz kanama yapan ve tedavisi olmayan dissemine intravasküler koagülasyon olabileceği düşünülerek yaraya tampon yapılıp operasyona son verildi. Yoğun bakım ünitesi hastaneye sevk edildi. Ameliyat sonrası 4-5 saat süren uyandırma çabası esnasında aldığı ilaçlar ve kanın koruyucu olarak sulandırılması pıhtılaşma mekanizmasını bozmuş ve durdurulamayan kanamayı tetiklemiş olabileceğini düşünüyorum. Benim yaptığım bütün işlemler tıbbi kurallara uygundur hiçbir yanlış teşhis ve tedavi işlemim yoktur.

BELGELER

Özel Hastanenin Tıbbi belgeleri: Şikayet idrar yapamama. İleri attıramama Tanı: uretra darlığı Hikayesi: on yıl kadar önce seks yaparken erekte penisin ortadan kırılması. Daha sonra uretrotomi yapılmış Uretro-sistoskopide teşhis uretra darlığı. Uretratomi interna planlandı.

1. Ameliyat notu: GAA.litotomi pozisyonunda girildi.darlık PKV ile açıldı. bu esnada vizyon kaybedildi. fosrut teesüs etti. Sonda takmak imkansız hale geldi, beneke sondada geçmeyince hastayı üstten açmaktan başka yol kalmadı. Bu defa mesane median supra pubik açılarak sonda anterograd takıldı. Mesane çift kat kapatıldı, retziusa dren kondu katlar kapatıldı ameliyata son verildi.

2. Ameliyat notu: Ameliyat gecesi tansiyon düşmesi ve nabız yükselmemesi nedeniyle kontrollerinde kanama devam ettiği görülen hasta tekrar alındı. Genel cerrah asistanlığında 4 ü kan verilerek retziusu yeniden açıldı, kanayan damar tespit edilmedi, yalnız diffüz bir kanama vardı, dikiş atıldı, tamamen durmayınca 4 adet spongiosoz konuldu. Üzerine mikuliçil tampon yapılarak kanama kontrol altına alındı. Tamponun bir ucu yaradan çıkartılarak operasyona son verildi. Hastanın DİC'e girdiği düşünüldü.

Eğitim ve Araştırma Hastanesinin epikrizi: Şikayeti: solunum sıkıntısı. Önceden bilinen bir şikayeti olmayan hasta üretra darlığı nedeniyle dış merkezde endoskopik olarak ameliyata alınmış. Ameliyatın devamında vizyon kaybedilip sonda takmak imkansız hale gelince açık ameliyata geçilmiş. hasta post-op uyandırılarak servise gönderilmiş. Batın distansiyonu, TA düşük, taşikardik olan hasta batın içi kanama ön tanısıyla acil operasyona alınmış. Operasyon alanında sızıntı şeklinde yaygın kanaması olan hastaya 2ü eritrosit replasmanı yapılarak kanama alanına kompres koyarak kapatılmış. Post-op 5. saatte ani nefes darlığı gelişen hasta nakil alınmış. Hastanın çekilen toraks bt'sinde sağ üst lob posterior segment ve alt lob süperior segmentte buzlu cam yamalı konsolidasyon bilateral pleval effüzyon saptanmış. Eko normal olarak değerlendirilmiş. Solunum sıkıntısının artması üzerine hasta tarafımızca değerlendirildi, medikal semptomatik solunum destek tedavisi almak üzere reanimasyon servisine nakil alındı. Muayene bulguları; gelişte bilinç açık, koopere spontan solunumu mevcut, takipneik, dispneik, akg'de ph:7.44 po2:70 pcO2: 22.8 hcO3:15 sO2:93 olan hastaya O2 desteği verildi. takiplerinde takipnesi devam eden ve pO2'si düşen hasta sedatize kürarize edilerek entübe edildi, mv desteğine geçildi. Takibinde dopamin ve noradrenalin infüzyonu başlandı karaciğer enzimleri yüksek olan (ast:4200 alt:1980) hasta dahiliye tarafından iskemik hepatit olarak değerlendirildi, önerileri yerine getirildi. İntaniye tarafından antibiyoterapisi düzenlendi. Hemotokriti 28 olan hastaya 2ü es ,4ü tdp replasmanı yapıldı. Kardiyak arrest gelişen hastaya cpr yapıldı. CPR'a yanıt alınamayan hasta eksitus olarak kabul edildi.

Adli Tıp Kurumu Başkanlığının Otopsi raporu:

Suprapubik bölgede haricen tarif edilen kesinin altında, cilt, cilt altı ve fasya katlarında, batın ön duvarında yaygın kanama görüldü ve 600 mL sıvı kan boşaltıldı, bunun dışında ameliyal insizyonunun altında 30x30 cm lik kanlı spanç görüldü. Mesane ve prostatın alınmış ve bu bölgedeki damarların sütüre edilmiş olduğu görüldü. Mesane anatomik lokalizasyonunda olmadığı görüldü. Skrotuma kesi atıldı ve hematomla dolu olduğu görüldü.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Başvuru şikayetlerine yönelik uygun tetkiklerin yapıldığı, tetkikler sonrası konulan üretra darlığı tanısının doğru olduğu, bu hastalığa yönelik yapılan cerrahi işlemin uygun olduğu, post-top takiplerinin yapıldığı, kanama olması üzere tekrar ameliyata alındığı, müdahale edildiği, ameliyat sonrası yoğun bakım ünitesi mevcut hastaneye sevk edildiği, sevk edildiği hastanede gerekli takip ve tedavinin yapıldığı, bu tür cerrahi girişimlerde kanamanın ameliyatın bir komplikasyonu olduğu da tıbbi

ben bilindiğinden kişinin ameliyatına ve tedavisine katılan hekimlere ve yardımcı sağlık personeline atfı kabil kusur bulunmadığı oy birliğiyle mütalaa olunur.

İnceleme Raporu: Doktor ifadesinde: "Hastam idrar yollarında daralma dolayısıyla o zamanki tekniğe göre bıçakla kesilerek darlık ameliyatı olduğunu ifade etti. Yapılan sistoskopik tetkikte darlığın yeri ve derecesi tain edildi. Grinlighthate (lazer) ve ameliyat olması tavsiye edildi." demektedir. Ancak doktorun daha sonraki savunmasında "Hastaya önce uretroskopi yapıldı ve pars membrnaca urethra da residiv darlık tespis edildi. Plazmoknetik vaporezasyon (PKV) endoskopik cerrahi teknolojisinin en gelişmiş şeklidir. Burada dokular kesilmez buharlaştırılır. Daha önce yaptığımız dilatasyon, soğuk urethratomi demode olmuştur. Zira PKV'de kanama olmaz, olsa da kontrol altında olduğundan hemen koterize edilerek durdurulur. PKV de rezidiv hemen hemen hiç olmaz" demektedir. Buradan teknik olarak PVK (Plazma kinetik vaporezasyon) uygulandığı anlaşılmaktadır. Uretra darlıklarında soğuk kesi denen uretrotomi interna kullanmak klasik yöntemdir. Greenlight kullanımının yeri yoktur. PVK ise klasik ugulamalarda ilk tercih edilen yöntem değildir.

Otopsi raporunda "Mesane ve prostatın alınmış ve bu bölgedeki damarların sütüre edilmiş olduğu görüldü. Mesane anatomik lokalizasyonunda olmadığı görüldü" denilmektedir. Bu ifadeyi anlamlandıramadım. Ameliyat raporlarında mesane ve prostatın alındığına dair bir ifade ve bu organların alınmasını gerektiren bir hastalık yoktur.

Görüşüm: "Ameliyat endikasyonunun tıp kurallarına uygun olduğu, uygulanan teknik ve cihazlar sık kullanılmamakla beraber uygulanabilen yöntem olduğu, ameliyat sırasında uretra delinmesinin komplikasyon özelliğinde olduğu, ancak komplikasyonla mücadelede, açık ameliyata geçmek yerine sistofix takılarak hastanın uyandırılması ve başka bir seansta tamir etmeyi tercih etmek daha uygun yöntem olacağından tıbbi uygun davranılmadığına karar verildi."

İTİRAZ

Hazırlık dosyası ile sanıklar hakkında yürütülen soruşturma nedeniyle Adli Tıp Kurumu tarafından düzenlenen rapor, dosyaya konu olayın kusur yönünden aydınlatması konusunda yeterli olmadığı kanaatini taşımaktayız. Adli Tıp Kurumu ameliyatına ve tedavisine katılan hakimlere ve yardımcı sağlık personeline atfı kabil kusur bulunmadığı yönünde görüş bildirilmiştir. Ancak, davaya konu olay hakkında Sağlık Müdürlüğünce görevlendirilen müfettiş incelemesi yapılmış ve neticede açık ve ayrıntılı olarak inceleme raporu tanzim edilmiştir. İş bu raporda açık ve ayrıntılı yazıldığı üzere; "Bu olayın bir komplikasyon olduğu ve doktorunun hastanın tanısında ve tedavisinde daha bilgili davranarak bu durumu önleyebileceği" şeklinde görüş ve kanaatini rapor etmiştir. Söz konusu müfettiş raporu, hazırlık dosyasına yeni gelmiş olup ihtisas kurulu tarafından yapılan inceleme esnasında dosyada mevcut değildi. Bu yüzden iş bu müfettiş raporu doğrultusunda çelişkilerin giderilmesi ve olayda herhangi bir kusur bulunup bulunmadığının açık bir şekilde ortaya çıkarılması bakımından yeniden Adli Tıp Kurumu Genel Kurulu tarafından inceleme yapılmasını talep etmekteyiz.

Müteveffanın ölüm nedeni ameliyat sonrası durdurulamayan kanamanın yol açtığı bir komplikasyon olduğu açıktır. Sanık doktor ifadelerinde açık bir şekilde geçtiği üzere, "anestezi uzmanı muhtemel bir enfaktüse karşı hastanın kanını sulandırdığını, ameliyat sonrası 4-5 saat süren uyandırma çabası esnasında aldığı ilaçlar ve kanın koruyucu olarak sulandırılması pıhtılaşma mekanizmasını bozmuş ve durdurulamayan kanamayı tetiklemiş olabileceğini düşünüyorum" şeklindeki ifadeleri göz önüne alındığında ameliyat esnası ve sonrasında icrai ve ihmali kusurların varlığı açık bir şekilde ortadadır. Bu nedenle Adli Tıp İhtisas Kurulunun söz konusu raporu eksik inceleme ürünü olup olayın aydınlanması bakımından yeterli olmadığı kanaatini taşımaktayız.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Oğuz Acar, Memorial Şişli Hastanesi, Üroloji Kliniği

Uretra darlığından ameliyat olan ve postoperatif dönemde exitus olan hasta ile ilgili değerlendirme-
lerim şunlardır:

A. Hastanın ifadesine göre yapılan değerlendirme:

1. Hasta yakınının ifadesine göre hastaya yarım saatlik kapalı (endoskopik) bir operasyon yapılacağı söylenmiş, ancak ameliyat sırasında gelişen bir durum neticesinde açık cerrahiye dönülmüş ve operasyon beklenenden uzun sürmüştür. Burada operasyon öncesi hastanın bilgilendirilmesinin muhtemelen tam olmadığı anlaşılıyor. Her endoskopik veya laparoskopik cerrahiden önce hastaya, beklenmeyen bir durumla karşılaşıldığında açık cerrahiye dönülme olasılığının bulunduğu anlatılmalı ve onayı alınmalıdır. Bu durumda bir eksiklik söz konusu ise operasyon sırasında hasta yakını ile iletişim kurularak konu ile ilgili bilgi aktarılabilir ve onun rızası alınabilir. Bu olguda endoskopik işlem sırasında üretral yolda ciddi hasar meydana gelmiş ve endoskopik yoldan devam edilmesi mümkün olamamıştır (doktor ifadesi). Burada yapılabilecek en doğru hareket sistostomi uygulaması ve rekonstrüksiyonun bir sonraki aşamaya bırakılması olabilirdi. Operasyonun açık cerrahiye dönmesi, bu olguda görüldüğü gibi bazı komplikasyonları da beraberinde getirebilir ve sorumluların sıkıntıları göğüslemesi kolay olmayabilir. Sonuçta bana göre ilk hata, hastanın rızası olmadan, mecbur olunmadığı ve alternatif bir yol bulunduğu halde açık cerrahiye geçilmesi suretiyle umulmadık bir komplikasyona sebebiyet verilmesidir.

2. Hasta yakınının ifadesine göre erken postoperatif dönemde hastanın vücudunun şişmesi ve nefes almakta zorlanması, operasyonun cinsi ile ilişkili olmayan bir durumdur. Muhtemelen dahili bir sorundan dolayı bu problemler gerçekleşmiştir.

3. Hastanın durumu stabil hale gelmeden doktorun hastaneyi terk etmesi de sorun teşkil edebilir. Böyle bir hastanın tedavisi normal şartlarda yoğun bakım ortamında yapılmalıdır. Eğer bu şartlar yoksa ya ameliyatı gerçekleştiren cerrahın hastanın başında bulunması ya da yetkin bir meslektaşına devretmesi beklenir.

4. İkinci ameliyat sonrası maalesef hastanın genel durumu düzelmeyerek bir eğitim araştırma hastanesinin yoğun bakım ünitesinde vefat ettiği bildirilmektedir.

B. Üroloji uzmanının ifadesine göre yapılan değerlendirme:

1. Ameliyat endikasyonu açısından bir problem görünmemektedir.

2. Greenlight operasyonu önerildiği belirtilmiştir, ancak bu operasyon cinsi, üretra darlıklarında normalde kullanılan bir yöntem değildir. Ayrıca ameliyatın plazmakinetik vaporizasyon (PKV) cihazı ile yapıldığı anlaşılmaktadır. PKV, özel bir uç kullanıldığı takdirde üretra darlıklarının insizyonunda (açılmasında) kullanılabilir, ancak bu da bu konuda seçkin bir yöntem değildir. Bildiğim kadarıyla bu tür yöntemlerin, soğuk bıçak kesisine karşı üstünlükleri yoktur, hatta termal etkiden dolayı iyileşme esnasında darlığın nüksetmesi yönünde etkileri de olabilir. Termal etki oluşturan cihazların kullanımı, zaman zaman kanamanın koterizasyonu (yakılarak durdurulması) amacıyla faydalı olarak değerlendirilmektedir, ancak bu olguda bu etkiden de bahsetmek mümkün değildir, hasta kanamanın durdurulamaması neticesinde vefat etmiş görünmektedir.

3. Üroloji uzmanının ifadesinde açık cerrahiye geçildiğine dair bir bilgi yoktur, ama çeşitli ifadelerden ve ameliyat notundan açık cerrahiye dönüldüğü anlaşılmaktadır.

4. Anestezi doktorunun "kanı sulandırma etkisi yaratan ilaç kullandığı" ifadesi önemlidir. Cerrahi bir işlem sırasında kanama eğilimini artıracak bir ilaç kullanımı, cerrahi işlem sırasında ve postoperatif dönemde kanamanın seyriyi değiştirebilir.

5. İkinci ameliyatta yaygın kanama ile karşılaşılması, hastada DIC tablosu geliştiğini düşündürmektedir. Bu da yoğun bakım şartları gerektiren bir durumdur.

C. Belgelere göre değerlendirme:

1. Tanıda ve tedavi yönteminin belirlenmesinde bir sorun yoktur.

2. Operasyonda PVK kullanıldığı görülmektedir. Eğer bu durum hastaya "greenlight lazer kullanımı" şeklinde aktarılmış ise bu durum kabul edilemez, ikisi farklı yöntemlerdir.

3. Endoskopik operasyonda üretral yol kaybedilmiş ve açık cerrahiye geçilmiştir. Bu esnada hasta yakını bilgilendirilebilirdi, daha doğrusu ise sistostomi açılarak operasyon sonlandırılıp rekonstrüksiyon bir sonraki seansa ertelenebilirdi.

4. Sonrasında gelişen olaylar, operasyonun kendisine ait komplikasyonlar olmayıp ya hastaya ait bilinmeyen bir durumun (örneğin latent bir siroz veya madde kullanımı) ya da operasyon sırasında kullanılan ilaçların yol açtığı kanamaya meyil ve DIC tablosunun sonucudur.

D. Eğitim ve Araştırma Hastanesi epikrizine göre değerlendirme:

1. Bu raporda hastada solunum yetmezliğinden ve toraks BT'de bilateral plevral effüzyondan bahsedilmektedir. Ayrıca iskemik hepatit gelişmiş olabileceği yönünde bulgular olduğu görülmüştür. Bu dahili sorunların hastanın tabosunu kötüleştirdiği ve sonunda kardiak arrest geliştiği belirtilmiştir. Burada postoperatif tedavinin yetersiz kaldığı, ya da yeterli olmasına rağmen hastanın tedaviye yanıt vermediği konusu uzmanlığımın dışında olduğu için yanıt veremiyorum. Ancak bu sorunların, bu operasyon doğrudan kendisine ait komplikasyonlar olmadığını, böyle bir operasyon sonrasında genel olarak bu sorunlarla karşılaşmadığımızı söyleyebilirim.

E. Adli Tıp Kurumu Başkanlığı'nın otopsi raporuna göre değerlendirme:

1. Batın ön duvarında yaygın kanama görüldüğü ifade edilmiştir. Bu DIC gelişimi sonucu olabilir. Tampon olarak yerleştirilmiş olan spanç bulunmuştur. Daha sonra yara yerinden çekilerek çıkarılmak üzere yerleştirilmiş olan tamponunu varlığını bir sorun olarak görmemekteyim.

2. "Mesane ve prostatın alınmış olduğu" ifadesi tamamen yanlıştır. Böyle bir durum gerçekleşmiş olamaz. Muhtemelen "açılmış" kelimesi yerine sehven "alınmış" yazılmış olabilir.

3. Mesanenin anatomik lokalizasyonunda olmamasını da anlayabilmiş değilim. İyimsir bir tahminle hematomun mesaneyi iterek pozisyonunu değiştirmiş olabileceğini düşünüyorum.

F. Bilirkişi raporlarına göre değerlendirme:

1. Adli Tıp Kurumu olayda hekimlere ve yardımcı sağlık personeline kusur bulmamıştır. Ancak bu konunun tekrar incelenmesini uygun görmekteyim. Sonuçta hasta, operasyonun beklenen komplikasyonlarından değil, umulmadık gelişmeler sonucu kaybedilmiştir. İntraoperatif ve postoperatif medikal tedavilerin ne olduğu hakkında daha geniş bilgiye ihtiyaç vardır.

2. İnceleme raporuna katılıyorum. Greenlight/PVK karmaşası, mesanenin alınma/alınmama ikilemi burada da dile getirilmiştir. Son görüşün yerinde olduğunu düşünüyorum.

G. İtiraza ait değerlendirme:

1. İtirazı yerinde bulmak mümkündür. İfadelerden tam anlayamamıştır, ama hastanın kanamaya meyilli (gerek kendi vücut özellikleri, gerekse intraoperatif ve/veya postoperatif medikal tedavi) nedeniyle exitus geliştiğini düşünmekteyim. Bu kaniya varmak için yapılan tedavilerin ve hastanın preoperatif değerlerinin bir uzman bilirkişi tarafından tekrar incelenmesi faydalı olacaktır.

H. Diğer değerlendirmelerim:

1. Üretra darlığının tanısı anamnez, retrograd üretrografi, sistoskopi gibi incelemelerle konulur. Tedavisinde ilk seçenek üretrotomi interna olabilir. Bu konularda üroloji uzmanına herhangi bir kusur atfedileceğini düşünmemekteyim. Ancak üretrotomi internanın PKV veya greenlight ile daha iyi sonuç verdiği düşüncesine katılmıyorum. Üretrotom (soğuk bıçak) ile iyi sonuçlar alınabilmektedir.

2. PKV üretra darlığında sıkça kullanılan bir yöntem değildir. Ancak insizyonu gerçekleştirebilen özel bir uç sayesinde üretral kesi yapılabilir. Bunun hastaya bir katkısı olmasından çok, termal ve elektriksel akım etkisinden dolayı nükslerin daha fazla olabileceğini düşünmekteyim.

3. Kanamanın ileri düzeylerde gerçekleştiği ve aşırı derecede kan transfüzyonu yapılmış olan olgularda DIC olasılığı vardır. "Hastanın kanı sulandırıldı" ifadesi çok muğlaktır. Bunun anlaşılabilmesi için hangi ilaçların hangi dozlarda uygulandığının bilinmesi gerekir. Ayrıca burada gözardı edilen bir mesele olarak hastanın daha önceden tespit edilememiş olan bir karaciğer yetmezliği (siroz vs), madde kullanımı, ifade etmediği ilaç kullanımı gibi durumlar da değerlendirmeye alınmalıdır. Ben yakın çevremden, fark edilmeyen bir siroz olgusunun operasyon sonrasında durdurulamayan kanamaya yol açtığını gözlemlemiş bulunmaktayım. Bana ait olmayan bu tecrübe sonrasında, zaman zaman da olsa hastanın özelliklerinin (belki yapılan medikal tedavinin etkisini de fazlaca artırarak) bu durumlara yol açabileceğini düşünmekteyim.

4. Anestezi uzmanı ikinci defa çağırıldığına çeşitli sebeplerle ameliyata girmeyi reddedebilir (örneğin yorgunluk, hastaya faydalı olamayabileceğinin değerlendirilmesi, bilgi/deneyim yetersizliği vs.). Ancak kendisinin rapora en azından kendisi kadar hizmet verebilecek bir meslektaşının olaya müdahale ettiğinden emin olması gerektiğini düşünüyorum. Burada bir diğer anestezi uzmanı vakayı devralmış görün-

mektedir, bu açıdan bir sorun oluşacağını sanmam. Yine de hastanın sorumluluğunu almış bir anestezi uzmanının hem hastayı tanması ve özelliklerini bilmesi hem de tedavi olarak uygulananları daha iyi yorumlayabilmesi açısından olayın seyirinde yer alması, hasta ve kendisi açısından daha uygun olur.

5. Üretrotomi interna sırasında vizyon kaybedilirse ilk düşünülmesi gereken şey sistostomi açılarak operasyonun sonlandırılmasıdır. Operasyona açık cerrahi ile devam edilmesi, her şeyin yolunda gitmesi ve sonrasında hastanın iyileşmesi durumunda belki herhangi bir soruna yol açmayabilir, ama bu davranış biçiminin bazı problemler doğurabileceği nettir. Bu yüzden açık cerrahi ile devam etmek doktor için oldukça büyük bir risktir.

6. Bilirkişi olarak değerlendirmem; tanı ve operasyon cinsinin belirlenmesinde yanlışlık olmadığı, operasyon yönteminin (greenlight/PKV) belirlenmesinin tartışmaya açık olduğu, operasyonda vizyonun kaybedilmesinin mümkün olduğu, ancak sonrasında açık cerrahiye geçmek yerine sistostomi açılarak operasyonu bir başka seansa ertelemenin daha uygun olacağı, hastanın preoperatif değerlerinin ve/veya intraoperatif/postoperatif medikal tedavilerin bu sonuca yol açmış olabileceği, bu nedenle bahsedilen konuların tekrar araştırılmasının uygun olacağı, adli tıp kurumunun incelemesinde eksikler ve yanlışlıkların bulunduğu (mesane ve prostatın alınması vb.) yönündedir.

5.2 PROSTAT KANSERİ

5.2.1 PROSTAT KANSERİ TANISINDA GECİKME VAR MI?

İDDİA

60 yaşındaki hastaya BPH tanısı ile kapalı prostat ameliyatı yapılmış ancak, ameliyat öncesi şikayetlerinden hiçbiri giderilememiştir. Ameliyattan sonra dört yıl boyunca benzer şikayetlerle doktoruna başvuran hastaya ağrılarının psikolojik olduğunu söylemiş ve şikayetlerine çözüm bulunamamıştır. En sonunda prostat kanseri olduğu ve kanserin vücudun diğer bölgelerine de yayıldığı tespit edilmiştir. Kansere yönelik biyopsi zamanında yapılsaydı kanserin vücudun diğer kesimlerine bulaşması önlenbilirdi. Bir insanın kalan ömrünü tedavi olamayacağını bilerek, ağrılar içerisinde geçirmesi katlanılması zor bir ızdıraptır. Davacı bu ızdıraba davalı idarenin hizmet kusuru nedeniyle maruz kaldığından, manevi tazminat talebinde haklıdır.

SAVUNMA

Üroloji Uzmanı: Hastaya BPH nedeniyle TURP ameliyatı yaptım. Operasyon sonrası patoloji raporu BPH olarak geldi. Hasta bir çok kez empotans ve konversif şikayetlerle üroloji, kardiyoloji, dahiliye, psikiyatri polikliniklerine ve bana hastanede muayene için gelmiştir. Son 4 yıldaki poliklinik muayene sayıları çıkarılsa 50'nin üstündedir. Yani hasta takipsiz ve tetkiksiz bir dönem geçirmemiştir. Hasta üroloji kliniğinin tüm uzmanları tarafından farklı zamanlarda muayene ve tetkik edilmiştir. Bu tetkikler sırasında PSA yüksekliği (8 ng) tesbit edilmesi üzere TRUS-biyopsi yapılmış ve prostat kanseri tespit edilmiştir. Üroloji bölümü konseyine kardiyolojik riski olduğundan radikal prostatektomi önerilmeyip radyoterapi amaçlı gönderilmiştir. Orada da yapılan onkolojik konseyde hastadan kemik sintigrafisi istenmiştir. PSA 20 nin altında olan hastalarda kemik metastazı görülmesi olasılığı % 1 in altında olduğundan EAU guideline göre sintigrafi yapılması önerilmiyor. Bizim klinikte bu nedenle istenmedi. Kemik sintigrafisindeki sol hemipelvistikte aktivite artışı her zaman raporunda da belirtildiği gibi metastaz değildir (rapor:metastaz ya da paget hastalığı) bir çok nedenle en sıkta travma nedeniyle de aktivite artışları görülebilir. Ayrıca farklı orjinli tümörlerde kemik metastazı yapa bilir kesin tanı kemik biyopsi ile konur. Hastanın ifadesinden anlaşıldığı kadarıyla hasta kendisini ileri evre metastatik porostat kanseri sanmaktadır. Şu an için hasta klinik olarak lokal evre prostatsat karsinomudur. (gleason 3+4, 2/8, PSA=8). İliak kanattaki aktivite artışının kesin tanısı olmamakla birlikte paget hastalığı ve orgini bilinmeyen olası metastaz olabileceği düşünülmüştür. Partin nomogramına göre düşük risk grubundadır ve radyoterapi birinci tercihidir. İddia edildiği üzere kanserin varlığını erken teşhis edememe kesinlikle söz konusu değildir. Prostat biyopsisini planlayan ve yapan, hastalığının hastanın belirttiği gibi gecikmesi değil erken tanı konmasını sağlayan ve sonrası konseyimize alıp kurumuzda olmayan radyasyon onkolojisi için tedavisini planlayan benim.

Sağlık kurumu: Davanın dayandığı maddi olay işaret olunan hukuki durum ve ilkeler çerçevesinde değerlendirildiğinde; dava konusu olay bakımından tazmin şartlarının gerçekleşmediği ve dolayısı ile tazmin talebinin haksız ve dayanaksız olduğu anlaşılacaktır. Zira, tazminat ödeme yükümlülüğünün doğması için gereken şartlardan, hukuka aykırılık ve ağır hizmet kusuru, uygun nedensellik bağı (zararın idarenin eylem veya işleminde doğmuş olması) olması şartları, dava konusu olay bakımından gerçekleşmemiştir. Bakanlığımız personelinin fiili arasında bilimsel tıbbi belgeler ile teyit edilmiş şekilde uygun nedensellik bağı bulunmamaktadır. Hasta BPH nedeni ile opere edilmiştir. Alınan parçaların patolojik inceleme sonucu BPH olarak açıklanmıştır. Hastanın kontrolleri ameliyat olduğu hastanede gerek doktoru gerekse diğer hekimler tarafından sürdürülmüş, 2-3 ayda bir rutin kontrolleri yapılmıştır. Kan tetkiklerinde PSA'nın yüksek seyretmesi sonucu biyopsi önerilmiştir. Biyopsi sonucu prostat CA Gleason skor (3+4) gelmiştir. Hastaya kardiyak risk nedeniyle radikal prostatektomi önerilmemiş radyoterapiye gönderilmiştir. Burada rutin olarak istenilen kemik sintigrafisinde sol pelviste şüpheli aktivite artışı izlenmiştir. Hastanın BPH nedeniyle opere edilmesi prostat CA riskini ortadan kaldırmaz. Hastanın prostat glandı alınmadığı için buradan kanser gelişme olasılığı mevcuttur ki; bu vakada görülmüştür. PSA çok yüksek 20-40 ng/ml olmadıkça kemik metastazi gelişme olasılığı zayıftır. Sol hemi pelviste görülen aktivite artışının paget hastalığı ile ayrıca tanısının kemik biyopsisi ile yapılması gerekmektedir, (yapılmamıştır). 2007 yılında geçirilmiş prostat ameliyatı neticesi kanser olmadığı, biyopsi raporu ile belgelenmiştir. Prostat kanseri daha sonra ortaya çıkmış bir durumdur. Hizmetin sunulmasından kaynaklanmayan ve bu tür vakalarda karşılaşılan tıbbi komplikasyon olduğu tıbben sabit olan ve dolayısıyla sağlık personelinin gayretleri ile kontrol edilmesi ve önlenmesi mümkün olmayan sebeplerden dolayı gerçekleştiği açık bulunan istenemez neticenin husule gelmesinde Bakanlığımıza atfedilebilecek herhangi bir kusur yoktur ve idarenin eylemi ile netice arasında uygun illiyet bağı bulunmamaktadır.

4-Belgeler:

- 12.01.2007: Üroflowda max akış hızı 8 ml/s,
- 13.02.2007: PSA 8,96,
- 16.02.2007: TUR-P ameliyatı,
- 23.02.2007: TURP patoloji raporunda tanı benign prostat hipertrofisi,
- 21.010.2008: PSA 4,84,
- 08.01.2010: PSA 5,83,
- 01.11.2010: PSA 3,48,
- 28.01.2011: PSA 8,31,
- 22.02.2011:TRUS prostat biyopsisinde tanı gleson skor 3+4 adenokanser.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Benign prostat hipertrofisi nedeniyle TUR-P yapıldığı, çıkarılan prostat dokularını patoloji tarafından benign prostat hipertrofisi olarak değerlendirildiği, sonrasında PSA yüksekliği nedeniyle yapılan biyopsi ile prostat ca tanısı konulduğu, kişiye yapılan ameliyat ve sonrasındaki takiplerinin tıp kurallarına uygun olduğu, prostat kanseri tanısının geç konulduğu iddiasınının gösteren bulguların mevcut olmadığı davalı idarenin hizmet kusurunun bulunmadığı oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Asif Yıldırım, Uz. Dr. Turgay Turan,

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Bu hastada TURP öncesi biyopsi yapılmaması bir eksiklik midir? Klavuzlara göre biyopsi endikasyonları nelerdir?

Prostat kanseri tanısı histopatolojik inceleme ile yapılır. PSA yüksekliği (≥ 4 ng/ml) ve/veya parmakla rektal muayenede kanser şüphesi olan hastalara transrektal ultrason kılavuzluğunda prostat biyopsisi yapılmalıdır. Hasta 60 yaşında ve 13.02.2007 tarihindeki PSA değeri 8,96 ng/ml'dir. Hastanın yaşı ve PSA yüksekliği dikkate alındığında, TURP ameliyatı öncesinde transrektal ultrason eşliğinde prostat biyopsi

yapılması uygun olurdu. TURP ameliyatı kanser tanısı için birincil tanı yöntemi olarak kullanılmamalıdır (EAU Prostat kanseri kılavuzu, 2016. <https://uroweb.org/guideline/prostate-cancer>). İddia edildiği gibi ilk başvuruda hastada kanser olup olmadığı kesin değildir. Patoloji raporunda yalnızca transüretal rezeksiyon materyali değerlendirilmiş, kanserin sıklıkla geliştiği periferik zon örneklemesi yapılmamıştır.

2- Prostat biyopsisi ile tanı konduktan sonra evreleme amaçlı neler yapılmalı. Kemik sintigrafisi ne zaman istenmeyebilir?

Prostat kanseri tanısı konulduktan sonra hastanın risk durumu belirlenir, bu hasta EAU risk sınıflamasına göre orta riskli (Gleason skor 7 veya PSA 10-20 ng/ml veya T2b-c) gruptadır. Avrupa üroloji kılavuzu orta riskli grupta gleason 4 dominant patern varlığında veya yüksek riskli grupta (>T2c veya PSA >20 ng/ml veya Gleason skor 8-10) metastaz taraması (Kemik sintigrafisi ve abdominopelvik CT/MR) ve lokal evreleme için prostat MR yapılmasını önermektedir. Düşük risk grubunda ek tetkik yapılmasını önermemiştir. Bu hasta için dominant Gleason paterni 3 olarak raporlanmıştır, bu grupta metastaz taraması önerilmemektedir. Ancak diğer taraftan kemik taraması semptomatik hastalarda risk grubundan bağımsız yapılabilir.

3- “Sol hemi pelviste görülen aktivite artışının paget hastalığı ile ayrıca tanısının kemik biyopsisi ile yapılması gerekmektedir” denilmektedir. Bu tür durumlarda nasıl davranılmalıdır?

Kemik sintigrafisinin prostat kanseri metastazını göstermede duyarlılığı %78, özgüllüğü %85'tir. Kemik sintigrafisinde metastaz şüphesi var ise ayırıcı tanı için PET (Choline) (duyarlılık: %91, özgüllük: %99) veya mpMRI (duyarlılık: %97, özgüllük: %95) yapılarak doğrulama yapılabilir. Kolin-PET'in rutin kullanımda olmadığı ve kolay ulaşılabilir bir görüntüleme yöntemi olmadığı bilinmelidir. Kemik sintigrafisinde metastaz şüpheli görünümün, prostat kanseri dışında başka patolojiden kaynaklandığı klinik olarak düşünülüyor ise kemik biyopsisi yapılabilir. Benzer şekilde kemiğin paget hastalığında ayırıcı tanıda metastatik hastalık düşünülüyor ise kemik biyopsisi alınabilir (Paget's disease of bone, Grace White, Jeremy Rushbrook. Orthopaedics and Trauma, 2013; 27 (4); 254-265).

4- Hasta iddia edildiği gibi metastatik kanser mi yoksa lokalize prostat kanseri midir? Hastaya önerilen radyoterapi uygun bir seçenek midir?

Hastanın mevcut durumda kemik metastazı olup olmadığını net değildir, hastanın düşüğe olsa kemik metastazı şüphesi vardır. Ancak Şubat 2007 (PSA= 8,9 ng/ml) ve Ocak 2011 (PSA= 8,3 ng/ml) tarihleri arasında PSA'da artış olmaması ve PSA değerinin 10 ng/ml altında olması lokalize hastalık lehinedir. Hastanın kemik pelviste izlenen aktivite artışı muhtemelen metastaza bağlı değildir, hasta lokalize prostat kanseri olarak kabul edilebilir. Üroloji kılavuzları orta riskli prostat kanseri için hastanın 10 yıllık yaşam beklentisi yok ise gözlem, radyoterapi veya brakiterapi seçeneklerinden herhangi birini önermektedir. Ama hastada 10 yıllık yaşam beklentisi var ise radikal prostatektomi yapılması ilk seçenektir. (NCCN Prostat Kanseri kılavuzu-2016, https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/prostate.pdf). Kardiyak açıdan riskli bir hasta da operasyonun getireceği mortalite ve morbidite göz önüne alındığında radyoterapi bu hasta için uygun bir seçenektir.

5- Bilirkişi olarak dosyayı nasıl değerlendirirsiniz?

Prostat kanseri tanısı transrektal ultrason (TRUS) kılavuzluğunda yapılan prostat biyopsisinin histopatolojik incelemesi ile konulur. PSA yüksekliği ve/veya rektal muayenede kanser şüphesi bulunan hastalarda TURP operasyonu öncesi TRUS-prostat biyopsi yapılmalıdır. Kanser risk grubu ve klinik evrelemesi yapıldıktan sonra uygun tedavi seçeneklerinden biri kişinin yaşam beklentisine göre tercih edilmelidir. Kardiyak açıdan riskli olan bu hastada hiç tedavi verilmeden gözlem bile yapılabilirken, radyoterapi de önerilebilir. Yukarıda ki bilgiler ışığında bu hastada TURP operasyonu öncesi PSA yüksekliği olmasına rağmen TRUS prostat biyopsisi alınmaması bir eksiklik lehine yorumlanabilir. Buna karşın PSA'da artış olmaması ve hastalığın halen lokalize evrede olması nedeni ile Prostat kanseri tanısının 4 yıl sonra konulmasının yapılacak olan tedaviyi ve beklenen yaşam süresini kötü yönde etkilemediği kanaatindeyim.

5.2.2 PROSTAT KANSERİ TANISINDA GECİKME: TAKİP EKSİKLİĞİ Mİ?

İDDİA

Hasta idrara çıkma ve idrarından kan gelmesi şikayeti müracaat etmiş ameliyat (TURP) edilmiştir. Ameliyattan 1-1.5 ay sonra yine aynı şikayetler ile aynı doktora başvurmuş, "bir sorun yok" denilerek gönderilmiştir. Şikayetlerinin bir türlü sona ermemesi üzerine 4 ay içinde 3 kez ameliyat edilmiştir. Üçüncü ameliyata rağmen, şikayetlerinin geçmemesi üzerine yeniden aynı hekime muayene olmuş, bir sorunun olmadığı, ilaçlara devam etmesi önerilerek geri gönderilmiştir. Bu kez hasta Ankara'da başka bir hastaneye başvurmuştur. Burada teşhisinin prostat kanseri olduğunu, kanserin ilk ameliyat tarihindeki tahlil ve belgelerinden de görülebildiğini, uygulanan 3 ameliyatın da teşhis hatasından kaynaklandığını, aradan geçen yaklaşık 7 aylık süre ve yersiz ameliyatlar sebebiyle hastalığın oldukça ilerlediğini kendisine söylemişler ve yumurtalarını (üreme organını) alınmıştır. Bu anlatılanlar kapsamında, şüpheli doktorun meslekte bilgisizlik, tecrübesizlik veya acemilik sebebiyle şikayetçinin üreme organının kaybına neden olduğu açıktır.

SAVUNMA

Hasta idrar yapmada güçlük, tazyiksiz idrar yapma ve idrardan kan gelmesi yakınmaları ile başvurmuştur. Hastayla yapılan görüşmede tır şoförü olduğundan sık olarak yurt dışına çıktığı, bu şikayetlerin zaman zaman yurt dışında da meydana geldiği, oralarda yeteri kadar ilgi ve alaka göremediği ve işi gereği tedavisini yaptıramadığından bahsetmiştir. Son bir ay içinde bakteriyel prostatit nedeniyle tedavi gördüğünü beyan etmiştir. Hasta tarafımda acil serviste ultrasonografi ile değerlendirilmiş, mesane tabanına protrüze dolum defekti gibi de görülebilen, prostat orta lobu olması muhtemel lezyon görüldü. Hastaya daha sonra işeme testi yaptırıldı. Maksimum idrar akım hızının 5ml/saniye idi. Ultrason ile rezidü idrar 400-500cc olduğu görüldü. Hastaya 18f foley sonda taktırıldı. Teşhis ve tedavi amacıyla sistoskopi + gerekli girişim planlanarak acilen yatırıldı. Total PSA 40.6 ng/ml, olduğu görüldü. Hastada ön tanı olarak mesane tümörü, prostat kanseri, benign prostat hiperplazisi, idrar yolu enfeksiyonu düşünüldü. PSA düzeyinin yüksek olmasının her ne kadar glob vezikale de ve sonda takılmasından sonra da artmış olması beklense de prostat kanseri açısından şüphelenmesi gereken bir durum olduğundan bahsedildi. Hastaya 23.07.2010 tarihinde sistoskopik yapılmış, mesanede tümör gözlenmemiş, prostat orta lobun mesane tabanına indante olduğu, fragil şekilde damarlanmanın arttığı, prostat lateral lobların lümeni kapattığı gözlenmiştir. Tanı ve tedavi amacıyla TUR-P yapılmıştır. Hasta taburcu edilmiştir. Ancak patoloji sonucunu alıp hekimine göstermesi gerekirken poliklinik kontrolüne gelmemiştir ve beklenen patoloji sonucunu tarafıma ibraz etmemiştir.

Ben hastayı 2. kez iki ay sonra ameliyathanede gördüm. Hasta üroloji servisi sağlık memuruna gelmiş, sağlık memuru idrar sondası takmaya çalışılmış, takamayınca tarafıma haber verilmiş, hastanın yatışı yapılarak ameliyathaneye gönderilmiştir. Üretral darlık nedeniyle üretrotomi interna yapılmıştır. Takdir edersiniz ki bu hasta acilen gelmiş ve poliklinikte olmadığım halde acil müdahalesi yine de hemen yapılmıştır. Hasta sonda takılarak standart üretral darlık hastalarına yaptığım gibi 3 hafta sonra sondası çekilmek ve poliklinik kontrolü önerilmiştir (patoloji sonucu tarafıma yine gösterilmemiştir). Hasta ne yazık ki ikinci kez de poliklinik kontrolüne gelmemiştir.

Hastanın ameliyattan 4,5 ay sonra 3. kez gelmiştir. Bu gelişi de poliklinik üzerinden olmamıştır. Hasta sağlık memurunu telefonla arayarak İngiltere Hava alanında idrara sıkıştığını sonda takılmaya çalışıldığını halde takılamadığını, kendisinin o an İstanbul Atatürk hava limanından aradığını söylemiştir. Sağlık memurumuz bu hasta için benimle görüşmüş, kendisine tamam gelsin gerekeni yaparız denmiştir. O gün ameliyatçı olmadığım halde ürolog arkadaşım'a rica edilerek Üretrotomi interna işleminin yapılması sağlanmıştır.

Hasta bu taburcudan sonra başka bir Devlet Hastanesine gitmiş ve kendisine USG yapılmıştır. Sağlık memuru USG yı tarafıma gösterdi, usg bulguları nedeniyle hastaya re TUR planlandı. Hasta tekrar ameliyat edildi yine patoloji sonucuyla gelmek üzere taburcu edildi. Daha sonra sağlık memurumuz hastanın patoloji sonucunu bana gösterdi. Prostat kanseri olduğunu öğrendim. Hastanın geriye dönük tüm belge ve tetkiklerini çıkarttım. Ve ne yazık ki ilk ameliyatta ki öngörümün ilk ki patoloji raporunda da teyit edildiğini gördüm. Ancak burada hasta kendisine düşen sorumlulukları yerine getirmemiş, hasta sorum-

luluklarına uymamış ve başka hastaların devamlı önüne geçerek ve öncelik isteyerek anayasanın eşitlik ilkesine hep aykırı davranmıştır. Hastanın tarafıma ve hastaneme yönelttiği suçlamaları kabul etmemekteyim. Hastanın tanısında gecikme olmamıştır. Hastanın bu durumunun nedeni kendi sorumluluklarını yerine getirmemesinden ve yukarıda anlattığım sebeplerden kaynaklanmıştır.”

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu-1: Kişide (ameliyat tarihinde) PSA'nın 40ng/ml olması nedeniyle prostat kanseri ayırıcı tanıda ilk düşünülecek hastalık olduğu, bu durumda prostat biyopsisi yapılması gerektiği, mesane çıkım darlığı ve hematürisi olan hastada önce sistoskopi ve prostatın ameliyatı yapılabileceği, ameliyatta alınan parçaların patolojik incelemesi sonunda hastanın tekrar değerlendirilmesinin de yapılabilecek doğru bir uygulama olduğu, kişinin doktorun önerileri ve tavsiyelerine uymaması tanı ve tedavinin gecikmesinde rol oynadığı, hastanın doktorunun kişiye 2. ve 3. müdahalelerinde PSA sonucu ve patoloji raporunun görülmediği veya dikkate alınmadığı, bu durum bir eksiklik olarak kabul edilebileceği, daha önceden tanı konup tedaviye başlanmış olsa dahi, hastalığın özellikleri nedeniyle, kanserin tedavisinin başırlamayabileceği bilinen tıbbi bir bilgi olduğu, kişiye konulan tanı ve yapılan ameliyatın tıp kurallarına uygun olduğu ve davalı idareye kusur atfedilemeyeceği oy birliği ile mütalaa olunur.

Adli Tıp Kurumu-2: PSA'nın 40ng/ml olması nedeniyle prostat biyopsisi yapılması gerektiği, mesane çıkım darlığı ve hematürisi olan hastada önce sistoskopi ve kapalı prostatın ameliyatının yapıp, ameliyatta alınan parçaların patolojik incelemesi sonunda hastanın tekrar değerlendirilmesinin de yapılabilecek doğru bir uygulama olduğu, ancak patoloji raporunun değerlendirilmemesinin tıbbi hata olduğu, bu hataya hekimlerin özen eksikliği ve hastanın önerilere uymamasından kaynaklandığı, ileri evre prostat kanseri hastanın tanısının ve tedavisinin hastanın ilk kontrollerinde yapılmış olsaydı bile hastalığın seyrinin benzer olacağı, bu tip kanserin tedavisinin başırlamayabileceği bilinen tıbbi bir bilgi olduğu, tanıda gecikme ile hastalığın gördüğü zarar arasında illiyet bağı olmadığına karar verildi.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Süleyman Yeşil, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Ayırıcı tanı için yapılan çalışmaların klasik bilgi ve klavuz bilgilerine göre değerlendirir misiniz?

Hastanın ilk değerlendirmesinde PSA değeri 40.6 ng/ml olduğu görüldükten sonra yapılması gereken PSA'yı yükselten nedenlerin gözden geçirilmesidir. Bu hasta için yaşa göre PSA'nın olması gereken değer 0-2,5 ng/ml'dir. PSA'yı yükselten nedenlerden en önemli 2 tanesi Prostatit ve Prostat kanseridir. Son bir ay içinde geçirilmiş prostatit eğer aktif enfeksiyon yok ise bu düzeyde PSA yüksekliği yapmaz. Prostat kanseri düşünülüyor ise bu aşamada hastaya yapılması gereken Transrektal Ultrasonografi eşliğinde İğne biyopsisidir. Transüretal rezeksiyon ile alınan prostat bölümü transizyonel alandır. Prostat kanseri ise sıklıkla periferik alandan köken alır. Hasta yaşı itibarıyla metastatik olmayan prostat kanseri saptanması durumunda Radikal Prostatektomi adaydır. Hastaya yaklaşım genel olarak doğru değildir. (Campell-Walsh Urology Alan J Wein, Epidemiology, Etiology and Prevention of Prostate Cancer sayfa 2543-2565)

2- İleri evre olduğu anlaşılan hastalıkta tanının 7 ay gecikmesi hastalığın ilerlemesine ne derece etki etmiştir (Başka belgeye sahip değiliz). Orşiektomi bu gecikmenin bir sonucu mudur?

7 aylık gecikmenin hastada ileri evre prostat kanserine yol açması pek beklenmez. Latent, klinik kanser arasındaki moleküler ilişki tam olarak bilinmemektedir ve muhtemelen biyolojik devamlılık sürecinde üst üste meydana gelen moleküler olaylar sonucunda latent kanserden klinik kansere, ya da lokal hastalığın ileri evre hastalığa progresyonu olmaktadır. Sonuç olarak orşiektominin bu gecikmeye bağlı olduğunu direkt olarak söyleyemeyiz.

3- Tanı gecikmesinde idarenin, hekimin ve sağlık memurunun katkılarının değerlendirir misiniz? Ameliyattan alınan parçanın raporunu hekim mi takip etmeli, hastanın raporu göstermesi mi beklenmeli?

Tanının gecikmesinde ilgili idarenin dolaylı olarak kusuru bulunmaktadır. Sonuçta kurum çalışanları ilgili idarenin tüzel kişiliğini temsil etmektedir. Hekimin ilk ameliyattan önceki yaklaşımı klasik bilgiler uyarınca doğru değildir. Bunun yanında patolojik sonucu 2. ve 3. ameliyat öncesi sorgulaması gerekmektedir. Hastanın takipsiz olduğu, kişisel sorumluluğunu yerine getirmeyerek kendi patolojisini takip etmemesi kusurdur. Buna istinaden hekimin patoloji sonucunu ilk ameliyat sonrası patoloji o hastanede yapılmadığı ve dış merkeze hasta aracılığıyla gönderildiği için takip etmesi beklenmeyebilir. Ancak sonraki ameliyatlarda patolojik sorgulama muhakkak yapılmalıdır.

4- Hasta ve sağlık çalışanlarının kural dışı ilişkilerinin hasta hizmetlerine ve etik kurallara olumsuz etkileri nasıl değerlendirirsiniz?

Bu sorun genel olarak ülkemiz sağlık sisteminin problemi gibi durmaktadır. Hasta simsarlığı ayrı bir işkolu şeklinde yürütülmektedir. Bunlar danışmanlık ve hasta hizmetleri şirketleri başlığı altında çalışmaktadır. Dolayısıyla sektör bazen doktor, bazen sağlık çalışanı, bazen de idari kadroyu kullanarak sağlık hizmetine ulaşmaya çalışmakta ve aracılık etme hizmeti karşılığında ciddi ücretler almaktadır. Sonuçta doktor dışında bağlantı kurulan sağlık personeli veya aracılık eden personelin doktoru ve hastayı yanlış yönlendirmesi, gerekli ön hazırlık yapılmadan sağlık hizmeti sunulması neden olmaktadır. Bu hizmetin dünya standartlarına uygun verilmesi bu süreçle mümkün olamaz.

5- Mevcut bilirkişi raporlarını değerlendirir misiniz? Bilirkişi olarak sizin raporunuz nasıl olurdu?

A- Kişide (ameliyat tarihinde) PSA' nın 40ng/ml olması nedeniyle prostat kanseri ayırıcı tanıda ilk düşünülecek hastalık olduğu, bu durumda prostat biyopsisi yapılması gerektiği, mesane çıkım darlığı ve hematürisi olan hastada önce sistoskopi ve prostatın ameliyatı yapılabileceği, ameliyatta alınan parçaların patolojik incelemesi sonunda hastanın tekrar değerlendirilmesinin de yapılabilecek doğru bir uygulama olduğu, (Bilirkişi burdaki yorumunda sistoskopinin yanısıra TUR-P ameliyatının yapılabilirliğini ifade ederek konuyu saptırmaya çalışmıştır. Aslında doğru yaklaşımı cümlesinin başında ifade etmiştir. Bu gibi yaklaşımlar hukuki sorumluluğu azaltarak veya ortadan kaldırarak müşterinin aleyhine dolaylı bir müdahaledir.) kişinin doktorun önerileri ve tavsiyelerine uymaması tanı ve tedavinin gecikmesinde rol oynadığı, hastanın doktorunun kişiye 2. ve 3. müdahalelerinde PSA sonucu ve patoloji raporunun görülmediği veya dikkate alınmadığı, bu durum bir eksiklik olarak kabul edilebileceği, daha önceden tanı konup tedaviye başlanmış olsa dahi, hastalığın özellikleri nedeniyle, kanserin tedavisinin başarılamayabileceği bilinen tıbbi bir bilgi olduğu, kişiye konulan tanı ve yapılan ameliyatın tıp kurallarına uygun olduğu ve davalı idareye kusur atfedilemeyeceği oy birliği ile mütalaa olunur. (Lokalize veya lokal ileri prostat kanserine özgü bulgu yoktur. BPH'dan ayırt etmenin yolu rektal muayene ve PSA değeri görek biyopsi yapılmasıdır. Ayırıcı tanıya gitmeden operasyona gitmek tıbbi kusur olarak değerlendirilebilir. Bilirkişi raporunda kati kanaatini bildirirken klasik bilgi haline gelmiş yaklaşımları kendi yorumuyla farklı şekilde sunma hakkına sahip değildir, asıl olarak bu yaklaşım görevi kötüye kullanma, yedi emin vafına aykırı davranıştır.)

B- PSA' nın 40ng/ml olması nedeniyle prostat biyopsisi yapılması gerektiği, mesane çıkım darlığı ve hematürisi olan hastada önce sistoskopi ve kapalı prostatın ameliyatının yapıp, ameliyatta alınan parçaların patolojik incelemesi sonunda hastanın tekrar değerlendirilmesinin de yapılabilecek doğru bir uygulama olduğu, ancak patoloji raporunun değerlendirilmemesinin tıbbi hata olduğu, bu hataya hekimlerin özen eksikliği ve hastanın önerilere uymamasından kaynaklandığı, ileri evre prostat kanseri hastanın tanısının ve tedavisinin hastanın ilk kontrollerinde yapılmış olsaydı bile hastalığın seyrinin benzer olacağı, bu tip kanserin tedavisinin başarılamayabileceği bilinen tıbbi bir bilgi olduğu, tanıda gecikme ile hastalığın gördüğü zarar arasında illiyet bağı olmadığına karar verildi.

5.2.3 PROSTAT KANSERİ: AYIRICI TANIDA EKSİKLİK, GEÇ TANI

İDDİA

Müvekkilim idrar yapmayla ilgili şikayetler nedeniyle Özel Hastaneye başvurmuş, idrar yollarında darlık olduğu söylenerek ameliyat edilmiş. Müvekkilim 2.7.2013- 26.11.2013 arasında kontrollere gittiği, her defasında ilk teşhiste ısrar edilmiş, yaşı ve genel sağlık durumu itibari ile daha ağır bir hastalık düşünülmemeyeceğinin belirtilmiştir. Durumunun ağırlaşması üzerine Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılan tetkikte PSA testi yüksek bulunmuş, geçen sürede tümörün ilgili organın çok büyük bölümüne yayıldığı için ameliyat şansı kalmadığı anlaşılmıştır.

SAVUNMA

Hasta ilk başvurusunu 02.07.2013 tarihinde yapmıştır. 47 yaşında olan davacının 3 yıldır idrar yaparken zorlanma, ince idrar yapma, sık idrara gitme, gece idrara kalkma mevcuttur. Davacıda üretra darlığı saptanmış ve internal üretrotomi gerçekleştirilmiştir. Davacının başvuru şikayetleri, muayenesi ve tetkiklerinde prostat kanseri düşündürülecek bulgu ve semptomları bulunmamaktadır. Ayrıca ve en önemlisi davacının 50 yaşından küçük olması ve semptomlarını açıklayacak üretra darlığı saptanması nedeniyle PSA tetkiki yapılmasına gerek duyulmamıştır. Davacı başka bir merkeze başvurmuş istenilen PSA değeri 100 ng/ml üzeri saptanmış, bunun üzerine davacı yine müvekkilimi tercih ederek müvekkil tarafından prostat biyopsisi uygulanmıştır. Patoloji sonucu prostat adenokarsinomu, gleason 9 (4+5) gelen davacı ileri tetkik ve tedavi amacıyla Onkoloji Kliniğine yönlendirilmiştir. Davacının gerek yaşı gerekse de şikayetleri göz önünde tutularak müvekkil tarafından PSA istenilmesi zaruri görülmemiştir. Semptomu olmayan metastatik evre 4 olan bir hastanın tanısının 3-4 ay sonra konulması hastanın yaşam süresi üzerinde herhangi bir olumsuz etki yaratmayacaktır.

BELGELER:

2.7.2013, Özel hastane: 3 yıldır ince idrar yapma, sık sık idrara gitme, idrar yaparken zorlanma, gece idrara kalkma yakınması olan hasta medikal tedavilerden fayda görmemiş. Uroflowmetrisinde darlık trasesi saptanması üzerine üretroskopla meadan girildi, bülböz üretrada darlık saptandı, darlık internal üretrotomi ile geçildi, 16 fr foley sonda takılarak işleme son verildi.

29.8.2013, Özel Hastane: İdrardan sonra damlama, sık sık idrara gitme, idrar yaparken zorlanma, gece idrara kalkma yakınması mevcut, Temmuz 2013'de internal üretrotomi yapılmış. Tamprost, Avodart, Mictonorm, üretral darlık, üriner sistem enfeksiyonu, BPH tanıları ile reçete verildi.

20.9.2013, Özel Hastane: İdrardan sonra damlama, sık sık idrara gitme, idrar yaparken zorlanma, gece idrara kalkma yakınması mevcut, Temmuz 2013'de internal üretrotomi yapılmış. Tamprost, Avodart, Mictonorm, Tork, üriner inkontinans, BPH tanıları ile reçete verildi.

19.11.2013: Total PSA >100 0 ng/ml, patoloji raporunda; tüm kadranslarda tümör mevcut, Gleason grade 4+5, skor: 9.

9.12.2013, BT: Sol paraaortik, parailiak, obturatuvar, perirektal metastatik lenf nodları, her iki iliak karnatta sağda inferior pubik ramusta sklerotik alanlar,

10.12.2013, tüm vücut kemik sintigrafisi: Sol femur shaftının proksimalinde, sol 12. kostanın kostovertebral bileşkesinde, vertebra solundaki artmış tutulumlar.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Alt üriner sistem şikayetleri olan hastalarda, prostat kanseri ayırıcı tanı yapılırken düşünülmesi gerekir. Prostat kanseri ayırıcı tanısının yapılmaması tıp kurallarına uygun olmaması nedeniyle kusur mevcuttur. Kusur nedeniyle, hastalığın ilerlemesi ve vücuda yayılması arasında illiyet tam olarak kurulamaz. Tanı ilk müracaatta (3-4 ay önce) konulmuş olsa, tedavi erken başlardı. Ancak hastalığın özelliği nedeniyle benzer seyir gösterirdi.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Derya Balbay, Memorial Şişli Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- İdrar şikayeti ile müracaat eden her hastada prostat kanseri ayırıcı tanısı yapılmalı mıdır? Hekimin “hastanın yaşının 47 olması, semptomları izah edecek nedenin bulunması” nı PSA bakılmamasına gerekçe olarak göstermesini yorumlayınız?

Prostat kanserine ait özel bir semptom yoktur. Tanı konması ancak ve ancak fizik muayenede veya laboratuvar testlerinde şüphe ettirici bulguların var olmasıyla (prostatta sertlik veya nodül hissedilmesi, PSA yüksekliği gibi) mümkün olabilir. Bunun yanında prostat kanseri olan hastalarda üriner sistemin diğer benign hastalıkları (benign prostat hiperplazisi, üretral darlık, prostatit gibi) da birlikte bulunabilir. Bu nedenle herhangi bir semptom olmaması veya var olan herhangi bir semptomu açıklayacak başka bulguları olması prostat kanserini düşünmemek veya araştırmamak için haklı bir gerekçe değildir. Hastanın yaşı dikkate alındığında prostat kanserinin olabileceği düşünülerek parmakla rektal inceleme ve PSA testi gibi kansere yönelik testlerle araştırılmalıdır. Eğer hasta 20 yaşında bir erkek olsaydı o zaman bu yaş grubunda prostat kanseri ihtimali çok düşük olduğu için araştırılmayabilirdi. Burada ürologları tereddütte bırakan husus, başta USPSTF olmak üzere prostat kanseri tanısında tarama testi olarak PSA'nın bakılmamasını öneren uzmanlık gruplarının tavsiyeleridir. Ancak unutulmamalıdır ki PSA testi üzerindeki tartışmalar prostat kanseri tanısında “toplumsal tarama testi” olarak kullanılıp kullanılmaması ile ilgilidir. Polikliniğe müracaat eden ve prostat ile ilgili şikayeti olmayan hastalarda PSA bakılmasına “fırsatçı tarama” denir ve PSA aleyhine yapılan öneriler bu durumu kapsamaz.

2- Hastanın poliklinik kayıtlarına göre yazılan tanılar, kullanılan ilaçlar dikkate alınarak hastalık kayıt sistemi, endikasyonsuz ilaç kullanımı sıklığı konularında değerlendiriniz.

Eğer hastada üretral darlık düşünülmüşse ve internal üretrotomi operasyonu sonrasında kısa süreli olarak antibiyotik verilmesi rutin bir uygulama olarak düşünülebilir. Üretral darlığa bağlı olarak gelişmiş olabilecek mesaneye bağlı irritatif semptomları varsa miktonorm tedavisi de uygun olabilir. Bunun dışında verilen Tamprost veya Avodart gibi tedavilerin tanı ile bir ilgisi yoktur ve gereksiz yere verilmiştir. Hastanın alt üriner sistem şikayetlerinin geçmemesi üzerine muhtemelen “birlikte prostat hiperplazisi de vardır” düşüncesiyle verilmiş ilaçlardır. Mevcut kayıtların incelenmesinde benign prosta hiperplazisini düşündürecek herhangi bir incelemenin yapıldığı ile ilgili bir bulgu veya kayıt mevcut değildir. Eğer hastada üretral darlık olmadığı; üretrografi, sistoskopi bulguları ve en az 14F foley kateterin rahatlıkla mesaneye geçirilmesi gibi objektif bulgularla anlaşıldıktan sonra hastanın şikayetlerinin hala devam etmesi üzerine parmakla rektal inceleme, PSA testi, ultrasonografi ve üroflowmetri gibi testlerle prostatik obstruksiyondan şüphe edilirse Tamprost verilebilir. Prostat 40 gramdan daha büyükse Tamprost ile birlikte Avodart da önerilebilir, ya da Tamprost kullanımı ile yeterli cevap alınmadıysa tedaviye eklenebilir.

3- Uretra darlığı tanısı için “üroflowmetride darlık trasesi” görülmesi yeterli midir? Bu hastada üretrotomi endikasyonunu değerlendiriniz.

Üroflowmetride darlık trasesi görülmesi üretral darlık tanısı için yeterli olmayıp sadece ayırıcı tanıda üretral darlığın da olabileceğini akla getirmelidir. Bu hastalarda anamnezde üretral darlık gelişimini düşündürebilecek enfeksiyon, travma veya cerrahi müdahaleler gibi yardımcı faktörlerin olup olmadığı araştırılmalı, parmakla rektal inceleme ve ultrasonografi ile aynı bulguya yol açabilecek benign prostat hiperplazisi araştırılmalı, hala üretral darlıktan şüphe ediliyorsa üretradan 14F foley kateter geçip geçmediği, üretrografi ve sistoskopik inceleme ile incelenmeliydi.

4- Tanının 4-5 ay gecikmesinin hastaya verdiği zarar nasıl değerlendirilir?

Prostat kanseri genel olarak yavaş ilerleyen bir kanser türüdür. Üroloji pratiğindeki çok yaygın uygulamalar arasında prostat biyopsisi ile tanı konduktan sonra cerrahi müdahalenin 6 hafta sonrasına planlanması, veya benign prostat hiperplazisi nedeniyle TURP ameliyatlarında alınan dokularda prostat kanseri tesbit edilmesi durumunda sonrasında radikal cerrahiye karar verilmişse bunun için en az 3 ay beklenmesi sayılabilir. Bu süreler patoloji raporundaki Gleason skorundan bağımsızdır. Gleason skoru

3+3=6 olan hastalarda önceden aktif izlem kararı almış ancak endişe nedeniyle üç sene sonra karar değiştirilerek radikal prostatektomi yapılan hastaların patoloji ve klinik süreçleri, aynı özelliklere sahip ama cerrahi tedaviye 3 sene önceden karar vermiş insanlardan farklı bulunmamıştır. İrdelenebilecek bir başka konu da bu hastada Avodart tedavisinin verilmiş olması. Prostat kanserini önlemek için Avodart veya benzeri ilaçların kullanımı ile özellikle düşük gradeli prostat kanserlerinin azaldığı, buna bağlı olarak da önleyici tedavi alan grupta daha yüksek grade'li kanserlerin daha sık rastlandığı bilgisidir. Ancak incelenen hastada PSA değerinin tanı anında 100'ün üzerinde olması böyle bir ihtimalin olmayacağını düşündürmektedir. Bu bulgular ışığı altında prostat kanseri tanısının birkaç ay gecikmeli olarak konması hastalığın tedaviye cevap ve seyrinde önemli bir değişikliğe neden olmaz.

5- Bilirkişi olarak olayı nasıl rapor ederdiniz?

Bilirkişi raporuna katılıyorum

5.2.4 PROSTAT KANSERİ: TURP PATOLOJİ RAPORU TANIYI EKARTE ETTİRİR Mİ?

İDDİA

Hasta zor idrar yapma şikayetleri ile devlet hastanesine mürecaat etmiş, tetkikleri sonucunda prostat Ca tanısı konulmuş, ilaç tedavisine başlanmıştır. İdrar şikayetleri düzelmeyen hastaya iki ay sonra TURP yapılmıştır. Ameliyatta alınan parçalarda, prostat kanseri olmadığı, benign prostat hiperplazisi olduğu rapor edilmiştir. Bu rapor üzerine üroloji uzmanı tarafından prostat kanserine yönelik başlanan ilaç tedavisi kesilmiştir. Patoloji raporlarına binaen prostat Ca tanısından vazgeçilip ilaç tedavisine son verildiği, ancak ameliyat öncesi yapılan tetkiklerin göz ardı edildiği, çünkü ameliyat öncesi kemik metastazına rastlandığı, PSA'nın 100ng/ml'in üzerinde oldukça yüksek olduğu, ancak tüm bu verilerle rağmen patolojiden gelen temiz raporlara dayanılarak tedaviye son verilmiştir. Uludağ üniversitesine gidildiğinde de prostat biyopsisi yapıldı bu biyopsinin sonucundada kronik iltihap olduğu, maliniteye raslanılmadığı rapor edildi. Kanser tedavisi uygulanmadan bir yıl geçti. Ağrılarının artması nedeniyle Onkoloji Hastanesine başvuruldu. Burada yapılan tetkiklerde prostat kanseri olduğu, kemik ve yumuşak dokulara sıçradığı sonucuna varılmıştır. Üstelik TURP ameliyatında alınan temiz raporunun da yeniden incelenmesi sonucunda raporun doğru olmadığı bu parçalarda da kanser bulgusu olduğu anlaşılmıştır. Hastaya şu an sadece hastalığın seyrini yavaşlatıcı tedavi verilmektedir. Hasta bu ilaçları 1 yıl müddetçe almamıştır.

SAVUNMA

Üroloji Uzmanı: Üroloji Polikliniğine başvuran hastaya klinik bulguları ve PSA değerlerinin çok yüksek olması (100'ün üzerinde), kemik sintigrafisinde metastaz ile uyumlu aktivite artışı görülmesi nedeniyle biyopsi yapılmadan prostat Ca teşhisi koyulup hormon tedavisine başlandı. Daha sonra idrar yapma sıkıntısı arttığı için TUR ameliyatı yaptım. Patolojiden benign prostat hiperplazisi tanısı ile rapor edildi. Daha sonra şikayetlerinde belirgin iyileşme olmadığından Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne biyopsi yapılmak üzere gönderildi, oradan da maligniteye rastlanmadığı raporu geldi. Hastanın daha sonra kontrolünden çıktı. Daha sonradan öğrendiğime göre hasta onkoloji hastanesine girmiş orada prostat kanseri olduğu anlaşılmış ve yeniden tedaviye başlanmıştır.

Patoloji Uzmanı: Hastaya önceden prostat Ca tanısı koyulmuş olmasına rağmen TUR ameliyatından alınan parçalar gönderilirken hastanın prostat Ca tanısı olduğu, PSA değerinin 100ng/ml'nin üzerinde olduğu, prostat kanserinin kemiklere yayılım yaptığı için materyal gönderme formuna belirtmemiştir. Bunlar belirtilmeliydi. Hastanın kliniği ile patoloji raporları arasında zıtlık mevcut olduğunda hastanın doktoru, blok ve preparatları aldirılarak başka patoloji merkezinde incelenmesi en uygun davranış olarak bu hususa dikkat edilmemiştir. Hastalığının evresi 4 olduğundan, yani son aşamada bulunduğu için, patologun verdiği rapor hastalığın iyileşmesi veya kötüleşmesi yolunda katkı yapmamıştır.

BELGELER

14.10.2010, Kemik sintigrafisi: 5. kostanın posterior kolunda, torakal 6 ve 11. vertebrada, sağ humerus proksimalinde ve sağ asetabulumda artmış aktivite tutulumu.

14.12.2010: PSA>100ng/ml.

17.12.2010, transrektal USG: prostat 34x47x40mm-37gr,

20.12.2010, Devlet Hastanesinin sağlık kurulu raporu: Prostat Ca, şahsın sürekli olarak Lucrin depot ampul ayda bir IM, Casodex tb günde bir ilaçlarını kullanması gerekir.,

30.1.2011, Devlet Hastanesinin epikrizi: Sık idrara çıkma, ağrı, sancı yakınmaları ile yatırıldı, PSA yüksek ve USG'de prostat büyümesi olan hastada TUR ile prostat lobları rezeke ve koterize edildi. prostat Ca?, cerrahi şifa ile taburcu edildi, (Epikrizinde tanı: prostatın büyümesi benin-N.40.1)

16.1.2011, PSA:19.158ng/ml,

30.1.2011, Devlet Hastanesi'nin Materyal Gönderme Formunda Dr. İÖ imzasıyla gönderilen materyalin prostat olduğu, TURP ile alındığı, prostat Ca? ön tanısı olduğu belirtilmiştir.

27.2.2011, Biyopsi raporu tanısı: Bening prostat hiperplazisi.

12.12.2012, Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü Üroloji Anabilim Dalı'nın yazısında; kişinin kliniklerine dış merkezden prostat kanseri şüphesi ile transrektal USG eşliğinde prostat iğne biyopsisi yapılmak üzere gönderildiği, 10.4.2006'da biyopsi yapıldığı, patoloji sonrasının prostatit olarak geldiği, hastanın patoloji sonucu ile geldiği, merkeze geri gönderildiği belirtilmiştir.

Adli Tıp Kurumu Histopatolojik Tetkik Şubesinin raporunda; "Örnekler teknik artefakt ve çekelenme artefaktı göstermektedir. Birkaç odakta sırta vermiş küçük adenoid yapılar izlenmektedir. Bunlarda teknik artefakt nedeni ile hücrelerdeki kromatin yapısı ve konfigürasyon net değerlendirilememektedir. Tanı: Prostatik hiperplazi, kronik prostatit, şüpheli atipik gland yapıları. Epikriz; teknik artefakt nedeni ile şüpheli glandüler yapıların malignite ile uyumlu olup olmadığı net değerlendirilememiştir. Malignite yönünde kesin değerlendirme amacı ile olgunun Üniversite Hastanesi Patoloji Laboratuvarına konsültasyonu önerilir."

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nin raporunda; Prostat kesici iğne biyopsileri: 4, Şüpheli glandüler yapılar. 2,3,10: Bening prostat dokusu. 5,6,7,8,9:Fibromüsküler doku, 1:Anal mukoza. Epikriz;"4 nolu örnekteki az sayıda şüpheli glandlar tanı için yeterli değildir. Hazır lamların yeni kesitlerine uygulanan pankesatin immunhistokimya yöntemi ile hücrelerde boyanma ile birlikte mevcut olup HMWK ile boyanma görülmemiştir. Morfolojik bulgular immunhistokimya sonuçları ile birlikte değerlendirildiğinde perinöral invazyon gösteren karsinom olarak değerlendirilmiştir. Ancak lezyon çok küçük olduğundan tümörün paterni belirlenememektedir. Kesin tanı için biopsi tekrarı gerekir.

Prostat, TUR materyali: Orta derecede diferansiye adenokarsinom. Gleason patern:3, Gleason skor:6 (3+3). TUR materyalindeki tümör, konsültasyon materyali üzerinden değerlendirildiğinden yüzde oranı belirlenememiştir."kayıtlıdır.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

TUR materyaline ait kesitlerde tümöral asinüslerin küçük alanlarda bulunması, ayrıca ezilme/koter artefaktı, yoğun iltihap ve reaktif değişikliklerin varlığının ayırıcı tanıda yanılığa neden olabileceği, laboratuara histopatolojik inceleme için gönderilen örneklerle birlikte klinik bilgilerin de eklenmesi gerektiği, kesici iğne biyopsilerine ait kesitlerde ise az sayıda hücrede malignite bulgusu saptanmış olup kesin tanının ancak immünahistokimyasal yöntemlerle desteklenerek konulabileceği, karsinom ön tanısı (şüphesi) ile gönderilmiş örneklerde ayırıcı tanı için immunohistokimyasal inceleme yapılmamasının eksiklik olduğu oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Özcan Atahan, Kemerburgaz Üniversitesi, Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

1- Patoloji alınmadan PSA ve klinik bulgulara dayanılarak prostat kanseri tanısı konulup tedavi başlanabilir mi?

Prostat kanseri erkeklerde en sık tespit edilen kanser türüdür. Tanı parmakla rektal muayenede sertlik bulunması, PSA yüksekliği veya transrektal ultrasonografide şüpheli lezyonlar görülmesi nedeniyle prostat biyopsisi yapılmak suretiyle veya cerrahi olarak çıkarılmış örneklerde adenokarsinom görülmesiyle konulabilir. Yükselmiş serum PSA konsantrasyonlu hastaların tümü prostat kanseri olmayıp PSA'sını

yükselten diğer faktörler örneğin BPH, üretra enstrümantasyonu, enfeksiyon, prostat enfarktisi veya zorlu prostat masajı da göz önüne alınmalıdır. Yine rektal muayenede ele gelen endüryasyon yalnızca prostat kanserinde değil, kronik granülatöz prostatit, geçirilmiş TUR-Prostatektomi, prostattan biyopsi alınması veya prostat taşına da bağlı olabilir. (EAU - ESTRO - SIOG Guidelines on Prostate Cancer N. Mottet (Chair), European Association of Urology 2016). Prostat kanserinden şüphelenilen fakat yaşam beklentisi 5 yılın altında ve asemptomatik olan hastalarda biyopsi alınması ve ileri tetkik yapılması gereksizdir (NCCN guidelines version3.2016).

Olgumuzda ürolog klinik bulgularla, PSA yüksekliği (>100) ve kemik sintigrafisinde metastaz ile uyumlu aktivite artışı görülmesi nedeniyle prostat kanseri tanısı koyarak hormon tedavisine başlamıştır. Ürologun biyopsi almamasının nedeni, hastada biyopsiy kontrendike bir duruma bağlı gibi görünmemekte, daha çok doktorun klinik tecrübesine dayanarak kanser tedavisine başladığı anlaşılmaktadır.

Sadece prostat biyopsisi alınmasının kontrendike olduğu ciddi koagülopati, ciddi immunsupresif ve akut prostatitli hastalarda, semptomatik olan ve tedavi gerektiren hastalarda PSA ve klinik bulgulara dayanarak prostat kanseri tanısı konulup tedavi başlanabilir. İlerde biyopsi alınmasına engel durum kalkınca tanı patolojik olarak teyit edilmelidir.

2- Önceden patolojik tanısı olmayan hastada TURP materyellerinde malignite görülmemesi nedeniyle yine aynı doktorun tedaviyi kesmesi doğru mudur?

Prostat kanseri olguların %60-70'inde periferik zondan kaynaklanırken, %10-20'si transizyonel zon ve %5-10'u santral zondan kaynaklanır. Bu nedenle prostat kanserli bir olguda yeterince derine inilmemişse veya kanserli alanlara TUR yapılmamışsa patolojisi benign gelebilir. Prostat kanseri tanısı koymak için transüretal olarak prostatın rezeke edilmesi (TURP) doğru bir yöntem değildir. Prostat kanseri şüphesi varsa aynı seansta TRUS eşliğinde çoklu prostat biyopsisi yapmak gereklidir. Cerrah patoloji istem kağıdına hastanın klinik ve laboratuvar bulgularını ayrıntılı yazarak ön taniya prostat kanserini de eklemeli, gerekirse patoloğu uyarmalıdır.

Çoğu prostat karsinomunun hormona bağımlı ve metastatik prostat kanserli hastaların %70-80'inin androjen yoksunluğunun çeşitli formlarına yanıt verdiği iyi bilinmektedir. Bu yanıt ortalama 12-18 ay sürmektedir (EAU - ESTRO - SIOG Guidelines on Prostate Cancer N. Mottet (Chair), European Association of Urology 2016). Olgumuzda da 100'ün üzerinde olan PSA'nın hormon tedavisi sonrası 1. ayda 19.158 ng/ml'ye düşmesi tedaviye iyi cevap alındığını göstermektedir. Aynı zamanda hastanın biyopsinin olmamasına ve alınan TUR materyalinin benign gelmesine rağmen tedaviye bu cevap hastanın prostat kanseri olduğuna kuvvetli bir delil olarak düşünülmelidir. Bu yüzden PSA'nın düşmesi ve tedaviye cevap alınması nedeniyle kesin teşhis konuluncaya kadar aldığı hormonal tedavi kesilmemelidir. Zaten metastatik prostat kanserinde androjen baskılanması kastrasyona direnç geliştigi zaman dahi sürdürülmeli kesilmemelidir.

3- Bulunduğu şehir üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Polikliniğinde hastaya sadece biyopsi yapıp sonucun prostatit gelmesi üzerine ilgili merkeze gönderilmesi uygun mudur?

Bir üroloji polikliniğine herhangi bir nedenle başvuran hasta artık o hastanenin hastası olmuştur. Hastadan tıbbi anamnez alınır, fizik muayenesi yapılır, eski yapılmış tetkikleri incelenir, gerekirse yenileri istenir, kılavuzlara göre hasta tetkik ve tedavi edilir. Böylece başka bir merkezde atlanmış tanı ortaya konabilir, eksik tetkikler tamamlanabilir, konsültasyonlar istenebilir ve hasta uygun tedavisini alabilir. Bu olguda sadece biyopsi alınarak sonucun prostatit gelmesi üzerine hasta eski merkezine gönderilmiştir. Halbuki bir üniversite hastanesi 3. basamak hastane olup tersine 1. ve 2. basamaktan daha ileri tetkik ve tedavi amacıyla hastalar bu merkezlere sevk edilmektedir. Bu yüzden hastanın sadece biyopsisinin alınıp ilgili merkeze geri gönderilmesi uygun olmamıştır.

4- Hastanın TUR-P sonrası patolojisinin kanser gelmemesi üzerine tedavinin kesilmesi hastanın yaşamını kısaltmış mıdır?

İlerlemiş prostat kanserinde ADT tedavisi progresyonu geciktirir, komplikasyonları azaltır, semptomları düzenler ancak surviyi uzatmaz. İlerlemiş prostat kanserinde, erken androjen supresyonu, geç tedavi ile karşılaştırıldığında belirgin bir şekilde hastalık progresyonunu, komplikasyon oranlarını azaltır. Metastatik prostat kanserinde dahi semptomatik değilse tedavisiz izlem seçeneği mevcuttur. (EAU

- ESTRO - SIOG Guidelines on Prostate Cancer N. Mottet (Chair), European Association of Urology 2016). Bu nedenle tanı konulmadan zaten 3 ay ADT tedavisi olarak PSA 19'lara düşmüştü. Tedaviye ara verilip tanı konulduktan sonra ADT'ye başlanıldığından hastanın yaşam süresi etkilenmemiştir. Bu olguda da semptomlar başlanınca olgu tekrardan değerlendirilip eski patolojik spesmenler değerlendirilmiş ve prostat kanseri tanısı almıştır. Yani öncesinde dahi prostat kanseri tanısı konulmuş olsaydı kılavuzlara göre semptomatik oluncaya kadar hiçbir tedavi verilmeden de izlenebilirdi. Hastanın bu nedenle tedavi gecikmesine bağlı bir kayıp söz konusu değildir.

5- TUR-P ve biyopsi materyellerinde daha sonraki incelemelerde kanser odaklarının olduğu anlaşılmıştır. Patoloğun tanı koyamaması nasıl değerlendirilmeli? immunhistokimyasal boyama yapması zorunlu mudur?

Prostat kanserlerinin patolojik olarak %95'den fazlası adenokarsinomdur. Prostat kanseri tanısından kuşkulaniyorsa tercihen bazal hücreleri boyayan yüksek molekül ağırlıklı keratin (HMWK) immunohistokimyasal boyama yararlı olabilir. Bu boyamada sonucun negatif olması, bazal hücrelerin ortadan kalkmış olduğunu gösterir ve prostat kanseri ile uyumludur. Bu boyaya rağmen sonuç alınamamışsa ve klinik olarak kanser yönünde bu hastada olduğu gibi kuvvetle şüpheleniyorsa doku örnekleri AMACR veya EPCA gibi yeni belirteçlerle boyanabilirler. Olgumuzda da ürolog klinik muayene ve laboratuarda yüksek PSA konsantrasyonu nedeniyle prostat kanseri tanısı koymuş ve tedaviye başlamıştır. Ancak burada eksik olan konu, patoloğa materyal gönderilirken hastanın metastazları, klinik ve laboratuvar bulguları ve prostat kanseri açısından kuvvetle şüphe olduğunun belirtilmemiş olmasıdır.

Patoloğun materyali incelerken prostat kanserini araması ve net alan görmese bile şüphe duyduğu alanlara ek boyalar yapması gereklidir. Boya sonucunda da benign-malign ayrımında şüphede kalıyor ise üropatolojide deneyimli patoloğlara danışması veya göndermesi gerekmektedir.

Patoloğun tanı koyamamasının birçok nedenleri olabilir. Eğitim aldığı kurumda yeterince prostat kanseri görememiş, tecrübesi eksik olabilir. İş yoğunluğu fazla olup, preparatları yeterince titiz incelememiş olabilir.

Bu olgu bize göstermiştir ki, cerrahın/klinisyenin hasta hakkında yeterli ve detaylı klinik bilgiyi patoloğa bildirmesi büyük önem taşımaktadır. Hastayı hiç görmeyen ve bilgisi olmayan bir patoloğun hata yapma riski de doğal olarak artmaktadır. Bununla birlikte biyopsi örnekleri titiz incelendiğinde görülecek şüpheli alanların varlığında patoloğun klinisyen ile diyaloga geçmesi gereklidir.

Cerrah da klinik olarak kanser olduğunu düşündüğü olgusunda patolojisi benign tanısı geldiğinde patoloğu bu açıdan uyarmalı ve biyopsi örneklerinin yeniden incelenmesini talep etmelidir. Hatta gerek duyarsa prostat kanseri konusunda deneyimli bir patoloğa yönlendirerek konsültasyon istemelidir.

Tüm bunlara rağmen biyopsi sonucu negatif gelse bile klinik olarak şüphe taşıyan hastada, satürasyon tekniği ile daha çok odaktan, transizyonel zona yönlendirilmiş genişletilmiş veya multiparametrik MR ile prostat kanseri olabilecek şüpheli odaklara yönelik biyopsi önerilmelidir (EAU - ESTRO - SIOG Guidelines on Prostate Cancer N. Mottet (Chair), European Association of Urology 2016, NCCN guidelines version 3.2016).

Sonuçta bu olguda üniversite hastanesi Patoloji bölümünde yapılan immunohistokimyasal yöntemlerle perinöral invazyon gösteren karsinom olarak değerlendirilmiş, lezyon küçük olduğu için tümör patterni belirtilmemiş, biyopsi tekrarı önerilmiştir. Prostat TUR materyaline de orta derecede diferansiye adenokarsinom Gleason 3+3 olarak tanı konulmuştur.

6- Bilirkişi olarak bu olayı nasıl rapor edersiniz?

Hastaya ait belgeler ve savunmalar incelendiğinde alt üriner sistem semptomları ile üroloji polikliniğine başvuran hastaya klinik muayene ve tetkik neticesinde PSA'nın >100 ng/ml, kemik sintigrafisinde artmış aktivite tutulumu bulguları ile prostat kanseri tanısı konulduğu ve hormonal tedavi başlandığı anlaşılmaktadır. Prostat kanseri tanısı kesin olarak prostat biyopsisi yapılmak suretiyle veya cerrahi olarak çıkarılmış örneklerde adenokarsinom görülmesiyle konulabilir. Sadece prostat biyopsisi alınmasının kontrendike olduğu ciddi koagülopati, ciddi immunsupressif ve akut prostatitli hastalarda biyopsi alınmaz. Eğer semptomatik olan ve tedavi edilmesi gereken hastalarda biyopsiye kontrendike durum varsa PSA ve klinik bulgulara dayanılarak prostat kanseri tanısı konulup tedavi başlanabilirdi. İlerde bi-

yopsi alınmasına engel durum kalkınca tanı patolojik olarak teyit edilebilirdi. Burada hekimin biyopsi almadan klinik muayene ve tetkik bulguları ile prostat kanseri tanısı koyup MAB ile tedaviye başladığı görülmektedir. Dosyadan anlaşıldığı kadarıyla prostat biyopsisine kontrendike bir durum söz konusu olmadığından hekim biyopsi yapabiliyordu. Yaklaşık 3 ay sonra hormonal tedavi ile prostatın %50 küçülmesi beklenerek tıbbi tedaviden fayda sağlamadığı anlaşılıp hastaya TUR-prostatektomi ameliyatı yapılmıştır. Patolojisinin benign gelmesi üzerine hekim hormonal tedaviyi kesmiştir. Halbuki PSA'nın 100'ün üzerinden 19'lara düşmesi tedaviye cevap alındığını göstermektedir. Klinik olarak prostat kanseri düşünen hekimin tanısında ısrar etmesi, patolojik spesmenlerin üropatolojide deneyimli ve immunohistokimya yapılabilen bir merkezde konsülte edilmesi gerekirdi. İlk biyopsi negatifse ikinci biyopside kanser konma oranı %10-35'dir (EAU-ESTRO-SIOG Guidelines on Prostate Cancer N. Mottet (Chair), European Association of Urology 2016) Bu nedenle kılavuzlara göre tanı konuncaya kadar 3 kez biyopsi de yapılabilirdi.

Prostat kanserlerinin patolojik olarak %95'den fazlası adenokarsinomdur. Prostat kanseri tanısından kuşkulaniyorsa tercihen bazal hücreleri boyayan yüksek molekül ağırlıklı keratin antikoru ile immunohistokimyasal boyama yararlı olabilir. Gland epitellerinde bu boyanın negatif olması prostat kanseri ile uyumludur. Buna rağmen sonuç alınamamışsa doku örnekleri AMACR veya EPCA gibi yeni belirteçlerle boyanabilirler. Bu olguda patoloğ TUR materyali gönderme formunda prostat kanseri? ön tanısını görünce gönderilen tüm materyali dikkatlice tarayarak prostat kanserini arayabilir; tanı koyamazsa, ek boyalar yapılabilir, prostat kanseri konusunda deneyimli patoloğlara danışabilirdi. Buna rağmen şüphesi varsa bunların yapılması için cerrahı uyabilir (EAU - ESTRO - SIOG Guidelines on Prostate Cancer N. Mottet (Chair), European Association of Urology 2016, NCCN guidelines version 3.2016).

Not: Olguda hastanın rektal muayene bulgusu eksikdir, tüm prostat sert ve büyümüş kabul edilmiş tir. Evrelemede kullanılan pelvik MR veya BT yoktur, hastada lenf nodu negatif olarak kabul edilmiştir.

5.2.5 PROSTAT KANSERİNDE TANI VE EVRELEME SORUNU İLE AYDINLATMA EKSİKLİĞİ

İDDİA

Eşim prostat ameliyatı oldu. Doktor "kansere başlangıcı var doktor doktor gezmeyin, sizi ben tedavi edeceğim, edemez isem Bursa'ya göndereceğim" dedi, eşime göbekten iğne yaptı, üç ay sonra tekrar gel diye söyledi. Üç ay sonra göbekten iğnesini yaptı ve her şey yolunda, üç ay sonra tekrar gel, hap kullanmaya devam et dedi. Yaklaşık 6 ay sonra eşimde ağrılar oluştu, zor yürür hale geldi, doktorumuza gittik MR çekildi. Doktor bizi onkoloji hastanesine gönderdi. Bu hastanede onkoloji doktoru idrarda kanama olduğundan eşimi üroloji doktoruna göndermiş. İdrarından gelen kan artınca eşime kan, trombosit verildi ve ameliyat edildi. Doktor, "siz benim hastam değilsiniz, ben kanı durdurdum, içeride kalan parçayı aldım, onkoloji doktoruna gideceksiniz" dedi. Eve geldik, eve geldiği günün gecesi ağrılarından ve mide bulantısından uyuyamadı. Bunun üzerine sabaha karşı ilçemizdeki Özel Hastaneye götürdük, burada göbekten üç aylık iğnesi yapıldı. Aynı günün gecesi eşim daha da ağırlaşınca idrar çıkışı durup kan değerleri bozulunca, eşimi ambulansla Haliç Hospital hastanesinin yoğun bakımına götürdük, oradan da Cerrahpaşa Hastanesi Acil Yoğun Bakım Ünitesine gönderdiler. Burada yaklaşık 22 gün kaldı ve eşimi kaybettik. Doktorumuz eşimin prostat kanseri olduğunu biliyordu, buna yönelik tedavi yapmadı, yaklaşık 5,5 ay bizi oyaladı, şayet prostat kanseri olduğu teşhis edildiği andan itibaren yapılması gereken tedavi yapılıysaydı, eşim en azından daha uzun süre yaşayabilirdi.

SAVUNMA

67 yaşındaki hasta ileri derecede işeme problemleri ve ağrı şikayetiyle polikliniğe müracaat etti. Hastanın psa'sı inanılmaz derecede yüksekti (430 ng/ml). Prostat muayenesinde prostat çok sert, büyük, etraf dokulara yapışık ve invaze olmuştu. Aynı gün tomografi çekildi. tomografide pek özellik yoktu. Mevcut bulgular ve muayene neticesinde hastanın ileri evre prostat kanseri olduğu anlaşılıyordu. Hastaya endoskopik değerlendirme yapıldı (lokal anestezi ve sedasyon ile sistoskopi ve rektal bimanuel muayene). İleri derecede büyümüş ve sert prostat dokusu ve mesanede tıkanıklık bulguları tespit edildi. İşlemden sonra idrarını yapamayan hastaya sonda takıldı. Ertesi gün hastanın rahat idrar yapabilmesi ve

doku patolojik tanısı elde etmek için hastaya pasaj tur operasyonu yapıldı. Patoloji sonucu kötü diferan- siye adenokarsinoma gleason grade (5+4=9) şeklinde rapor edilmişti.

Mevcut bulgularla hastanın cerrahi (radikal prostatektomi) ve radyoterapi şansı yoktu. Tüm dünya ürolojisince kabul gören MAB (maksimal androjen blokajı) tedavisi başlamak gerekiyordu. Aynı gün tedavisine başlandı. 3 ay sonra psa 11'e kadar gerilemişti. Dört ay sonra hastayı kontrole çağırdım. Hastanın idrarında yanma, kanama, zor idrar yapma ve şiddetli bel ağrıları vardı. Yapılan testlerde 430'dan 11'lere kadar gerileyen psa'nın tekrar nüksettiği ve 154'e çıktığını farkettim. Çekilen mr ve ultrasonogra- fide prostat etrafında ve mesanede kitleler ve kemik metatazlarının artmış olduğunu tesbit ettik. kanser hormon tedavisine direnç geliştirmiş ve progresyon (ilerleme) gösteriyordu. Daha sonraki süreçte Bursadaki Hastanede psa'nın 700'lere ulaştığını, kanamalar ve kitleler nedeni ile müdahale edildiğini ve çok miktarda kan ve trombosit verildiğini öğrendim.

Bilimin tüm kaynaklarını ve tüm eforunu kanseri yenmek için seferber ettiği bir dünyada yaşıyoruz. Buna rağmen kanser bir çığ gibi büyümeye ve en önemli ölüm nedeni olmaya devam ediyor. Biz he- kimler ilahi güçleri olan varlıklar değiliz. Bizim yapabileceklerimiz sınırlı. Bizler erken evredeki kanserleri tedavi edebiliyoruz. Fakat geç evredeki bir kanserle savaşıyoruz. Ancak galip gelemiyoruz. Medyadan birçok ünlünün çok iyi hastanelerde ve çok iyi şartlarda tedavi gördükleri halde kansere yenik düştükle- rini hep birlikte izlemiyor muyuz? Artık günümüzde stres, teknoloji, kötü beslenme ve sedanter yaşam (hareketsizlik) çok artmıştır ve bunlar kansere davetiye çıkarmaktadır. Kanserin günümüzde tıpdaki tüm gelişmelere rağmen inanılmaz boyutlara ulaşacağına inanıyorum. Çünkü tüm kanserler her yıl katlana- rak artıyor. İnsanların dünya sağlık örgütünün kanserden korunma için önerdiği önerilere uyması ve belli yaşlarda tıbbi kontrollerini yaptırması çok önemlidir.

Sunmuş olduğum kanserle ilgili bilgiler ve hastaya ait veriler ışığında ben; geç kalmış ileri evre pros- tat kanserli hastama en uygun teşhis, tedavi ve takip yöntemini uyguladığımı ve uygulamalarımın günü- müz modern ürolojisi ve konuyla ilgili literatürlerle örtüşüğünü düşünüyorum.

BELGELER

21.11.2012-06.12.2012, Onkoloji Hastanesi: Prostat malign neoplazmi olan hastanın radyasyon onkolojisi ve hematoloji bölümlerince takibi sırasında kanamasının olması nedeniyle ameliyata alındı, ameliyatta üretra boyunca darlık olduğu görüldü, üretrotomi ile açıldı veruda vizyon yarı açık obstrüktif ve hemorajik prostat kanseri dokuları olduğu görüldü. Mesanede kitleler ve prostat rezeke edildi, yatışı sırasında 12 ünite trombosit süspansiyonu 2 ünite eritrosit süspansiyonu verildi. Ameliyatta alınan materyalin incelenmesinde adenokarsinom gleason (5+4) tanısı konuldu. Radyasyon onkolojisi ve he- matoloji bölümlerine takip edilmek üzere taburcu edildi.

18.12.2012-09.01.2013, İstanbul Üniversitesi, Acil Tıp AD: 67 yaşında erkek hastanın 2012 de mayıs ayında tanısı konulan ileri evre prostat ca+ mesana tm + yaygın kemik met. tanıları mevcut. Mesaneden kitle eksizyom+ prostatektomi yapılmış, hct ve plt değerleri hep düşük seyreden hasta dış merkezde he- matoloji ile konsulte edilmiş, sürekli kan ürünleri transfüzyonu yapılmış. 09.12.2012 tarihinde hastaya ybü endikasyonu konulmuş, ybü nde hasta spontan solunumda takip edilmiş, üre:277 kreatinin 9,54 olan hastaya anürik olduğu için diyaliz tedavisi uygulanmış. Hasta şuuru açık spontan solunumda dış merkez ybü'den acil ybü'ne alındı. (Hasta 09.01.2013 tarihinde ölmüş.)

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Doktorun kişinin muayenesini ve gerekli tetkiklerini yaparak hastalığının doğru tanısını koyduğu, uygun tedavisine başlanıldığı cihetle; kusur olmadığı oy birliğiyle mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Dr. Özgür Haki Yüksel, Prof. Dr. Ayhan Verit,

Fatih Sultan Mehmet eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1. Tanı ve evrelendirme aşamalarının klasik bilgi ve klavuzlara uyumunu yorumlayınız?

Prostat kanserinden genellikle parmakla rektal muayene (PRM) ve/veya PSA değerlerine bakılarak

şüphelenilir. Kesin tanı, prostat biyopsi örnekleri ve benign prostat büyümesi için yapılan transüretal rezeksiyon ve prostatektomi materyallerinde adenokarsinomun histopatolojik olarak doğrulanması ile konur. 2016 EAU klavuzuna göre prostatın transüretal rezeksiyonunun prostat kanseri tanı aracı olarak kullanılmaması gerektiği belirtilmiştir (Kanıt düzeyi 2a, Öneri düzeyi A)

Patolojik tanının tespiti ve hastalık risk grubu tanımlandıktan sonra radyolojik evreleme bunlara uygun olarak klavuzun belirttiği üzere yapılmalıdır.

2016 EAU klavuzuna göre yüksek riskli lokalize veya lokal ileri prostat kanseri için lokal evreleme amaçlı multiparametrik MRG kullanılmalıdır (Kanıt düzeyi 2b, Öneri düzeyi A). En azından kesitsel abdominopelvik görüntüleme ve kemik sintigrafisini içeren görüntüleme yapılmalıdır (Kanıt düzeyi 2a, Öneri düzeyi A).

2- Önce sistoskopi daha sonra TUR endikasyonu hakkında değerlendirmeniz nasıldır?

2016 EAU klavuzuna göre prostatın transüretal rezeksiyonunun prostat kanseri tanı aracı olarak kullanılmaması gerektiği belirtilmiştir (Kanıt düzeyi 2a, Öneri düzeyi A). Ancak minimal invaziv yöntemlerle kontrol altına alınamayan hematüri, idrar retansiyonu veya transrektal USG eşliğinde prostat biopsisi yapmaya engel rektal patoloji varlığı gibi durumlarda endoskopik girişime başvurulabilir.

3- Tanı sırasında metastatik prostat kanseri olduğu anlaşılan hasta ve ailenin aydınlatılması uygun mudur?

Lokal ileri evre non metastatik prostat kanserinde hormon ablasyon tedavisine başlandığında ilk olarak % 80-90 cevap alınır. Bu hastalarda hormonal tedavi ile progresyonsuz sağkalım süresi ortalama 12-33 aydır. Asemptomatik, nonmetastatik yüksek PSA lı hormona refrakter hastalarda ortalama yaşam beklentisi 24-27 ay, minimal metastazı olanda 16-18 ay, yaygın metastazı olanda 9-12 aydır. Semptomatik hastalarda ise ortalama yaşam süresi minimal metastazda 14-16 ay, yaygın metastazlarda ise 9-12 aydır. Sunulan vaka ilk başta non metastatik olarak kabul edilse bile 3. ayında hormona refrakter metastatik ve semptomatik hale geldiği anlaşılmıştır. Bu durumda yukarıdaki klasik bilgilerden anlaşılacağı üzere beklenen yaşam süresi 9-12 aydır. Buna yönelik olarak halen çalışma aşamasında olan deneysel tedaviler uygulanması halinde dahi yaşam süresinin ancak aylarla ölçülebilecek kadar arttırılabileceği açıktır. Tanı sonrası yaşam beklentisi literatür eşliğinde zaman ve yüzde olarak söylenmeli ve hasta ve yakınlarının anlayabileceği dilde tekrar edilmelidir. Örneğin "Genel bilgi birikimine göre, Hastanızın sayılı aylar düzeyinde yaşayabileceğini söylemem yanlış olmayacaktır" gibi.

4- Bu hastalığı nasıl yönetirdiniz?

Yukarıdaki veriler ışığında 2009 TNM sınıflamasına göre hasta klinik olarak cT3b-T4NXMX olarak değerlendirilebilir. Hasta EAU lokal ve lokal ileri prostat kanseri biyokimyasal nüks risk gruplarından yüksek riskli gruba dahil edilebilir.

Hastamız yüksek riskli lokal/lokal ileri bir hastalık olarak kabul edilirse; RT uzun dönem androjen baskılama tedavisi ile birlikte uygulanmalıdır (2-3yıl) (Öneri düzeyi A).

Hastamız metastatik prostat kanseri olarak kabul edilecekse; Cerrahi veya medikal kastrasyon önerilmelidir (Öneri düzeyi A).

İlk prezentasyonları M1 olan ve kemoterapi için uygun olan bütün hastalara kastrasyon ile kombine kemoterapi önerilmelidir (Öneri düzeyi A).

Kastrasyon ile kombine olarak kemoterapi alamayan veya almak istemeyen hastalara, antiandrojen ile birlikte veya yalnız olarak kastrasyon önerilmelidir (Öneri düzeyi A).

Bu verilere ilaveten yaşamı tehdit eden hematüri, postrenal böbrek yetmezliğine yol açan üriner obstrüksiyon gibi durumlarda hastanın yaşı ve komorbiditeleri dikkate alınarak uygun aydınlatma ile birlikte palyatif prostatektomi, pelvik anjiyoembolizasyon, bilateral nefrostomi gibi seçenekler düşünülebilir.

5- Bu olayı bilirkişi olarak nasıl rapor ederdiniz?

Tanı konduğu anda yüksek riskli ve yayılmış prostat kanseri olan hastanın, kanserin doğası gereği geç kalınmış ve mutlak tedavi şansını yitirmiş olarak kabul edilmesi gerektiği kanısındayım. Tanı sonrası ya-

pılanlar ancak hastanın biraz daha uzun ve kaliteli yaşamasına yönelik olabilir. Bu konu ile ilgili olarak da hasta ile ilgilenen hekimlerin, dünya tıp bilgi birikimi çerçevesinde, gereğini yaptığını düşünmekteyim.

Genel öneri; Teknolojinin artık daha ucuz ve yaygın olması nedeni ile özellikle kanser hasta bilgilendirmelerinin daha fazla zaman ayrılarak sesli ve görüntülü olarak kayda alınmasının teşvik edilmesidir. Bu durum gereksiz mahkemeleri azaltarak ülke personal kaynaklarının boşa harcanmasını azaltacaktır görüşümdedir.

5.2.6 PROSTAT KANSERİ TAKİBİNDE EKSİKLİK Mİ AYDINLATMA SORUNU MU?

İDDİA

5 yıl önce prostat kanseri teşhisiyle Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yatarak tedavi oldum ve yapılan ameliyat çerçevesinde taburcu edildim. Sürekli kullanmam gereken ilaçlar yanında her 3 ayda bir kontrole gitmem belirtildi. Mersin ilinde ikamet ettiğimden kontrollerime bu ilde devam etme kararı aldım.

Prostat kanserinin ilerlediğinin belirtileri olan PSA seviyem yükselme başlamış fakat Mersinde kontrollere gittiğim doktor tarafından tarafıma herhangi bir bilgi verilmemiştir. Kanser kemiklere yayılmasına istinaden tüm vücudum ağrıyaya başlamış, eklem şikayetiyle kendisine gittiğimde merak edecek bir durum olmadığım söylemiş ve herhangi bir röntgen veya tetkik istemeden sadece ağrı kesici ve kas gevşetici tedavi uygulamıştır. Daha sonra yapılan tetkiklerde kanserli hücrelerin kemiklere yayıldığı tespit edilmiştir. Ameliyat olduğum hastaneyi gelip tekrar tedavim için başvuruda bulundum. Onkoloji bölümünden artık kanserin yayılım gösterdiği ve geç kalındığı belirtilmiş. O tarihten itibaren ışın tedavisi ve kemoterapl gibi birçok alternatif tedavi uygulanmaktadır.

SAVUNMA

Hakkımda yapılan suçlamayı kabul etmiyorum. Belirtilen tarihte hasta prostat kanseri olması nedeni ile büyük ihtimal kan tetkikleri yapılmıştır. Benim bizzat yaptığım işlem kanser nedeni ile olan iğnedir. Hastanelerde genelde iğne işlemlerini hemşireler yapar. Fakat korktukları için ben işlemlere özen gösterdiğimden kendim bizaat yapıyorum. Müştekinin ileri sürdüğü iddialar soyut iddialardır. Prostat kanseri ile ilgili muayeneler kısa süreli muayeneler değildir. Zamana yayılarak yapılır. Ben bulunduysam da bu hastalığın belli bir periyodunda işlem yapmışımdır. Haksız iddialardır. Hatta ben hastaya üniversiteye veya ameliyat olduğun hastaneye gitmesini gerektiğini söyledim.

BELGELER

Patoloji Raporu: Radikal prostatektomi materyali. Her iki lobda yaygın, Gleason skor: 4+4, Veziküle seminalis invazyonu sağda mevcut. Cerrahi sınırlar negatif.

Üniversite SAUM: Daha önce geçirdiği prostatektomiye yönelik (prostat ca nedeni ile) girişim sırasında loop kolostomi yapılan hasta kolostomi kapatılması için başvurdu, hastaya kolostomi kapatılması operasyonu yapıldı.

Eğitim ve Araştırma Hastanesi: Organik kaynakla impotans, erektil disfonksiyonu olan hastaya penis protez takıldı.

Özel Hastane (Davalı hekimin çalıştığı hastane): 2-3 gündür devam eden sağ böğür ağrısı şikayetleri mevcut, metatas açısından tetkikleri istendi.

07.07.2011: Sağ böğür ağrısı, kasık ağrısı 1 haftadır devam ediyor. Muayenesi yapıldı reçete düzenlendi.

22.08.2011: İdrar yapma zorluğu, sık idrara çıkma, idrarda incelleme, sağ böğür ağrısı mevcut. Tüm tetkikler metastaz açısından istenmiştir. Total PSA:0,02.

07.02.2013: İdrar yapma zorluğu, sık idrara çıkma şikayetleri uzun süredir mevcut. Muayene edildi, tetkikleri istendi, derlendirildi, reçete düzenlendi. Casodex 150 mg 28 tablet 1x1 3 kutu. Total PSA:0,72.

03.05.2013: İdrar yapma zorluğu, sık idrar çıkma, çatalaşma, kabızlık hali, midede yanma mevcut. Ca takipli hastaya muayenesi yapıldı, reçete düzenlenerek taburcu edildi.

26.07.2013: İdrar yapma zorluğu, sık idrara çıkma, idrarda inceleme, mide ağrısı böğürlerde ağrı şikayeti olduğu, uzun süredir şikayetleri mevcut olduğu, prostat CA takip hasta. Fizik muayenesinde; RT'de prostat fibrotik ve sert kıvamda, muayenesi yapıldığı, tetkikleri istendiği, değerlendirildiği, reçete düzenlenerek önerilerle taburcu edildi. PSA:2,31

02.09.2013: idrar yapma zorluğu, sık idrara çıkma, çatallaşma, idrarda yanma olduğu, RT'de prostat fibrotik ve sert kıvamda, muayenesi yapıldığı, tetkikleri istendiği, tetkikleri değerlendirildiği, reçete yazılarak önerilerle taburcu edildiği, PSA:2,53.

21.10.2013: İdrar yapma zorluğu, sık idrara çıkma, çatallaşma yanma olduğu, uzun süredir şikayetleri mevcut, fizik muayenesinde RT'de prostat fibrotik ve sert kıvamda, muayenesi yapıldığı, tetkikleri, istendiği, tetkikleri değerlendirildiği, reçete yazılarak önerilerle taburcu edildiği, PSA:4,54.

11.01.2014: İdrar yapma zorluğu, sık idrara çıkma, idrarda inceleme, çatallaşma olduğu, uzun süredir şikayetleri mevcut, fizik muayenesinde RT'de prostat sert ve fibrotiki muayenesi yapıldığı, tetkikleri, istendiği, tetkikleri değerlendirildiği, reçete yazılarak önerilerle taburcu edildiği, PSA:9,80.

28.1.2014: İdrar yapma zorluğu, sık idrara çıkma, çatallaşma, idrarda yanma olduğu, Hikayesi uzun süredir şikayetleri mevcut, muayenesi edildiği, reçete verildi, önerilerde bulunularak taburcu edildi. Total PSA: 14,23.

10.2.2014: İdrar yapma zorluğu, sık idrara çıkma, çatallaşma, idrarda yanma olduğu, uzun süredir şikayetleri mevcut, muayenesi edildiği, reçete verildi, önerilerde bulunularak taburcu edildi. Total PSA:41,85.

Üniversite SAUM, 06.03.2014: Tüm vücut kemik sintigrafisinde yaygın kemik met.

Üniversite SAUM, 13.06.2015; Mersin Üniversitesi SAUM: Prostat CA opere, yaygın kemik meti mevcut, hasta Ankara'da KT ve RT aldığı, hasta tahlil ve tetkik yapmayı kabul etmedi,

Üniversite SAUM, 24.09.2014: Hasta yatırıldı, genel durumu bozuk olan hastada solunum ve kardiyak arrest geliştiği, CPR yapıldığı, cevap alınmadığı, eks kabul edildi.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Arslan Ardiçoğlu, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

1- Radikal prostatektomi sonrası hastanın evresine göre takipleri nasıl olmalıdır?

Radikal prostatektomi sonrası standard takipler 3 ayda bir olmak üzere 1 yıl boyunca yapılır. Herhangi bir klinik belirti ya da PSA yükselmesi olmazsa 3 yıl 6 ayda bir daha sonra ise yıllık kontrollerle hasta takip edilir. Kontrol muayenelerinde, hastalığa özel şikayetleri ve klinik belirtiler sorgulanır, serum PSA düzeyi takip edilir ve rektal muayene ile prostat loju kontrol edilebilir. Ancak hastanın patolojik evresi pT3b yani prostat dışına ilerlemiş ve seminal vezikül bezine yayılma saptanmış olması sebebiyle ameliyat sonrası yakın dönemde ya da PSA seviyesindeki artış takip edilerek PSA 0.2-0.5 arasına ulaştığında radyoterapi başlanabilir, duruma göre de hormonal tedavi bu tedaviye eklenebilir. Hormonal tedavi almaya başlamış ise takiplerde PSA ile birlikte serum testosteron düzeyleri de tetkik edilmelidir. Görüntüleme olarak ise PSA'nın seviyesi ve artış hızı göz önünde bulundurularak Tüm vücut kemik sintigrafisi veya prostat lojuna ve karın bölgesine yönelik bilgisayarlı tomografi, MR (manyetik rezonans) inceleme uygulanabilir. (European Association of Urology, Prostat Cancer Guidelines)

2- Dosyaya göre hastalığın evresi ve sürvileri literatürde nasıldır?

Ameliyat sonrası çıkarılan spesimene yapılan patolojik inceleme sonucunda hastada gleason 4+4 adenokanser ve sağda seminal veziküle invazyon (kanserin doku içine ilerlemesi) saptanmış olup cerrahi sınırlarda tümör kalmamış olduğu belirtilmiştir. Bu patolojik evre pT3b olarak adlandırılır. Yapılan sağkalım çalışmalarında T3b tümörlerde cerrahi tedavi sonrası kanser spesifik sağkalım oranı 5 yıl için %88-92, 10 yıl için %87-92 olarak bulunmuştur. Genel sağ kalım oranlarına bakıldığında ise 5 yıl için %73-88, 10 yıl için %65-71 olarak bulunmuştur.

(Joniau, S., et al. Radical prostatectomy in very high-risk localized prostate cancer: long-term outcomes and outcome predictors. Scand J Urol Nephrol, 2012. 46: 164. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22364377>,

Johnstone, P.A., et al. Radical prostatectomy for clinical T4 prostate cancer. *Cancer*, 2006. 106: 2603. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16700037>

Moltzahn, F., et al. Predicting prostate cancer-specific outcome after radical prostatectomy among men with very high-risk cT3b/4 PCa: a multi-institutional outcome study of 266 patients. *Prostate Cancer Prostatic Dis*, 2015. 18: 31.)

3- Bilirkişi olarak olayı nasıl değerlendirirdiniz?

Hastalık patoloji sonucuna göre lokal ileri evre olarak da adlandırılan pT3b evresindedir. Ameliyat sonrasında patoloji sonucu değerlendirildiğinde bu sonuca göre hastaya takip ve tedavi süreci anlatılmalı ve mümkün olan seçenekler sunulmalıdır. Takiplerde hastada PSA'nın zamanla arttığı ve eşik değer olan 0.2'nin de üzerine çıktığı görülmektedir. Radikal prostatektomi uygulanan hastaların ameliyat sonrası takiplerinde PSA seviyesinin 0.2'nin üzerine çıkması biyokimyasal nüks olarak adlandırılır ve yakın takibi gerekir. Bu durumda her hastada hemen tedavi başlanmayabilir ancak patolojik evrenin yüksek olması sebebiyle bu hastaya öncelikle radyoterapi ve yanı sıra gerekirse hormonal tedavi (maksimal androjen blokajı) başlanması düşünülebilir. Hastanın radyoterapi ve hormon tedavisi aldığı söyleniyor; ancak bu tedavilerin ne zaman başladığı da önemli bir husus. Radyoterapi (ışın tedavisi) ve hormonal tedaviler böyle bir hastada PSA seviyesine bakılmaksızın ilk 6 ayda hemen veya biyokimyasal nüks geliştikten (PSA>0.2 olduğunda) başlanmalıdır. Ayrıca hastaya hormonal tedavi başladıktan sonra takiplerinde PSA'nın ilerleyici bir şekilde giderek yükseldiği ve rektal muayenede nüksü düşündürebilecek pozitif bulgular görülmektedir. Bu kanserin metastaz yaptığını, lokal nüksü yahut kanserin hormona dirençli bir hale geldiğini gösteriyor olabilir. Tekrar genel bir değerlendirme yapmak metastaz ve lokal nüks açısından görüntüleme uygulamak gereklidir. Sonuçta uygulanan tedaviye rağmen hastalığın ilerlediği düşünülüyor ve hormon cevabının yetersiz olduğu görülüyor ise bu durumda testosteron seviyesi de kontrol edilerek, hormon dirençli hastalığın kemoterapi açısından değerlendirilmesi için onkoloji kliniğine konsülte edilmelidir. Sonuç olarak ameliyatı uygulayan ve hastanın takibini yapan hekimlerin hastaya bilgilendirmesi ve tedavi seçeneklerini anlatması gereklidir. Bulunulan sağlık merkezinin bahsedilen takip ve tetkikleri yapma imkanı yoksa hasta gerekli merkeze yönlendirilmelidir. Gerekirse Onkoloji gibi diğer kliniklerden hastanın yönetiminde destek alınmalıdır.

5.2.7 PROSTAT BİYOPSİSİ SONRASI ÖLÜM

İDDİA

Babama prostat rahatsızlığından dolayı biyopsi yapıldı. Biyopsi işleminden sonra babamı eve gönderdiler. Eve geldiğimizde 24 saat sonra babamda yüksek ateş başladı. Aynı hastaneye acil bölümüne kaldırıldık. Acilde serum verildi. Ateşi düşürüp eve gönderdiler. Ertesi gün babamın ateşi çok yükseldi. Acilen aynı hastaneye yine kaldırdık. Aynı doktor babamı muayene etti, yoğun bakıma yatırdı. Babam 18 gün yoğun bakımda kaldı ve bu vefat etti, babam 55 yaşında ve çok sağlıklıydı. Biyopside babama mikrop bulaştırdılar. Ayrıca ilk gece babamı yatırsalardı ölmezdi.

SAVUNMA

Hastanın PSA yüksekliği (PSA: 7.5) ve rektal muayenede sol bazalde nodul mevcuttu. Biyopsi kararı verildi. Rocephin 1 gr 2x1 im, Cipro 500 mg Tb 2x1, Biteral Tb 2x1, Libalax Lavman işleminden 2 saat önce yapılmak üzere reçete düzenlendi. 24 saat öncesinde antibiyotikleri başlanması önerildi. Hastaya randevu günü biyopsi uygulandı. İşlemden 1 saat önce 1 gr Rocephin yapıldı. Komplikasyon olmadı. İşlem sonrası 2. Saat 1 gr daha Rocephin im yapıldı, antibiyotiklere 3 gün daha devam etmesi önerildi, ateş, hematüri, rektal kanama olması durumunda acil gelmesi önerildi. Dasta daha sonra acile gelmiş. Benim durumdan haberim olmadı.

BELGELER

27.9.2013, Hasta raporu: "Trus sonrası ateş şikayeti olmuş, ateş 2 saattir aralıklarla geliştirmiş, ateş 38.5 ölçüldü. Genel durumu iyi. Tedavi olarak, rocephine devam edilmesi önerildi. Günlük dozları

yapıldı, 1000 cc İzotonik NaCl verildi, Perfelgan yapıldı. Ateşi düştü, izlemde ek sorunu olmadığı için acil önerilerle gönderildi.

28/09/2013' Hasta taporu: Konfüzyon, şiddetli ateş, titreme, taşikardi, takipne şikayeti ile acil servise başvurdu, acil serviste dahiliye, kardiyojoloji, anestezi uzmanlarınca değerlendirildi, ateş 39.5 derece ölçüldü. Etil iv mayi, perfelgan, Meronem verildi, yoğun bakım ünitesine interne edildi.

Otopsi: "Karaciğerde adenokarsinom metastazi. Kişinin ölümünün metastatik prostat kanseri, sepsis ve buna bağlı gelişen komplikasyonlar sonucu meydana gelmiş olduğu" mütalaasına varılmıştır."

BİLİRKİŞİ:

Biyopsi endikasyonu, teknik ve alınması gereken tedbirler tıbbaya uygundur. Üroloji uzmanının tıbbi uygulamalarına hata mevcut değildir. Hasta acil servise son gelişinde uygun branş konsültasyonları ile değerlendirilerek yoğun bakım ünitesine alınarak tıbbi bakım ve tedavisi yapıldığı dikkate alındığında hekimlere kusur atfedilemeyeceği, ancak ilk gece, prostat biyopsisi yapılmış hastanın ateşle acile müracaatında sepsis düşünülerek gerekli konsültasyonların yapılamaması gerekirken yapılmaması tıbbi hata olarak değerlendirildi.

DEĞERLENDİRME-1

Doç. Dr. Ayhan Karaköse, Medicalpark İzmir Hastanesi, Üroloji Uzmanı

1- Prostat biyopsisi yapılacak hastalarda sepsis riskine karşı alınması gereken önlemler hakkında klasik ve klavuz bilgileri ışında bu hastadaki uygulamaların değerlendiriniz?

Transrektal prostat biyopsisi sonrası ürosepsis riski %1 in altındadır. En sık karşılaşılan etken rektal mukozadan prostat içerisine invaze olan E coli dir. Biyopsi sonrası ürosepsisi önlemek amacıyla profilaktik amaçlı en sık kinolon grubu antibiyotikler kullanılmaktadır. Prostat biyopsisinden birkaç gün önce profilaktik antibiyotik başlanması, biyopsiden önce lavman yapılması bakteriyemi ve sepsis riskini önemli oranda azaltmaktadır. Ancak günümüzde birçok antibiyotiğe direnç geliştiği gibi kinolon grubu antibiyotiklere artan oranlarda direnç gelişmekte ve prostat biyopsisinde kullanılan kinolon profilaksisinin güvenilirliği azaltmaktadır. Prostat biyopsisi öncesi rektal sürüntü kültürü yapılması dirençli mikroorganizmayı belirlemede ve kültüre uygun antibiyotik kullanımı sayesinde ampirik antibiyotik profilaksisine göre infektif komplikasyonları %2,9 dan %1,9 a düşürmektedir (Dai J, Leone A, Mermel L, Hwang K, Pareek G, Schiff S, et al. Rectal swab culture-directed antimicrobial prophylaxis for prostate biopsy and risk of postprocedure infection: a cohort study. Urology 2015;85:8-14.).

Bu olguda hastaya yeterli antibiyotik profilaksisi, biyopsi öncesinde lavman yapılmış ve sonrasında antibiyotiklere devam edilmesi ve ateş hematüri ve rektal kanama durumunda acile gitmesi önerilmiş. İlgili hekimin biyopsi endikasyonu, işlem öncesi aldığı tedbirler ve biyopsi yöntemi uygundur.

2- Hasta acile ilk gelişinde yatırılmış olsaydı sepsis önlenbilir miydi? Sepsis belirtileri nelerdir. Sepsis riskinde neler yapılmalıdır?

Prostat biyopsisi sonrası ilk 24 ila 48 saat sonrası üşüme titreme, 38,5 dereceyi geçen ateş yüksekliği ve genel durum bozukluğu olması durumunda hastanın vakit kaybetmeden acil servise başvurması ve hastaneye yatırılarak parenteral antibiyotik tedavisine başlanması gerekir. Daha öncesinde kinolon grubu antibiyotik kullanan hastalarda ve komplike üriner infeksiyonu olan hastalarda yüksek oranda kinolon grubu antibiyotiklerde direnç görülmektedir. Bu nedenle bu tür hastalarda kinolon direnci olabileceği göz önüne alınmalı, 3. kuşak sefalosporinler veya karbapenem türevleri ile tedavi düşünülmelidir. Kinolon direnci olan etkenlerde beraberinde 3. kuşak sefalosporinlere de direnç riskinin artmış olduğu yapılan çalışmalarda belirtilmektedir. (Cohen JE, Landis P, Trock BJ, Patel HD, Ball MW, Auwaerter PG, et al. Fluoroquinolone resistance in the rectal carriage of men in an active surveillance cohort: longitudinal analysis. J Urol 2015;193:552-6.).

Bu olguda acil servis hekimi prostat biyopsisi sonrası ateş yüksekliği ile gelen hastayı sepsis düşünerek gerekli konsültasyonları yapıp, kinolon direncini de göz önüne alarak hastaneye yatırıp tedaviye başlaması sepsis gelişmesini önemli oranda engelleyecektir.

3- Bilirkişi olarak görüşünüz (üroloji uzmanı ve acil hekim uzmanı hakkında) nasıl olurdu?

Üroloji hekiminin biyopsi endikasyonu, prostat biyopsisi ile ilgili almış olduğu tedbirler ve uyguladığı teknik uygundur. Bu uygulamalara ilişkin tıbbi hata mevcut değildir. Ancak hastanın ilk acil servise geldiğinde prostat biyopsisi sonrası ateş yüksekliği ile gelen hastayı sepsis düşünülerek gerekli konsültasyonları yapıp hastaneye yatırması gerekirken yapmamış olan acil hekimi tıbbi olarak kusurludur.

DEĞERLENDİRME-2

Doç. Dr. Metin Öztürk, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Hastanın mevcut bulguları ile prostat biyopsisi istenmesi doğru mudur?

Şikayet dilekçesinin, ifadelerin ve mevcut raporların incelenmesinden anlaşıldığı kadarıyla, transrektal prostat biyopsisi işleminden sonra gelişen sepsis tablosunun ağırlaşması ile hasta kaybedilmiştir. Yapılan transrektal prostat biyopsisi işleminin gerekliliği incelenecek olursa, hastanın başvurduğu tabloda prostat biyopsi planlanması güncel kılavuzlara uygundur (1).

2- Prostat biyopsisi sonrası gelişebilecek enfeksiyon için yeterli önlem alınmış mıdır?

Avrupa Üroloji Birliği kılavuzunda genel olarak ürolojik girişimler öncesi idrar kültürü yapılması önerilmektedir. Ancak kılavuzda prostat biyopsisi ile ilgili olarak, işlem öncesi idrar kültürü alınmasını inceleyen çalışmalarda net sonuçlar elde edilemediği belirtilmektedir. Dolayısıyla üroloji uzmanının savunmasında kültür yapılıp yapılmadığından bahsedilmese de bununla ilgili bir eksiklikten söz edilemez. Yine Avrupa Üroloji Birliği kılavuzunda biyopsi öncesi oral veya IV antibiyotik verilmesi önerilmekte ve kinolonların bunun için uygun antibiyotik rejimi olduğu bildirilmektedir. Nitekim üroloji uzmanı da işlem öncesinde kinolon grubundan bir antibiyotik vermiştir. Kılavuzlarda vurgulanan konulardan bir diğeri de tüm dünyada artan antibiyotik, özellikle de kinolon direnci nedeniyle prostat biyopsileri sonrası enfeksiyon komplikasyonları ve hastane başvurularının belirgin olarak arttığı ve antibiyotik seçimi sırasında bölgesel antibiyotik dirençlerinin göz önünde bulundurulması gerektiğidir (2,3).

Buna uygun olarak üroloji uzmanı kinolonun yanı sıra seftriakson ve ornidazol reçete etmiş ve işlem sonrası 3 gün daha antibiyotik kullanmasını söylemiştir ki bu da güncel kılavuzlara uygundur.

Ancak her ne kadar geniş spektrumlu antibiyotik seçilmiş olsa da ülkemizde antibiyotik direnci son derece yüksektir ve seçilen bu antibiyotiklere rağmen dirençli bir suşa denk gelmiş olabilir. Bu durumda kullanılan antibiyotiklerin etkisiz olduğu anlaşıldıktan hemen sonra alınacak önlemlerle tablonun düzeltilmesi sağlanmalıdır (4,5).

Avrupa Üroloji Birliği kılavuzunda işlem öncesinde povidon iodin ile rektal yıkamanın enfeksiyon riskini azaltmada yararlı olabileceği bildirilmekte ve enfeksiyon riskinin yüksek olduğu bölgelerde uygulanması önerilmektedir. Ancak bu konudaki öneri yeterince açık değildir ve enfeksiyon riskinin yüksek olduğu bölgeler ya da enfeksiyon riskinin yüksek olması tanımının hangi kriterlere bağlı olduğu belirtilmemiştir. Ayrıca bu bölümde, konuyla ilgili yapılan en kaliteli çalışmada povidon iyot ile yapılan yıkamanın enfeksiyon riskini azaltmadığı gerekçesiyle tavsiye derecesinin azaltıldığı notu yer almaktadır. Dolayısıyla bu konuda da üroloji hekiminin bir eksikliğinden söz edilemez (2).

3- Rutin bir işlem olan prostat biyopsisi öncesinde aydınlatılmış onam alınmalıdır?

Hasta yakınlarının üroloji uzmanı ile ilgili olabilecek tek şikayeti "biyopside babama mikrop bulaştırdılar" ifadesidir. Transrektal prostat biyopsisi doğası gereği enfeksiyon riski taşımaktadır. Ancak bunun hasta yakınları tarafından bilinmesi beklenemez. Bu konuda işlem öncesinde hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmeleri ve onamlarının alınması gereklidir. Bilgilendirilme ve onam konusundan ne şikayette ne de savunmalarda söz edilmemektedir. Bu konunun irdelenmesi ve onam alındı ise görülmesi gereklidir.

4- Bu hastanın acil serviste yönetiminde hata var mıdır?

Şikayet dilekçesinde işlemden 24 saat sonra yüksek ateş ile acil servise ilk başvuru yapıldığı ve ateş düşürüldükten sonra eve gönderildiği belirtilmiş, ilgili acil hekimi de savunmasında benzer ifadeler kul-

lanmıştır. Bahsedilen hekim savunmasında, seftriakson tedavisine devam etmesi önerilerek gönderildi ifadesini kullanmıştır. Halbuki sepsis tedavisinde ilk 6 saat çok önemlidir. Bu süre içerisinde kan kültürü alınmalı, görüntüleme yapılmalı, mevcut antibiyoterapi gözden geçirilmelidir (2,5). Mevcut bilgilerden ve ifadelerden anlaşıldığı kadariyle acil servise ilk başvuruda bunlar yapılmamıştır. Hasta bir antibiyotik tedavisi altında iken sepsis tablosuna girdiğine göre antibiyotik tedavisi etkin değil demektir. Verilen raporda halen kullandığı seftriakson tedavisine devam etmesi önerisi ile gönderildiği belirtilmektedir. Bu uygulama tıbbi hatadır. Acil servisin imkanları nedeniyle bunlar yapılmadıysa hasta interne edilebilir veya uygun konsültasyonlar istenebilirdi. Ayrıca mevcut tabloda prostat biyopsisi sonrasında üroloji kliniğinden de görüş istenmeli veya hasta oraya yönlendirilmeli idi. Bunların yapılmamış olması tıbbi bir hata olarak değerlendirilmiştir. Hastanın acil servise ikinci başvurusundan sonra yapılanlarla ilgili olarak dosyadan edinilen bilgilere göre bir eksiklikten söz edilemez.

5- Hasta ve hasta yakınlarının yönlendirilmeler bile acil servisten sonra üroloji hekimine başvurmaları beklenebilir miydi?

Hasta yakınlarının şikayetlerinden “mevcut tablo ile prostat biyopsisi” arasında bağlantı kurdukları anlaşılmaktadır. Bu ilişkiyi kurduklarına göre yönlendirilmeler bile üroloji kliniğine başvurmaları beklenebilirdi.

6- İncelemede başka neler yapılabilirdi?

Her ne kadar üriner sepsis günümüzde bile ciddi mortalite oranları ile seyrediyor olsa da, karaciğer metastazı eğer karaciğer yetmezliğine veya immün yetmezliğe neden olduysa sepsis tablosu normalden hızlı seyretmiş veya tedavinin başarısız olmasına neden olmuş olabilir. Bu konu hasta raporlarında ve bilirkişi raporunda yeterince incelenmemiştir. Bunun irdelenmesi için enfeksiyon hastalıkları uzmanı olan bir bilirkişiden görüş alınması ve nihai raporun daha sonra verilmesi gerektiği kanaatindeyim.

KAYNAKLAR

1. <http://uroweb.org/guideline/prostate-cancer/> (son erişim 1.8.2016)
2. <http://uroweb.org/guideline/urological-infections/> (son erişim 1.8.2016)
3. <https://www.auanet.org/common/pdf/education/clinical-guidance/Prostate-Biopsy-WhitePaper.pdf> (son erişim 1.8.2016)
4. Metin İshak ÖZTÜRK, Orhan KOCA, Senad KALKAN, Cevdet KAYA, Muhammet İhsan KARAMAN. Üroloji kliniklerinde görülen patojenlere karşı antimikrobiyal direncin güncel durumu. Türk Üroloji Dergisi: 34 (3): 363-367, 2008
5. Wagenlehner FM, Lichtenstern C, Rolfes C, Mayer K, Uhle F, Weidner W, Weigand MA. Diagnosis and management for urosepsis. Int J Urol. 2013 Oct;20(10):963-70. doi: 10.1111/iju.12200. Epub 2013 May 29. Review.

5.2.8 PROSTAT BİYOPSİSİNDE BARSAK PERFORASYONU VE TANIDA EKSİKLİK?

İDDİA

Babamın prostatından parça alınması için üniversite hastanesine gittik. Daha önceden 3 kez biyopsi yapılmıştı. Önceki biyopsiler poliklinikte yapılmıştı. Bu kez ameliathanede yapılması gerektiğini söylediler. Babamı ameliyata aldılar. İki saat sonra getirdiklerinde çok huzursuzdu ke karnı ağırıyordu. Yatması na gerek olmadığını söylediler, bizde babamı alıp eve götürdük.

Ancak aynı gece ağrıları çok artması nedeniyle tekrar hastaneye götürdük. Sonda taktılar, filim çektiler. Bir şey olmadığını söylediler ve sondalı vaziyette eve gönderdiler. Evde rahatlamadı. Ertesi gün oldu. Babamın karnı ağırıyordu ve makatından kan geliyordu. Yine acile gittik. Gittiğimizde film çekilip yırtık olduğu belirlendi, ve yeniden ameliyat oldu. Bu ameliyattan sonra karnına delik açılmıştı ve sondası vardı. Babam 3 ay kadar torbalı olarak gezmek zorunda kaldı, 3 ay sonra tekrar ameliyat oldu ve karnını kapattılar. Ameliyatı gerçekleştiren doktor ile görüştüğümde, neden böyle bir durumun meydana gelebileceğini sorduğumda, tıpta böyle hataların olabileceğini ve istemeyerek olduğunu söyledi.

SAVUNMA

Üroloji asistanı: 60 yaşındaki hasta 4 yıldır üroloji Servisinin yakın takibinde altında tedavi görmüştür. Ürolojide asistanım. Biyopsi işlemi ben yaptım. Hastada daha önce üç kez biyopsi yapılmış. PSA yüksekliği (PSA: 6.55) nedeniyle saturasyon biyopsisi yapmamız gerekti.

Normal biyopsilerde, hastaya makattan 'ultrason probu' denilen bir cihaz yerleştirilir. Bu cihaz, hastanın rektumundan görüntü alınmasını sağlar. Bu cihazla alınan görüntü sayesinde, bu probun içinden geçirilen iğne ile hastadan parça alınarak kanser incelemesi yapılır. Davacı hastaya uygulanan bu özel biyopsi ise, yine makattan ultrason probu yerleştirilse de, parçayı alacak iğne, probun içinden değil, yumurtalıkla makat arasında bir bölgeden ayrıca yerleştirilir. Sıradan biyopsiyle hastadan 10-12 parça alınırken, bu yöntemle, hastadan 60 parça almak mümkün olduğundan, kanserin erken teşhis edilmesinde çok faydalı bir yöntemdir. Hastaya da, ultrason probu yerleştirilmiştir. Her hastanın rektum yapısı farklıdır. Bu hastanın rektum yapısı nedeniyle hastadan kan gelmiştir. Makattan kan gelince, parça almak için iğne yerleştirilmesi uygulamasına başlanmamıştır. İşlem derhal durdurularak cerrah çağırılmıştır. Genel cerrah, basit bir sıyrılma meydana geldiğini, işleme devam etmekte bir sakınca olmadığını belirtmiştir. Cerrahın bu tespitine rağmen, işleme devam edilmemiştir; hasta uyandırılmıştır.

Hasta uyandıktan sonra kendisine biyopsi yapılmadığı, makata yerleştirilen süngerin gaita ile düşeceği, korkmaması gerektiği, aşın kanama, karın ağrısı, yüksek ateş olması durumunda hastaneye tekrar gelmesi gerektiği söyledim. Serviste genel durumu iyi olan hastayı evine gönderim.

Sonuç olarak, hastaya biyopsi işlemi yapılmamıştır. Sadece görüntü almak için ultrason probu yerleştirilmiş ve kan gelmesi üzerine işleme son verilmiştir. Hastadan parça alınmamıştır.

Gece saat 24:00 civarında karın ağrısı ve idrar yapamama şikayeti olan hasta acile getirilmiş. Hasta birkaç saattir idrar yapamamış. İdrar sondası yerleştirilerek ayakta karın filmi çekildi. Bir anormallik görülmedi. Genel durumu iyi olan hastayı evine gönderdik. Ben klinikte araştırma görevlisiyim. Teşhis ve tedavi için yapılan tüm işlemler, nezaretinde çalıştığım doktorların bilgisi ve talimatı doğrultusunda yapılmıştır.

Hastanın bağırsağında sıyrılma veya delinme meydana gelse dahi, bu durumun ürologlar tarafından tespit edilmesi mümkün değildir. Bağırsaktaki hasarın derecesi ancak cerrah tarafından tespit edilir. Bu nedenledir ki, operasyon sırasında kan gelmesi üzerine, işlem derhal durdurularak cerrah çağırılmıştır. Cerrahın, bağırsakta sadece bir sıyrılma meydana geldiğine ilişkin beyanı üzerine biyopsi yapılmamıştır. Dolayısıyla, hastanın bağırsağında delinme meydana geldiğinin tespit edilememesinde bir hata varsa dahi, bu hata benim değil, cerrahındır.

BELGELER

Üniversite Hastanesini biyopsi işlem raporu: Preoperatif tanı BPH, Prostat CA? Yapılan işlem:saturasyon biyopsisi planlandı, yapılmadı. Uygulanan anestezi genel. GAA litotomi pozisyonunda uygun yerel arınım ve örtünmeyi takiben prob yerleştirildi. TRUS'de prostat görülemedi, rektal mukozal katlantısı görüldü, hafif kanaması olan hastaya genel cerrahi bölümü tarafından değerlendirildi, mukozanın intakt ve katlanmış olduğu öğrenildiği, biyopsiden vazgeçildiği.

Üniversite Hastanesini genel cerrahi epikriz raporu (1. Yatış): Prostat kanseri şüphesi için üroloji bölümünde prostat biyopsisi yapılan hasta dün gece idrara çıkamamış, sonda takılmış. Ancak karın ağrısı, gaitadan kan gelmesi nedeniyle gündüz tekrar müracaat etmiş. Bağırsak sesleri normoaktif, batın bomle, distandü, yaygın hassasiyet (+), defans (+), rebound (-), tesbit edildi. BT çekirildi. BT'inde rektosigmoid bölgeden perforasyon görüldü. Acil şartlarda ameliyata alındı, bölgede yapılan explorasyonda bağırsak segmentleri peritonead reflexoun hemen ucunda retasigmoid bileşke de perforasyon görüldü, primer onarıldı, sigmoid kolandan loop ileostomi açıldı, katların uygun kapatıldı. Hastanın takibinde sıkıntı olmadı. Geçici kolostomi ile hasta taburcu edildi.

Üniversite Hastanesini genel cerrahi epikriz raporu (2. Yatış): Hastanın kolostomisinin kapatılması için yatırıldı. Yapılan distal kolon tetkikinde, rektal yoldan suda çözünür kontrast madde verilerek kolostomi düzeyine kadar rektum ve rigmoid kolona yönelik grafler elde olunduğu, kontrast maddenin extrasyonu izlenmedi. Kolon segmentlerinde belirgin intraluminal dolum defekti saptanmadı. Kolostominin kapatıldı.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli tıp Kurumu: Kişiyi porostat biyopsisi amaçlı genel anestezi altında Transrektal Ultrasonografisi eşliğinde iğne biyopsisi işlemi planlanarak yapılmaya çalışıldığı esnada rektal mukoza katlantısı görülerek hafif kanaması olması üzerine genel cerrahi bölümünden doktorunda katılımıyla yapılan değerlendirme sonucunda mukozanın intakt ve katlanmış olduğu öğrenilerek biyopsiden vazgeçildiğinin ve taburcu edilmiş olmakla birlikte; gaitadan kan gelmesi nedeniyle yapılan tetkiklerinde rektosigmoid perforasyon tesbit edilerek ileostomi yapıldığı, daha sonra kapatıldığından anlaşıldığından, genel tıp bilgilerine göre prostat biyopsisi sonrasında rektosigmoid perforasyonun olabilecek bir komplikasyon olduğu tıbben bilindiğinden ve kişinin buna yönelik uygun tedavisinin de zamanında uygulanmış olduğundan yapılan işlemlerin tıp kurallarına uygun olduğu oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Gökhan Gürbüz, Adana Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji kliniği

1- Rebiyopsi endikasyonları nasıldır? Klasik bilgilere göre bu hastanın rebiyopsi endikasyonunu değerlendiriniz?

Prostatta re-biyopsi, hastaya tedavi verilecekse, yükselen veya yüksek seyreden PSA varlığında, kuşukulu parmakla rektal muayene durumunda, daha önceki biyopside atipik küçük asiner proliferasyon (ASAP) varlığında, daha önceki biyopside ikiden fazla kadrandaki yüksek dereceli prostatik intraepitelyal neoplazi (HGPIN) tespit edilmişse, HGPIN'e birkaç atipik glandüler yapı eşlik ediyorsa (PINATYP), intraduktal karsinom varlığında ve multiparametrik MR'da prostat kanseri şüphesi durumlarında endikedir. (EAU guidelines on Prostate Cancer 2016, www.uroweb.org).

Bu hastanın durumunda da, yaşı görece olarak genç olmasının yanında (60) hastanın PSA değerinin 6,55 ng/ml olduğunu hikayeden öğreniyoruz. Elimizde daha önceki biyopsilerin sonuçları olmadığından ve aksi bir bilgi verilmediğinden hastanın patolojilerinin benign prostat hiperplazisi olduğu düşünülebilir. Avrupa Üroloji Kılavuzuna göre sebat eden yüksek PSA, bu hastada da olduğu gibi bir re-biyopsi endikasyonudur.

2- Prostat biyopsisi komplikasyonları nelerdir.

Prostat biyopsisi, oldukça sık uygulanan ve komplikasyonlarının da sık olduğu bildirilen bir işlemdir. Hastaların 1/3'ünden fazlasında hematospermi görülürken, bir günden uzun süren hematüri hastaların yaklaşık %15'inde, iki günden kısa süren rektal kanama hastaların %2,2'sinde izlenir. Daha az sıklıkta da prostatit, ateş, epididimit, cerrahi girişim gerektirebilecek uzun süren rektal kanama, (özellikle bu hastada da uygulanmış olan satürasyon biyopsisinde daha sık olmakla birlikte) üriner retansiyon görülebilmektedir (EAU guidelines on Prostate Cancer 2016, www.uroweb.org).

3- İşlemler asistanlar tarafından yapılmış. Asistanın biyopsideki sorumluluğu nasıldır?

Asistan hekimlerin görev ve sorumlulukları, 26.04.2016 ve 28983 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Tıpta ve Diş hekimliğinde uzmanlık eğitimi yönetmeliğinde belirlenmiştir. Bu yönetmelikte, 11. madde yedinci bendinde, "Uzmanlık öğrencisi, programda bulunan bütün eğitimcilerin gözetim ve denetiminde araştırma ve eğitim çalışmalarında ve sağlık hizmeti sunumunda görev alır" şeklinde bir ifade ile asistanın sağlık sunumunda eğitici gözetiminde görev yapacağı belirtilmiştir. Her ne kadar asistan hekimler uzmanlık öğrencisi de olsalar, bir hekimin sorumluluğunu da taşımaktadırlar. Bir asistan hoca/uzman gözetiminde biyopsi yapabilir ve bu konuda sorumluluk alabilir.

Tıpta Uzmanlık Kurumu Müfredat Oluşturma Ve Standart Belirleme Sistemi'ndeki (TUKMOS) Üroloji asistanının çekirdek eğitim müfredatına göre ise, Prostat biyopsisinin, üroloji asistanının karmaşık olsun veya olmasın her tür olguda girişimi uygulayabileceği bir işlem olduğu belirtilmektedir. Ancak işlem genel anestezi altında yapılan satürasyon biyopsisi olduğu için uzman gözetiminde yapılması gerekmektedir.

4- Bu olayda bilirkişi olarak değerlendirmeniz nasıldır?

Transrektal ultrason eşliğinde yapılan prostat biyopsisinde, biyopsiyi yapan kişinin tüm işlem boyunca anatomiye aklında tutması ve adeta bir laparoskopistin her hareketinde kamera ile bölgeyi tetkik etmesi gibi ultrason ile rektal yolu kontrol etmelidir. Bu olayda, hastaya transrektal ultrason eşliğinde biyopsi yapılmak istenmiş ancak rektal kanama nedeni ile biyopsi yapılamamış. Ancak kanama sonrasında genel cerrahi uzmanına danışılmış ve genel cerrahi uzmanının devam etme önerisine rağmen işleme devam edilmemiş ve hasta uyandırılmıştır. Transrektal ultrasonografi ile rektum perforasyonu nadir de olsa görülebilecek bir durumdur. Bu durumda yapılması gereken genel cerrahi uzmanına danışılarak fikir almaktır. Görevli doktor gerekli olan görüşü almış ve cerrahın önerisine rağmen biyopsiyi devam ettirmemiştir. Daha sonra hastaya ağrısı veya şikayeti olması durumunda başvurması önerilmiş ve hasta acil serviste yeniden değerlendirilmiştir. Acil serviste belgelere göre hastanın durumunda kötüleşme olmamış, aksine sonda takılmasını takiben rahatlayarak eve gönderilmiştir. Hastanın yeniden acil servise başvurması üzerine hastaya genel cerrahi tarafından operasyon yapılmıştır. Burada üroloji asistanının hatası olmadığı, işlemde olabilecek komplikasyon açısından durumdan şüphelenerek hastayı gerekli bölüme danıştığı ve önerilere uyduğu anlaşılmaktadır. Daha sonraki acil servise başvurmalarda da hastaya gerekli müdahaleler yapılmıştır. Hastayı ilk muayene eden genel cerrahın ise nadir bir durum dahi olsa rektum perforasyonundan şüphelenerek tespit ederek hastaya erken müdahale etmesi, veya hastayı takip etmesi gerekirdi.

5.3 TESTİS KANSERİ

5.3.1 TESTİS TÜMÖRÜLÜ HASTADA HİDROSELEKTOMİ VE TANI GECİKMESİ

TALEP

Hastaya hatalı tedavi uygulanıp uygulanmadığı, kanser hastalığı bulunup bulunmadığı hususunda gerekli ve yeterli araştırma-inceleme yapıp yapılmadığı, kanser hastalığının metastaz yapmasında davalı idarenin hizmet kusuru bulunup bulunmadığı, varsa hizmet kusuruna ilişkin diğer hususlarının aydınlatılması ve kusurlu olanlar mevcut ise kusur oranları sorulmaktadır.

İDDİA

Sağ yumurtalığında şişlik ve ağrı olması sebebiyle 16 Mart 2012 tarihinde Tıp Fakültesi Çocuk Ürolojisi bölümüne başvuran müvekkillere kitle olabileceği söylenerek hastaneye yatırılmıştır. Burada antibiyotik tedavisi uygulanarak 18 Mart 2012 tarihinde taburcu edilmiştir. Testisteki şişliğin zamanla geçeceği müvekkillere söylenmiştir. 13 Ağustos 2012 tarihinde aynı nedenle yine tarafından Tıp Fakültesine başvurulmuştur. Aynı gün yatış işlemi yapılarak enfeksiyon olabileceği söylenmiş ve ameliyat gerçekleştirilmiştir. Ameliyat sonrasında hastanın ateşi çıkmış olup nefes almakta zorlanmış ve göğsünde ağrılar hissetmiştir. Doktor bu belirtilerin ilaçların etkisi olabileceğini söylemiş ve 14 Ağustos 2012 tarihinde taburcu edilmiştir. Müvekkillerden akciğer filmi çekilmesini istediğinde doktorlar, gerek görülürse kendilerinin çekeceğini söylemişlerdir. Yine patolojik inceleme yapıp yapılmadığını sorduğunda da yetkililerce terslenmiş işlerine karışmaması istenmiştir. Sonradan öğrenmiş olduğumuz kadarıyla ameliyatta patolojiye test için parça gönderilmemiş ve hatalı tedavi sonucunda, bıçak değmesi sonucu testis kanseri akciğere metastaz yapmıştır. Yine ekte bulunan belgeden de anlaşılacağı üzere 16 Ekim 2012 tarihinde aynı şikayetle yine fakülteye başvurulmuş ve yine enfeksiyon tanısıyla yatış yapılmıştır. 19 Ekim 2012 tarihinde ise taburcu edilmiştir Bu sırada yüksek ateş ve nefes almada güçlük şikâyetleri devam etmesine ve ilk başvurudan beri 7 ay geçmiş olmasına rağmen hala hatalı tedaviye devam edilmiştir. Devam eden şikâyetler üzerine bu kez müvekkiller 07 Ocak 2013 tarihinde Özel Hastaneye başvurmuşlardır. Burada ilk gün kanser teşhisi konulmuş ve ikinci ameliyat gerçekleştirilmiştir. Doğru teşhis konulduğunda ara-

dan yaklaşık 10 ay geçmiş ve kanser son evreye ulaşmıştır. Çağrının sağ yumurtalığının tamamı ve etrafına da sıçrama olduğu için büyük bir bölge alınmıştır. Muhtemeldir ki gecikme nedeniyle yumurtalığı alınan hastanın ileride çocuğunun olma ihtimali de kalmamıştır. Tıbbi olarak bu durumun da tespiti hukuki sonuçlar açısından önemlidir. Daha sonra Bu süreçte müvekkillerden hastanın annesi ilk ameliyatı yapan ekibe hastanenin epikriz raporlarını gösterdiğinde bu doktorlar, normal koşullarda patolojik inceleme yapmadan bu şekilde ameliyat yapmadıklarını ve bir anda sanki gözlerine perde çekilmiş olduğu şeklinde ifadelerde bulunarak hatalarını kabul etmişlerdir. Hasta hatalı tedavi sonucu zamanında tedavi edilememiş ve akciğere metastaz yapmıştır. Bu nedenle hastanın muhtemel yaşam süresinde kısalma olmuş olduğu, yaşam kalitesinin düşmüş olduğu açıktır.

SAVUNMALAR

Davalı Vekili: Hasta müvekkil idare Tıp Fakültesi Çocuk Acil Polikliniğine 16.03.2012 tarihinde 4 gün önce sağ testiste başlayan şişlik ve hassasiyet şikayeti ile başvurmuştur. Bunun üzerine hastaya ultrasonografi yapılmıştır. Ultrasonografi neticesinde sağ testis alt polünde düzensizlik, heterojenite, kalsifikasyon ve kitle şüphesi nedeniyle hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla aynı gün yatırılmıştır. Olası epididimoorşit tanısı ile hastaya antibiyotik, antiinflamatuvar başlanmış ve skrotal elevasyon uygulanmıştır. Yapılan tedavi ve takiplerde semptomları gerileyen hastaya yatış tarihinden iki gün sonra tekrar ultrasonografi uygulanmıştır. Uygulanan tedavi ile şikayetleri tamamen gerileyen hasta 1 hafta poliklinik kontrolü planlanarak taburcu edilmiştir. Hastanın taburcu edilmesinin ardından 5. günde poliklinikte hastanın şikayetlerinde belirgin gerileme olduğu, ödeminin gerilediği ve hiperemisinin geçtiği tespit edilmiş ve hastaya tekrar skrotal ultrasonografi (USG) ve testis sintigrafisi planlanmıştır. Hastanın 23.03.2012 tarihli testis sintigrafisinde skrotumda epididimoorşit veya torsiyom ile uyumlu olabilecek patolojik asimetrik aktivite tutulumu saptanmamıştır. Gerçekleştirilen 23.03.2012 tarihli testis sintigrafisi ile 09.04.2012 tarihli ultrasonografi (USG) neticesinde hastanın tümör markerleri istenmiş ve sonucuna göre cerrahi eksplorasyon açısından değerlendirme kararı alınmıştır. Bu noktada belirtmek gerekir tümör marker sonucu ile erken poliklinik kontrolü planlanan hasta 4 ay gecikmeli olarak başvurmuştur. Alfa- fetoprotein (AFP) testi düzeyleri ile B-HCG testi düzeyleri normal sınırlarda bulunmuştur. Hastaya yapılan 24.07.2012 tarihli ultrasonografinin ardından hastaya testis eksplorasyonu ve hidroselektomi planlanmıştır. 13.08.2012 tarihinde hasta opere edilmiştir. Hastanın testisinde inspeksiyon ve palpasyonla yapılan incelemede tümoral oluşum düşündürecek bir durum olmaması üzerine hidroselektomi operasyon sonlandırılmıştır. Postoperatif 10.günde yapılan skrotal muayenede ödemin gerilediği ve enfekte bir görünüm olmadığı saptanmıştır.

Hasta 16.10.2012 tarihinde sağ testiste şişlik, hassasiyet ve kızarıklık şikayeti ile yine çocuk acil bölümüne başvurmuştur. Hastaya yapılan USG sonrasında hasta akut epididimoorşit tanısı ile yatırılarak antibiyotik ve antiinflamatuvar tedavisi verilmiş ve skrotal elevasyon uygulanmıştır. Semptomları gerileyen hasta 1.hafta poliklinik kontrolü planlanarak 19.10.2012 tarihinde taburcu edilmiştir.

Hastanın müvekkil idare Hastanesindeki bu tedavi ve işlemlerinin ardından hastaya dış merkezde testis tümörü nedeniyle operasyon yapıldığı hastanın ailesi ile yapılan görüşmelerden öğrenilmiştir. Hastanın kemoterapisi dış merkezde gerçekleştirilirken hastanın annesinin talebi üzerine hastaya tedavisi hakkında yardımcı olunmaya çalışılmıştır.

Hastanın tedavisi ile ilgili gelişen süreç içerisinde müvekkil idareye atfedilebilecek bir hizmet kusuru bulunmamaktadır. Zira; tıbbi müdahalelerden ötürü ortaya çıkan zararlarda idarenin hizmet kusuru nedeniyle sorumlu tutulabilmesi için ağır kusurlu bir davranış ile hareket etmesi gerekmektedir. Eğer ağır hizmet kusuru yok ise idarenin herhangi bir sorumluluğunun doğması mümkün değildir. Doktrinde idarenin ancak kendisine doğrudan sağlanabilir nitelikteki eylemlerinden sorumlu olduğu kabul görmektedir. Bu arada belirtmek gerekir ki tümör markerleri sonucu ile erken poliklinik kontrolü planlanan hasta müvekkil idareye bağlı Tıp Fakültesi Hastanesi'ne 4 ay gecikmeli olarak başvurmuştur. Ayrıca hastanın tümör belirleyicilerinin normal olmasına, normal sınırlar içinde kalmasına rağmen hasta 13.08.2012 tarihinde opere edilmiştir. Bu operasyonda tunica vaginalis açılarak testis görülmüş, inspeksiyon ve palpasyonla tümoral oluşum düşündürecek bir durumun saptanmaması üzerine hidroselektomi ile operasyon sonlandırılmıştır. Teşhis hatasının mutlak surette ağır hizmet kusurunu gerektireceği yönündeki bir düşünce doğru değildir. Teşhiste başarılı olma yükümlülüğü bulunmamaktadır. Burada

önemli olan hastalığın gerektirdiği şekilde hareket etme yükümlülüğüdür. Zira; semptomların her zaman açık olmaması ve değişik nedenlere işaret edebilmesi mümkündür. Bu nedenle her teşhis hatası mutlaka bir tedavi kusuru olarak nitelendirilemez. Zira; yapılan işlemler neticesinde konulan teşhis o an için doğru gözükabilir. Sonradan bu teşhisin yanlış olduğunun anlaşılması doğrudan ve mutlak bir sonuç olarak tedavi hatası olarak değerlendirilemez. Gerçekten de çoğu kez hastalık belirtileri çok açık olmamakta, çok değişik nedenlere de işaret edebilmektedir. Davacılar dava dilekçesinde hastaya biyopsi yapılması gerekirken bundan kaçınıldığını ve bunun tıbbi bir hata olduğunu iddia etmektedirler. Biyopsi vücudun herhangi bir yerinden tanı koymak için mikroskop altında incelemek veya testler yapmak amacıyla hücre veya doku parçası alınması işlemidir. Öncelikle belirtmek gerekir ki her kitleden veya görüntüden örnek almak gerekmemektedir. Testis kanserinde hastayı muayene ederek ultrason gibi görüntüleme yöntemleri kullanılarak tahlil yaparak ve tümör belirteçlerinin kandaki düzeylerine bakarak çok büyük oranda tanı koymak mümkündür. Biyopsi o kitleye cerrahi bir işlemde bulunmayı düşündüğümüzde uygulanabilen bir yöntemdir. Testis dokusundan yapılan biyopsilerin ileride otoimmün mekanizmalarla infertiliteye sebep olabilmesi göz önüne alınarak, muayene bulguları ve görüntüleme yöntemi bulgularının normal olması ile tümör belirleyicilerin kandaki düzeylerinin normal seviyede olması karşısında ve hastaya 13.08.2012 tarihinde yapılan operasyon sonucunda da tümör şüphesinde uzaklaşılması nedeniyle biyopsiden kaçınılmıştır. Ayrıca tıp biliminde tümör hücrelerinin testis kılıflarına ve cilde yayılma olasılığını artırması nedeniyle testis tümöründe biyopsi önerilmemektedir. Yukarıda belirtilen tüm bulguları normal olan hastaya yine yukarıda belirtilen risk ve çekinceler nedeniyle biyopsi uygulanmamasının tıbbi bir hata olarak değerlendirilmesi ve müvekkil idarenin ağır hizmet kusurundan bahsedilmesi mümkün değildir. Hastaya yapılan operasyon esnasında biyopsi yapıldığını ve sonucun testis tümörü olarak yorumlandığını düşünsek bile yapılacak tedavi testisin alınması ve kemoterapi uygulanması şeklinde olacaktır. Bu noktada belirtilmek istenen testisin alınmasının gecikme ile bir ilgisinin olmadığıdır. Sadece testisin alınması, bu işleminin yapılması gecikmiştir.

Yine dava dilekçesinde tümörün geç teşhis edilmesi nedeniyle akciğerlere metastaz yaptığı iddiasına yer verilmektedir. Davacıların dava dilekçesindeki testis tümörlerinin akciğere metastaz yapmasının sebebinin müvekkil idare Tıp Fakültesi Hastanesinde hastaya gerçekleştirilen tıbbi işlemlerdeki hatalar nedeniyle olduğu ve bu husustan da müvekkil idarenin sorumluluğunun olduğu iddialarına katılmak mümkün değildir. Zira; bu iddia spekülatif bir iddia olup akciğerindeki lezyonların ne zaman ortaya çıktığı hususunda yorum yapabilmek mümkün değildir. Bu lezyonların ne zaman ortaya çıktığını bilememekteyiz. Yine davacılar hastanın testislerinden birinin alınması ile ileride çocuğunun olma ihtimalinin kalmadığı iddia etmektedirler. Müvekkil idarenin hastaya uygulanan tıbbi işlemlerde ağır hizmet kusurunun bulunduğunu kabul etmemekle birlikte hastanın testislerinden birinin alınması ile tek testisli olması çocuk sahibi olamamak anlamına da gelmemektedir. Öncelikle belirtmek gerekir ki tek testisli olmak bir hastalık hali değildir. Tek testis normal ise çocuk sahibi olmada hiçbir sorun yaşanmayacaktır.

Her ne kadar hastada testis kanserinin belirtileri olduğundan bahsedilmekte ise de bu hususlar ayrıca Epididimoorşit hastalığının da en önemli belirtileridir. Zira; hasta sağ testiste şişlik ve hassasiyet şikayeti ile başvurmuştur. Hastaya uygulanan ultrasonografi neticesinde ileri tetkik ve tedavi amacıyla hastanın hemen yatışı gerçekleştirilmiştir. Hastanın rahatsızlığının testis kanseri olup olmadığı hususunda da yapılması gereken tüm tıbbi girişimler gerçekleştirilmiştir. Modern tıp ilminin kurallarına uygun olarak hastaya ultrasonografi, skrotal ultrasonografi uygulanmış, testis sintigrafisi gerçekleştirilmiş, tümör markerlerinden olan Alfa-fetoprotein (AFP) testi düzeyleri ile B-HCG testi düzeyleri ölçülmüş ve hastaya testis eksplorasyonu ve hidroselektomi işlemi yapılmıştır. Bu tetkikler neticesinde hastada testis tümörü tanısından uzaklaşmıştır. Modern tıp biliminin kurallarına göre yapılan bu işlemlerde tümoral oluşum düşündürecek bir duruma rastlanmamıştır. Bu durum davacıların davaya cevap dilekçesindeki ilk teşhisin dışına çıkılmadığı ve başka ihtimallerin üzerinde durulmadığı iddialarının doğru olmadığını göstermektedir. Bu noktada yapılan bu tetkikler karşısında müvekkil idarenin gerekli dikkat ve özeni göstermediğinden, tıp biliminin kurallarını uygulamadığından bahsedilemez.

Davaya cevap dilekçemiz de belirtilen hususlar teşhis koyma yükümlülüğünün içeriği ile ilgili beyanlardır. Bu sebeple davaya cevap dilekçemizdeki teşhis koyma yükümlülüğü ile ilgili hususları tekrar belirtmek ve teşhis koyma yükümlülüğü ile ilgili hususları ayrıntılı olarak belirtmek zarureti hasil olmuştur. Teşhis bir hastalığın tanınması demektir. Teşhis hastalığın ve nedenlerinin kesin olarak belirlen-

mesi demek değildir. Teşhis tıbbi bir görüş ve değerlendirmedir ve esasen nisbidir. Önemli olan teşhis yükümlülüğünün içeriğidir. Elbetteki hekimin teşhis koyma yükümlülüğü bulunmaktadır ve seçilecek tedavi yönteminin isabetliliği de bu teşhise bağlıdır. Burada önemli olan hekimin uzmanlığının ve tıp biliminin gerektirdiği şekilde hareket etmesidir. Tıbbın öngördüğü teşhis yöntemlerine riayet edilmesi durumunda bir hizmet kusurundan veya uygulama hatasından bahsedilemez. Teşhis için gerekli olan muayene, test ve tetkiklerin yapılması ve bunlardan elde edilen bulguların özenle takdir edilmesi karşısında teşhisin yanlış çıkması sorumluluğu gerektirmez. Tekrar ve önemle ifade etmek gerekir ki hekimin teşhis koyma yükümlülüğü vardır fakat teşhiste başarılı olma yükümlülüğü bulunmamaktadır. Hekimin yükümlü olduğu husus uzmanlığının ve hastalığın gerektirdiği şekilde hareket etme yükümlülüğüdür. Semptomların her zaman açık olmaması ve değişik nedenlere işaret edebilmesi mümkündür. Dolayısıyla her teşhis hatası mutlaka bir tedavi hatası kusuru olarak nitelendirilemez. Bu kapsamda ifade etmek gerekir ki hekimin olacağı tıbben önceden bilme yükümlülüğünden bahsedilemez.

TIBBİ BELGELER

Tıp Fakültesi'nin 16.03.2012 yatış, 18.03.2012 çıkış tarihli epikriz raporu: Testis tümörü ? sağ orşit? ön tanısı olduğu, testiste şişlik yakınmasının olduğu, yaklaşık 3-4 gündür yakınmasının olduğu, dış merkezde antibiyotik verilmiş, şikayetlerinin devam etmesi üzerine başvurduğu, çekilen USG'de sağ testis 38x21 mm orta polde yaklaşık 2 cmlik bir alanda düzensiz sınırlı heterojen içerikli içerisinde kalsifikasyon ile uyumlu olabilecek milimetrik boyutlu ekojeniteler içeren testis parankiminde net sınırları ayırlamayan, hipoeoik solid alan (kitle?) mevcut olduğu, yatırıldığı, muayenede; testis boyutunun arttığı, palpasyonla hassas, sağ testis alt polde 1.5, 2 cm veren sertlik, skrotum cildi hiperemik ve ödemli olduğu, klinikte immobil izlendiği, testislerin elevasyona alındığı, alkollü pansuman yapıldığı, antibiyotik ve antiinflamatuvar (lespor, gensif oksamen, ranitab) başlandığı, sorununun olmadığı, idrar kültürü ve tam idrar tetkiki alındığı, takiplerde sağ testisteki hiperemin gerilediği, olgunun antibiyotik ve antiinflamatuvar ile taburcu edildiği, kesin tanı orşit ve epididimit olduğu,

Tıp Fakültesi'nin 23.03.2012 tarihli testis Sintigrafisi: Dinamik ve statik imajlarda skrotumda epididimorşit veya torsiyon ile uyumlu olabilecek patolojik asimetrik aktivite tutulumu saptanmadığı belirtildiği,

Tıp Fakültesi'nin 13.08.2012 yatış, 14.08.2012 çıkış tarihli epikriz raporu: Sağ hidrosel olduğu, testis yerinde şişlik olduğu, testis torsiyonuna sekonder gelişen hidrosel için onarım planlanan olgunun yatırıldığı, muayenede sağ hidrosel olduğu, yapılan operasyonda 3 cmlik insizyonla çalışıldığı, katlar geçilip sağ testise ulaşıldığı, hidrosel kesesi boşaltılıp tunica vaginalis testisin etrafında iki yaprak olacak şekilde divize edildiği, takiben her iki tunica vaginalis yaprağı testisin posteriorunda birbirine sütüre edildiği, ardından testis inferior, medial ve anterior yüzlerinde fikse edildiği, sağ hidroselektomi (Winkelman prosedürü), testiküler fiksasyon yapıldığı, postoperatif takiplerinde sorun olmadığı, şifa ile taburcu edildiği, 2 hafta sonra poliklinik kontrolünün önerildiği,

Tıp Fakültesi'nin 16.10.2012 yatış, 19.10.2012 çıkış tarihli epikriz raporu: Sağ testiste hassasiyet olduğu, testis torsiyonu nedeniyle konservatif izlenen olgu olduğu, sağ testiste şişlik, kızarıklık ve hassasiyet saptanan olgunun yatırıldığı, muayenede sağ testiste hassasiyet olduğu, idrar kültürü alındığı, sefazol, neovopyrine, neoflkes, gensif 80 mg verildiği, konservatif izlem yapıldığı, testisler elevasyona alındığı, takiplerinde ateşinin olmadığı, testiste ödem ve hiperemi devam ettiği, 2'li antibiyotik başlandı, genel durumu iyi, ateşinin olmadığı, skrotal ödem ve kızarıklığın, hassasiyetin belirgin azaldığı, 2 hafta sonra poliklinik kontrolüne gelmek üzere medikasyon ve şifa ile taburcu edildiği,

Tıp Fakültesi'nin 16.10.2012 tarihli Skrotal USG Raporu: Sağ testis boyutlarının belirgin arttığı, parankimde heterojenite izlendiği, mevcut heterojenite içerisinde kalsifik alanlar ve enfaktif alanlarla uyumlu olabilecek görünüm (geçirilmiş testiküler patoloji?), sağ testis ve epididimdeki vaskularite belirgin olarak artmış, mevcut bulguların klinik ve laboratuvar korelasyon halinde akut epididimoorşit açısından anlamlı olabileceği, belirtildiği,

Özel Hastane'nin 07.01.2013 tarihli epikriz raporu: Testiste şişliği olduğu, 5 ay evvel sağ hidrosel ameliyatı olmuş, muayenede; sağ testiste portakal cesametinde içi sıvı dolu hissi veren kitlenin palpe edildiği, skrotal USG çekildiği, operasyon önerildiği,

Özel Hastane'nin 07.01.2013 tarihli Laboratuvar Tetkiki: BHCG <1.20 (0-2), AFP 0.9(0.4-8.04) olduğu, **Özel Hastane'nin 07.01.2013 tarihli Skrotal USG Raporu:** Sağ testis alt polden gelişen içerisinde kalsifikasyon odakları izlenen lobüle yapıda 4.5x5.5 cm boyutlarında solid kitle (testis tm) olduğu, Doppler US'de vaskularizasyonun arttığı, testis üst polde diğer kitleden ayrı 13x20 mm boyutunda ve diğerleri daha küçük sekonder yakın metastaz olarak değerlendirildiği, belirtildiği,

Özel Hastane'nin 09.01.2013 yatış, 10.01.2013 çıkış tarihli epikriz raporu: Sağ testiste şişlik, 4 ay evvel üniversitede sağ hidrosel operasyonu olmuş, şişliğin inmediği, 3 defa USG çekirmiş, tetkiklerde sağ testiste aşırı sert şişlik olunca ameliyat kararının verildiği, muayenede sağ testis sert olarak palpe edildiği, genel anestezi altında sağ inguinal kordon yüksek ligasyon ile bağlandığı, kesildiği ve testis çıkarıldığı, kitlenin patolojiye yollandığı, ciltlerin katlarına uygun kapatıldığı, postoperatif takipleri normal seyreden hastanın önerilerle taburcu edildiği, bir hafta sonra kontrol önerildiği,

Patoloji Laboratuvar'ının 09.01.2013 tarihli raporu: Üzerinde 3.5 cm uzunluğunda spermatik kord bulunan 6.5x4.5x4 cm boyutlarında orşiektomi materyali olduğu, bir kenarında 3.5x3 cmlik frozen alanına ait doku defekti, açıldığında testisin tam yakınına ve spermatik kordu infitire etmiş gri-sarı renkli kanamalı alanlar içeren 5.5x4.4 cm boyutlarında tümöral lezyon izlendiği, tanı; miks tip germ hücreli tümör (embrional karsinoma %70, endodermal sinus tönmrü %30), tümörün en büyük çapı 6 cm olduğu, multifokalite olmadığı, pT3: Tümör tunika vaginalisin visseral yaprağına, erte testis, epididim ve spermatik kordona invazyon yapmış olduğu, lenfovasküler invazyon olduğu, tümör dışı alanlarda intratubuler germ hücre neoplazisi görüldüğü, cerrahi sınırlarda invazyon olmadığının belirtildiği,

17.01.2013 tarihli laboratuvar tetkiki: Beta HCG 0.157 (0-2.6) ml/ml, alfa fetoprotein 0.824 (0-9.96) lu/ml olduğu,

22.01.2013 tarihli PET Raporu: Mediastende zone 7, zone 10-11 R, zone 10L lenf nodlarında , en belirgin sol akciğer alt lob superior segmentte olmak üzere sol akciğerde izlenen multiple parankimal lezyonlarda, en belirgin sağ akciğer alt lob superior segmentte posterior mediastene invaze lezyonda olmak üzere sağ akciğerde izlenen multiple parankimal lezyonlarda metastatik açıdan anlamlı hipermetabolik FDG tutulumlarının izlendiği, belirtildiği,

Tıp Fakültesi'nin 28.01.2013 tarihli Epikriz raporu: Testis malign neoplazması tanısı ile Bleomycin, vepasid, cisplatin aldığı belirtildiği,

Tıp Fakültesi Patoloji Laboratuvar'ının 04.03.2013 tarihli konsultasyon raporu: Tümörün %80 embrional karsinoma % 20 yolk sak tümöründen oluştuğu belirtildiği,

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu:

1- Hasta ilk müracaatından itibaren testiste tümör, enfeksiyon ve torsiyon düşünülmüş ve bu yönde incelemeler yapılmıştır. Testis tm tanısı için incelemeler yapılmış tanı konulamaya çalışılmış ancak klinik özelliklerin atipik seyretmesi nedeniyle tanı da isabet edilememiştir. Tıbbi kurallara uyulması, özen gösterilmesine rağmen tanı konulamamasından dolayı hekimlerin tıbbi hatası olduğu düşünülmemiştir.

2- KT alan hastalarda infertilite olur. Bazı hastalarda bu durum kalıcı olabilir.

3- Bıçak değme ile metastaz ilişkisi olmaz. Ancak testis tümör şüphesinde scrotum insizyonu lenfatik yolları değiştirebileceğinden yapılmaması gerekir.

4- 8.5 ay gecikme surviyi olumsuz etkiler.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Selami Albayrak, Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Yoğun değerlendirmelere ve ön görülmesine rağmen testis tümörü tanısı yaklaşık 8.5 ay gecikmiştir. Dosyayı incelemeniz neticesinde tümör tanısının konulmasında sebepler neler olabilir?

Hasta sağ testiste şişlik ve ağrı şikayetiyle başvurmuş, Epididimoorşit ön tanısı ile yatırılmış ve ayırıcı tanıda Testis Tümörü düşünülmüştür. Ön tanıyı destekleyen bulguların (scrotal ağrı, ciltte kızarıklık)

yanında, ayırıcı tanıyı destekleyen bulguların (scrotal ultrasonografide intratestikuler 2 cm solid kitle lezyonu) daha kuvvetli kanıt olarak değerlendirilmemiş olması, gerçek tanının gecemesinin ana sebebi olarak gözükmemektedir. Üstelik ön tanı, enfeksiyona işaret eden başka laboratuvar bulguları (piyüri, lökosit, CRP yüksekliği) ile desteklenmemiştir. Öte yandan, serum tümör belirteçlerinin negatif çıkmasının, klinisyen beyninde, ultrasonografide intratestikuler solid kitle tespit edilmiş olmasını önemsizleştirdiği anlaşılmaktadır. Tanının gecikmesinde ki bir 3. neden de; ultrasonografinin testis tümörü tanısı daki yerinin hakkıyla kullanılmamış olmasıdır. Zira, hastanın ilk değerlendirilmesi sırasındaki ultrasonografik bulgular, hastanın aynı sebeple ikinci defa yatışında yeniden kontrol edilmemiştir. Üstelik bu yatışında hastaya hidroselektomi ameliyat kararı verilmiştir. Hidrosel testisin palpasyonunu zorlaştırır. Hidrosel bulunan olgularda testise dair detaylı bilgi edinebilmek için skrotal ultrasonografi istemek ilave bir sorumluluğumuzdur. Bu olguda, scrotal ultrasonografinin tanısız değeri yeterince yer bulamamıştır. Klinik davranış bütün olarak değerlendirildiğinde, bu olgunun ikinci yatışında testis tümörü ihtimalinin ayırıcı tanıda bile yer bulamadığı anlaşılmaktadır.

2- Tümör varken yapılan hidreselektominin ne gibi sakıncalar ve/veya zararlar oluşturabileceğini belirtiniz. Klasik evreleme nasıldır. Scrotal ameliyatta evreleme değişir mi?

Testis ve eklerinin lenfatik drenajı doğrudan retroperitoneal lenfatik ağa olur. Bu nedenle testis tümürlü bir olguda skrotal tabakaların bütünlüğünü bozan kesilerden kaçınılmalıdır. Skrotal insizyon yanında, dren için bile cerrahi travma verilmemelidir.

3- Tanı gecemesinin sürviyi ne kadar etkilediği konusunda yorum yapılabilir mi?

Tanının gecikmesi hastalık evresini yükselmiştir. Ancak bunun sağkalım üzerine anlamlı bir etki yaptığının kanıtı yoktur. Zira, testis tümörlerinde kemoterapi etkin bir tedavidir. Günümüzde, tedavinin sağkalım üzerine olan etkisi neredeyse mutlakdır. Öncelenmesi gereken şey, tedavi morbiditelerinden hastayı korumaktır. Ne yazık ki, 8.5 aylık bir tanı gecemesinin tedavi etkinliği ve hastanın maruz kalacağı tedavi morbiditeleri üzerine olumsuz etkileri olacaktır.

4- Bu vakada bilirkışı olsaydınız nasıl değerlendirme yapardınız?

Hastaya gerekli özen gösterilmiş ve bilimsel algoritmaya riayet edilmiştir. Eksik olan şey klinik tecrübedir. Yıllar içinde kazanılabilen tecrübeye yaş sınırı da yoktur. Hekimlik sanatının belki de ölçülemeyen yönü budur.

5.3.2 TRİKLOR ETİLEN TESTİS KANSERLİYLE İLİŞKİLİ MİDİR?

TALEP:

Davacının hastalığının mesleği ile illiyeti olup olmadığı sorulmaktadır.

BELGELER:

Dosyadaki belgelere göre 37 yaşındaki kişinin 9 yıl bayan konfeksiyon bölümünde çalıştığı, davacının dilekçesinde ütü ve leke çıkarma işlerinde çalıştığı, kimyasal maddeye maruz kaldığı, davalı iş yerinin dilekçesinde ütücü olarak çalıştığı, kimyasal maddeye maruz kalmadığı,

Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahi Eğitim ve Araştırma Hastanesinin sağlık kurulu raporunda; bronşiya astımı olduğu, FVC: %87, FEV1: %92, FEV1/FVC: %89 olduğu, tozsuz-dumansız ve kimyasal maddelere inhalasyon yolu ile maruziyet olabilecek işyerlerinde çalışamayacağı,

Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinin epikrizinde; girişimsel radyolojide sağ retroperitoneal kitleden biyopsi alındığı,

Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinin patoloji raporunda; retroperitoneal kitleden yapılan İİAB'de yaymalarda nekrotik bir zeminde tek hücreler ve gruplar halinde dağılım gösteren malign nitelikte hücreler olduğu, malign hücrelerin niteliğini anlamak ve tiplendirme için şüpheli kitlenin biyopsisinin önerildiği,

Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinin patoloji raporunda;operasyonla alınan retroperitoneal kitle, embriyonel karsinom olduğu,

Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinin raporunda; testis malign neoplazmı, metastatik embriyonel karsinom olduğu,

Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinin ilaç kullanım raporunda; tanı kısmında testis malign karsinomu yazıldığı, retroperitoneal karsinom tanısı ile 4 kür BEP tedavisi aldığı, yanıt değerlendirme tetkik sonuçları beklendiği, sonuca göre cerrahiye yönlendirileceği,

Tıp Fakültesi Hastanesinin epikrizinde; hastanın çekilen BT'sinde retroperitonda sağda paravertebral ve paraaortik yerleşim gösteren sağ abdominal aorta İMA çıkışına kadar uzanan, VCI ve komşuluğundaki yapılar ile sınırları net seçilemeyen 48x100x85 mm boyulu kitle saptandığı, skrotal USG'de testisler normal, hastanın yapılan biyopsisi malign retroperitoneal kitle olarak geldiği, Haziran 2010'da yapılan biyopsi sonucu embriyonel karsinom olarak geldiği, hastaya 4 kür BEP verildiği, KT sonrası PET-CT'de sol akciğer üst lobda ve abdomende malignite saptandığı, BT'de sağda önceden tanımlanan bölgede 73x35x65 mm LAP saptandığı, eş zamanlı olarak solda da patolojik lenf bezleri saptandığı, retroperiton-daki kitlenin eksizyonu yapıldığı,

Tıp Fakültesi Hastanesinin Tıbbi Patoloji Anabilim Dalının raporunda; retroperitoneal kitle materyalinde geniş nekroz alanları, yabancı cisim tipinde kronik iltihap bulguları gösteren konglomere lenf nodülleri ve lipomuskuler doku örnekleri, detaylı epikriz bilgisine ulaşamayan ve retroperitoneal germ hücreli tümör tanısıyla takip edildiği bildirilen hastada, biyopsi materyallerinde izlenen bulgular radyoterapi etkisine görülebilecek bulgulardan olup canlı tümör hücresi izlenmediği, kıkırdak silüetlerinin varlığı primer tümöre teramatöz komponentin de eşlik ettiği düşüncesini uyandırdığı, bilinen klinik verilerle birlikte yorumlanmasının önerildiği,

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü'nün Maluliyet ve Sağlık Kurulları Daire Başkanlığının kararında; çalışma gücünün en az %60'ını kaybettiği, başka birinin sürekli bakımına muhtaç durumda olmadığına karar verildiği,

Ankara Meslek hastalıkları Hastanesinin raporda; solunum fonksiyon testlerine kooperere olamadığı, bu nedenle astım açısından değerlendirilemediği, onkolojiye danışıldığı, trikloroetilen maddesinin lösemi ve bazı solid tümörlere(böbrek tümörü) neden olabileceği, fakat testis tümörü hakkında kesin kanıt bulunamadığının belirtildiği, testis tümörü mesleki olabileceği gibi tasadüfi de gelişmiş olabileceği belirtilmektedir.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI:

Adli tıp kurumu: Trikoloretillen maddesinin bir çok dokuya toksik etkisi olduğu bilinmektedir. Bu tür kimyasallar tümör gelişimi için risk oluştursalar da emriyonel kanser ile bu madde arasında ilişki olduğunu gösteren literatür bilgisi bulunamamıştır. Bu nedenle mevcut kanser ile mesleğin ilişkili olduğunu söyleyebilmek mümkün değildir.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Adem Fazlıoğlu, Madical Park Gaziosmanpaşa Hastanesi, Üroloji kliniği

1- Testis kanserinin etyolojisinde rol oynayan risk faktörleri nelerdir?

Testis kanseri erkek neoplazmalarının %1-1.5'ini, tüm ürolojik tümörlerin ise %5'ini teşkil eder ve Batı toplumlarında her 100 000 erkekte yılda 3-6 yeni olgu görülmektedir. Özellikle Kuzey Avrupa ülkelerinde 1970 ve 1980'li yıllarda testis kanseri insidansında artış gözlenmiştir. Son 30 yıl içinde Kuzey Amerika, Avrupa ve Okyanusya'daki sanayileşmiş ülkelerin çoğunda testis kanseri insidansında artış eğilimi görülürken, komşu ülkelerde şaşırtıcı derecede farklı insidans oranları görülebilmektedir. A.B.D'de 1973 ile 1998 arası Surveillance Epidemiology and End Results Program verileri beyaz erkeklerde sadece seminom riskinde devam eden bir artış göstermektedir. Tanı anında olguların sadece %1-2 kadarı çift taraflıdır. Histolojik tipler değişkenlik göstermekle beraber germ hücreli tümörlerin belirgin hakimiyeti vardır. İnsidansın en yüksek olduğu yaşlar seminom dışı tümörler için 20 ile 30 yaş arası, saf seminom

için ise 30 ile 40 yaş arasındır. Ailesel olgular özellikle kardeşler arasında görülebilmektedir. Testis kanseri olan hastalarda genetik değişiklikler tarif edilmiştir. Germ hücreli tümörlerin tüm histolojik tiplerinde 12. kromozomun kısa kolunun izokromozomu (i(12p)) özgül bir genetik belirleyici olarak tarif edilmiştir. İntratübüler germ hücreli neoplazi (testiküler intraepitelyal neoplazi, Tin) aynı kromozomal değişiklikleri gösterir ve testiküler Tin olgularının %66'sında p53 bölgesi değişiklikleri bulunmuştur. Tin ve germ hücre neoplazisinin gelişimine neden olan olay muhtemelen fetal germ hücrelerinin pluripotent düzenlenmelerinde oluşan bozukluklardır (bu bozukluklar M2A, C-KIT ve OCT4/NANOG gibi özgül belirleyiciler ile saptanabilir). Seminom ve embriyonal karsinom gelişiminde bazı çakışmaların olduğu genom-wide expression analizi ile gösterilebilmekte ayrıca bazı atipik seminomlarda alfa-fetoprotein (AFP) mRNA'sı saptanabilmektedir. Testiküler tümörlerin gelişimi için epidemiyolojik risk faktörleri kriptorşidizm yada inmemiş testis öyküsü, Klinefelter sendromu, aile öyküsünde birinci derece akrabalarda (kardeş, baba) testiküler tümör bulunması, karşı taraf testiste tümör yada TIN varlığı ve infertilite olarak sıralanabilir. Uzun boylu olmak germ hücreli kanser ile ilişkilendirilmiş olmakla beraber bu bulguyu doğrulayan ileri çalışmalara ihtiyaç vardır. (Albers P, Albrecht W, Algaba F, et al. European Association of Urology. EAU guidelines on testicular cancer: 2011 update.)

2- Mahkeme trikloroetilen maddesine maruziyeti sormuş ve incelemeler bunun üzerine yoğunlaşmıştır. İşyeri kuaför olduğunu dikkate alarak, başka hangi maddelere maruziyet ihtimaleri mevcuttur. Bu maddeleri de dikkate alarak meslek hastalığı ve kanser risk faktörlerini değerlendirir misiniz?

Trichloroethylene (TCE)toksitesi: Akut yada kronik TCE maruz kalındığında ölçüm yapılabilir. Ölçümü etkileyen faktörlerde mevcut. Örneğin alındığı zaman, total vucud yağ oranı, aktivite seviyesi, aldehyte ve alcohol dehydrogenase enzimlerin aktivitesi. İş yerinde TCE maruz kalmadıysanız plazma TCE seviyesi:0.01-013 mikrogram/dl dir.

TCE kandan hemen kaybolur ama metabolitleri (triklor asetik asit gibi) kanda birkaç hafta, idrarda üç hafta boyunca saptanabilir. Kronik olarak TCE'ye maruz kalanlarda idrarda triklor asetik asit ölçmek uygundur(idrarda Triklor asetik asite dönüşen ilaçları da sorgulamak gereklidir). (Agency for Toxic substances & Disease Registry, USA-<http://www.atsdr.cdc.gov/csem/csem.asp>)

Kuaför Salonunda çalışanların maruz kaldıkları kimyasal maddeler:

Kimyasal Madde	Bulunduğu Ürün	Maruz Kalındığında Semptom	Potansiyel Uzun Dönem Etki
Bibutyl Phthalate	Tırnak parlaticısı	Bulantı, baş dönmesi, göz ve deri irritasyonu	Doğumsal defektler
Folmaldehyde veya methylene glycol	Tırnak şartleştirici, parlaticı, keratin saç düzeltici	Nefes problemi, öksürük, wheezing, deri döküntüsü, boğaz tahrişi	Kanser, dermatit
Toluene	Tırnak parlaticısı-yapıştırıcısı, takma saç yapıştırıcısı-tutturucusu, saç boyası	Baş dönmesi, baş ağrısı, deri döküntüleri, göz-burun-boğaz irritasyonu	Karaciğer-böbrek bozukluğu, doğum defekti, hamilelik kaybı
Methyl Methacrylate (MMA)	Yapay tırnak	Solunum problemi, göğüs sıkışması, göz-burun-boğaz irritasyonu, baş ağrısı,	Koku kaybı, reproduktif toksin, astma
Cyclopentasiloxane veya cyclomethicone	Düz ütü sprayi, ısıdan koruyan spray	Yüksek ısıda ütü yapılırken cyclopentasiloxane formaldehit oluşturur. formaldehit solunum problemi yaratır, öksürük, wheezing, deri döküntüleri, göz-burun-boğaz irritasyonu	Formaldehyde maruz kalmak kanser ve dermatite sebep olabilir

Devam ediyor

Kimyasal Madde	Bulunduğu Ürün	Maruz Kalındığında Semptom	Potansiyel Uzun Dönem Etki
Styrene	Saç uzatıcı yapışkanı, takma saç bağlama yapıştırıcısı	Görme problemi, konsantrasyon problemi, yorgunluk	kanser
Trichlorethylene	Saç uzatıcı yapışkanı, takma saç bağlama yapıştırıcısı	Baş dönmesi, baş ağrısı, konfüzyon, bulantı, göz ve deri irritasyonu	Karaciğer yetmezliği, böbrek yetmezliği, dermatit, çift görme
1.4 Dioxane	Saç uzatıcı yapışkanı, takma saç bağlama yapıştırıcısı	Göz ve burun irritasyonu	Kanser, Kc yetmezliği, böbrek yetmezliği
2-butoxyethanol veya ethylene glycol monobutyl ether	Dezenfektan, temizleyici	Baş ağrısı, göz ve burun irritasyonu	Reproduktif toksin
Quaternary Ammonium bileşimleri veya dimethyl benzyl ammonium chloride	Dezenfektan ve temizleyici	Deri, göz ve burun irritasyonu	astma
P-phenylenediamine	Saç boyası, siyah kına dövmesi	Deri irritasyonu	dermatit
Glyceryl thioglycolate	Perma solüsyonları	Deri irritasyonu	dermatit
Ammonium persulfate	Saç renk açıcı	Göz, burun ve boğaz irritasyonu, öksürük, nefes darlığı	Astma, dermatit
Ethyl methacrylate	Yapay tırnak	Göz ve deri irritasyonu, göz kapağında-yüzde-boyunda döküntü, öksürük, nefes darlığı	Astma
Acetone	Tırnak parlatalıcı çıkarıcısı saç sprayi	Göz, deri ve boğaz irritasyonu, baş dönmesi	Göz, deri ve boğaz irritasyonu, baş dönmesi
Acetonitrile	Tırnak yapıştırıcı uzaklaştırıcısı	Göz, deri ve boğaz irritasyonu, yüzde kızarıklık, bulantı, göğüs sıkışması	Halsizlik, güçsüzlük
Butyl acetate, ethyl acetate veya isopropyl acetate	Tırnak parlatalıcı, tırnak parlatalıcı uzaklaştırıcısı, takma ve ek saç yapıştırıcısı	Göz, deri ve boğaz irritasyonu, baş dönmesi baş ağrısı	Göz, deri ve boğaz irritasyonu, dermatit
Methacrylic acid	Tırnak boyası, kirpik yapıştırıcısı	Deri yanığı, göz-burun ve boğaz irritasyonu	Böbrek yetmezliği, dermatiti reproduktif toksin

3- Retroperitoneal kitleden alınan biyopsi embriyonel karsinom olarak rapor edilmiş. Testis ultrasonografisi normal bulunmuş. Bu iki bilgi ışığında ilgili kanserler nasıl sınıflandırılmaktadır?

Ekstragonadal germ hücreli tümörler (EGHT) daha çok genç erkeklerde (20-35 yaş) görülen nadir tümörlerdir. Vücudun orta hattında yerleşirler. EGHT'nin yerleştiği sahalar mediastinum (%50-70), retroperiton (%25-40), epifiz (5%) ve sakrokoksigeal bölgedir (<%5). EGHT için bilinen tek risk faktörü mediastende nonseminomatöz germ hücreli tümörlerle (NSGHT) ilişkili Klinefelter sendromudur (47XXY) (Hasle H, Mellemegaard, A, Nielsen J, et al. Cancer incidence in men with Klinefelter syndrome. Br J Cancer 1995;71(2):416-20).

Gerçek insidansı bilinmemekle birlikte GHT'nin yaklaşık %2-5'i gonad dışından köken alır. Avrupa'da 27 ülkenin (EU27) nadir kanserlerini inceleyen RARECARE grubunca yapılan bir çalışmada EGHT'nin yıllık

insidansı 1,27/100.000 olarak bildirilmiştir. EGHT testiste tümörün ele gelmemesi veya radyolojik olarak gösterilememesi ile karakterizedir. EGHT insidansı testis tümörlerinde oluşan "burned-out fenomeni" nedeniyle abartılı olarak yanlış hesaplanıyor da olabilir. EGHT olarak tanı konmuş bazı olgularda regrese olmuş primer testis tümörüne bağlı skrotal skar görüldüğü bildirilmiştir. Özellikle retroperitonda öngörülen EGHT, primer testisküler tümörün spontan nekrozu sonucu sonrası tanı konan retroperitonyal metastazlar olabilir (Comiter CV, Renshaw AA, Benson CB, et al. Burned-out primary testicular cancer: sonographic and pathological characteristics. *J Urol* 1996;156(1):85-8. Scholz M, Zehender M, Thalmann, GN, et al. Extragenital retroperitoneal germ cell tumor: evidence of origin in the testis. *Ann Oncol* 2002;13(1):121-4).

4- Hastanın tanı, tedavi ve takibini klasik ve klavuz bilgilerine göre değerlendirir misiniz?

Tam fizik muayene şarttır. Testisler muayene edilmeli mutlaka ultrasonografi ile de değerlendirilmelidir. Skrotal US'de testiste anormallik görülürse testis kanseri akıldan çıkarılmamalıdır. Testisteki şüpheli kitleler orşiektomi ile tedavi edilir, zira primer kanser testiste olabilir ve testis kemoterapiye korunaklı bir alan sayılır. Özellikle retroperitondaki EGHT'lerde testislerde küçük şüpheli alanlar görülebilir. Bu olgulara orşiektomi uygulandığında %76 oranında canlı kanser veya skar dokusu tespit edilmiştir (Scholz M, Zehender M, Thalmann GN, et al. Extragenital retroperitoneal germ cell tumor: evidence of origin in the testis. *Ann Oncol* 2002;13(1):121).

α FP ve β -hCG birçok EGHT'de artar. α FP yükselmeleri yolk-sak tümörlerinde ve embriyonel karsinomlarda görülür, seminomlarda görülmez. Koryokarsinom, embriyonel karsinom ve seminomların bir bölümünde (<%10) β -hCG artar. Laktat dehidrogenaz (LDH) nonspesifik bir belirteçtir, ancak yüksekliği tümör yükü ile ilişkilendirilebilir. Tedavi öncesi tümör belirteçlerinin seviyeleri tespit edilmeli, tedavi süresince ve sonrasında düzenli aralıklarla takip edilmelidir. Tümör belirteçleri tanı, evreleme ve prognostik açılardan önem taşır.

Hastalığın yayılımı bilgisayarlı tomografi (BT) ile en iyi şekilde tespit edilir. GHT'lerin metastatik özellikleri nedeniyle abdomen, pelvis, toraks ve supraklaviküler alanı içerecek şekilde BT taraması yapılır.

Tedaviye başlamadan önce tümörün histolojisi bilinmelidir. İnce iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) veya doku biyopsisi yapılabilir. İİAB'nin tanısal değeri gösterilmiştir. EGHT tiplerinin her birinin ayrı morfolojik karakteri vardır. Bir veya daha çok belirgin çekirdekçikli, büyük ve nonkohezif hücrelerden oluşan seminomatöz tümörler kolaylıkla tanınır. Nonseminomatöz tümörlerden aspirasyon biyopsisi yapıldığında birden çok GHT alttipi birarada görülebilir ve tanıyı zorlaştırabilir. Sitolojik görünüm immünohistokimya ile değerlendirilebilir. Genellikle doku biyopsisi gerekir. Tümörün boyutu, yerleşimi, yayılımına bağlı olarak kor, insizyonel veya eksizyonel biyopsi teknikleri kullanılabilir.

Gerek seminomlarda, gerekse nonseminomlarda retroperitonyal EGHT'nin tedavisinde ilk seçenek BEP kemoterapisidir. Elli iki retroperitonyal seminomatöz EGHT'nin kemoterapiyle 5 yıllık hastalıksız sağkalımı %77 olarak bildirilmiştir. Bu rakam primer mediastinal EGHT'lerde elde edilenden biraz düşüktür. Küçük kitleli seminomlarda radyoterapinin de bir seçenek olabileceği bildirilmişse de, tek başına radyoterapinin başarısı kemoterapiye göre düşüktür.

Nonseminomatöz tümörlerde 5 yıllık toplam sağkalım oranları retroperitonyal EGHT'de primer mediastinal EGHT'de olduğundan düşüktür (%45 vs %62). Hastalıksız sağkalım ise bu iki lokalizasyondaki tümörlerde birbirine yakındır (%44 vs %45). NSGHT'lere uygulanan kemoterapi sonrası geride kalan rezidif kitleler çıkarılmalıdır. Bugün halen kemoterapi sonrası rezidüel kitlenin histolojik yapısını öngörmemizi sağlayacak görüntüleme yöntemi mevcut değildir. Bu nedenle radyolojik olarak gösterilebilen tüm rezidif kitlelere cerrahi önerilmektedir. Nonseminomatöz tümörlerde rezidüel kitelerin çıkarılması standart tedavidir. Kitlenin çıkarılmasının yanında etkilenmiş olabilecek tüm vazgeçilebilir organlar da çıkarılmalıdır. Aortik tutulum olduğunda aort protezi kullanılabilir. Rezidif retroperitonyal tümörlerde ise orta hattan laparotomi insizyonu yapılır. Primer testisküler kanserler gibi tedavi edilirler. Teratomların sadece cerrahiyle de tedavi edilebileceği unutulmamalı ve cerrahi primer tedavi seçeneği olarak sunulmalıdır. (Roeleveld TA, Horenblas S. Extra-Gonadal Germ Cell Tumors. In: *Cancer of Testis*. Edited by MP Laguna: Springer-Verlag, London, 2010 pp.245-52).

Bokemeyer serisinde postkemoterapi cerrahi uygulanan 101 rezidüel kitlenin %25'inde retroperitonda canlı tümör %16'sında matür teratom görülmüştür (Bokemeyer C, Nichols CR, Droz J P. et al. Ext-

ragonadal germ cell tumors of the mediastinum and retroperitoneum: results from an international analysis. J Clin Oncol 2002;20(7):1864-73).

5- Bilirkişi olarak nasıl rapor düzenlerdiniz?

Ülkemizdeki çıkarılmış olan iş kanununa göre; Kuaför salonunda çalışanların maruz kalacakları kimyasal maddeler hakkında işverenin sorumluluğu vardır. İşveren kullanılan tüm kimyasaller hakkında güvenlik bilgilerini eksiksiz temin edip işçiler veya temsilcilerinin bu bilgilere ulaşmasını sağlamalıdır. Ayrıca işveren, işyerinde kimyasalların kullanımından doğabilecek risklerin değerlendirmesini yapmalı ve uygun yöntemlerle çalışanları korumalıdır. Böyle bir vakada adli tıpta yapılması gereken gerçekten Trikloretilen (TCE) maddesine maruz kalınıp kalınmadığını ölçmek ve böbrek, karaciğer, kalp, gis, sinir sistemi ve immün sistemde TCE nin bilinen etkilerinin olup olmadığını dökümente etmek, not düşmek uygun olurdu. Bilinen etkileri olmasına rağmen ekstragonadal germ hücreli tümörler (embriyonal kanser) ile bu madde arasında ilişki olduğunu gösteren tıbbi kanıt bulunmamaktadır. Mevcut kanser ile mesleğin ilişkili olduğunu söyleyebilmek bugün mümkün değildir.

5.3.3 TESTİS KANSERİ TEDAVİ GECİKMESİ: SORUMLU HEKİM Mİ HASTA MI?

İDDİA

Hasta sağ testisinde ki şişlik nedeniyle başvurmuş ve davalı doktor gerekli tedaviye başlanmış, bu aşamada testislerde çekirtilen ultrason görüntüleri ve bu görüntülere bağlı testis tümörü on tanısına rağmen, davalı doktorca bu yaşlarda tümör olmayacağı bunun olsa olsa hidrosel olabileceği gerekçesi ile ve herhangi bir şekilde alt batın, üst batın MR filmleri çekilmeden ve vurulacak ilk bıçak darbesiyle tümörün tüm vücuda yayılma riskine rağmen sağ testisin tamamı ameliyatla alınmıştır. Patolojide Testis tümörü tanısı konmasına rağmen doktor ısrarla kanser olmadığı tüm tümörlü hücreleri temizlediğini söylemiş, onkoloğa sevk etmemiştir. Taburcu olmasından kısa bir süre sonra ağrıları gittikçe artan, sol testisinde yeniden şişme başlayan ve kilo kaybına olan hasta davalı doktora başvurmuş değişik filimlerin çekilmesi dışında herhangi bir tedaviye başvurulmamıştır. Ağrılarının giderek artması üzerine ilk testis ameliyatından yaklaşık 8 ay sonra davacı tekrar davalı doktora gitmiş, ve davalı doktor tarafından MR ve filmlerin çekilmesi için sevk edilmiş ve film sonuçlarında önemli bir şey değil birkaç ışın tedavisiyle halledilecek bir şey kanser değilsin diyerek bir onkoloğa sevk etmiştir. Tıp Fakültesinde 8 ay boyunca kamoterapi ve radyoterapi tedavici görmüştür. Yanlış tanı ve ameliyat sonucu kısa bir tedavi ile sonuçlanacak hastalık giderek ilerlemiştir.

SAVUNMA

Üroloji Uzmanı: Testiste şişme nedeniyle yapılan USG sonucu testis tm tanısı konulup orşiektomi yapıldı, seminom saptanan hastada yara iyileşmesinin ardından gerekli kan testleri ve MR istenip sonuçlar gelir gelmez onkolojiye sevk yapıldı.

BELGELER

Ultrasonografi: Solda tunika vajinalisler içerisinde inguinal kanalı kısmen, skrotumu büyük oranda dolduran massif serbest sıvı mevcuttur. Sağ testis ileri derecede büyüktür; (83x54x52mm) (115ml), sol testis (49x34x24mm) (20ml) ölçülmüştür. Sağ testisi tamamına yakını kaplayan ve ön duvarından minimal kontur dışına da taşan, hipoekojen ağırlıklı olmak üzere heterojen eko yapısında solid mass lezyon mevcuttur. SONUÇ: Sağda; testis TM, solda massif inguino-skrotal hidrosel.

MR: Aorta iliak bifürkasyona yakın paraaortik alanda yaklaşık 3.5x6 cm. genişliğinde konglemere lenf nodu ile uyumlu solid kitle mevcuttur. Sağda nefrostomi kateteri izlendi. 10.06.2005 tarihli bir önceki BT inceleme ile karşılaştırıldığında konglemere lenf nodunun boyutlarında belirgin gerileme mevcuttur.

Patoloji raporu: Seminom, klasik tip, tümör çapı: 9 cm, intratubuler germ hücreli tümör yok, vasküler invazyon yok, tunika albuginea, rete testis, epididim tümörle invazidir. Spermatik kord ve cerrahi sınırlarda tümör yok. Noneoplastik testis dokusu: izlenmedi.

Pozitron Emisyon Tomografi (Pet) raporu: Batında rezidiv tümör ile uyumlu hipermetabolik odak, Pelviste her iki inguinal lenfatiklerde malignite şüpheli hafifçe hipermetabolik odaklar.

Onkoloji Enstitüsü yazısı: 34 yaşında erkek hasta, evre IIc seminom, kontrast nefropatisine bağlı akut, böbrek yetmezliği, tanıları ile başvurmuştur. Hikayesinde testiste şişlik ve şiddetli bel ağrısı ile bir üroloğa başvurduğu ve testis tümörü ön tanısı ile sağ orşiektomi yapıldığı öğrenilmiştir. Bu dönemde seminom tanısı konan hastaya evreleme amaçlı batin ve akciğer tomografileri çekilmemiş ve takibe alınmamış olduğu dikkati çekmiştir. Bel ağrısı devam eden hastada sol hidrosel gelişmiş ve kilo kaybı başlamıştır. Takip eden hekim tarafından; ultrasonografi ile bakılmış ancak patoloji saptanmamış. Ağrılarının devam etmesi üzerine ilk orşiektomiden yaklaşık 8 ay sonra ilk abdomen BT çekirilmiş ve tüm paraaortik bölgeyi kaplayarak her iki renal hilus üzerinden başlayıp iliak bifürkasyonun altına kadar inen metastatik kitle saptanmış, sağ böbrekte hidronefroz ve fonksiyon kaybı görülmüştür. Bunu takiben bir onkoloğa başvuran hastaya acilen sağ nefrektomi ardından toraks BT planlanarak tedavi başlanması önerilmiştir, Bu sırada bakılan kreatinin değeri 1.9 mg/dl bulunan hastaya önerilen tetkik ve girişimler yapılmış ve kamoterapi amacıyla hastaneye yatırılmıştır. hastaneye yatırıldığında kreatinin 2.3 mg/dl bulunarak hidrasyoa başlanmış, forse diürece rağmen kreatinin düzeylerinin giderek yükselmesi üzerine sol hidronefroz öntanısı ile ultrasonografisi tekrarlanmıştır. Solda da kitle basısına bağlı, hidronefroz geliştiği saptanan hastaya pigtail kateter takılmıştır. Bu arada kreatinin düzeyi 14 mg/dl ye yükselen hastaya nefroloji konsültasyonu yapılmış ve kontrast nefropatisi tanısı ile hemodializ başlanmıştır. Kreatinin düzeyleri kontrol altına alındıktan sonra nefropati yapmayan ajanlar olan paklitaksal ve etoposid ile kerdoterapi başlanmıştır. Hasta ilk kemoterapi ardından anemi nedeniyle transfüzyon, febril nötropeni nedeniyle geniş spektrumlu antibiyotik tedavileri almış, takip eden küllerde de kreatinin düzeyleri nedeniyle küratif tedavi olan sisplatinli BEP komo terapisini alamamıştır. Yerine cevap oranının daha az olduğunu bildiğimiz CEB (karboplatin) uygulanmak zorunda kalmış, karboplatinli tedavi sırasında da ağır myelosupresyon ile ilişkili olarak transfüzyonlar gerektirmiştir. 4 kür sonunda kitlesi küçülmüş olmakta birlikte PET (+) bulunan hastaya küratif dozda radyoterapi yapılmıştır. Hasta halen taşıdığı pigtail kateter ile yaşamakta olup böbrek fonksiyonları normale dönmüştür. Radyoterapi sonrası, ilk MR kontrolünde kitlede daha da küçülme görülmüştür.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Ameliyat sonrası patoloji sonucu seminom gelen hastanın hemen onkolojiye sevk edilmesi gerektiği, hastayı zamanında sevk etmeyen doktorun uygulamasının tıp kurallarına uygun olmadığı oy birliği ile mütalaa olunur.

Adli Tıp Kurumu: Kişi patoloji raporunun seminom olarak değerlendirildiği tarihte onkolojiye gönderilmesi gerektiği ilk tanı anında onkolojiye gönderilip tedavisi başlasaydı tedavi başarısının daha iyi olmasının beklendiği, ancak habis hastalıklarda başarının tam olarak öngörülemediği, erken teşhiste hastanede yatma ve işten kalma süresinin ne olacağının bilinemediği, kişiye konulan tanı ve yapılan ameliyatın tıp kurallarına uygun olduğu, hastanın onkolojiye sevkinde gecikmenin bir eksiklik olarak kabul edilmesi gerektiği oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Azam DEMİREL, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1. Testiste kitle saptanan bir hastaya klavuz bilgilerine göre hangi değerlendirmeler yapılmıştır. Bu hastaya yapılanları klavuz bilgilerine göre değerlendiriniz?

Testiste kitle şüphesi ile başvuran tüm hastalarda tanı ve hastalığın klinik evrelemesinin yapılabilmesi için bilateral testis ultrasonografisi, serum tümör belirteçleri (Alfa fetoprotein, human karyonik gonadotropin), ve torako-abdomino-pelvik bilgisayarlı tomografi ile değerlendirilmesi önerilmektedir (P. Albers, W. Albrecht, F. Algaba et al Guidelines on Testicular Cancer. European Association of Urology 2015). Hastaya ait kayıtlar incelendiğinde; preoperatif olarak sağ testiste şişlik şikayeti ile başvuran hastaya sadece testis ultrasonografisi yapıldığı bunun sonucuna göre sağ radikal orşiektomi operasyonu yapıldığı

anlaşılmaktadır. Hastalığın klinik evrelemesi ve ek bir tedavi ihtiyacını belirlemek için gerekli olan serum tümör belirteçleri (pre ve post operatif) ve torako-abdomino-pelvik CT incelemelerinin yaptırılmadığı ve bu durumun bir eksik değerlendirme olduğu aşıkarak görülmektedir.

2. Evrelerine göre seminom sürvileri nasıldır. Seminom tedavisinin 8 ay kadar geciktiği anlaşılmaktadır. Bu durum tedavinin başarısını ne derece etkilemiştir.

Klinik evre I seminomlarda her bir tedavi modalitesi için (İzlem, Adjuvan karboplatin kemoterapisi) uzun dönem kanser kontrolü % 100 olarak bildirilmiştir. Evre IIA ve II B de ise önerilen tedavi yöntemleri ile nüks olmaksızın sağkalım oranları sırasıyla % 92 ve % 90 iken, toplam sağ kalım oranları ise hemen hemen % 100'dür. Metastatik hastalıkta (Evre IIC ve III) seminomlar International Germ Cell Cancer Collaborative Group (IGCCCG) prognostik sınıflamasına göre iyi ve orta prognostik gruplara sınıflandırılmış, seminomlar için kötü prognostik grup sınıflaması yapılmamıştır. Seminomlarda; iyi prognostik grupta 5 yıllık progresyonsuz sağ kalım ve toplam sağ kalım oranları sırasıyla %82 ve %86, orta prognostik grupta 5 yıllık progresyonsuz sağ kalım ve toplam sağ kalım oranları sırasıyla % 67 ve % 72 olarak bildirilmiştir (P. Albers, W. Albrecht, F. Algaba et al. Guidelines on Testicular Cancer. European Association of Urology 2015).

Tanıda gecikme, hasta ve hekimden kaynaklanabilen bu hastalık için iyi tanımlanmış bir antitedir. Testis kanserli hastalar tipik olarak genç yaş grubundadırlar. Bu yaş grubundaki hastalar bilgisizlik ve inkardan dolayı semptomların değerlendirilmesi ve araştırılmasına daha az yatkındırlar. Önceki çalışmalarda testis tümörlü hastaların yaklaşık üçte birine yakınına hidrosel veya epididimit tanıları gibi başlangıçta yanlış tanı konulduğu bilinmektedir. Bu hastalara tatbik edilen uygun olmayan tanı testleri, gereksiz cerrahi ve uygun olmayan tedavilerle hastaların küratif tedavilerinde gecikmelere sebep olunabilmektedir. Gecikme süresi, kemoterapiye optimal cevapta azalma, klinik evrede ilerleme ve sağ kalımda azalmayla ilişkili olabilir. Literatüre bakıldığında Cisplatin bazlı kemoterapi uygulanmayan dönemde yapılan bir çalışmada tanıda 16 haftadan daha fazla olan gecikmelerde hasta sağ kalımında azalma olduğu rapor edilmiştir. Yine 2004 yılında rapor edilen bir çalışmada, tedavisine başlamada 30 günden daha uzun süre gecikme olan hastalarda, multipl yada daha yoğun kemoterapi gereken hasta oranı daha yüksek olarak bildirilmiştir. Bu bağlamda hekim ve hasta eğitiminin geliştirilmesiyle hasta sağ kalımını direkt olarak etkileyebilen tanıdaki gecikmelerin önüne geçilebilir. (Campbell-Walsh Urology 2016, 11. Edition, vol. 1)

Hasta kayıtları incelendiğinde, 34 yaşındaki erkek hastanın sağ testisinde şişlik ile başvurduğu hekim tarafından yaptırılan skrotal ultrasonografisinde sağda testis tümörü tespit edilmiştir. Buna göre sağ orşiektomi uygulanıp patoloji sonucu seminom rapor edilen hastanın, gerekli kan tetkiklerinin ve MR'ının istenip sonuçlarıyla onkolojiye yönlendirildiği hekim tarafından ifade edilmektedir. Ancak hastanın semptomlarının başlaması üzerine 8 aylık bir gecikme ile tekrar hekime başvurup yapılan ilk abdomen tomografide paraaortik bölgeyi dolduran ve her iki renal hilus seviyesinden başlayıp her iki iliak bifurkasyona kadar uzanan metastatik kitleler saptanmış ve muhtemel kitle basısına sekonder sağ böbrekte hidronefroz ve fonksiyon kaybı olduğu tespit edilmiştir. Bu aşamada medikal onkologa başvuran hastanın böbrek fonksiyonları normal olmamasına rağmen kontrastlı toraks BT yapılmış ve hastanın kreatin değeri 14 mg/dl'ye yükselmiştir. Nefroloji konsültasyonu sonrası hastada kontras nefropatisi geliştiği anlaşılmıştır. Sol böbrekte hidronefroz gelişen hastaya pigtail kateter konmuştur. Hastaya nefropati riskinden dolayı cisplatin temelli kemoterapi başlanamayıp, cevap oranı daha düşük olan 4 kür karboplatin tabanlı tedavi protokolü uygulanmıştır. 4 kür sonrası yapılan PET CT kontrolünde PET(+) olan hastaya küratif dozda radyoterapi uygulanmış ve sonrasında yapılan MR kontrolünde kitlede daha da küçülme olduğu anlaşılmaktadır.

Testis tümörleri, metastatik hastalık da dahil olmak üzere % 85-95 hastada tam anlamıyla kür sağlanabildiğinden tedavi edilebilir kanser modelini oluşturmaktadır. Tanıdaki gecikmelerin hasta morbiditesini ve sağkalımını yakından etkilediği bilinmektedir. Bu hastada da 8 aylık bir gecikmeyle tedaviye başlandığı ve böbrek fonksiyonlarındaki bozulma nedeniyle daha etkin olan cisplatin bazlı kemoterapi tedavisinin uygulanamamış olmasının, hastanın morbiditesinin artması ve kür sağlanamamasında katkısının olduğu açıkça görülmektedir.

3. Bu olayda bilirkişi olarak nasıl rapor yazardınız?

Hastanın operasyon öncesi ve sonrası Uluslararası klavuzlara göre gerekli tanı testlerinin tam olarak yapılmadığı ve yine hastalığın klinik evrelemesinin yapıp ek tedavi ihtiyacının olup olmadığına karar verilebilmesi için mutlak yapılması gereken görüntüleme yöntemlerinin yapılmayıp, medikal onkoloji kliniğine yönlendirilmediği anlaşılmaktadır. Bu durum konglomere kenf nodlarının üreter ve toplayıcı sisteme basısıyla bilateral hidronefroz gelişmesine, hastanın tedavisine başlamakta geç kalınmasına ve tam cevap alınabilecek tedaviye kısmı cevap alınmasına yol açmıştır. Hastanın hastalığının ciddiyeti ve ek tedavi gerekebileceği hakkında eksik bilgilendirilmesinin ve zamanında gerekli tetkiklerin yapılmayarak ilgili kliniğe yönlendirilmemesi sonucu tedavisine geç başlanılmasının hekimin sorumluluğunda olduğuna kanaat getirilmiştir. Ayrıca kreatinin değeri normal olmayan hastaya yapılan kontrastlı tomografi böbrek fonksiyonlarının daha da bozulmasına yol açmış ve daha uygun bir protokolle kemoterapinin yapılamamasında ilave rol oynamıştır. Kontrastlı tetkiklerden önce mutlaka serum kreatinin düzeyinin bilinmesi gerekmektedir.

Burada sorgulanması gereken diğer bir husus da orşiektomiden ne kadar zaman sonra patolojik incelemenin yapıldığı ve ameliyat yapan doktora bu raporun hangi sürede ulaştırıldığıdır. Özellikle başka merkezlere gönderilen spesmenlerin incelenmesinde ciddi gecikmelerin olduğu bilinmektedir.

Cerrahi yöntemle elde edilen spesmenlerin veya biyopsi yöntemi ile alınan doku örneklerinin en kısa sürede ve uygun solüsyonlar içinde Patoloji Departmanına gönderilmesi, takibinin yapılması, gerekli hallerde patoloğa diyalog kurulması, patoloji sonucunun hastaya bildirilmesi ve adjuvan tedavilerin planlanması ilgili hekimin sorumluluğundadır. Spesmenlerin ameliyathaneden bir personel vasıtasıyla Kliniğe, oradan başka bir personelle Patoloji Bölümüne ulaştırılması sırasında zaman zaman spesmenlerin kaybolduğu bir vakıdır. Patoloji uzmanı olmayan hastanelerde spesmenlerin başka bir merkeze uygun olmayan şartlarda ulaştırılması ayrı bir sorundur. Patolojik değerlendirmelerin gecikmesi de tedavi planını büyük ölçüde etkilemektedir. Tartışılan bu testis tümörü olgusunda patoloji raporunun ameliyat yapan doktora ne kadar sürede ulaştığı konusunda bir bilgi olmamakla birlikte tedavinin gecikmesinde böyle bir problem söz konusu olabilir.

Yukarıda belirttiğim aksaklıkların ortadan kaldırılması için imkanlar zorlanarak özellikle kanser cerrahisinin uygun olarak yapıldığı hastanelerde ameliyathane içinde bir Patoloji Ünitesinin bulundurulması ve spesmenlerin tez elden buraya teslim edilmesi önerilebilir. Bu konuda 1995 yılında bir müddet görev yaptığım Cleveland Klinik ameliyathanesi içindeki Patoloji Bölümünün çok iyi bir örnek olduğunu söyleyebilirim. Hatta burada spesmenin makro plandaki değerlendirilmesi patoloji uzmanı ve cerrah tarafından birlikte yapılmakta ve nihai patolojik raporun ilgili hekime ulaştırılması da bu bölüm tarafından sağlanmaktadır.

Bu tartışmalardan da anlaşıldığı üzere mediko-legal problemlere yol açılmaması için malign olguların değerlendirilmesinde cerrah, radyolog, patolog, medikal onkolog ve radyasyon onkologlarından oluşan multidisipliner bir yaklaşımın sergilenmesi esastır.

5.3.4 TESTİS TÜMÖRÜ TANISI KOYAMAMADA SAĞLIK VE ASKERLİK SİSTEMİ SUÇLANABİLİR Mİ?

TALEP

Adli Tıp Kurumu hastanın hastalığı nedeni ile birçok hekimlere başvurduğu sorumluluğunun tek bir hekime yüklenemeyeceği şekilde rapor verilmiştir. Bu rapor üzerine hastanın hastalığı sırasında kendisini muayene ve tedavi eden tüm doktorlar hakkında dava açılmış ve bunların yapmış oldukları tedaviler ile ilgili belgeler de dosyada mevcut olduğundan tüm bu belgelerin birlikte değerlendirilerek ilgili davaların kusur oranların belirlenmesi sorulmaktadır.

İDDİA

Silah altına alındım, acemi birliği için Erzincan'a gittim Burada testisimde şişlik oluştuğu ve büyüdü, revire çıktım, hidrosel denerek geri gönderildim, usta bölüğüne Kıbrıs'a gelince aynı şikayetle yine başvurduğum, hidrosel tanısı orada da koyuldu, eğitimi kaytarmaya çalıştığım iddia edildi, sonunda ailemin

girişimleri ile Tıp Fakültesine sevk edildim, burada testis kanseri tanısı ve metastazlarının ortaya çıktığı saptandı. Daha sonra “askerliğe elverişli değildir” raporu verildi. Hastalığım tanısında ihmali olanlardan şikayetçiyim.

SAVUNMA

Üroloji Uzmanı (Tbp. Bnb.): Hasta ilk önce 6.9.2014’de revire müracaat etmiş ve orada Tbp.Atgm tarafından inguinal herni tanısı koyulmuş, 8.9.2014’de Erzincan Askeri Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniğine müracaat etmiş ve Tbp. Atgm tarafından hidrosel tanısı koyulmuş, aynı gün tekrar müracaat ettiğinde, skrotal USG, kan ve idrar tetkikleri istenmiş ve sağ hidrosel olarak rapor edilmiştir. Bu bulgularla hastaya 15 gün ağır sportif faaliyetlerde muafiyet ve usta birliği hastanesinde ameliyat önerilmiştir. Hasta revirde Tbp. Astgm tarafından görülmüş ve yine hidrosel tanısı koyulmuştur. Hasta 11.10.2014 günü tekrar başvurdu ve sağ hidrosel tanısıyla usta birlik hastanesinde operasyon önerildi. 19.10.2014 ve 9.11.2014’de revirde yine hidrosel tanısı koyulmuştur. Hasta tarafıma 10.11.2014’de başvurdu, aynı tanı ile usta birliğinde ameliyat önerdim. 13.12.2014’de Kıbrıs’ta hidrosel veya inguinal herni tanısı koyulmuş. Testis tümörleri ile kasık fıtığı ve hidroselin karıştırılabilecek hastalıklardır. Benim gibi diğer tüm doktorlar da aynı tanıyı koymuşlardır. Daha sonra hasta da testis tümörü tanısı konulmuştur. Gecikme söz konusu değildir.

Hastanın müracaatları ve tanıları tabloda gösterilmiştir.

6.9.2014	Erzincan revir	Tbp. Atgm	inguinal herni
8.9.2014	Erzincan Askeri Hast.	Tbp. Atgm	hidrosel
8.9.2014	Erzincan Askeri Hast.	Tbp. Yzb.	hidrosel, usta birliğinde ameliyat
27.9.2014	Erzincan revir	Tbp. AstgmK	hidrosel
11.10.2014	Erzincan Askeri Hast.	Tbp. Yzb.	hidrosel, usta birliğinde ameliyat
19.10.2014	Erzincan revir	Tbp. Astgm	hidrosel
9.11.2014	Erzincan revir	Tbp. Astgm	hidrosel
13.12.2014	Kıbrıs revir	Tbp. Astğ.	hidrosel veya inguinal herni sevk?
29.12.2014	Girne Askeri Hast.	Tbp. Astğ	testis tümörü?
06.01.2015	Ankara GATA	Tbp. Yzb.	Ameliyat : bilateral orşiektomi

Tab. Astg. Vekili (Tüm diğer hekimler benzer savunmayı yapmışlardır): Müvekkilim üzerine düşen tüm sorumlulukları ivedi bir şekilde yerine getirmiş olup kendisine atfedilecek bir kusur bulunmamaktadır. Şöyle ki; öncelikle dava dilekçesinde pratisyen hekim müvekkilimin er hastaya karşı sorumluluğunu gerektirecek nerede, ne zaman, ne tür bir eylemin olduğu belirtilmemiştir, müvekkilim diğer davalı doktor meslektaşlarını tanımamakla beraber, hasta eri de takdir edilmelidir ki hatırlamamaktadır. Kendisi vatani görevini tabip asteğmen rütbesi ile yedek subay olarak yapmış bulunmaktadır. Revirinin teknik donanım ve ekipman açısından oldukça yetersiz, sağlık ocağı koşullarında olduğunu da belirtmek isteriz. İhbar üzerine bilgi sahibi olunan dava konusu olayla ilgili dosyalar ve eki evraklar incelendiğinde müvekkilim tarafından, daha önce de kendisine hidrosel teşhisi konulduğu görülen Er’i hidrosel veya ingunal herni ön tanısı koymuştur. Bu hastalıklar birbiriyle karışabilen hastalıklardır.

BELGELER

Askeri Tıp Komutanlığı: Hasta 6.1.2015 tarihinde yatırıldı. Testis tümörü tanısıyla bilateral orşiektomi yapıldı. Patolojisi malign germ hücreli karsinom geldi. Tıbbi Onkoloji Kliniğine sevk edildi, takibinde 4 kür kemoterapi gördü.

Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Yazısı: Hastaya Ocak 2015 tarihinde yılında testis germ hücreli tümör tanısı konmuş, Medikal Onkoloji kliniğinde ve adjuvan kemoterapi alan hastada nüks saptanmıştır. İkinci seçim kemoterapi alan hasta kliniğimize başvurdu tetkiklerinde tekrar nüks saptanan hastaya 3. seçim kemoterapi uygulandı. Tedavi sonrası remisyon saptanan hasta kemik iliği nakli programına alındı. Erken nüks gelişen ve kemik iliği nakli uygulanamayan hastaya 4. seçim tedavi planlandı. Tedavi

altında progresyon gelişen hasta destek tedavi ile izlenmekte iken bilinç bozukluğu ile yatırıldı. Yaygın karaciğer, akciğer, paraaortik , para kaval ve mediastinal metastazları olan ve tedaviye yanıtız terminal döneminde dir.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu-1: Hastanın doktora müracaatı ile tanı arasında geçen süre yaklaşık 3.5 aydır. Bu süre içinde defalarca vizitler olmasına rağmen tanı konulamamıştır. Hidrosel, fıtık ve testis tümörleri tanılarını karıştılabilecek bir durumdur. Tanı daha erken konulmalı ve tedavi yapılmalıydı. Tanının gecikmesi kusur olarak kabul edilmelidir. Askeri çalışma ortamı, imkanlar ve yapılanlar dikkate alındığında kusurun sistemle ilgili olduğu, tanının gecikmesi zarar arasında illiyet bağı net olarak kurulamayacağı, çünkü testis kanseri tanısı ve tedavisi ilk müracaatta yapılsa idi hastalığın daha iyi seyredebileceği ihtimali olmakla beraber ilk müracaatta tedaviye başlandığında aynı sonuçla karşılaşılabilirdi ihtimal dahilindedir.

Adli Tıp Kurumu-2: Hidrosel ve inguinal herninin birbiri ile karıştırılabileceği, muayene ve ultrasonografi ile ayırt edilebileceği, ayrıca testis tümörlerinde reaksiyonel hidrosel gelişebileceği, hastanın müracaatı ile tanı konuluşu arasında yaklaşık 3,5 aylık bir süre geçtiği, bu süreçte tanı için ultrasonografi yapıldığı belirtilmişse de hastane kayıtlarında ultrasonografi kaydı ve çıktısının bulunmadığı, küçük testis tümörlerinde muayenede ve ultrasonografide gözden kaçabileceği, ilk muayeneden sonra tanı koyuluncaya kadar bir çok hekimlere de başvurduğu, bütün başvurularında hidrosel veya inguinal herni düşünüldüğü, hekimlerin eyleminde eksiklik olduğu, ancak sorumluluğun tek bir hekime yüklenemeyeceğine karar verildi.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Nazım Mutlu, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Scrotal şişlikle gelen hastada ön tanı olarak hangi hastalıklar değerlendirilmelidir?

Skrotal şişlik şikayeti ile gelen hastalarda düşünülmesi gereken patolojiler: Skrotal herni, hidrosel, orşit, epididimit, hematosel, lenfosel, testis tümörü, testis torsiyonu, testis travması, patent processus vaginalis, skrotal lipomatosis, kabakulak, burusellozis, alerjik hadiseler, spermatosel, sifiliz gomu ve hipoproteinemidir.

Tüm bu patolojilerin ayırıcı tanısı dikkatli bir anamnez, fizik muayene, mevcut ise Ultrasonografi (yoksa transillimünasyon-sadece hidrosel ayırıcı tanısında), nükleer sintigrafi ve kan tetkikleri kullanılarak yapılabilir. Ancak her türlü tetkik yapılsa bile fark edilemeyen tanı konulamayan olgularda mevcuttur.

2- 3.5 aylık tanı gecikmesinin sürviyi ne derece etkileyeceği konusunda literatür bilgisi nasıldır?

Seminom haricindeki germinal tümörlerde büyüme hızı yüksektir. Seminom dışı tümörlerde en erken evrede yani Klinik evre 1 da %30 subklinik metastaz olduğu bunlara yalnız orşiektomi yapıp takibe alındığında nüks olduğu gösterilmiştir. (EAU Guideline 2016).

Seri akciğer filimlerine dayanarak yapılan değerlendirmede bunların ikiye katlanma süresi 10-30 gün olarak hesap edilmiştir. (Jerome P. Richie. Testis tumors. In Campbell's urology 8 th ed.2005; 2876-2885).

Germinal tümörlerin kısa sürede gelişip büyümesi nedeni ile erken tanı ve tedavi başlanması tabii önemlidir. Ancak bu vakada hızlı bir seyir gösteren bir vakadır. Literatürde kötü prognozlu-hızlı ilerleyen tümörlerden sıklıkla bahsedilir bu vakaların çoğunun aslında ilk tanısının konulduğunda ileri evrededir diye belirtilir. Kötü prognozlu olguların yüksek doz kemoterapi ve kemik iliği tedavisi ile bile tam yanıt oranının %35-45 oranında olduğu belirtilmiştir (Barnett ve ark 1993; Lotz ve ark 1995).

Dolayısı ile Bu vaka 3 ay önce tanı konulup tedaviye başlansa idi tabii olarak daha iyi netice alınabilir diye kabul edilir ama kesin bir illiyet bağlantısından da bahsedilemez.

3- Askeri tabiblikte sistem sorunu olarak bahsedilen durumu etik yönleriyle değerlendirir misiniz?

Acemi askerlik ve usta birliğine sevk süreci yaklaşık 2 aylık bir süre de gerçekleşmiştir. Bu süre yasalar ile belirtilmiştir. Bu süre içerisinde eratin garnizon dışına izinli çıkışı bir dönem yasaklanır. Ancak hasta

olanlar önce buradaki revirde gerekirse de bağlı olduğu askeri hastanede tedavi olabirler. Nitekim bu hastada askere gidişinin 6. gününde revire gitmiş oradan da 2 gün sonra Erzincan asker hastanesinde muayene olmuştur.

Askeri hastanede donanım ve hekim durumu nasıl-röntgen uzmanı varı veya burada hormon tetkikleri yapılabiliyor mu-bu konuda bilgimiz olmadığı için bir yorum yapmak mümkün değildir. Ancak her skrotal şişlik aksi ispat edilene kadar testis tümörü veya torsiyonu gibi değerlendirilmelidir diye düşünmekteyim.

4- Bu olayda bilirkşi olarak nasıl değerlendirme yaparsınız?

A- 6.9.2014 tarihinde Erzincan da acemi birliğinde skrotumunda şişme şikayeti ile revire baş vuran hastanın daha önceki yani askere gelmeden önce aynı şikayetin olup olmadığı belli değildir. Hastanın aynı şikayetten daha önce memleketinde hekime başvurmuş olması muhtemeldir. Zira bazı hastaların ameliyatı askerde iken yaptırıp izin almak bir eğilimleri olduğu bilinmektedir. Hidrosel ve hernide bu tip hastalıklardandır ve aynı tanı daha önceden konulup ameliyatın askerde iken olması önerilmiş veya hasta tarafından böyle tercih edilmiş olabilir. Bu nedenle hastanın SGK kayıtlarının incelenmesi ve askerden önce üroloji veya cerrahi poliklinik muayenesinin olup olmadığının teyit edilmesi gerektiğini düşünmekteyim. Zira acemi birliğine gittikten sadece 6 gün sonra skrotumda şişlik nedeni ile revire başvurmuş olması biraz manidardır.

B- Askeri revirler bildiğim kadarı ile gerek laboratuvar gerekse de radyolojik tetkik imkanı olmayan polikliniklerdir. Buralar acil müdahalelerin, enjeksiyonların, pansumanların ve ilk muayenelerin yapıldığı genellikle pratisyen hekimlerin görev yaptığı yerlerdir. Burada yapılan ilk muayenede ingüinal herni tanısı cumartesi günü (6.9.2014) konulmuştur. Pazartesi günü de (8.9.2014) hasta Erzincan Asker Hastanesine gönderilmiştir. Yani revirde ilk tanı koyan hekimi suçlamak yanıltır ve zaman kaybı da yoktur.

C- Erzincan Asker hastanesinde değişik tarihlerde (8, 27 Ekim-11 Kasım 2014) değişik hekimler tarafından muayene edilmiştir. Bu hekimlerin branşları Genel cerrahi ve Ürolojidir. Yani Skrotumla ilgili branşlardır. Adli tıp raporunda belirtilen Skrotal ultrason ve kan tetkiklerinin detaylarına ulaşılmamış olması ciddi bir şekilde hangi hekimin tanı hatasıdır diye bir yorum yapmamızı imkansız hale getirmektedir. Hasta da hidrosel varlığı fizik muayenede tanıyı güçleştiren bir faktördür. Bu durumda ultrason yardımcı olabilir. Bazen gerçekten ultrason ile bile testis tümörü tanısı konulamayabilir. EAU Guideline 2016 da testiste şüpheli bir lezyon düşünülür ise ultrason yapılmasını A kanıt düzeyiyle önermektedir.

Literatürde testis içinde tümör olmaksızın ileri evre hastalık olarak gelen ekstragonadal germ hücreli tümörler veya primer testis tümörlerinden bahsedilmektedir. (Glazer HS, Sonographic detection of occult testicular neoplasm Am.J Radiology 1982; 138:67), (Jerome P. Richie. Testis tumors. In Campbell's urology 8 th ed.2005; 2876-2885)

D- Girne Askeri hastanesinde testis Tm tanısı 29.12.2014 konulmuştur. Bu hastanede tanının nasıl konulduğu ultrason ve hormon değerleri bilinmemektedir. Hasta daha sonra GATA Ankarada 06.01.2015 te Bilateral Orşiektomi yapılmış ve takiben de Onkoloji Kliniğinde kemoterapi başlanmıştır. Burada (GATA da) görüldüğü gibi zaman kaybı olmamıştır. Orşiektominin çift taraflı yapılması da tümörün agresifliğini destekleyen bir diğer faktördür sadece %1-3 arasında testis tümörleri bilateralidir.

Sonuç olarak bu hastada hızlı seyir gösteren bir testis kanseri olduğu aşıkardır. Patoloji raporunda malign germ hücreli karsinom diye tanımlanmış tümörün erken evre de nüks yapması da kötü prognozlu bir tümör olduğunu desteklemektedir. Yaklaşık 3 aylık gecikme olmadan teşhis edilse belki biraz daha iyi sürvi beklenebilirdi ancak bu olguların erken dönemde tespit edilse bile 2 yıl içinde % 85 inin öldüğü kalkanlarında %15 nin 3. yılda öldüğü literatürde belirtilmektedir (Jerome P. Richie. Testis tumors. In Campbell Urology 8 th ed. Güneş kitapevi 2005; cilt 4, 2876-2885). Ayrıca seminom dışı germinal tümörlerin evre1 de bile %30 oranında subklinik metastazlarının olduğu unutulmamalıdır. (Eau guidelines-2016)

Eğer hastanın askere gelmeden önceki SGK kayıtları incelenirse de daha doğru bir karar verilebileceğini düşünmekteyim.

5.3.5 TESTİS TÜMÖRÜ TANI GEÇİKMESİNDE ÜROLOG MU PATOLOG MU SORUMLUDUR?

İDDİA

Hasta benim oğlum olur. Temmuz 2010 tarihinde testislerinde ağrı nedeniyle Devlet Hastanesi-Üroloji Bölümüne gittik. Doktor büyümüş bir kitle olduğunu, imkanınız varsa özel bir hastaneye götürerek tedavi yaptırmanızı söyledi. Bizde özel hastanede muayene ettirdik. Hemen yatırıldı, tahlilleri yapıldı. Ciğerlerden tomografi çekildi. Ertesi gün ameliyata alındı. Testisten alınan parça hastanenin çalıştığı özel bir patoloji laboratuvarına gönderdiler. Tahlil sonucu gelince doktor gözünüz aydın, sonuç çok temiz diyerek çocuğumuzu taburcu etti. Aradan 7 ay kadar bir zaman geçti. Oğlumun öksürük şikayetinden dolayı Özel Tıp Merkezine gittik. Burada akciğer röntgeni çekildi. Ciğerlerde iki tarafta da kitle gözüktü. Bunun üzerine Üniversite Hastanesine gittik. Burada Doktor Temografi çekirdi ve yatış yaptırdı. Burada 4 gün kadar kaldı. Herhangi bir tedavi uygulanmadı ve çocuğumuzun öksürüğünün sıklaşması üzerine hastaneden çıkardık. Biraz bekledikten sonra Devlet Hastanesine gittik. Burada akciğer filmi çekilerek tahlilleri yapıldı. Göğüs cerrahi doktoru durumunun iyi olmadığını söyledi. Ciğerden biyopsi aldılar. Tahlil sonucu doktor sonucu iyi olmadığını, testis kanseri olduğunu, söyledi. Bizden alınan testis biopsini isteyerek tekrar tahlil yaptılar. Testis kanseri olduğunu ve önceki raporun yanlış olduğunu söylediler. Kemoterapiye geçildi. 4 kür kemoterapi alındı. Ondan sonra film çekildi. Ciğerde hastalığın küçüldüğünü, ancak hastalığın beyne sıçradığı görüldü. Bunun üzerine 10 gün radyoterapiye girdi. Beyinden kemoterapi yapılması için üniversite hastanesine yatışı yapıldı. 1 Kür kemoterapi uygulandı. Kür alındığında, durumu kötüye gitti. Kemoterapi kesip antibiyotik tedavisine başlandı. Durumu biraz iyiye gitti. Beyinde hastalığın küçüldüğü görüldü. Bir ay sonra sol tarafı tutmamaya başladı. Beyin Cerrahi Bölümüne gittik. Beyinden ameliyata alındı. Bir ay sonra vefat etti.

SAVUNMA

Üroloji Uzmanı: Hastayı hatırlamıyorum. Anladığım kadarıyla 2010 yılında operasyonunun yapmışım. Dosya üzerinden değerlendirme yapabilirim. Hasta sol testiste ağrısız şişlik nedeniyle başvurmuş. Skrotal USG'de sol testis içinde 75X70 mm boyutunda hipodens solid kitlesel lezyon saptanmış. Sol inguinal yüksek orşiektomi yapılmış. Patoloji sonucu testisin malign neoplazmı gelmesi beklenirken testis dokusunda nekrotik doku olarak gelmiş ve maligniteye rastlanılmadığı belirtilmiş. Patolojiye dayanılarak hastanın tedavisi tekrar düzenlenmiş ve önerilerde bulunulmuş. Halbuki patoloji sonucu malign olarak gelmiş olsa onkoloji bölümünde yönlendirilecekti.

Patoloji Uzmanı: Bize gönderilen ameliyat materyali, makroskopik inceleme de yoğun kanama nedeni ile tamamen nekroze olmuş durumda id, mikroskopik olarak da gördüğümüz bulgular bu durumu teyit etmektedir. Dolayısı ile verdiğimiz rapor sonucu kanama nedeni ile nekrozdur. Nekrotik alan içindeki dokunun özelliğini anlamak ve bir teşhise varmak mümkün değildir.

Biz bu incelemeyi direkt mikroskopi ve hematoksilen eozin boyaması yaparak gerçekleştirmişiz. Bu incelemeyle ilgili olarak raporda yazdığımız gibi 5BL, 5PV ifadesiyle 5 blok hazırladığımızı ve parçası var anlamında olduğunu belirtmişiz. Artan parçalar bir ay içinde tutulur daha sonra tıbbi atıkla imha edilir. Bu hastanın o artan parçası da aynı şekilde bir ay kadar sonra imhaya yollanmıştır. PV ifadesindeki PV parça var anlamındadır. Buradaki 5 rakamı sehven yazılmıştır.

Daha sonra hasta yakınları gelip 5 adet bloğu teslim alıp götürmüşler. Arkadaşlarım buna dair tutanak düzenlemişler. Hastaya ait lamları da genelde yaptığımız gibi hasta yakınlarına bloklarla birlikte vermişizdir. Çünkü arşivimizde şu an bu hastaya ait lamlar da bulunmamaktadır. Patolojik incelemelerde bazen aldığımız kesitler tam lezyonun sınırında lezyonu içermeyecek şekilde olabiliyor. Bazen patolojik lezyon çok küçük olup kesit dışında kalabiliyor.

BELGELER

Üniversitesi Hastanesinin biyopsi raporu: Testis ve akciğer tümörü, Akciğer biyopsisi embriyonel CA. Testis parafin blok ve kesitlerinin değerlendirilmesinde immunohistokimyasal olarak PLAP CD 30, HCG AFP, EMA CD117 yapıldı, germ hücreli tümör (miks tip embriyonel karsinom + yalk salk tümör alanları içeren)

Adli Tıp Kurumu Laboratuvarı: 5 adet LAM" ın tetkikinde; 5 adet H.E. boyalı preparatlarda spermatik kordon ve epididimde hiperemi, testise ait kesitlerde nekroz, kanama ve mikst tipte germ hücreli tümör saptanmıştır. Mikst germ hücreli tümör embriyonel karsinom ve yolk sac komponentlerinden oluşmaktadır.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Tıp Fakültesi Üroloji Öğretim Üyesi: Hastanın doktorunun testiste kitle düşünerek skrotal renkli doppler USG, toraks+abdominal-pelvik bilgisayarlı tomografi çekirmiştir. Hastada testis tümör belirleyicilerine ait tetkikleri yapması gerekirdi. En azından hastanın daha önce yapılan tetkiklerini inceleyeydi. testis tümör belirleyicilerinin yüksek olduğunu saptayabilirdi. Bununla birlikte hekimin hatası ile ilgili sorumluluklarıyla hastanın testis tümöründen ölümü arasında bir nedensellik ilişkisi kurmak mümkün değildir. Çünkü tümörün agresiflik derecesi, hastanın medikal tedaviye direnci, genel sağlık durumu, ameliyat sonrası verilen kemo terapiye bağlı gelişen komplikasyonlar ve hastanın kontrollerine düzenli gidiş geliş faktörlerin hepsi birlikte yaşam süresi üzerinde etkilidir. Bu belirtilen faktörlerin hastanın yaşam süresini ne kadar etkilediği belirlenemez.

Adli Tıp Kurumu: Üroloji uzmanının beyanının kabulü halinde; gerekli cerrahi müdahalesi uygun olarak yapılan hastanın, ameliyat esnasında alınan dokunun gelen patoloji raporunda maligniteye rastlanılmadığının belirtilmesi üzerine ek bir tedavi başlanılmaması veya başka bir branşa yönlendirilmemesinin uygun olduğu ve kontrol önerileri ile taburcu edilmesinin yerinde olduğu cihetle ölüme kişinin tedavisine katılan hekime kusur atfedilemeyeceği, hastanın veya yakınlarının beyanının kabulü halinde; gerekli cerrahi müdahalesi uygun olarak yapılan hastanın, ameliyat esnasında alınan dokunun gelen patoloji raporunda maligniteye rastlanılmadığının belirtilmesi üzerine ek bir tedavi başlanılmaması veya başka bir branşa yönlendirilmemesinin uygun olduğu, ancak kontrol muayenesinin önerilmemiş olmasının uygun olmadığı, bununla birlikte ölüm nedeni ve tümörün tipi ile yayılım zamanı dikkate alındığında kontrol muayenesinde daha erken tespit edilebilecek ilerlemiş evre testis tümörünün tedavisine daha erken başlanması halinde de kurtulmasının kesin olmadığı cihetle hekimin eksik eylemi ile ölüm arasında kesin bir illiyet bağı kurulamayacağı oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Barış Nuhoğlu, Yeni Yüzyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

1- Patolojik incelemelerde hastanın kliniği ile uyumsuzluk hangi durumlarda düşünülmelidir.

Testis kanseri genellikle genç erkekleri hayatın üçüncü ve dördüncü on yılında etkiler. Normalde skrotum içinde ağrısız tek taraflı kitle olarak ortaya çıkar.

Günümüzde AFP, hCG ve LDH (ilerlemiş tümörlerde) mutlaka, PLAP ise isteğe bağlı olarak ölçülmemelidir. Testis kanseri düşünülen her hastaya bu tetkikler mutlaka yapılmalıdır. Bu tetkikler hem tanı hem de takipte önemlidir. "Burned-out" tümör kavramı, mevcut germ hücreli tümörün herhangi bir tedavi almadan, spontan total ya da parsiyel regresyonu olarak tanımlanır. Bu hastalarda en sık metastatik odak retroperitoneal lenf nodudur. Histolojik bulgular iyi sınırlı veya irregüler skar, testis parenkiminde atrofi, sadece Sertoli hücreleri içeren veya hiyalinize seminifer tubuller olarak özetlenebilir. (Balzer BL, Ulbright TM. Spontaneous regression of testicular germ cell tumors: an analysis of 42 cases. Am J Surg Pathol 2006;30:858-865). Hastada yapılan biopsi sonucu her ne kadar negatif gelse de testiste ağrısız kitle olması bize testis kanseri düşündürmelidir. Patoloji negatif gelse de hem öncesinde markerlerine bakılmıyordu ve burned-out tümör düşünülmeliydi. Patolojik sonucun nekroz gelmesi ve hastanın klinik anamnezinde ağırlı bir testisin olması geç tanı konmuş bir testis torsiyonunu akla getirmiş olabilir. Bu nedenle hastanın anamnezinin iyi alınması ve markerlerine bakılması bizi bu tanıdan uzaklaştırabilirdi.

2- Patolojik inceleme hataları nelerdir?

Hastanın patolojik incelemesinde makroskopik inceleme de yoğun kanama nedeni ile tamamen nekroze olmuş bir dokudan bahsetmekte ve mikroskopik olarak ta görünen durumun aynı olduğu söy-

lenmektedir. Testis tümörü ön tanısıyla gelen bir hastanın nekroz alanları içeren bir spesimde burned-out tümör akla gelmeli ve bütün dokular itina ile incelenmelidir. Adli tıp kurumu tarafından incelenen lamlarda testis tümörü tanısının konulması patoloğun yeterince titiz çalışmadığını ve tümörü atladığını göstermektedir. Bu durum hem hastayı hem de üroloji uzmanını mağdur durumda bırakmıştır.

3- Bu olayda bilirkişi olarak raporunuz nasıl olurdu?

Hasta muayenesinde testis kanseri düşünülen hastaya skrotal USG yapılmalı (Skrotal ultrasonun tanı koymada duyarlılığı hemen hemen %100'dür) ve testis kanseri için markerler (Serum tümör belirleyicileri prognostik olarak önem taşırlar ve tanı ve evrelemede rol alırlar) muhakkak alınmalıdır. (Doherty FJ. Ultrasound of the nonacute scrotum. In: Raymond HW et al. eds. Seminars in Ultrasound, CT and MRI. New York: WB Saunders, 1991: 131-156.) Hastayı bekletmeden en kısa sürede yüksek inguinal orşiektomi yapılmalı ve sonrasında BT (Retroperitoneal ve mediastinal lenf düğümleri en iyi bilgisayarlı tomografi ile değerlendirilir) çekilmelidir. AFP'nin yarı ömrü 5-7 gün, hCG'nin ise yaklaşık 2-3 gündür. Bu nedenle orşiektomi sonrası yarı-ömür kinetiklerinin belirlenmesi için tümör belirleyicilerinin serum düzeylerine tekrar bakılmalıdır. Hastanın doktorunun testis tümörü düşündüğü hastada bu basamakları eksiksiz olarak yapmalıydı.

Patoloji sonucunun negatif gelmesi halinde tümör markerlerinin yüksekliği konusunda patoloğu uyarmalı ve burned-out tümör konusunda uyanık olması gerekliydi. Hekim üzerine düşen cerrahiye eksiksiz olarak zamanında gerçekleştirmişti ama takipte yetersiz kalmıştır. Çoğu patoloji uzmanı burned-out tümöre yabancı olması nedeniyle tanıda zorluk yaşamaktadır. Araştırmalar primer tümörün genellikle metastaz geliştikten sonra regrese olduğunu göstermektedir. Hastaların %50 sinde sistemik kemoterapiye karşı persistan testiküler malinite gelişebilir. (Comiter CV, Renshaw AA, Benson CB, et al: Burned-out primer testicular cancer: Sonographic and pathological characteristics. J Urol 156:85-8,1996.) Bu nedenle hastaya verilecek olan tedavi sonrasında karşılaşılabilecek morbidite ve mortalitenin ne olacağı bilinmediğinden ve tedaviye rağmen hastalığın %50 ilerlemesi nedeniyle hastanın yaşamını ne yönde etkilediğine dair bir kanıt yoktur. Hasta erken tanı alıp uygun tedavi yapılsaydı bile nihaiyi son değiştirebilirdi.

5.4 MESANE KANSERİ

5.4.1 MESANE KANSERİNE YETERLİ İNCELEME YAPMADAN REZEKSİYON

İDDİA

Davacı vekili şikayet dilekçesinde "Üroloji uzmanı müvekkilimi hiçbir ön tetkik ve araştırma yapmaksızın mesane kanseri teşhisiyle TUR-MT ameliyatı yapmış, operasyon sonunda kanaması başlamış bunun üzerine akşam saatlerinde Eğitim ve Araştırma Hastanesine gönderilmiş, burada yoğun bakım ihtiyacı gelişmiş ancak yoğun bakım ünitesinde yer olmadığından özel bir hastaneye sevk edilmiş ve ölmüştür. Müvekkilimim ölümüne sebebiyet veren hekimlerden şikayetçiyiz" belirtilmektedir.

SAVUNMA

İdrarının kanlı olması nedeniyle müracaat eden hasta 7 yıl ve 1 yıl önce iki kez mesane tümörü nedeniyle ameliyat olduğunu belirtmişti. Ultrasonografide mesane ön duvarında yaklaşık 4,5 cm'lik nüks tümör görülmekteydi. Hastaya lokal anestezi ile sistoskopik değerlendirme önerdim. Yapılacak işlemin tanı amaçlı olduğunu, patoloji tanı sonrası tedavinin planlanması gerektiğini bildirdim. Davacı lokal anestezi ile muayene olmak istemediğini belirtince, genel veya regional anestezi ile tanısız sistoskopinin yapılabileceği ve tümörün varlığında TUR ameliyatının da eş zamanlı olarak yapılabileceğini anlattım. Hasta servise yatırıldı, tetkikleri ve anestezi uzmanı konsültasyonu yapıldı. Ameliyat 12:30'da başladı ve 15:40 da hasta servise alındı. Tümörün tamamının alınması riskli olduğu için tamamı alınamadı. Patoloji sonucuna göre re-TUR veya sistektomi yapılabileceği konusunda da hasta yakınlarına bilgi verildi.

Spinal anestezi altında yapılan sistoskopide mea-ütretra normal, prostat prostatik üretrayı kısmen kapattığı, mesanede ön duvarda tüm kubbeyi (tama yakın) kaplayan solido-papiller karakterde yer yer nektotik ve kanamalı alanlar içeren geniş tabanlı tümoral yapıların ve sol ve sağ yan duvarlarda 1cm.lik papiller yapıların görüldü. Tümör mesane ön duvarından rezeke edilmeye başlandı. Rezeksiyonda solid komponentin invazif olabileceği ve rezeksiyona devam edilmesi halinde mesanenin perfore olabileceği öngörüldü, kanama kontrolünde zorluklar yaşanması ve TUR-Sendromu (ameliyat süresinin uzamasına bağlı) riski nedeniyle roller loop ile kanama kontrolü yapılarak işleme son verildi. 22 F foley (3 yollu) ile irrigasyona başlandı, hastanın irrigasyona rağmen hemorajisinde artış olunca tekrar rezektoskopi yapıldığı ve 2 kez kanama kontrolü yapıldı, belirgin arteriyel kanama olmadığı, venöz tarzda (sızıntı olarak tarif edilebilecek) kanama gözlendiği venöz kanama koter ile daha da artabileceğinden (perforasyon riski de mevcut) 22F 3 yollu foley sonda takılarak devamlı irrigasyona başlandı, hemorajinin azaldığının gözlendi ve hasta servise alındı. Postop serviste soğuk irrigasyona devam edildi, transamin ve K vit. yapıldı, kontrol hemogramında Hct:34,2 oldu.

Hasta yakınlarına detaylı bilgi verildi, hasta yakınlarının memnuniyetsizliği, tenkitleri ve talepleri doğrultusunda hastayı Eğitim ve Araştırma Hastanesine sevk ettim. Davacı taraf hastalığın sonuçlarını kabul etmemektedir. Hekimin sorumluluğunun vekalet akdinden doğar. Bir müteahhitle yapılan eser sözleşmesinden farklı olarak sonucun taahhüt edilmediğinin, sonuca yönelik çabanın titizlik ve özenle yapılmasının taahhüt edildiğinin göz önünde tutulması gerekmektedir. Yapılan müdahale amaca yönelik olmakla beraber hastanın rızası da alınmıştır. Hekim vermiş olduğu bilgiler ile hastayı uygulanması düşünülen tedavi yöntemi üzerinde aydınlatmıştır.

TIBBİ BELGELER

Özel Hastane hasta yatış formu: 81 yaşında hasta, 7 yıl ve 1 yıl önce mesane tümörü tanısı ile 2 kez TUR- mesane ameliyatı geçirmiş, sonra takipten çıkmış, 15 gün önce hematürisi olması nedeniyle kendi isteği ile USG yaptırmış. USG sonucunda mesanede tümörünün nüksettiğinin anlaşılması üzerine sistoskopi ve Tur-mesane operasyonu için başvurdu. Muayenesinde RT (+), adenom kıvamında, batin rahat defans ve rebound'ın yok ve diğer sistem bulguları normal, WBC 6100 /mm3, HGB: 17,5 gr/dl, PLT; 280.000/ mm3, KZ: 1.40 dk, P2: 6,55 dk, SGOT: 53 U/L, kreatinin 1 mg/dl AKS: 130 mg/dl. Anestezi konsültasyonu sonucunda hastanın anesteziye engel durumu olmadığına karar verildi. Ameliyat notu: Spinal anestezi altında yapılan sistoskopide mea-ütretra normal, prostat loplari prostatik üretrayı kısmen kapatmakta, mesane ön duvarda tüm kubbeyi (tama yakın) kaplayan solido-papiller karakterde yer yer nektotik ve kanamalı alanlar içeren geniş tabanlı tümoral yapıların ve sol ve sağ yan duvarlarda 1cm.lik papiller yapıların mevcut olduğu görüldü. Takiben 27-F rezektoskopi girildi. 3x3cm.lik solido papiller tümörün mesane ön duvarından rezeke edildi, rezeksiyonda solid komponentin invazif olabileceği ve rezeksiyona devam edilmesi halinde mesanenin perfore olabileceği öngörüldü, tümörün kanama kontrolünde rijit rezektoskopi zorluklar yaşanması ve TUR-Sendromu (ameliyat süresinin uzamasına bağlı) riski nedeniyle standart loop ve roller loop ile kanama kontrolü yapılarak işleme son verildi. 22 F foley (3 yollu) ile irrigasyona başlandı, hastanın irrigasyona rağmen hemorajisinde artış olunca tekrar rezektoskopi girildi ve 2 kez kanama kontrolü yapıldı, belirgin arteriyel kanama olmadığı, venöz tarzda (sızıntı olarak tarif edilebilecek) kanama gözlendi venöz kanama koter ile daha da artabileceğinden (perforasyon riski de mevcut) 22F 3 yollu foley sonda takılarak devamlı irrigasyona başlandı, hemorajinin azaldığı gözlendi ve hastanın servise alındı.

Postoperatif takiplerinde; kanaması devam eden hastanın 22F 3 yollu foleyinden soğuk irrigasyona devam edildi, idrardaki hemorajiyi azaltmak amacıyla transamin ve K vit amp. (İM) yapıldı, kontrol hemogram Hb:14.1, Hct:43.4, hemoraji azalmakla birlikte devam etti, 2. kontrol hemogramında Hb:11gr/dl, Hct:34,2 oldu. Hastanın hemorajisi zaman zaman azalıp artmalarla seyretti, 2.kez sistoskopi ve TUR operasyonu gerekebileceği konusunda ve hastanın taşıdığı riskler konusunda hastaya, yakınlarına bilgi verildi. Tümörün invazif olabileceği ve 2.müdahale için eğitim veya üniversite hastanesine naklinin uygun olacağı konusunda aile ile fikir uzlaşması sağlandı. Hasta eğitim ve araştırma hastanesine sek edildi

Eğitim ve Araştırma Hastanesi epikriz raporu: 7 yıl önce ve 1 yıl önce mesane tm tanısı ile TUR-MT yapılmış olan hastaya bugün ameliyat yapılmış. Ameliyat sonrasında kanaması devam eden hasta kliniğimize yönlendirilmiş.

Fizik muayenesinde; Anemik görünüm, soğuk terleme mevcut, şuuru açık, oryante, nabız, taşikardik, TA:60/40mmHg, Tetkiklerinde Üre:36, Kreatinin:1,35, Hb:6.3, Hct:20, eski patolojisinde TCC:high grade, lamina propria invazyonu (+), (örnekte M.P:yok) rapor edilmiştir.

Hasta kliniğe geldiğinde TA: 60/40mmHg, şuuru açık, makroskopik hematürisi mevcuttu sıvı replasmanı ve irrigasyon yapıldı, idrar rengi açıldı, 2 Ü eritrosit süspansiyonu + 2 Ü DTP verildi, saat 24.00da kısa süreli solunum apnesi oldu, nabız alınamadı, daha sonra spontan solunumu oldu ve şuurunun açıldı, TA:80/60mmHg kadar yüksedi, yoğun bakım açısından değerlendirilen hastanın yoğun bakım ünitesine ihtiyacı olduğu görüldü, hastanemiz yoğun bakım ünitesinde yer olmadığı için bir dış merkeze sevkini uygun görüldü.

Özel Hastane Yoğun bakım Servisi epikriz raporu: Fiziki muayenede: şuur açık, koopere, oryante, spontan solunum (+), obez görünümlü, TA:124/57mm/kg, Nb:100/dk, SpO2:100%, makroskopik hematüri mevcut olduğu, Klinik seyir ve takibinde yoğun bakım takip ve tedavisinin düzenlendiği, metabolik asidozu mevcut olduğu sıvı- elektrolit dengesinin sağlandı. Hb:7.0, Htc: 21. Kan replasmanı yapıldı. Daha sonra genel durumu bozulan hastada arret gelişti Müdahaleye ramen geri dönmedi.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: TUR-T ameliyatı sonrası kanama olabileceği, hastaya gerekli müdahalelerin yapıldığı ve sevk edildiği, ancak kişiye uygulanan tedavinin hastalığın evrelemesi yapılmadan yapıldığı, invaziv tümörde komplet rezeksiyonun başırlamayacağı bilinen bir durum olmasına rağmen yapılmaya çalışıldığı bu nedenle tıbbi hata olduğuna karar verdi.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Atilla Gör, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Daha önce mesane kanseri tanısı almış hastanın mesane tümörü nüksettiği gerekçesiyle ameliyata alınmış. Dosyadan TUR'un tümörün komplet rezeksiyonuna yönelik olduğu anlaşıl-maktadır. Hastaya yaklaşımı klasik ve klavuz bilgilerine göre değerlendiriniz.

Mesane tümörleri sık tekrarlayan ve sıkı takip gerektiren tümörlerdendir. Hastanın öyküsünde var olan 7 yıl ve 1 yıl önce saptanan tanıli mesane tümörü öyküsüne bakılacak olursa, bu hastanın sıkı bir biçimde takip ediliyor olması gereklidir. EAU kılavuzlarında invaziv ve noninvaziv mesane tümörlerine yaklaşım, kanıt ve öneri düzeyleriyle belirlenmiştir. Hasta öyküsünde ne sıklıkta takip edildiği ve buna göre nüks edip etmediği belirtilmemiştir.

USG mesane tümörünün tanısında önemli bir görüntüleme yöntemi olup tanıda altın standart yöntem sistoskopidir. Bu açıdan yaklaşım doğru olmakla beraber hastaya yapılan sistoskopi esnasında hekimin mevcut endişelerine yönelik uygulamalarında daha minimal invaziv olması beklenir. Mevcut kitleden uygun ve tanımlayıcı bir biyopsi örneği alınması, hastanın bütünüyle değerlendirildiğinde major TUR prosedüründen daha konservatif olacağı öngörülebilir.

2- Bir yıl önce T1 high grade mesane tümörü patolojisi mevcut hastada nasıl yol izlenmelidir?

Mesaneye transüretal rezeksiyon yapılmış olan hastanın patoloji sonucunda T1 (kasa invaziv olmayan) yüksek dereceli papiller ürotelyal karsinom saptanmış olup, patoloji raporunda kas dokusu izlenip izlenmediği belirtilmesi önemli ve gerekli bir durumdur. Hastanın patoloji raporunda kas dokusunun izlenmediği patolog tarafından belirtilmişse hastaya en erken ortalama 3-4 hafta sonrasında tekrar aynı bölgeden TUR yapılması gündeme gelir. Hastada kas invazyonu saptanmışsa buna yönelik sistektomi veya kemo/radyoterapi metastatik olup olmamasına göre önerilir. Kas invazyonu negatif T1 yüksek dereceli tümörlerde ise 36 aya varan intravezikal BCG immunoterapisi verilmesi nüks ve metastaz olasılığını azaltıcı etki göstermektedir. Bu koşullarda hastanın 3 aylık rutin sistoskopik kontrolü ve ardından intravezikal uygulamalar gerçekleştirilir. Hasta için ilk TUR dan 1 ay sonra evreleme amaçlı BT/MR ve sintigrafik tetkikler istenerek hastalığın prognozu ve tedavi yöntemleri belirlenmelidir.

3- Bilirkişi olarak bu vakayı nasıl değerlendirirsiniz.

Vaka için primer hekim tarafından müdahale yöntemleri daha konservatif ve evreleyici olmalıydı. Buna karşın daha agresif cerrahi ile hasta komplike olmuştur.

5.4.2 BCG SONRASI SEPTİK ŞOK VE ÖLÜM

İDDİA

Müvekkilime mesane tümörü tanısı koyuldu ve özel hastanede TUR operasyonu yapıldı. İntrakaviter BCG adlı ilaç hakkında hiçbir uyarı yapılmadan, ilacın kontrendike olduğu durumları dikkate almadan, ilacın uygulaması öncesi hiç bir kan ve idrar tahlili yapmadan, uygulama sonrası da gözlemlenmeden uygulanmıştır. İlaç ameliyattan bir hafta sonra uygulanmıştır. Sonradan öğrendiğimize göre bu ilaç iki haftadan önce uygulanması sakıncalıymış. İlaç uygulanmasından sonra eve gönderilen müvekkilimde yarım saat sonra titreme, ateş yükselmesi olması üzerine acile götürülmüş, acilde ateş düşürücü iğne yapıp gözlem altına alınmadan eve gönderilmiştir. Hastanın giderek kötüleşmesi, mide bulantısı, baş dönmesi kusma, yüksek ateşi olması üzerine tekrar acile oradan da ameliyatı yapan üroloji uzmanına yönlendirilmiş. Üroloji uzmanı hastaya hiç birşeyi olmadığını söylemiş ve evine göndermiştir. İki gün sonra Tıp Fakültesi müracaat eden müvekkil BCG uygulamasına bağlı oluşan septik şok tanısı ile yatırılmış ve burada sekiz gün sonra vefat etmiştir.

SAVUNMA

Hastaya mesane kanseri tanısıyla TUR-TM operasyonu yapıldı. Ameliyat öncesi antibiyotik profilaksisi uygulandı, ameliyat öncesi ve sonrası herhangi bir komplikasyon gelişmedi, hastanın genel durumunun iyi olması sonucu taburcu edildi. Kontrole gelen hastanın şikayeti, idrar sorunu ve ateşi olmadığı görüldü. Anamnezinde tbc hikayeti bulunmadığı öğrenildi. Sigara içmemesi gerektiği ve kabul ettiği takdirde 6 hafta süre ile haftada 1 kez BCG uygulamasının tedavideki başarıyı arttıracığı, tamamlayıcı bir tedavi olduğunun söylendi. İlaç uygulanması ile birlikte idrarda yanma, zaman zaman kanama olabileceği, ateş olabileceğinin anlatıldığı, ateş olması halinde herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmasının önerildi. Hastaya 1 doz 81 mg Immunyst adlı ilacı uygulandı. BCG uygulamasında en önemli nokta TUR ameliyatından 7 gün içerisinde yapıldığı, ameliyattan 10 gün sonra yapılan BCG tedavisinin fibronektin tabakasının azalıp ilacın başarısını düşürmesiyle ilk 7 günde yapılmasının doğru olduğunun tıbben kabul gördüğü, ilk hafta uygulanmasında kontrendikasyon olmadığı bilinmektedir. Ayrıca hasta hastane hastane gezmiş, bu sağlık kuruluşları tarafından konmuş sepsis tanısı ve şüphesi mevcut değildir. Hastanın BCG uygulamasına bağlı septik şoktan öldüğüne ilişkin hiçbir bulgusu mevcut değildir.

BELGELER

Özel Hastane belgeleri: Hasta muayene formunda sık idrara çıkma ve hematüri şikayeti ile geldiği, özgeçmişinde 15 sene önce TUR-TM olduğu belirtilmiştir. Tetkiklerde glikoz,86 mg/dl, kreatinin: 1,03 mg/dl, AST: 154/L, ALT: 7 u/L, WBC: 5,84, Hct: % 41,9 idrarda eritrosit(++), mikroskopisinde 8-10 lökosit tespit edilmiş. PA akciğer grafisi ve DÜSG normal olduğu tespit edilmiş.

Ameliyat notu (5.2.2009): Genel anestezi altında 17 F sistoskopi üreteral yoldan girildi, mesane sol yan duvarda 3.5 cm lik ve sağ yan duvarda 2 adet 1 cm lik tümöral oluşum saptandı, 26 F rezektoskop ile rezeke edildi, hemastaz kontrolünü takiben 22 F foley sonda koyuldu, komplikasyon olmadı.

Patoloji raporu: Ürotelial papiller karsinom, grade II, insizyon derinliği pT1, materyalde kan dokusu bulunmadığından kas invazyonu açısından değerlendirme yapılamadı.

Özel Hastane belgeleri: 11.2.2009'da hasta intrakarter BCG için geldi. Muayene olağan şikayeti ve ateşi yok, genel durumu iyi, geçirilmiş tbc öyküsü yok. Bir doz intrakaviter BCG uygulandı. 1.5 saat gözlemlenme tutulduğu, önerilerle taburcu edildi. Hasta aynı gün saat 12.00'da acile gelmiş, muayenesi normal bulunmuş, ateşi olmadığı tespit edilmiş. Damar yolu açılıp SF 500 cc, diazem verilmiş.

Acil poliklinik muayene formu (22.2.2009): Ateş;36, TA 100/80 çarpıntı nefes darlığı, iştahsızlık, halsizlik, başağrısı kabızlık, idrar yapma zorluğu ile acile geldi. FM de boğazı normal, akciğerlerde bazal olarak nadir rol, KDS muayenesinde ritimler düzensiz, batın sol alt kadranda ağrı, pelvik alan hassas,

kabızlık, kalp yetmezliği, idrar retansiyonu tanısıyla acil gözleme alındı. Lavman,% 5 dekstroz, bemiks, buskopan metpamid uygulandı ve üroloji polikliniğine yönlendirildi.

Tetkiklerde (22.2.2009/2010) glikoz: 102 mg/dl D.bilirubin. 0.5 mg/dl, t.bilirubin. 0.73 mg/dl, gaytada gizli kan(-) parazit görülmediği, WBC: 6,14 nötrofil. % 72,2 Hct: % 44,5, Hb: 15.4 gr/dl , trombosit: 215, idrarda pH < 5, dansite: 1025, protein(2+), keton(+), eritrosit(3+), lökosit(2+), mikroskopide silme eritrosit, orta düzeyde bakteri, 7-8 lökosit DÜSG'de yoğun gaz.

Acil poliklinik muayene formu (23.2.2009): Mide ağrısı, bulantı, kusma 1 hafta 1 gün önce mesane TUR-ürotelyal papiller ca, halen oral tedavide, ancak ilaçlarını alamadığı, 1 hafta önce yapılan endoskopide gastrit, herni+bulbit tespit edilmiş. 18.2.2009'daki abdominal USG normal, TA: 100/70, halsiz, bitkin, akciğerler solunuma eşit katılıyor, ral, ronkus yok, kalp atımları ritmik, ek ses üfürüm yok, barsak sesleri normal, organomegali yok. Mesane ca, üriner sistem infeksiyonu, gastrit duodenit tanısı ile yatış planlandığı, yer temin edilemedi.

Tıp Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik mikrobiyoloji AD epikriz formu: Anamnaz; Halsizlik, ateş yüksekliği, üşüme titreme genel durum bozukluğu mevcut. Hikaye: Dış merkezde özel bir hastanede hematüri nedeniyle başvurmuş, yapılan incelemede mesane tm nedeniyle aeliyat edilmiş. TUR uygulanmasından yaklaşık bir hafta sonra hastaya intravezikal olarak BCG uygulanmış, uygulama sonrası hastaya üşüme titreme ateş gelişmiş, acil bölümüne götürülen hastaya semptomatik tedavi verilerle taburcu edilmiş. Hastada daha sonra ateş, halsizlik, yemek yiyememe olması üzerine acil bölümüne getirildi, acil serviste değerlendirilen hastada SIRS, sepsis düşünülerek infeksiyon hastalıkları servisine yatırıldı.

Fizik muayene: Ateş:38°C, Nb:96/dk, KB:70/40 mmHg, terli soluk, nemli, zayıf ve halsiz görünümde, deri turgor ve tonusu azalmış. Her iki hemitorax orta ve bazallerde ralleri mevcut. Suprapubik bölgede hassasiyeti mevcut.

Laboratuvar bulguları: GGT:184, amilaz:104, T.Prot:5.5, PZ:17,5, INR:1,42, aPTT:31,21, fibrinojen:199, protrombin aktivitesi:59. AST:281, ALT:91, LDH:695. Na:127, K: 4.2, Cl:92, CRP:122, sedim:6, Wbc:5.13, hct:44.2, plt.81 bin.

Tedavi: Damar yolundan 500 c dekstroz %5 verildi, ciprofloksasin 2x400 mg İV başlandı, monitorize edilerek TA, nabız, oksijen basıncı ve solunum sayısı takip edildi. Hastanın ateşi 39.C olduğunda kan kültürü alındı (iki kez), idrar kültürü alındı. Alınan kan ve idrar kültüründe üreme olmadı. Hastaya 2 hafta önce uygulanmış olan intravezikal BCG sonrasında genel durum bozukluğu gelişmesi nedeniyle BCG sepsisi düşünülerek rifampisin 1x2 300 mg ve INH tb 1x2 başlandı. Hastanın koagülasyon, hepatit profili, D-dimer bakıldı, hastaya taze donmuş plazma 3x1 başlandı, trombosit süpsansiyonu bir adet verildi, nexium tb 40 mg 1x1, metpamid İV LH 3x1, gaviskon 3x1 ölçek, perfalgan 1x1 İV LH başlandı, saatlik idrar çıkışı takip edildi. Hastanın ateşi düşürüldükten sonra hipotermik seyretti, hastaya hipotansif olduğu için dopamin ampul 100 cc SF içinde saatte 10 cc gidecek şekilde ayarlandı. TA takiplerde sistolik 80.90 mmHg olarak seyretti, hasta dahiliye, kardioloji, göğüs hastalıkları ye anestezi ile görüşüldü, kan gazı bakıldı. PA akciğer grafisi alındı. Akciğer grafisinde her iki akciğerde alt ve orta zonlarda infiltrasyon saptandı. Hastanın genel durumu uygun olmadığı için batın USG çekilemedi. Kontrol alınan koagülasyon değerlerinde uzama fibrinogen değerlerinde düşme, trombositopeni geliştiği gözlemlendi. Göğüs hastalıkları hastanın trental 2x1 İV, losec flk 1x1 İV, asist ampul 3x1 İV ve yoğun bakım koşullarında takibi önerildi. Dahiliye tarafından da takip edilen hastanın kendilerine devri istendi. Hastanın yatışının 3. günü taşikardi ve nefes darlığının gelişmesi üzerine yeniden kan gazı alınıp değerlendirildi, kardioloji ile görüşüldü, hastaya isoptin 3x1 40 mg ve dobutamin e geçilmesi önerildi. Dobutamin 500 cc mayi içinde 2 ampul dobutamin satte 12 cc gidecek şekilde başlandı taşikardi ye taşipnesinin devam etmesi üzerine dobutamin stoplandı. Hastanın yoğun bakımda izlenmesine karar verilerek taburcu edildi.

Adli Tıp İhtisas Kurulunun kararı: Kişinin ölümünün BCG uygulaması sonrası gelişen BCG sepsisi(milier tbc) ve dissemine intravasküler koagülasyon(DIC) sonucu meydana gelmiş olduğuna karar verildi.

BİLİKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: 1937 doğumlu hastanın mesane kanseri nedeniyle BCG uygulaması yapıldığı, BCG uygulamasının 1-2 hafta sonra yapılmasının uygun olduğu, kişiye 6. günde verilmiş olduğu, 6.günde

verilmesinin tek başına BCG sepsisinin nedeni olmadığı, BCG uygulamasına bağlı BCG sepsisinin komplikasyon olarak gelişebileceği oy birliği ile mütalaa olunur.

Adli Tıp Kurumu Kararına İtiraz: Davacı vekilinin dilekçesinde özetle; “Adli Tıp Kurumunun raporu davalılara kusur atfı yönünden eksiktir. Muris Rasim Uzun’a İnrakaviter BCG nin ameliyatından sonra bir hafta geçmeden uygulanmaması gerekirken buna uyulmamasının dikkatli ve özenli bir doktor davranışı olup olmadığına tespiti ve tedaviye olumlu veya olumsuz etkisi, İnrakaviter BCG uygulanmadan önce hastanın tahlillerinin yapılmamasının tedavisine olumsuz etkileyip etkilemediği ve bu davranış şeklinin de dikkat ve özen içerip içermediği yönünde değerlendirme yapılmamıştır” Genel kurulda yeniden rapor düzenlenmelidir.

Davalı vekilinin dilekçesi: “Adli Tıp Kurulu Raporundan anlaşılacağı üzere BCG sepsisinin tek başına ölüm nedeni olmadığı ve ilacın 6. Günde verilmiş olmasının da tek başına BSG sepsisinin nedeni olmadığı açıktır. Raporda BCG aşısına ilişkin ilacın 1-2 hafta içerisinde uygulanmasının uygun olduğu belirtilmekte ise de ameliyattan 6 gün sonra uygulanmış olması kusur olmayıp kusur da kabul edilmiş olmakla birlikte bir kısım literatür ve bilimsel kaynaklarda BCG uygulamasının mesane kanserlerinde 10 gün içerisinde uygulanmasını fibronektin tabakasının azalması ilacın başarısını düşürmesi nedeniyle ilk 7 günde uygulanmasının doğru olduğu ve bu uygulamanın hastayı yakından takip eden hekimin genel takdirinin mutlak bir parçası olduğu literatürde ve bilimsel yaklaşımda kabul edilmektedir. Ancak tüm bu hususlara karşın müvekkile atfı kabil kusur bulunamayacağı tedavinin bilimsel yaklaşıma aykırı olduğu gibi iddiaların dinlenmeyeceği rapor içeriğinden anlaşılmaktadır.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Murat Bozlu, Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- BCG ameliyattan ne kadar süre sonra uygulanmalıdır? BCG nin 2 hafta sonra verilmesi prospektüs bilgisi ihmal edilebilir mi?

Günümüz kılavuzları ameliyattan 2 hafta sonra olan prospektüs bilgisini desteklemektedir. “Avrupa Üroloji Birliği Kas İnvaziv Olmayan Mesane Kanseri Kılavuzu” intravezikal BCG uygulamasının endoskopik cerrahiden 2 hafta sonra yapılmasını önermektedir (Babjuk M et al. EAU Guidelines on Non-Muscle-invasive Urothelial Carcinoma of the Bladder: Update 2016. European Urology, 2016 Jun 17. pii: S0302-2838(16)30249-4. doi: 10.1016/j.eururo.2016.05.041.). Bunun yanı sıra Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Kanser Enstitüsü, intravezikal BCG tedavisi başlanacaksa endoskopik cerrahiden 3-4 hafta sonra yapılması gerektiğini vurgulamaktadır (NCCN Guidelines, Version 2.2016, Bladder Cancer). Bugün birçok akademik merkezde verilen eğitimde, TUR-TM sonrası intravezikal BCG uygulamalarında ameliyattan sonra en az 2 hafta beklenmesinin gerekliliği anlatılmaktadır.

2- BCG uygulama seanslarında nelere dikkat edilmeli ve hangi durumlarda uygulanmamalıdır.

İnravezikal BCG tedavisinde en büyük komplikasyon ilacın sistemik emilimi ve buna bağlı gelişen olaylardır. Bu nedenle bağışıklık sistemi hastalığı olanlarda kontrendikasyon olmamakla birlikte dikkatli kullanılmalıdır (Lamm, D.L., et al. Incidence and treatment of complications of bacillus Calmette-Guerin intravesical therapy in superficial bladder cancer. J Urol, 1992. 147: 596.). Bunun yanı sıra endoskopik rezeksiyonu takip eden ilk 2 hafta, gözle görülür hematuri, travmatik kateterizasyon ve semptomatik idrar yolu enfeksiyonu olan hastalarda dikkatli kullanımı önerilmektedir (EAU Guidelines on Non-Muscle-invasive Urothelial Carcinoma of the Bladder, 2016). İşlem öncesinde idrarda kanama olan veya idrar kültüründe üreme olan hastalarda tedavinin ertelenmesi önerilmektedir.

3- BCG uygulanan hastalarda sepsis riski ve yatış endikasyonları nelerdir?

BCG uygulanan hastaların çoğunda idrar yaparken yanma, sık idrara çıkma, acil idrar yapma hissi ve bununla beraber idrar tutamama şikayetleri gelişebilmektedir. Bu durum birkaç gün sürebileceği gibi tedavi sırasında giderek artabilir. Bu yan etkiler semptomatik olarak (antiinflamatuar, antikolinergik v.b. ilaçlarla) tedavi edilirler. İnravezikal BCG tedavisi yapılan hastaların çok az bir kısmında (<5%) ciddi

komplikasyonlar gözlenirken; hayatı tehdit eden sepsis gibi ciddi komplikasyonlar (<%1) çok nadir gözlenebilir. Sistemik enfeksiyon bulguları olan hastalarda genellikle Enfeksiyon Hastalıkları konsültasyonu istenmeli ve hasta yatırılarak tedavi edilmelidir.

4- BCG sepsisi tanısı nasıl konulur ve nasıl tedavi edilmelidir?

BCG sepsisi tanısı septik semptomlar ve sistemik organ yetmezliği bulgularının ortaya çıkmasıyla konulabilir. Bu yan etkilerin tanısının konulabilmesi için öncelikle hastaya intravezikal BCG verildiğinin bilinmesi gereklidir. Çünkü tanı için yapılan kültür ve polimeraz zincir reaksiyonu testi gibi çoğu test negatif çıkabilir. Tedavide öncelikle BCG tedavisi durdurulmalıdır. Sepsis gelişen hastada erken yüksek doz kortikosteroid tedavisi ve ortalama 6 ay boyunca en az 3 tüberkülostatik ajanla tedavi önerilmektedir. (Decaestecker K and Oosterlinck W. Managing the adverse events of intravesical bacillus Calmette–Guérin therapy. Res Rep Urol. 2015; 7: 157–163.).

5- Otopside BCG sepsis bulguları yanında sol böbek pelvis çevresindeki yağlı dokuda yaygın değişici epitel hücreli karsinom metastazı ve Mesanede high grade invaziv T3 mesane kanseri tespit edilmiş. İnvaziv bir tümöre BCG uygulanmış. Üroloji pratiğinde BCG nin invaziv tümörlerde uygulama sıklığı hakkında düşünceleriniz nelerdir?

Güncel bilgilerimize göre kasa invaziv mesane kanseri tedavisinde intravezikal BCG kullanımı söz konusu değildir. Zaten ilgili hekim de hastada kas invaziv olmayan mesane tümörü patolojik tanısıyla intravezikal BCG tedavisi uygulamıştır. Hastanın otopsisinde mesanede high grade invaziv T3 mesane kanseri tespit edilmesi şaşırtıcı değildir. Çünkü TUR-TM ameliyatı patolojisinde pT1 ve kas dokusu olmadığı şeklinde raporlanmıştır. İlk rezeksiyonda T1 gelen hastaların ikincil rezeksiyonunda % 4-25 kasa invaziv mesane kanseri görülmektedir. İlk rezeksiyonda kas yoksa bu oran % 45'e çıkmaktadır.

6- Bu olayda bilirkişi olarak değerlendirmeniz nasıl olurdu?

Sık idrara çıkma ve hematüri yakınmasıyla gelen hastaya USG işlemi yapılmadan genel anestezi altında sistoskopi ve TUR-TM yapılmıştır. TUR-TM sonrası 6 günlük bir süreç içerisinde intravezikal BCG tedavisi uygulanmıştır. Oysa günümüzde kabul gören kılavuzların hemen hepsi (Avrupa Üroloji Birliği ve Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Kanser Enstitüsü Kılavuzları) en az 2 hafta beklenmesi gerektiğini vurgulamaktadır. İnvavezikal BCG uygulaması için bu sürenin beklenme nedeni, mesane içerisinde ameliyata bağlı oluşan yaradan BCG emiliminin engellenmesidir. Tıbbi bilgilerimize göre, mesanedeki bu tarz yaralar ortalama 7 gün içerisinde kapanmaktadır. Bu nedenle hastada gelişen BCG sepsisi tek başına intravezikal BCG'nin ameliyattan sonra 6. günde verilmesiyle açıklanamaz.

İnvavezikal BCG tedavilerinden sonra sepsis gibi ciddi komplikasyonları önceden belirlemek mümkün değildir. Bu tarz komplikasyonlar için hasta ve yakınlarını bilgilendirmek önem taşımaktadır. Türk Üroloji Derneğinin web sayfasında "İnvavezikal BCG Tedavisi Onam Formu" mevcuttur. Mevcut belgelerde bu onam formundan bahsedilmemektedir.

Otopside sol böbek pelvis çevresindeki yağlı dokuda yaygın değişici epitel hücreli karsinom metastazı ve mesanede high grade invaziv T3 mesane kanseri tespit edilmiştir. Makroskopik hematüri yakınmasıyla gelen bu hasta ameliyat öncesinde USG gibi noninvaziv görüntülemeler yapılsaydı bu patolojinin saptanma ihtimali yüksekti. Nitekim hastanın patoloji raporunda pT1 olduğu ve kas dokusu bulunmadığı dikkati çekmektedir. İlk rezeksiyonda T1 gelen hastaların ikincil rezeksiyonunda % 4-25 kasa invaziv mesane kanseri görülmektedir. İlk rezeksiyonda kas yoksa bu oran % 45'e çıkmaktadır. Bu hastalarda Avrupa Üroloji Birliği Kılavuzu'na göre ilk TUR-TM operasyonundan 2-6 hafta sonra Tekrar TUR-TM yapılması önerilmektedir. Bu hastada üroloji uzmanı böyle bir uygulama planlanmamıştır.

BCG sepsisi tanısıyla izlenen hastalarda kortikosteroid uygulaması önemli bir basamaktır. Tıp Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı kliniğine yatırılan hastanın epikrizi incelendiğinde; kortikosteroid tedavisi yapıldığına dair bir bulguya rastlanmamıştır.

5.4.3 MESANE TÜMÖRÜNÜN GEÇ TANISI VE ÖLÜME KATKISI

İDDİA

Müvekkil Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalına müracaat etmiş mesanesinde tümör tespit edilmiştir. Bilahare müvekkil üroloji kliniğinde yaklaşık 2,5 ay süreyle yatmış "kreatinin" seviyesi düştükten sonra çok ciddi ve zor bir ameliyat geçirmiş, mesanesi alınmış, bağırsaklarından bir mesane yapılmıştır. Ameliyattan sonra müvekkilin kanser hastalığından kurtulduğunu, vücudunda kanserli hücre bulunmadığı, ameliyattan sonra müvekkile radyoterapi ve kemoterapi uygulanmasına gerek olmadığı bildirilmiştir. Ancak taburcu olmadan önce ameliyatın yaşamsal önemine binaen her üç ayda bir üroloji bölümüne kontrole gelmesi gerektiği müvekkile anlatılmıştır. Müvekkilde kendisine anlatıldığı şekilde yaklaşık üç ay aralıklarla üroloji bölümünde muayene olmuş ve her seferinde kan tahlili ve bilgisayar tomografi çekilmiştir. Her seferinde sağlıklı olduğu, kanser hastalığından kurtulduğu bildirilmiş ve tekrar 3 ay sonraya muayene randevusu verilmiştir. Ancak müvekkil özellikle son günlerde makat, kasık bölgesinde ve sol ayağında şiddetli ağrılar olduğunu, BT raporunu değerlendiren üroloji bölümündeki doktoruna anlatmıştır. Bu durum üzerine doktor anlatılan ağrılarının mevcut BT raporuna göre ameliyatla ilgili olmayacağı ve ağrılarının başka bir nedenle meydana gelebileceğini değerlendirmiş ve müvekkili muayene için cerrahi bölümüne yollamıştır. Anlattığı ağrıları nedeni ile hastanenin cerrahi bölümüne gönderilen müvekkil burada muayene olmuş muayeneyi yapan doktor herhangi bir tetkik yapmadan el ve diğer muayenelerle müvekkili eski rahatsızlığının nüksettiğini müvekkilde tümör olduğunu doğrudan isabet ile tespit etmiş ve müvekkili kronoskopi ayrıca BT çektirmeye göndermiştir. Kolonoskopisi yapılan müvekkil BT için 2 ay sonraya gün verilmesi sonucu bu süreyi ağrıları çok olduğu için bekleyememiş Özel bir Hastanede BT çektirmiştir. Özel Hastaneden verilen BT inceleme raporunda müvekkilde "6x5x4 cm" boyutlarında kitle olduğu, ayrıca bölgede yaygın penetre çoklu kitle lezyonlarının bulunduğu tespit edilmiştir. Bu anlatıma şok olan müvekkil derhal ameliyat olduğu Tıp Fakültesi Üroloji Bölümüne raporla birlikte gelmiş burada rapor tekrar değerlendirildiğinde ilgili doktorlar mevcut duruma çok şaşırılmışlardır. Ancak kendilerini radyoloji bölümünden müvekkil ile ilgili raporlara göre işlem tesis ettiklerini sonuç olarak radyoloji bölümünde verilen raporların kendilerini yanılttığını beyan etmiştir. Bu durum üzerine müvekkil radyoloji ana bilim dalına gitmiş ve durumu anlatmış hata yapıldığını söylemiş ve özür dilemiştir.

Müvekkil bu seferde Radyoloji Ana Bilim Dalı Başkanına giderek durucu anlatmış burada da yukarıda bahsedilen suçluluk ve özür dileme tavırları gözlemlenmiştir Müvekkil yaşamsal öneme haiz hata yapıldığını, bu durumun kendi hayatını riske soktuğunu, bu nedenle de zamanında gerekli tıbbi müdahalelerin yapılamadığını, sorumlulardan davalı olacağını beyan edince, ana bilim dalı başkanı tarafından şikâyet konusunun tekrar düşünülmesi rica edilmiş ve doktorunun zarar göreceği açıklanmıştır.

Yukarıda olayın özeti arz edilmiş olup, müvekkile Tıp Fakültesi Hastanesince yapıdan tedavi ve tetkiklerde eksikler ve hatalar yapılmıştır. Öncelikle müvekkile ameliyat sonrası radyasyon onkolojisi ve medikal onkoloji konsültasyonu istenip istenmediğinin tespit edilmesi gerekir. Müvekkilden alınan bilgiye göre böyle bir konsültasyon istenmemiştir.

SAVUNMA

Tıp Fakültesi Üroloji ABD Öğretim Üyeleri: Hasta 2 yıldan beri idrarından kan gelmesi, sık sık idrara çıkması, zaman zaman idrarından pıhtılar gelmesi ve zorlanarak idrar yapma şikâyetleri ile üroloji anabilim dalımıza müracaat etmiş ve yatırılarak tetkik ve sonrasında tedavisi yapılmıştır. Hasta idrar şikâyeti ile dört yıl önce Devlet hastanesine başvurmuş burada yapılan ultrasonografide mesanede 11x13 mm boyutlarında şüpheli lezyon tespit edilmiştir. Yani hastanın şikâyeti 3,5-4 yıl önce başlamış olmasına rağmen bu arada hekime müracaat etmemiş ve hastalığının ilerlemesine yol açmıştır.

Kanamının artması ve genel durum bozukluğu nedeniyle bizden önce Devlet Hastanesine başvurmuş ve burada böbrek fonksiyonlarının bozuk olduğu tespit edilmiştir. Aynı hastanede mesanesinde 3,5 cm çapında mesane tümörü tespit edilmiştir.

Bu bulgularla 30.10.2012 tarihinde kliniğimize yatırılan hastanın incelemelerinde; böbrek fonksiyon testi (Kreatinin) seviyesinde yükselme (3.16 mg), ultrasonografide böbrekte iki taraflı 3. derecede hidronefroz ve mesanede 9x4,5 cm boyutlarında tümör, anemi saptanmıştır.

Böbrek fonksiyon bozukluğunun mesanedeki kanserin her iki böbreğin yollarını tıkamasına bağlı olduğu için her iki böbreğe ultrason eşliğinde perkütan nefrostomi takılmıştır. Böbrek fonksiyonlarının düzelmesi sonrası spinal anestezi altında transüretal mesane tümörü rezeksiyon yapılmıştır. Alınan doku örneklerinde mesane kas tabakasına yayılmış yüksek dereceli papiller ürotelyal kanser tespit edilmiştir. Bu bulgular elde edildikten sonra durum hasta ve yakınlarına anlatılmış ve aydınlatılmıştır. Ameliyat hakkında bilgi verilmiş, mesane, prostat ve vezikula seminalislerin komple çıkarılıp, barsaktan yapılacak mesanenin karın ön duvarına bağlanarak, idrarının bir torbaya geleceği ve bu ameliyatın uzun süreceği (ortalama 5-6 saat), ameliyatta ve ameliyattan sonra ölüm ve arızalarının (mortalite ve morbidite) diğer ameliyatlara göre çok daha yüksek olduğu anlatılmıştır. Hasta ve ailesinin kabulü ve onamların alınmasından sonra radikal sistoprostatektomi ve ileal loop operasyonu + lcnfadenektomi yapılmıştır. Ameliyat sonrası dönemde de herhangi bir sorun gözlenmeyen hasta, iki hafta taburcu edilmiştir. Ameliyatta çıkarılan bütün örneklerin patolojik incelemesinde yüksek dereceli infiltratif özellikte papiller ürotelyal kanserin serozaya infiltre olduğu (PT3), cerrahi sınırların negatif olduğu, komşu organlara yayılmadığı ve lenf bezlerinin temiz olduğu görülmüştür.

Hasta ameliyat sonrasında kontrollerine düzenli olarak gelmiştir. Kontrollerde herhangi bir lokal-nüks veya uzak metastaz gözlenmediği, kompanse böbrek yetmezliğinin devam ettiği ve bu şekilde takiplere devam edileceği bildirilmiştir.

En son kontrolde hasta rektal şikayetleri nedeniyle genel cerrahiye yönlendirilmiş, yapılan tetkikler sonucunda rektuma bası yapan lokal nüks belirlenmiştir. Hastayı bu aşamada, kemoterapi ve radyoterapi gerekli olduğu belirtilerek, bu tedaviler önerilmişse de hasta bu tedaviyi başka bir merkezde almayı tercih etmiştir.

Dava dilekçesinde kanser hastalığından kurtulduğu, vücudunda kanserli hücre kalmadığı ifadesinin asılsız olduğu düşünülmüştür. Böyle bir durum olsa hasta neden her 3 ayda bir kontrol altında tutulsun sorusunun cevaplanması gerekir. Dilekçede belirtilen bu ifade; yanlış anlama, kendilerince değerlendirme veya abartılma olsa gerekir. Bu hastaların 5 yıllık yaşam süreleri dahi sınırlı iken mesleğini bilen hiçbir ürolog böyle bir ifade kullanmaz. Bunlar hekimliğini bilimsel yapan biz öğretim üyeleri için rastgele yapılan suçlamalardır ve üzücüdür.

Patoloji sonucuna göre; yüksek dereceli infiltratif özellikte papiller ürotelyal kanserin serozaya infiltre olduğu, cerrahi sınırların negatif olduğu, komşu organlara yayılmadığı ve lenf bezlerinin temiz olduğu görülmüştür. Gerek ameliyat öncesi, gerekse ameliyattan hemen sonra yapılan radyolojik tetkiklerde metastaz söz konusu değildir. Yani hastalığın evresi PT3NOMO olarak değerlendirilmiştir.

Bizler ürolog olarak Radyoloji Ana Bilim Dalı'nın raporlarına göre hareket ederiz. Ürolog olarak radyolojik bulguları değerlendirmemiz doğru ve yeterli olmayacağı gibi yasal hakkımızda yoktur. Radyolojik değerlendirmede hata olup olmadığını saptamak biz ürologların görevi değildir. Tedavi bu raporlara göre düzenlenmiş olup, takiplerdeki bütün radyolojik ve laboratuvar bulguları normal olduğundan Medikal Onkolojiye göndermeye gerek görülmemiştir. Labaratuvar ve radyolojik tetkiklerde patolojik bulgu bulunmayan hastaya kemoterapi ve/veya radyoterapi verilmesi düşünülmemiştir. Son yapılan bilgisayarlı tomografi raporunda dahi lokal nüks belirtisi bildirilmemiş olmasına rağmen, rektal şikayeti üzerine yapılan Cerrahi konsültasyondan sonra lokal nüks tespit edilmesi üzerine Radyoloji Ana Bilim Dalı tekrar değerlendirmiş ve "nüks olduğuna" karar verilmiştir. Radyoloji Ana Bilim Dalı'ndan alınan ek rapor üzerine hiç gecikmeden, hemen Medikal ve Radyasyon Onkolojisine sevk edilmiştir.

Dosya kapsamındaki radyolojik tetkiklerin Adli Tıp İhtisas Kurulu radyoloji Üyesi tarafından yapılan incelemede: Tıp Fakültesinde çekilen BT: Anal kanal düzeyinde solda yaklaşık 3x4 cm boyutlarında yumuşak doku dansitesinde lezyon alanı, perirektal yağlı dokuda 7-8 mm çapında lenf nodu,, sol acetabulum medialinde destrüksiyona neden olmuş izodens yumuşak doku kitlesi, , sağ pubik kemik posterorda lokal destrüksiyon, mesane ve prostat izlenmediği (opere), Özel hastanede çekilen BT: prostat lojunda sol pararektal alanada gelvik tabana infiltrasyon gösteren belirgin kontrastlanan yaklaşık 5 cm çapında kitle lezyon, pubik kemişkte ve sol acetabulumda destrüksiyona yolaçmış metastatik odaklar izlenildi.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu:

a- Tıp Fakültesinde çekilen BT yorumunda pelvis tabanı sol acetabulum ve rectum distalindeki mevcut metastazların tespit edilmemesinin radyoloji tanısı eksikliği olduğu,

b- Son kontrolde yanlış yorumlanmış rapor ile metastaz tanısı konma arasında geçen sürenin yaklaşık bir ay olduğu dikkate alındığında bu sürenin ölüm üzerinde etkisinin olduğunun tıbbi delillerinin bulunmadığı, son kontrolde nüks tanısının konulması durumunda hastalığın akibetinin değişmesinin beklenmediği cihetle Radyoloji Uzmanının tanıda yaptığı eksik eylemin kişinin ölümü üzerinde katkısı ve etkisi bulunduğu tıbbi delilleri bulunmadığı,

c- Üroloji uzmanı tarafından her ne kadar BT görüntüsüne ait 1.4.2014 tarihli radyoloji raporunda nüks tarif edilmemiş olmakla birlikte hastanın klinik şikayetleri göz önünde bulundurularak şikayetlerinin sebebine yönelik tanıya varabilmek için hastanın genel cerrahiye yönlendirildiği ve kolonoskopi yapılmasını ve tanı konulmasını sağladığı, postop takip ve tedavi prosedürünün hastanın takip ve tedavisini yapan hekimler tarafından belirleneceği göz önüne alındığında; kişinin, Üroloji Kliniği'nde takip ve tedavisinde, ameliyatında görev alan hekimlere kusur atfedilemeyeceği oy birliğiyle mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Murat Gönen, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Radikal sistoprostatektomi sonrası takip nasıl olmalıdır?

Radikal sistoprostatektomi sonrası hasta takibi hastalığın evresine göre değişmektedir. Lenf nodu tutulumu olan hastalarda mutlaka 3. Ayda kemik sintigrafisi ve bilgisayarlı tomografi ile değerlendirme yapılması önerilirken. Lenf nodu negatif olan hastalar için böyle bir zorunluluk yoktur ve 3. Ayda ultrasonografi ile takip önerilmiştir (J.A. Witjes , E. Compérat, N.C. Cowan, M. De Santis, G. Gakis, T. Lebrét, M.J. Ribal, A. Sherif, A.G. van der Heijden European association of urology on muscle invaziv bladder cancer guidelines 2014). Bu hastanın ilk yıl için her 3 ayda bir kontrole çağırıldığı bilinmektedir ve hastanın evrelemesi T3N0M0 olarak yapıldığı için ilk kontrolde BT ve kemik sintigrafisi çekilmesine gerek olmadığı halde her kontrolde hastaya BT çekildiği bilgi olarak yer almaktadır.

2- Radyoloji kliniklerinde raporlarında hata sebepleri nelerdir?

Bu hastanın bir üniversite hastanesinde tedavi olduğu değerlendirildiğinde, hastanın radyoloji uzmanlık eğitimi alan asistan doktorlarında olduğu bir ortamda çekilen BT filmlerinin değerlendirildiği anlaşılmaktadır. Uzmanlık eğitimi verilen kliniklerde yasal zorunluluk olarak asistan doktorların mutlaka hoca gözetiminde çalışması ve radyolojik filmleri değerlendirmesi gerekmektedir. Ancak ülkemizdeki pratik uygulamalarda bunun göz ardı edildiği ve asistan doktorların çoğu zaman hocaya danışmadan kendi başlarına karar aldıklarına sıklıkla rastlamaktayız. Hocaların ise kendi adlarına yapılan bu işlemlerden çoğu zaman haberleri olmamakta ve ancak olay yargıya intikal ettiğinde bu durumdan haberleri olmaktadır. Radyoloji eğitim kliniklerine en önemli raporlama hata sebebinin bu durum olduğunu değerlendirmekteyim. Nitekim bu hastanın BT si özel bir hastanede bir uzman dr. Tarafından değerlendirildiğinde nüks kitle varlığı kolaylıkla tespit edilebilmiştir.

3- Bilirkişi olarak bu olayı nasıl değerlendirirsiniz?

Hastanın takibinde üroloji kliniği hekimlerinin bir kusuru olmadığı düşüncesine katılmakla birlikte Radyoloji kliniği hekimleri için verilen kişinin ölümü üzerine 1 aylık tanı gecikmesinin katkısını olmadığı düşüncesinin yeniden değerlendirilmesi gerektiği kanaatindeyim. Çünkü bu kişiye nüks tanısı konulduğunda kitlenin oldukça büyük boyutta olduğu anlaşılıyor ve hasta her 3 ayda bir düzenli kontrole gittiği ve her kontrolde BT çekildiği düşünülüyorsa, eğer varsa daha önceki BT filmlerinde de kitlenin görülmüş olması gerekirdi. Bu nedenle aşağıdaki soruların cevaplanmasını da ihtiyaç olduğunu düşünüyorum.

Soru: Hastaya kaçınıcı kontrolde nüks tanısı konuldu? ve daha önce çekilen kontrol BT filmleri yeniden değerlendirmeye tabi tutuldu mu?

5.5 BÖBREK KANSERİ

5.5.1 BÖBREK KANSERİNİ EVRELEMEME, İLERİ EVRE HASTADA RADİKAL NEFREKTOMİ

TALEP

Skrotal şişlik nedeniyle sol hidrosel + sağ inguinal herni operasyonu yapılan 1950 doğumlu hasta ağrılarının devam etmesi nedeniyle yapılan tetkiklerinde sol böbreğinde 20 cm kitle edilmiş, aynı hastanede hidrosel ameliyatından 14 gün sonra nefrektomi yapılmış, patoloji raporunda renal hücreli karsinom olduğu tespit edilmiş, taburcu edildikten 1 hafta sonra nefes darlığı ve sırt ağrısı şikayetleri ile müracaat ettiği, Göğüs Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Renal Cell Ca + AC Met? + KC Met + Kemik Met tanıları ile takip edilirken ölmüştür. Hastanın tanı ve tedavi aşamasında yapılan tıbbi uygulamalarının belirlenmesi istenmektedir.

İDDİA

Doktor eşimin hayasında su toplanması olduğunu onu alması gerektiğini söyledi, bu arada eşimin fitliğinin da bulunması sebebiyle onu da aldığını söyledi. Doktor eşimi dört gün yatırdıktan sonra taburcu etti. Ancak, eşimin sancıları devam etti. Tekrar doktorumuza gittik. Ultrason çekti. Bu defa böbreğin tamamen gittiğini ve böbreğinin alınması gerektiğini söyledi ve sağ böbreği aldı. Patoloji raporunda ufak bir kitle olduğunu ancak onu da temizleyerek almış olduğunu, korkulacak bir durumun olmadığını söyledi.

Eşimin düzelmemesi sebebiyle kendisini Göğüs Hastalıkları Hastanesine götürdüm. Oradaki yapılan muayenesinde eşimin bütün vücuduna kanserin yayılmış olduğu söylendi. Üstelik ameliyattan öncede kanserin yayılmış olduğunun tetkiklerde görüldüğünü söylediler. Göğüs Hastalıkları Hastanesi'nde 12 gün yattıktan sonra eşim vefat etmiş bulunmaktadır.

SAVUNMA

Hasta sol yumurtasında su toplaması şikayeti ile geldi. Hidrosel ve fıtık ameliyatı yaptım. Sorunsuz evine gönderdim. Daha sonra bel ve yan ağrısı şikayeti ile tekrar geldi, batın tomografi istendi, hastanın sol tarafında böbrek lojunda büyük bir kitlenin olduğu tespit edildi, radikal nefrektomi ameliyatının yapılması gerektiğini söyledim, hasta kabul etti. Ameliyat için gerekli tüm tetkikler ve görüntüleme ve dahiliye, kardiyoloji ve anestezi konsültasyonlarını yaptırdım. Genel cerrahi uzmanı ile ameliyata girdik. 4.5 kg ağırlığındaki kitleyi patolojiye gönderdik, patoloji sonucu böbrek kanseri olduğunu bildirdim, bundan sonrası için takip edilmesi durumunu da söyledim, izah ettim.

BELGELER

Batın BT (Radikal nefrektomiden 2 gün önce): Sol böbrek lojunda; 20 x 13 x 23 cm lobüle düzgün konturlu, pararenal ve retroperitoneal yağlı planlar komprese ve deplase eden, pelviste iliak kanatlar seviyesine kadar uzanan, internal septasyon içeren multiloküle komplike kistik yer kaplayan lezyon saptanmıştır, sol böbrek parankimi izlenemediğinden dolayı öncelikle yer kaplayan lezyon olarak düşünülmüştür (sol retroperitoneal kistik teratomatöz kitle ?). Malignite açısından klinik hikaye ve bulgularla beraber değerlendirilmesi, renal parankimin ortadan kalktığı kompakt makrokalkülün oluşturduğu obstrüksiyona bağlı ileri derecede hidronefrotik nonfonksiyone kistik böbrek açısından ayırıcı tanı yapılması uygundur. Klinik bulgulara göre MR inceleme önerilir.

Akciğer grafisi: Sağ akciğer orta üst zonlarda kalsifiye nodüler dansite görülmüş ve sekel granülatöz kalsifiye nodül olarak değerlendirilmiştir.

Patoloji raporu: Multiloküler kistik renal hücreli karsinom (Sarkomatoid tip), Nükleer grade: III. Kap-sül ve perinefritik yağ dokusunda invazyon görülmedi. Böbrek veninde invazyon görülmedi. Cerrahi sınırlarda tümör görülmedi.

Abdominal aort vasküler BT: (Radikal nefrektomiden 5 gün sonra): Solda paraaortik retroperitoneal yağlı planda obliterasyon oluşturan, renal seviyede yerleşimli duvarı kontrast madde fiksasyonu

gösteren, yaklaşık 5x2,5 cm büyüklüğünde, hipodens multikistik, multiloküle yer kaplayan lezyon izlenmektedir. Ayrıca abdominal aortun anevrizmatik dilatasyon segment komşuluğunda 1-1,5 cm boyutlarında da duvarı kontrast madde tutan loküle kistik lezyon görünümü mevcuttur (loküle retroperitoneal kistik lezyon/malignite ? metastatik nekrotik lenf nodları ?).

Göğüs Hastalıkları Hastanesi'nin epikrizinde: Hasta Renal Cell Ca+ AC Met? tanılarıyla interne edildi. Nasal 02 2lt/dk, Combivent neb 4x1, Flixotide neb 2x1. Teobag 200 2x1. Zinnat 750 flk 3x1. Macrol 500 2x1 başlandı. Derin anemi ve hipoalbuminemi saptanan hastaya 3Ü Eritrosit süspansiyonu+2 Ü Human Albumin verildi. Toraks BT'si istendi. Solda sıvı+mediastinal LAM ve nodüller görüldü. Hastaya torasentez yapıldı. Hastanın radyolojik tetkiklerinde multipl met bulguları (AC'de, KC'de sağ ve sol surrenal lojunda, L1 ve L2 vertebrada met bulguları vardı) görüldü. Onkoloji konsültasyonu yapıldı. Genel durumu itibarıyla onkolojik tedavi alamayacağı bildirildi. Yakınlarına bilgi verildi.1.7.09 tarihinde nöbet şartlarında kötüleşen hastanın KTA ve solunumu olmadığı görülmüş olup exitus olarak kabul edilmiştir.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Ön incemeci: Özel hastaneye ilk müracaatında böbrek tümörü tanısının konulmamasının ölümü üzerine etkisi olmadığı, doktora atfı kabil kusur bulunmadığı oy birliğiyle mütalaa olunur.

Adli Tıp Kurumu: Böbrek kanseri tanısından önce gerekli araştırmaları yapmayarak tedavi planını ve hasta bilgilendirmesini eksik yapan üroloji uzmanı ve bilgisayarlı tomografide batın içi lenf bezi büyümelerini rapor etmeyen radyoloji uzmanının hatalı olduğu, ancak bu hataların, hastalığın seyrini değiştirmek ve ölüm ile illiyeti kurulamaz.

DEĞERLENDİRME-1

Prof. Dr. Özdal Dillioğlugil, Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Bu hasta ameliyat sırasında yaygın metastatik haldeydi. Bu durum tespit edilmemiş ya da edilememiştir. Üroloji uzmanı ve radyoloji uzmanı bu konuda ne kadar sorumludur?

Hastaya radikal nefrektomi ameliyatından 2 gün önce Batın BT'si, 5 gün sonra (büyük ihtimalle taburcu edilmeden önce) abdominal aort vasküler BT yaptırıldığı belirtilmiştir. Hasta sahibinin iddiasında olduğu halde belgelerde USG'den bahsedilmemektedir. Bu vasküler BT de operasyon lojunda para-aortik 5x2,5 cm (sol sürrenal?) ve 1-1,5 cm lezyonlar rapor edilmekte, başka metastatik bulgudan bahsedilmemektedir. Hastanın daha sonraki bir tarihte, taburcu edildikten 1 hafta sonra da şikayetler ile Göğüs Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvurduğu belirtilmekte ve burada yapılan tetkiklerde ek olarak KC, sürrenaller ve vertebralarda metastatik bulgular olduğundan bahsedilmektedir. Buradan anlaşıldığı gibi, bu kadar kısa zaman sonra bu metastatik bulgular tespit edildiğine göre bunlar ameliyat öncesi BT'de mevcut olmalıdır (Zaten "iddia'dan" anlaşıldığına göre, Göğüs Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki doktorlar herhalde bunları CD'yi tekrar incelediklerinde görmüşler). Öncelikle radyoloji uzmanının bunları boyut vererek (Göğüs Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin epikrizinde de bunların boyutları hakkında fikir elde edilememektedir) raporlamış olması gerekirdi. BT ile ilgili klinik deneyimlerimizden, ürologların da çoğu zaman dikkatli inceleme ile bu metastazları görebilmesi gerektiğini söyleyebiliriz. Dolayısı ile Batın BT'sindeki, özellikle ameliyat tarafındaki sürrenal ve diğer (LAM?) kitlelerin farkedilmemiş olması tıbbi hatadır.

Ayrıca radikal nefrektomi ameliyatından önce Toraks BT yaptırılmamış, sadece PA akciğer grafisi ile yetinilmiş olması bir önemli bir eksiklik değildir. Çünkü en son Avrupa Üroloji Birliği rehberindeki (Ljungberg B, EAU Guidelines on Renal Cell Carcinoma, update March 2016, Sayfa 17, bölüm 5.4) önerilerde öneri derecesi C olarak belirtilmekte, diğer bir ana kitapta da [Konety BR. Renal parenchymal neoplasms in MacAninch JW, Lue TF (Eds): Smith and Tanagho's General Urology, 18th edition, p 335, 2013.] akciğer grafisinde şüpheli bulgular olması halinde Toraks BT'si önerilmektedir. Akciğer grafisinden de anlaşıldığı kadarı ile şüpheli bulgular yoktur. Yine yukarıda belirtilen kaynaklarda beyin ve kemik metastazlarına yönelik MR, sintigrafi gibi tetkiklerin ancak klinik gereksinim (semptom, laboratuvar bulgusu) olması halinde yaptırılması önerilmektedir (Ljungberg B, EAU Guidelines on Renal Cell Carcinoma, update March 2016, Sayfa 15, bölüm 5.2.4).

Hastada mevcut tüm metastazların ameliyat endikasyonu için tespit edilmesi de şart değildir, çünkü metastatik hastalara sitoredüktif nefrektomi yapılması da böbrek tümörlerinde rutin uygulamadır (Bkz. Bir sonraki soru). Metastatik hastaya radikal nefrektomi yapılmaz diye bir kural yoktur. Ayrıca radikal nefrektomi patolojik tanı için de gereklidir. Patolojik tanı ise bu gibi hastalara ameliyattan sonra yapılması gereken lenfokin ve hedefe yönelik tedaviler için SGK tarafından, haklı olarak mecbur tutulmaktadır.

2- Ameliyat öncesi metastatik hastalığı tespit edilseydi hasta ameliyat edilemeyecek miydi? İleri evrede hasta ameliyat edilerek erken mi ölmüştür? Ameliyat edilmeseydi de ölmeyecek miydi? Burada bir zarar söz konusu mudur?

Hastanın anestezi tarafından radikal nefrektomi ameliyatına sorunsuz alındığı ve hastanın postoperatif seyrinin de sorunsuz olduğu anlaşılmaktadır. Bu durumda, mevcut literatür bilgisine göre hastaya sitoredüktif nefrektomi yapılması uygundur. Avrupa Üroloji Birliği rehberi önerisine göre de, SWOG 8949 ve EORTC 30947 çalışmalarına (Flanigan RC, et. Al. J. Urol. 171: 1071, 2004; ortalanca 5,8 ay genel sağ kalım avantajı) ve diğer çalışmalara (Choueri TK, et. al. J. Urol. 185 : 60, 2011; ortalanca 10 ay genel sağ kalım avantajı $p < 0,01$) dayanılarak, uygun seçilmiş metastatik hastalara sitoredüktif nefrektomi yapılması önerilmektedir (Ljungberg B, EAU Guidelines on Renal Cell Carcinoma, update March 2016, Sayfa 28, Bölüm 7.3.1.1.2). Bu durumda hastanın ameliyat endikasyonu mevcuttur.

3- ilk müracaatında hasta skrotumda şişlik ile gelmiş, bu yönde inceleme yapılmış, tanı konulmuş ve tedavi yapılmıştır. Bu müracaatında böbrek kanseri tanısı konulmalı mıydı? Skrotal şişlikle gelen hastaya US istenmeli miydi?

Aslında hekimden beklenen sadece şikayet konusu organa ve hastalığa odaklanmak değil hasta söylemese de geniş düşünüp bazı bulgulardan diğer anormallikleri tanınmasıdır. Ancak ne kadar geniş düşünülecek. Yukarıda belirtildiği gibi, böbrek tümörü tanısı konulmuş hastada bile başka sebep yoksa kemik sintigrafisi veya beyin MR yaptırmak bile şart değildir. Ayrıca, hidrosel ana kitaplara (Konety BR. Renal parenchymal neoplasms in MacAninch JW, Lue TF (Eds): Smith and Tanagho's General Urology, 18th edition, p. 334, 2013; Campbell's Urology, 10th ed., Chapter 49, p. 1413, 2012) ve rehberlere (Ljungberg B, EAU Guidelines on Renal Cell Carcinoma, update March 2016, Sayfa 14, Bölüm 5) göre böbrek tümörünün mutad belirtileri arasında değildir. Örneğin, hastada sağ varikosel olsa idi Batın BT yaptırılması gerekirdi, ama hidrosel için değil. Bu nedenle hidrosel için gelmiş hastaya böbrek incelemesi yapılması rutin değildir.

Eğer hastanın ilk gelişinde sol böğür (yan) ağrısı yoksa (olgu tarifi, "iddia" ve "savunma" da bu belli değil) bu gelişte böbrek tümörü tanısı konulmamasını tıbbi hata olarak kabul etmemek gerekir. Ancak varsa da en azından bir Batın Ultrasonografisi yapılmamış olması tıbbi hatadır.

4- Klasik ve klavuz bilgilerine göre radyolojik olarak böbrek kanseri ön tanısı konulduğunda ameliyat öncesi yapılması gereken araştırmalar nelerdir?

Tüm Batın BT, PA/Lateral akciğer grafisi (şüpheli görüntü olması halinde Toraks BT) veya sadece Toraks BT, klinik veya laboratuvar gereksinim olması halinde beyin MR, kemik sintigrafisi, venöz tümör trombusünün seviyesini iyi belirlemek gerektiğinde buna yönelik MR (Ljungberg B, EAU Guidelines on Renal Cell Carcinoma, update March 2016, Sayfa 15, Bölüm 5.2.2).

5- Radyoloji raporlarında sıklıkla "klinik şüphe halinde ... tetkik önerilir" ifadeleri veya ön tanıda yer alan birkaç hastalığı sayrak değerlendirmeyi askıda bırakma alışkanlıkları ile karşılaşılmaktadır. Bir radyoloji uzmanının tetkiklerin yapılması ve değerlendirilmesinde sorumlulukları nelerdir?

A.B.D.'de BT, MR gibi tetkikler yapılırken bir radyolog yapılmakta olan tetkikleri ekranda sürekli takip etmekte ve gerektiğinde, tetkikte bir eksiklik gördüğünde müdahale ederek hastanın pozisyonunu değiştirmek, daha geç görüntüleri almak veya kontrast uygulamasını ayarlamak gibi girişimlerde bulunmaktadır. Bu da tetkikler için asgari bir zaman harcanmasını gerektirmektedir. Aslında bizim radyologlarımız için de böyle bir ortam ve rapor yazma sırasında da kullanabilecekleri optimum bir zaman gereklidir. Radyolojik

tetkiklerin raporlanmasında, tetkiklere göre, rapora dahil edilmesi gereken başlıklar radyoloji dernekleri tarafından standart hale getirilmeli ve bu asgari başlıklara uyulmalıdır. Mümkün olduğunca “copy/paste” veya şablon uygulamalarında hata olmamasına dikkat edilmelidir. Bana göre radyologlar lezyonları tanımlamalı, boyut ve lokalizasyon açısından iyi tarif etmelidirler. Ancak ayrıca tanı açısından önerilerde bulunabilmelerine (bulunmayabilirler de) rağmen tanı koyma mecburiyetleri olmamalıdır.

6- Hastada büyümüş olan lenf düğümlerinin ve sol sürrenalın ameliyatta çıkarılmış olması gerekmez miydi?

Radikal nefrektomi ameliyatı sırasında mutlaka operasyon alanında mevcut olan, normalde olması gereken ya da normalden sert veya büyük oluşumlar, kitleler mümkünse “en-bloc” çıkartılmalıdır. Aynı ayrı da çıkartılabilir. Çıkartılmaması durumunda ameliyat raporuna ikna edici gerekçeler yazılmalıdır. Hatta, örneğin bağırsak ya da dalak gibi komşu organ invazyonları varsa bunlar da ya tamamen (Örneğin dalak, LAM) ya da kısmen (Örneğin bağırsak) çıkartılarak cerrahi sınır negatifliği sağlanmalıdır. Bu olguda sol sürrenal veya LAM olabilecek 5x2,5 cm ve LAM olabilecek 1-1,5 cm bir kitle çıkartılmamıştır (Patoloji raporunda sürrenal ile ilgili ifade yoktur). Avrupa Üroloji Derneği Rehberi’nde de herhangi bir tutulma olmaması durumunda sürrenal eksizyonu yapılmaması (Ljungberg B, EAU Guidelines on Renal Cell Carcinoma, update March 2016, Sayfa 22, Bölüm 7.1.2.2.4) gerektiği (buradan tutulma varsa da yapılması gerektiği anlaşılmaktadır), LAM varsa bunların çıkartılması gerektiği belirtilmektedir (Ljungberg B, EAU Guidelines on Renal Cell Carcinoma, update March 2016, Sayfa 26, Bölüm 7.2.2).

7- Bu vakada bilirkışı olarak raporunuzu nasıl yazdınız?

Öncelikle olgu tarifi ve belgelerdeki bazı eksiklerin giderilmesini ister, bunlar giderildikten sonra raporumu yazdım. Eksikler:

a- Zamanlama belirten ifadelerde eksikler var. Örneğin, hasta radikal nefrektomi ameliyatından kaç gün sonra taburcu edilmiş, kaç gün sonra Göğüs Hastalıkları Hastanesi’ne interne edilmiş?

b- Hastadan onam formu imzası alınmış mı, alınmış ise hangi işlemler için alınmış.

c- Genel cerrah ameliyatın hangi safhalarından sorumludur? Sadece fitik tamiri safhasında mı, yoksa baştan sona mı ameliyata katılmıştır? Bu, genel cerrahın sorumluluğu olup olmadığı, varsa ne kadar olduğunun belirlenmesi açısından önemlidir.

d- Hastanın ağrıları nerededir? Hangi tarafında yan ağrısı vardır? Sol hidrosektomi yapılmadan önce sol böğür (yan) ağrısı var mıydı?

e- “İddia’da” sağ böbreğin, diğer bütün belgelerde ve olgu tarifinde ise sol böbreğin tümürlü olduğu ve çıkartıldığı belirtilmektedir. Bu çelişki giderilmelidir. Patoloji raporunda da hangi böbrek olduğu belli değildir.

f- Hastanın radikal nefrektomi ameliyatı ile ilgili eksik bilgiler tamamlanmalıdır.

g- İddia sahibinin (hastanın eşi) ifadeleri bir yana doktorun savunması da eksiktir ve belirsizlikler ile doludur. Doktor hastanın ne tarafında yan ağrısı olduğunu belirtmemektedir. Ayrıca ifadesinde hasta-ya metastazların varlığından bahsedip etmediğine de değinmemektedir. Büyük ihtimalle bahsetmediği için bu konuyu belirsiz bırakmaktadır.

Yukarıdaki değerlendirmeler ile birlikte ve onlara ek olarak, sonuçta aşağıdaki raporu yazdım:

Sol hidrosel ile gelen hastada başka bir semptom yoksa teşhise yönelik ek tetkik yapılmamış olması tıbbi hata sayılmamalıdır.

Hastanın evrelendirmesinde pre-operatif Tüm Batın BT eksik değerlendirilmiş, metastazlar ve operasyon lojundaki kitleler (böbrek tümörü, LAM, sürrenal tümörü) eksik tanımlanmıştır. Bu daha çok radyoloğun olmakla birlikte üroloğun da tıbbi hatasıdır.

Radikal nefrektomi operasyonu sırasında lojdaki tüm kitleler çıkarılmamıştır. İkna edici bir açıklama yoksa (Örneğin. İnoperabilite, genel cerrah veya kalp-damar cerrahının bunu onaylaması vs) bu bir tıbbi hatadır. Ancak bunun, hastanın ölüm sebebi ile ilgisi yoktur. Hasta daha geç tarihlerde ölse, diğer metastazları da olmasa idi olabilirdi. Hasta büyük ihtimalle başka bölgelerdeki (Örneğin karaciğer, toraks içi) hızlı tümör ilerlemesi sonucu genel durum bozulması, sürrenal yetmezlik (bilateral sürrenal metastaz var) ve pulmoner, torasik komplikasyonlardan ölmüştür.

Genel olarak benim raporum da “Ön İncelemeci” ve “Adli Tıp Kurumu” kararlarına paralel düşmektedir.

DEĞERLENDİRME-2

Prof. Dr. Ali İhsan Taşçı, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

Klinik incelemeler sonucu tümörü olduğu tespit edilen hastayı ameliyat etmeden tümörün evresinin belirlenmesi klasik tıp bilgisidir. Tümör evresi belirlendikten sonra tedavi yöntemi seçilir. Bu vakada BT de böbrek lojunu dolduran 20 cm kitle görülmesi üzerine Akciğer grafisi yapılmış ve hasta ameliyata alınmıştır. Oysa ameliyat öncesi BT nin ve akciğer grafisinin raporlarında muğlak ifadeler yazılmış, metastaz konusunda değerlendirme yetersiz kalmıştır.

1- Bu hasta ameliyat sırasında yaygın metastatik haldeydi. Bu durumu tespit edilmemiş ya da edilememiştir. Üroloji uzmanı ve radyoloji uzmanı bu konuda ne kadar sorumludur?

Burada üroloğun ameliyat öncesi yeterli tetkik yaptırmadığı tetkikleri yeterince incelemediği ve incelettiği aşıkardır. Tüm klavuzlarda ileri evre olduğu düşünülen böbrek kanserlerinde akciğer tomografisi, kemik taraması, karaciğer incelenmesi minimal tetkiklerdir ve standarttır. Bu hastaya akciğer tomografisi yaptırılmamış, kemiklere yönelik inceleme istenmemiştir. Ameliyat öncesi usg de karaciğerde metastazdan bahsedilmemesi, BT de lenf adenopatilerin görüldüğü daha sonra tespit edilmesine rağmen ameliyat öncesi raporda belirtilmemiş olması üroloji uzmanının kendisini savunabileceği argümanlar olsa da klinisyenlerin yetersiz rapor edilmiş incelemeleri tekrar incelettiği beklenirdi. Radyoloji uzmanının BT yi eksik rapor etmesi başlıbaşına bir sorumluluktur. Eşdeğer herhangi bir radyoloji uzmanının görüş tanıyı koyması beklenen bir lezyon radyologca görülmemiş ve rapor edilmemiştir. Bu nedenlerden dolayı hem üroloji uzmanı hem de radyoloji uzmanının uygulamaları tıbbi hata olarak değerlendirilmelidir.

2- Ameliyat öncesi metastatik hastalığı tespit edilseydi hasta ameliyat edilemeyecekti. İleri evrede hasta ameliyat edilerek erken mi ölmüştür? Ameliyat edilmeseydi de ölmeyecek miydi? Burada bir zarar söz konusu mudur?

Tıbbın yapması gerek mevcut bulgulara göre davranmak olduğuna göre bu hasta ileri evre kanseri olduğundan faydası olmayan bir ameliyata alınmıştır. Ameliyatın ölüme sebep olduğu söylemek doğru olmaz. Hasta zaten ileri evre kanserdi.

3- İlk müracaatında hasta scrotumda şişlik ile gelmiş bu yönde inceleme yapılmış, tanı konulmuş ve tedavi yapılmıştır. Bu müracaatında böbrek kanseri tanısı konulmalı mıydı? Scrotal şişlikle gelen hastaya usg istenmeliydi?

Hekimden beklenen sadece şikayet konusu organa ve hastalığa odaklanmak değil hasta söylemeye de geniş düşünüp bazı bulgulardan diğer anormallikleri tanınmasıdır. Ancak ne kadar geniş düşünülecek. Hidrosel için gelmiş hastaya böbrek incelemesi yapılması rutin ve alışılmış bir uygulama değildir. İlk gelişte tanı konulmamasını tıbbi hata olarak kabul etmemek gerekir.

5.5.2 BÖBREK TÜMÖRÜ TANI GEÇİKMESİ

İDDİA

Davacı vekilinin dilekçesinde; "Davacı müvekkil, aşırı derecede bel ağrısı şikayetiyle doktora gitmiş, muayene edilmiş, idrar tahlili ve batin ultrasonu yapılmış ve yapılan muayene ve tetkikler sonucunda, normal yorgunluk ağrıları teşhisi konulmuştur. Davalı doktorlar, bir hafta süreyle "ağrı kesici ilaç tedavisi" uygulamışlardır. Davalı hastanenin, yanlış ve hatalı teşhis ve tedavisi nedeniyle müvekkil, büyük maddi zararlara uğramış, gereksiz tedavi nedeniyle elem ve ıstırap çekmiş, ölüm korkusu yaşamıştır. Müvekkil aşırı bel ağrısı şikayetiyle bir hafta sonra tekrar aynı hastaneye başvurmuştur. Davalı doktorlar, müvekkili muayene etmişler, müvekkilin idrar tahlilinin yapılmasına ve batin ultrasonunun çekilmesine karar vermişlerdir. Yapılan idrar tahlili sonunda, davalı hastane doktorları "idrar tahlilinde herhangi bir olum-

suz bulguya rastlanılmadığına" dair rapor düzenlenmiştir. Müvekkilin çekilen batin ultrasonunda, yine davalı hastane doktorları "ultrasonda herhangi bir patolojik bulguya rastlanmadığına" dair rapor düzenlenmiştir. Müvekkil, davalı tarafından verilen ve aksatmaksızın kullandığı ağrı kesici ilaçlara rağmen aşırı derecedeki bel ağrısı şikayetinin geçmemesi nedeniyle, davalı tarafından konulan teşhis ve uygulanan tedavinin hatalı olabileceği kuşkusuyla başka bir doktora başvurmuş olup, yapılan muayenede, müvekkilin bel ağrılarının normal yorgunluk ağrısı olmayacağına kanaat getirilerek, müvekkilin yeniden batin ultrasonu çektirmesine karar verilmiştir.

Çekilen ultrasonda "müvekkilin sol böbreğinde 3.5 cm çaplı bir kist" olduğu bildirilmiştir. Ultrasonda gözüken bulguların bir kez de "emar filmi" çekirilerek incelenmesi gerektiğine karar vermiş ve bu kapsamda müvekkil emar filmi çektirmiştir. Raporda "sol böbrek orta zon-alt pol posterolateralinde solid kit-le lezyonu (MR bulgular onkosiloma ve renal cell ca ile uyumludur. Eksizyonu önerilir)" denilmektedir. Bunun üzerine radikal nefrektomi önerilmiş ve ameliyat yapılmıştır. Patolojik incelemede böbrek hücreli karsinom tanısı konulmuştur.

Davalı, müvekkile yanlış ve hatalı teşhis koymuş, hatalı tedavi uygulanmıştır. Müvekkil, aşırı derecedeki bel ağrısı şikayetiyle davalıya başvurmuş ve yapılan muayene, idrar tahlili ve çekilen ultrason sonucunda müvekkile, normal yorgunluğa bağlı bel ağrısı teşhisi konularak, ağrı kesici ilaç tedavisi yapılmasına karar verilmiştir. Oysa, müvekkilin şikayetlerinin yorgunluğa bağlı bel ağrısı olmadığı, sol böbreğinde 3.5 cm çapında bir kanser türü olan tümör olduğu ve müvekkildeki şiddetli bel ağrılarının bu tümörün sebep olduğu, bu bel ağrılarının ağrı kesici ilaç alınmasıyla giderilemeyeceği, hatta baskılanamayacağı ve tedavisinin gerçekleştirilemeyeceği ortaya çıkmıştır. Müvekkil, arada geçen tüm zaman zarfında şiddetli ağrı ve acı çekmiş, gereksiz ilaç tedavisi görmüş olup, davalı müvekkilin gereksiz ve daha fazla acı çekmesine sebep olmuştur. Müvekkil, davalı tarafından konulan hatalı teşhis ve uygulanan yanlış tedavi nedeniyle sağ böbreğini de kaybetme riski altına girmiştir. Müvekkil, davalı hastanenin uyguladığı hatalı tedaviye bel bağlayıp, başka bir doktora başvurmayarak ameliyat olmasaydı, şu an belki de ölmüş olabilirdi.

SAVUNMA

Davacı tarafın iddiaları gerekçelerle ve tıbbi gerekçelerle bağdaşmamaktadır. Davacı aşırı bel ağrısı şikayetiyle müvekkilin işletmecisi olduğu hastaneye başvuruda bulunmuştur. Hastanın şikayetleri dikkate alınarak idrar tahlili ve batin ultrasonografi tetkiki uygulanmıştır. Davacı tarafın iddia ettiği gibi, idrar tahliline ilişkin laboratuvar raporunda "olumsuz bulguya rastlanmadığı" yönünde bir ibare yer almamaktadır. Raporda, tahlil sonuçlarının normal değerler ile karşılaştırılacak şekilde belirtilmiştir. Davacı tarafın bu husustaki izahati gerçekle uyumlu değildir. Bu rapordaki dikkati çeken unsur idrarda lokosit görülmesidir. Davacıya uygulanan batin ultrasonografisi tetkikinde anormal bir patoloji saptanmamıştır. Mevcut tablo karşısında, iddia edildiği gibi hastaya ağrı kesici yönünde bir tedavinin uygulanmasıyla yetinilmemiştir. İdrarda lokositin bulunması ilk etapta enfeksiyonel bir tabloya işaret ettiğinden sonradan görülme üzere hastaya antibiyotik tedavisi önerilmiş, bu doğrultuda antibiyotik grubundan "cipro" isimli ilaç ağrı kesici ile birlikte reçetelendirilmiştir. Davacı tarafın iddia ettiği gibi, idrar tahlili sonucunun normal olarak nitelendirilmesi ve sadece ağrı kesici tatbik edilmesi gibi bir durum söz konusu değildir. Davacı hastanın şikayetlerinin, yorgunluk ağrısı olduğu yönünde bir nitelendirmede bulunulmamıştır. Davacı tarafın hastahanemizde bu doğrultuda teşhis konulduğu yönündeki iddiası gerçeği yansıtmamaktadır. Hastaya antibiyotik kullanımı neticesinde şikayetlerinin geçmemesi halinde, hastanemize başvurması hastayı muayene eden hekim tarafından önerilmiş iken hastanın sonradan bir başvurusu olmamıştır. Davacı hastanın mevcut şikayetleri doğrultusunda, idrar tahlili ve batin ultrasonografisi alınmasında bir isabetsizlik bulunmamaktadır. Batin ultrasonografisinde bir anormallik görülmemesi, idrarda lökosit tespit edilmesi doğrultusunda ilk etapta düşünülmesi gereken husus enfeksiyonel bir rahatsız olarak değerlendirilip, antibiyotik tedavisi uygulanmasında, tıbbi uygulamalar açısından bir sapma, hatalı değerlendirme mevcut değildir. Antibiyotik tedavisine cevap alınmaması, hastanın şikayetlerinin devam etmesi halinde, hastanın yeniden başvurusu kendisine iletiğinden, hastanemizce ileri tetkik yapılarak hastanın değerlendirileceğinde bir kuşku yoktur. Şikayetleri devam eden hastanın hastanemize başvurusu halinde daha detaylı tetkiklerle durumunun değerlendirilmesi yönünden bir engel bulunmamaktadır. Hastanın ve hastalığının değerlendirilmesinde, risk sıralaması yapılarak, hastanın maddi ve manevi

olarak yıpratılmadan, istismar edilmeden en yakın olasılıktan uzağa doru hastanın ve hastalıkların değerlendirilmesi esastır. Bu bakımdan bel ağrısı yakınması ile gelip, ultrasonunda herhangi bir patoloji saptanmayan, idrarında lökosit tespit edilen bir hastaya medikal tedavi yerine, ileri tetkikler ile maddi ve manevi külfet altına sokmak tıbbi deontoloji ile bağdaşır bir yaklaşım değildir. Risklerin aşamalı olarak bertaraf edilmesi, hastanın ve yakınlarının gereksiz manevi baskı ve külfet altına sokulmaması esastır. Kısaca hastanın şikayetleriyle örtüşen oranda bir yaklaşımla hasta değerlendirilerek, mevcut tabloyla uyumlu medikal tedavi öncelikle tercih edilmiştir. Hastanemizde gerçekleştirilen ultrasonografi tetkikinin değerlendirilmesinde eksik bir yön bulunmamaktadır. İleri sürülen böbrek kitlelerinin tespitinde ultrasonografik tetkiklerin isabet oranı daha ileri görüntüleme yöntemleri olan Bilgisayarlı Tomografi ve Emar yöntemlerine göre daha düşüktür.

Davacı tarafın, ikinci ultrason çekimi yapıldığı ve bunun neticesinde, davacının sol böbreğinde 3,5 cm çaplı bir kistin tespit edildiği yönündeki iddiası son derece dikkat çekicidir. Oysa bu birimde yapılan tetkik, "ultrason tetkiki olmayıp, rapordan da anlaşılacağı üzere daha ileri bir görüntüleme tekniği olan bilgisayarlı tomografidir. "Böylece, maksatlı bir şekilde hastanemizde ultrasonografi ile tespit edilemeyen bir arazın başka sağlık biriminde aynı yöntemle tespit edilebildiği yönünde bir izlenim yaratılmaya çalışılmıştır. Davacı hastanın hastanemize başvurduğu tarih ile bir başka hekime başvurması arasında geçen süre 6 gündür. Davacının başka bir hekime başvurduğu tarihten kesin teşhisinin konulduğu tarihe kadar geçen süre ise tarafımızdan gecikmeye sebep olduğu iddia edilen 6 günlük sürenin tam altı katı olan 36 günlük bir süreye tekabül etmektedir. Operasyonun yapıldığı tarih bundan iki ay sonradır. Bu durumda 6 günlük bir sürenin organ kaybına sebebiyet verdiğini iddia edebilmek akıl, mantık kurallarıyla ve tıbbi gereklerle bağdaşmamaktadır.

BELGELER

Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Epikriz raporu: Kontrollerde böbrekte kitle saptanmıştır. Meme Ca nedeniyle MKC yapılan ve sonrasında radyoterapi alan hasta kemoterapi tedavisi görmüş, (nolvadeks), kontrollerinde yapılan USG'de sol böbrek orta zonda posterolateral yerleşimli 31mm kitle lezyon gözlenmesi üzerine hasta radikal nefrektomi için yatırıldı. Radikal nefrektomi sol lumbotomi pozisyonunda acık ameliyat ile yapıldı. Patoloji raporunda " böbrek hücreli karsinom (kromofob tip)" olduğu belirtilmiştir.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli tıp kurumu: Hastanın şikayetleri doğrultusunda istenen tetkiklerin uygun olduğu, istenen batin USG'sinin öncelikli tetkiklerden olup, bu tetkikin BT ve MRG'ye göre tanınal değerinin daha kısıtlı olduğu, ayrıca hastanın kooperasyonu, batinın gazlı olması inceleme kalitesini düşürebileceği, ancak dosyada mevcut daha duyarlı bir tetkik olan renkli USG filim çıktısında sol böbrek orta zonda şüpheli hipoeoik lezyon görünümü mevcut olduğu, bununla birlikte yazılı ifadelere göre bu inceleme sonucundan ilk muayene yapan hekimin bilgilendirilmediği anlaşılmalı birlikte USG'de bu tanının konulmamasının eksiklik olduğu ancak 6 gün sonra yapılan BT-MRG ile solid lezyon tanısının konulup yapılan hazırlıklar sonrası ameliyata alındığı dikkate alındığında kitlenin atlanmasının hastalığın seyri ve hastanın ameliyata hazırlanmasında bir gecikmeye neden olmadığı oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Dr. Mehmet Gökhan ÇULHA, Doç. Dr. Emin ÖZBEK, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Aşırı bel ağrısı ile gelen hastanın ayırıcı tanısı nasıl olmalıdır? Dosyaya göre yapılan tetkikleri ve ilk ve son tanıyı değerlendiriniz?

Bel ağrıları çoğu zaman yaşamı tehdit eden bir sorun olmamasına karşın, gelişmiş ve özellikle endüstrileşmiş toplumlarda iş gücü kaybı yanında tanınal yaklaşımların ve tedavi prosedürlerinin maliyeti açısından da önemli bir sağlık problemidir. Bel ağrıları semptom sürelerine göre sınıflandırılacak olursa; 1 aydan kısa süren olgular akut, 1-3 ay subakut, 3 aydan fazla süren olgular kronik olarak adlandırılmak-

tadır. Üç-altı ay erken dönemi, 6-24 ay orta dönemi, 24 aydan uzun süren ağrılar geç dönemi oluşturmaktadır (Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. N Engl J Med 2001; 344:363-70.).

Kaynağına göre sınıflandırma:

Psikojenik ağrılar

Visseral ağrılar (böbrek, pelvik organlar, retroperitoneal organlar vb.)

Nörojenik bel ağrıları

Kas disfonksiyonuna bağlı ağrılar

Kemik ve eklem hastalıklarına bağlı ağrılar olarak ayrılmaktadır.

Visseral ağrılar aktivite ile ilişkili değildir. Böbrek ağrısı genellikle ipsilateral kostovertebral açıda 12. kosta altında ve sakroiliak kasın hemen lateralinde yer alır. Ağrı genellikle böbrek kapsülünün akut distansiyonu ile enflamasyon veya obstrüksiyona bağlı olarak gelişir. Ağrı lomber bölgeden anteriora doğru yayılarak üst abdomene ve göbeğe veya testise ya da labiuma yansıyabilir (Campbell – Walsh Urology 11th Edition).

Bel ağrısı ile başvuran hastanın detaylı öyküsü alınarak ağrının süresi, şiddeti, aktivite ile olan ilişkisi ve yayılımı sorgulanmalıdır. Fizik muayenede ise kostovertebral açı hassasiyeti değerlendirilmelidir. Bel ağrısına sebebiyet veren ürolojik patolojiler genellikle enfeksiyonlar ve üriner obstrüksiyonlardır. Obstrüksiyon veya primer organı aşır çevre sınırlara invazyon yapmadıkları sürece genitoüriner sistem tümörleri genellikle ağrıya sebep olmazlar (Campbell- Walsh Urology 11th Edition). Bu sebeple tümöre bağlı ağrı genellikle ileri evre belirtisidir.

Hastanın değerlendirilmesinde detaylı öykü alınmamış ve fizik muayene yapılmadan idrar tahlili ve görüntülemeye başvurulmuştur. Bel ağrısının lokalizasyonu, şiddeti, süresi ve aktivite ile ilişkisi değerlendirilmemiştir. Doktorların belirttiği raporda idrar tahlilinde lökosit bulunması üzerine antibiyotik tedavisi uygulanmıştır. Özellikle postmenapozal kadınlarda irritatif semptomlar (dizüri, sık idrara çıkma vb.) olmaksızın lökositüri görülmesi antibiyotik tedavisini gerektirmemektedir (R. Pickard, R. Bartoletti, G. Bonkat, EAU Guidelines, Urological Infection, 2015, <https://uroweb.org/guideline/urological-infections>). Bu hasta için bel ağrısının nedenini sadece enfeksiyona bağlamak yerine ağrının özellikleri sorgulanarak ileri bir görüntüleme tekniğine başvurulabilir ya da gerekli görüldüğü takdirde fizik tedavi hekimine konsülte edilmesi gerekirdi.

2- Hastanın şikayetleri ile tanının ilişkisi kurulamaz. Buna rağmen şikâyet konusu olmuştur. Bu konuda yorumlarınız nelerdir?

Birçok renal kitle hastalığının son evresine gelen kadar asemptomatik davranış içerisinde. Böbrek tümörlerinin %50'den fazlası noninvaziv görüntüleme teknikleri ile semptom vermeden önce rastlantısal olarak saptanabilmektedir (B. Ljungberg, K. Bensalah, A. Bex et al. EAU Guidelines, Renal Cell Carcinoma, 2016, <https://uroweb.org/guideline/renal-cell-carcinoma>). Böbrek tümörlerinin klasik triadı olan yan ağrısı, palpe edilebilir kitle ve hematüri vakaların sadece %6-10'unda bulunmaktadır ve hastalığın ileri seviyede olduğunu göstermektedir. Bu hastada görülen 3,5 cm'lik solid kitlenin böbrek kanserine bağlı ağrı oluşturma çok düşük bir ihtimaldir. Ağrının olası kaynakları arasında miyalji veya eklem ağrıları yer almaktadır.

3- Ultrasonografide böbrek kitlelerinin tanı duyarlılığı nedir? USG de kitle görülebilmesi tıbbi hata mıdır?

Ultrasonografi (US), Bilgisayarlı Tomografi (BT) ve Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) günümüzde renal kitlelerin değerlendirilmesinde kullanılan yöntemlerdir. US ile böbrek kitlelerinin tanı duyarlılığı BT ve MRG'ye göre daha düşüktür (Türk Üroloji Akademisi, Böbrek Tümörü Güncelleme, 2016). US tetkikinön önemli avantajları diğer tetkiklere kıyasla ucuz, kolay ulaşılabilir olması ve radyasyon içermemesidir. Yakın zamanda US'de kontrast madde kullanımının lezyonun tanınmasında ve kitlenin karakterinin belirlenmesinde fayda sağladığı belirtilmektedir. Ancak tetkikin değerlendirilmesinin hekim bazlı olması, hastanın kooperasyonu ve batının gazlı olması görüntülemenin kalitesini düşürmektedir. Bu nedenle özellikle 4 cm'den küçük böbrek kitleleri US tetkiki ile gözlemlenmeyebilir. Ancak uygulamayı yapan hekimin uygulama sırasında yaşadığı aksaklıkları raporunda belirtmesi (kooperasyon kurulumama, batında gaz olması vb.) gerekmektedir.

4- Böbrek kitlelerinin erken tanısı için neler yapılmalıdır? Tarama programları önerilmekte midir? Klasik ve kılavuz bilgileri nelerdir?

Böbrek tümörleri kür sağlanması için uygun tedavi yapılmasında erken tanı ihtiyacı duyulan cerrahi bir hastalıktır. Dolayısı ile böbrek tümörlerini erken evrede yakalamak için tarama yapılması önemlidir. Bununla birlikte böbrek tümörlerinin genel nüfusta göreceli olarak düşük görülme sıklığı tarama için en büyük engellerdendir. Klinik olarak önemsiz olan kitlelerin gereksiz tanı ve tedavisinin yapılması belirgin bir risktir ve taramanın dezavantajları arasındadır.

Günümüzde böbrek tümörü taraması son dönem böbrek hastalığı, böbreğin kazanılmış kistik hastalığı, tüberoskleroz ve ailevi böbrek hücreli kanser tanısı olan hastalar gibi iyi seçilmiş bir popülasyon üzerinde yapılmalıdır. Bu hastalarda hematüri için idrar tahlili değerlendirilmesi ve görüntüleme ile tarama yapılması hastalığın erken evrede yakalanması açısından önem arz etmektedir.

5- Böbrek kitlesinin boyutlarını dikkate alarak tedavi seçenekleri neler olabilir. Seçim nasıl yapılmalıdır?

Lokalize böbrek tümörlerinin başlıca tedavisi cerrahidir. Bunun yanı sıra termal ablasyon, kriyoablasyon ve aktif izlem gibi seçeneklerde mevcuttur. Cerrahi tedaviler arasında özellikle evre T1 tümörlerde tümörün lokalizasyonu da göz önüne alınarak nefron koruyucu cerrahi (parsiyel nefrektomi) yapılması hastaların uzun dönemde böbrek yetersizliğine yakalanma olasılığını azalttığından uygun vakalarda altın standart olarak tercih edilmektedir (AUA Guidelines, Renal Mass Guideline, 2015). Cerrahi tedaviler arasında açık yöntemin dışında laparoskopik ve robot yardımcı cerrahiler de yer almaktadır. Laparoskopik ve robotik cerrahilerin en büyük avantajı hastanede kalış süresi ve normal hayata geçiş sürelerinin açık operasyona göre daha kısa olması ve kozmetik olarak daha küçük bir insizyon ile işlemin yapılıyor olmasıdır.

6- Bilirkişi olarak olayı nasıl değerlendirirsiniz?

Bel ağrısı ile gelen hastada detaylı tıbbi öykünün alınmamış olması hekimin ayırıcı tanı konusunda zorlanmasına sebep olmuştur. Söz konusu ultrason görüntülerinin normal olarak yorumlanması, görüntülerde kistik kitlenin görülmesine rağmen raporda belirtilmemiş olması nedeni ile radyoloji hekimi tıbbi hata yapmıştır. Değerlendiren hekimin bu bilgiyi öğrenmemiş olması nedeni ile hastaya öncelikle semptomatik tedavi vermiş ve şikayetlerinin geçmediği takdirde kontrole çağırması hastanın takibi açısından önem arz etmektedir. Hastanın tanısının gecikmesinin tedavisinde herhangi bir değişikliğe neden olmayacağı belirgin bir şekilde ortaya konmuştur.

5.5.3 TAŞ HASTASINDA BÖBREK TÜMÖRÜ, TANI EKSİKLİĞİ

İDDİA

Hasta benim 30 yıllık eşim olur. Karın bölgesinden rahatsızlanınca özel hastaneye götürdük. Sol böbreğinde taş olduğunu öğrendik. Bu hastanede eşimi 3 defa ses dalgası ile taş kırma makinesine soktular ancak eşimin ağrıları bir türlü geçmediği gibi daha arttı ve eşim dayanamaz hale gelince aynı doktor bu sefer ameliyat gerektiğini söyleyerek eşimi kapalı ameliyat yaparak bizlere eşimden taş aldığını ancak bir taşın böbreğin içerisinde kaldığını söyledi. Fakat bizlere almış olduğunu söylediği taşları göstermedi bizde kendisine sormadık. Yine ameliyatta eşimin böbreğine tel taktıklarını da söylemişti. Ameliyattan bir gün sonra eşim taburcu olup eve geldik ancak bir hafta kadar sonra eşimin karnı şişti ve birden rahatsızlanınca eşimi Devlet hastanesine götürdük burada eşim 10-12 gün yattı. Burada yapılan tetkiklerde sol böbreğinde kitle olduğunu böbreğin iflas ettiğini ve alınması gerektiğini söylediler. Burada doktor hastanın böbreğinde kitle olduğunu görmemişler mi ki 3 kez taş kırmaya sokmuşlar demiş ve gecikmeden dolayı da böbreğin iflas ettiğini söylemiş. Bir müddet sonra eşimin sol böbreğini aldılar.

SAVUNMA

Üroloji Uzmanı (Özel Hastane): Hasta böbrek ağrısı şikayeti ile müracaat etmişti. Ben de film çek-tirdim. Böbrek kanal taşı olduğunu tespit ettim. Hatta böbreğin bu taşla bağlı olarak çalışmadığını ken-

disine beyan ettim. Endoskopi ile taşı böbreğe iterek böbreğin rahatlaması sağlandıktan sonra taş kırma operasyonu tedavisi yaptım. Üç kez ESWL denilen cihazla taşı kırmaya çalıştım. Ancak taş kırılmadı. Bu dönem zarfında böbreği güvenceye almak için ve taşın geri tıkamaması için kateter taktım. Ancak hastanın anladığım kadarıyla daha sonra böbrekle ilgili Devlet Hastanesine de müracaat etmiş. Şiddetli sancı ile o hastaneye gitmiş. Bunun üzerine yapılan ileri tetkiklerde böbreğinde ayrıca kötü huylu tümör şüphesi olduğu belirlenmiş ve ameliyat önerilmiş. Hasta benden önceki filmlerini istemesi nedeniyle bu tümörden haberim oldu. Devlet hastanesinde ameliyat yapılarak tümör nedeniyle sol böbreğinin alındığını öğrendim. Yani benim yaptığım tetkik ve tedavi ile Devlet hastanesindeki ameliyatın herhangi bir bağlantısı yoktur. Benim yaptığım tetkik ve tedavi böbrek taşına yöneliktir. Bu tetkik yönteminde böbrekteki tümörün tespit edilmesi zordur, ben tespit edemedim. Bunu ilaçlı filmlerden anlayamadım. Hatta kendi yaptığım ultrasonda tıkanıklık gördüm ancak tümör görmedim. Belki görülmeyecek bir bölgede olması veya hastanın şikayetinin böbrek taşına yönelik olgular içermesi nedeniyle ben bilgim ve tecrübem nedeniyle o ayrıntıya girmedim. Şikayet somut anlatımı ile böbrek taşı sancısı anlatımdı. Ben bu nedenle eksik veya yanlış tetkik veya tedavi yaptığımı düşünmüyorum. Ayrıca taş kırma operasyonunun gerçekleştirilmesi ani bir şekilde tümör oluşumuna sebep vermez, eğer ilk tetkikte tümörü görseydim bu süreç en fazla 45 gün önce farkedilmiş olacaktı fakat bu sonuç tedaviyi yani böbreğin ameliyatla alınması sonucunu değiştirecek bir hal değildir. 45 günlük bir sürede tümörün ne aşamaya geleceğini tıbbi olarak kestirebilmek yüzde yüz olanaklı değildir. 10 yılda farkedilmeyen ve büyümeyen tümörle olabileceği gibi çok kısa zaman dilimi içerisinde vücudu saran tümör oluşumları da vücutta olabilir. Benim tedavimden sonra veya tetkikten sonraki zaman diliminde tümörün tahmini 45 günlük süre içerisinde oluşması ve böbreği alınabilecek hale getirmiş bulunması bana göre tıbben olanaklı değildir. Çok zayıf ihtimaldir. Tıp bilimi risk içerir, bu nedenle her hastalığı anında belirleyebilmek mümkün olmayabilir.

Üroloji Uzmanı (Devlet Hastanesi): Hastaya yapılan muayene ve tetkikler sonucunda sol böbreğinde kitle tanısı konuldu. Buna istinaden sol böbrek ameliyatla alındı. Ben gerek hastaya gerekse de hasta yakınlarına daha önceden uygulanan tedavinin yanlış olduğunu ve bu tedaviler yüzünden hastanın böbreğini kaybettiği şeklinde bir beyanda bulunmadım.

BELGELER

Intravenöz Pyelogram (Özel Hastane): Sol böbrekte nefrogram fazı izlenmemiştir. Sol üreter proksimal ve distal kesimde uyan bölgelerde radyopak taşlar izlenmiştir. Sağ böbrek nefrogram fazı, pelvikalisyel sistem ve sağ üreter doğal görünümündedir.

Özel Hastane epikrizi: Sol kolik şikayeti mevcut, sol üreter taşları tespit edildi. Hastaya operasyon önerildi. USG: sol G-2 ektazi, IVP: sol proksimal üreterde 11mm alt üreterde 8 mm iki taş, sol böbrekte fonksiyon izlenmedi, üreter taşı tanısı konuldu. Ameliyatta SAA da litotomi pozisyonunda rijit üreteroskop ile üreter dilatasyon yapılarak girildi. 6. cm de 9 mm de taş kırıldı, proksimal üreterdeki taş kısmen kırılabilirdi, taşın pelvise kaçtı, DJ katater konulup sonda takıldı.

Bilgisayarlı Tomografi (Devlet Hastanesi): Sol böbrek 13 cm vertikal uzunlukta olup orta üst kesimde parankim kalınlığı ve kontrastlanması doğal, sol böbrek alt polde 9x7x6 cm ebatlarında heterojen kontrastlanan nekroz alanları içeren kitle lezyonu izlendi, sol böbrek toplayıcı sistemi grade II ektazik izlendi, kitle ile üreter proksimal kesimi arasındaki sınır seçilememekte.

Devlet Hastanesi'nin hasta çıkış dosyası: Uzun süredir sol yan ağrısı şikayeti mevcut. Muayenede sol CVAH+, biyokimya ve hemogram normal, batın usg: sol renal cell ca, sol radikal nefrektomi yapıldı.

Patoloji Raporu (Devlet Hastanesi): Sol nefrektomi, renal hücreli karsinom, histoloji berrak hücreli karsinom, nükleer grade I, perirenal yağlı dokuya invazyon mevcuttur.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Ön incelemeci: Hastada aynı zamanda böbrek kanalında taşlar ve böbrekte tümör olduğu anlaşılmaktadır. Taşlar için yapılan tetkiklerde (IVP ve USG) tümör görülmediği rapor edilmiş taşlar tespit edilmiştir. IVP de böbrek tümörünün görülmemesi olasıdır. Hastaya taş tedavisi tıp bilimine uygundur. Dikkat ve özen eksikliği söz konusu değildir.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Sinan Kireççi, Şişli Hamidiye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Hasta sol lomber ağrı semptomu ile müracaat etmiştir. Bu semptomu yönelik ayırıcı tanı çalışmalarını klasik ve klavuz bilgilerine göre değerlendiriniz?

Akut renal kolik acil servislerde en sık karşılaşılan, en ağrılı ürolojik acillerden biridir. Yan ağrısının ayırıcı tanısında böbrek ve üreter taş hastalığı ilk sırada yer alırken, aynı semptom ve bulguları sergileyen pek çok hastalık vardır. Piyelonefrit, üreteropelvik bileşke darlığı gibi üriner sistem hastalıkları ve üretere dıştan baskı yapan intestinal, jinekolojik, retroperitoneal ve vasküler patolojiler de aynı tabloyu sergileyebilir. Ancak taşa bağlı akut obstruksiyon sonucu oluşan kolik ağrı tipiktir, devamlıdır, pozisyonla değişmez, ağrı şiddeti artıp azalmaz. Diğer nedenlere bağlı ağrılar böbrek kapsülünün gerilmesi sonucunda oluşur ve bu hastalarda tablo, renal kolik kadar gürültülü değildir. Kayıtlarda hastaya başlangıçta yapılan Ultrasonografide grade 2 ektazi görülmüş ardından IVP ile yapılan görüntüleme sol proximal üreterde 11 ve distal üreterde 8 mm taş tespit edilmiş ve üreterorenoskopik müdahale gerçekleştirilmiştir. Buraya kadar yapılan işlemlerde klasik bilgi ve Ürolojik guide bilgisine aykırı bir durum gözükmemektedir. Her ne kadar 2016 EAU guide'ında taş düşünülen hastalarda ilk ultrasonografik görüntülemeyi takiben yapılacak kontrastlı CT görüntülemenin artık IVP'nin yerini aldığı belirtildiyse de kontrastlı CT'nin fonksiyonel durumu göstermemesi ve radyasyon gibi dezavantajlarına dem vurulmuş ve taşa yönelik müdahale düşünülen hastalarda da kontrastlı görüntüleme yapılmasının öneminden bahsedilmiştir. (EAU Guidelines on urolithiasis. European Association of Urology 2016. <https://uroweb.org/guidelines/>)

Hekimin ilk ultrasonografik muayenede ektazi tespit etmesi ve IVP'de direkt olarak taş saptaması ağrı nedeni olarak taş düşünmesine ve ileri ayırıcı tanı araştırmasına gerek duymamasına neden olmuştur.

2- Özel hastanede çalışan üroloji uzmanının savunmasında "Benim yaptığım tetkik ve tedavi böbrek taşına yöneliktir. Bu tetkik yönteminde böbrekteki tümörün tespit edilmesi zordur, ben tespit edemedim. Bunu ilaç filmlerden anlayamadım. Hatta kendi yaptığım ultrasonda tıkanıklık gördüm ancak tümör görmedim" demektedir. Hastada 9 cm lik tümör atlandığı da ortadadır. Ürolog kendisinin ultrason yaptığını belirtiyor.

a- Üroloji uzmanının ultrasonografi yapma yetkisi mevcut mudur? Üroloji uzmanı ultrasonografi yapıyorsa hangi durumlarda hastasını radyoloji uzmanına göndermelidir?

1219 sayılı Tababet ve Şu'abatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'a göre tıp fakültesi mezunu hekimler genel olarak hastalıkları tedavi hakkına sahip olmakla birlikte, bir uzmanlık dalına ait tıbbi işlemleri yapabilmek için, o tıp dalında uzman olmak ve tıpta uzmanlık diplomasına sahip olmaları gerekmektedir. Radyologların ultrasonografi cihazı bakımından yetkileri açık olmakla birlikte kimi uzmanlık alanları tarafından da ultrasonografik görüntüleme yönteminin kullanıldığı görülmektedir. Ancak radyolog dışı hekimlerin tıbbi görüntüleme cihazlarını kullanabilmelerinin hukuk düzenimizce belirlenmiş sınırları bulunmaktadır. Örneğin pratisyen hekimlerin tetkik amaçlı ultrasonografi cihazı kullanıp inceleme sonucuna yönelik rapor düzenleyebileceğine ilişkin Sağlık Bakanlığı yazısının iptali istemiyle açılan davada Mahkemece; "Üniversitelerin Tıp Fakültelerinden mezun olan hekimlerin genel olarak hastalıkları tedavi hakkına sahip olmakla birlikte, bir uzmanlık dalına ait tıbbi işlemleri yapabilmek için o tıp dalında uzman olmak ve tıpta uzmanlık diplomasına sahip olmak gerektiği, bu kapsamda Radyoloji Uzmanlık dalı içerisinde yer alan tıbbi işlemleri yapma yetkisinin yalnız uzmanlık eğitimi alan ve uzmanlık belgesine sahip olan Radyoloji Uzman hekimlerin yetkisinde olduğu, buna göre tıbbi görüntüleme cihazlarının tanıya yönelik kullanımının ve rapor düzenleme yetkisinin sadece Radyoloji Uzmanı hekime ait olduğu, Radyoloji Uzmanı olmayan hekimlerce sadece kendi hastaları için ve sadece teşhis için bu cihazları kullanabileceği açık olduğundan davalı idarece tesis edilen işlemlerde" hukuka uyarlılık bulunmadığına hükmedilmiş ve işlemin iptaline karar verilmiştir. (Ankara 10. İdare Mahkemesi'nin 15.10.2008 gün ve 2007/1150 E., 2008/2033 K. sayılı kararı. İdarenin temyiz istemi Danıştay 10. Dairesi'nin 10.07.2009 gün ve 2009/2257 E., 2009/7542 K. sayılı kararı ile reddedilmiş ve Mahkeme kararı onanmıştır.) Karara bakıldığında radyoloji uzmanı olmayan diğer uzmanlık dallarındaki hekimlerce ultrasonografi kullanımının üç koşulla sınırlandırıldığı görülebilir. Birincisi cihaz kullanımının uzmanlık alanıyla ilgili muayeneye yardımcı olmak amacıyla ya-

pılması; ikincisi cihazın hekimin kendi hastalarında kullanılması; üçüncüsü ise cihazın sadece teşhis için kullanılmasıdır. Bunların dışındaki tüm nedenlerde ve tanıda şüphe halinde hastanın radyoloji uzmanına gönderilmesi zorunludur.

Bu konuda Dünyada Özellikle ABD de 2009 yılı temmuz ayından itibaren konu Board sertifikasyon kapsamına alınmış ve Üroloji Uzmanına tam yetki verilmiş olup Üroloji asistan eğitiminde bir üroloji uzmanı nezaretinde yıllık 50 diagnostik ultrason tetkikinün üroloji uzmanı yetiştirilmesinde ve ilerde ultrason kimin değerlendirip yorumlayacağı yönünde net olarak üroloji uzmanı yetkilendirilmiştir. (Training Guidelines for Physicians Who Evaluate and Interpret Urologic Ultrasound Examinations Approved October 31, 2015. www.aium.org)

b- 9 cm böbrek tümörünün ultrasonografide görülmemesi olası mıdır?

Üroloji Uzmanının kendi yaptığı ultrasonografide böbrekte ektazi, kalkül, parankim ekojenitesindeki değişiklikleri ve kistik ve tümöral yapıları saptaması beklenir, ancak tümöral kitlelerin saptanmasında ultrasonografik değerlendirmenin radyoloji uzmanları tarafından yapıldığı çalışmalarda dahi tümör saptama oranının %82 olduğu belirtilmiştir. Perirenal yağlı planların kalınlığı ve retroperitoneal alanı değerlendirmede sınırlılıklar, gaz distansiyonu ve obezite tümöral lezyonların değerlendirilmesindeki başlıca sınırlılıklardır. (Urologie A. 2000 Mar;39(2):149-53. Value of ultrasound in early diagnosis of renal cell carcinoma. Siemer S, Uder M, Humke U, Lindenmeier T, Moll V, Rüdener E, Maurer J, Ziegler M.)

c- Hekim taş nedeniyle müdahalede bulunulacaksa klavuzlarda hangi görüntülemeler önerilmektedir.

2016 EAU guide ında taş düşünülen hastalarda ilk olarak yapılacak olan ultrasonografik görüntülemeyi takiben kontrastız CT görüntüleme yapılması önerilmektedir. Kontrastız CT görüntülemenin taş düşünülen hastalarda artık IVP nin yerini aldığı belirtilse de kontrastız CT ninde fonksiyonel durumu göstermemesi ve radyasyon gibi dezavantajlarına değinilmiş ve taşa yönelik müdahale düşünülen hastalarda kontrastlı görüntüleme yapılması A öneri derecesi ile belirtilmiştir. (EAU Guidelines on urolithiasis. European Association of Urology 2016. <https://uroweb.org/guidelines/>)

3- Yapılan ameliyat, geçen süre dikkate alındığında tanı gecikmesinin hastaya verdiği zararları değerlendirir misiniz?

Bu konuda net bir cevap vermek zor olmakla birlikte yapılmış olan çalışmalarda T1a renal kanserler hariç diğer böbrek tümörlerinde bu sürenin 1 aydan uzun olmasının hastaların klinik sonuçları üzerine negatif etkileri olacağı belirtilmiştir. (World J Urol. 2014 Apr;32(2):475-9. Impact of the length of time between diagnosis and surgical removal of urologic neoplasms on survival. Bourgade V(1), Drouin SJ, Yates DR, Parra J, Bitker MO, Cussenot O, Rouprêt M.)

Bununla birlikte bir başka yayında Kanada gibi gelişmiş bir ülkede dahi tanı ve operasyona kadar geçen sürenin T1 tümörlerde 90 gün, T2 tümörlerde 40 günü bulduğu ve bekleme süresinin evre atlama ve progresyon açısından istatistiksel anlamlı bir fark yaratmadığı yönünde fikir belirtilmiştir. (Can Urol Assoc J. 2011 Dec;5(6):E148-51. How long can patients with renal cell carcinoma wait for surgery without compromising pathological outcomes? Martínez CH(1), Martin P, Chalasani V, Williams AK, Luke PP, Izawa JJ, Chin JL, Stitt L, Pautler SE.)

4- Bu olayda bilirkişi olarak nasıl rapor yazardınız?

Hastada Eş zamanlı olarak proksimal ve distal üreter taşları ve böbrek tümörü olgusu olduğu anlaşılmaktadır. Hastada kolik tarzda yan ağrısına neden olanın üreter taşları olduğu ve buna yönelik teşhis ve ayırıcı tanı girişimleri yapıldığı anlaşılmaktadır. Yapılmış olan Ultrasonografi ve IVP görüntülemelerinde tümörün görülmemesi olasıdır. Hastaya yapılan taş tedavisi tıp bilimine uygundur. Tanı ile tedavi arasındaki 45 günlük süre dünya standartlarında kabul edilebilir bir süredir. Dikkat ve özen eksikliği söz konusu değildir.

5.5.4 NONFONKSİYONE BÖBREKTE NEFREKTOMİ PİYESİNDE BÖBREK TÜRÖRÜ

İDDİA

Kardeşim böbrek rahatsızlığından dolayı Devlet Hastanesinde ameliyat oldu. Ameliyattan bir gün sonra birden nefes darlığı çekmeye başladı, 2-3 gün sonra konuşamaz olduğu, durumu doktora bildirdik bir şeyi olmadığı söyledi, bir hafta sonra taburcu oldu. Kardeşim bir daha yataktan kalkamadı, eve tekerlekli sandalye ile getirdi, evde bir gece yattı, ayakları şişince başka bir tanıdık doktor gelip muayene etti, durumunun kötü olduğunu, ayağının gangren olduğunu söylediği. Tekrar hastaneye götürdük başka bir doktor ciğerine birikmiş kanı hortumla çekti, bir gece hastanede yattıktan sonra üniversite Hastanesine sevk edildi. Burada öldü.

SAVUNMA

Üroloji Uzmanı: Ölen hastam sol taşlı hidronefroz sol afonksiyone böbrek tanısı ile sol nefrektomi için hastaneye yatırıldığı, ameliyat öncesi tetkikleri normaldi, sol böbrek alındı, ameliyata herhangi bir cerrahi problem olmadı, hasta ameliyat sonrası anestezi tarafından uyandırıldı, yatağına alındığı ve bakım yapıldı, ameliyat sonrası günlük genel durum ve vital bulgular takibi normal seyretti, günlük kontrollerimiz yapıldı, ameliyat sonrası 6. gün hasta cerrahi şifa ile taburcu edildi. Kendisi de taburcu olmak istediğini, sıhhatli olduğunu beyan etti, hastaneden çıktıktan bir gün sonra nefes darlığı şikayeti ile telefonda aradılar, acile gitmesini söyledim, göğüs cerrahi uzmanı akciğer embolisi ön tanısı ile servise yatırmış, gerekli müdahalesinden sonra Tıp Fakültesine sevk etmiş, ölüm işlemi de orda gerçekleşmişti.

Göğüs cerrahi uzmanı: Bir gün önce hastanın sağ ayak parmaklarında ve baldırında ağrı, morarma ve soğukluk hissi olduğunu ifade etti, 10 gün önce de ameliyat olduğunu söyledi. Atardamar ve toplardamar tıkanıklığı olduğunu düşünerek tedaviye başladım, nefes darlığı nedeniyle çektiğim filmde sağda sıvı tespit ettim, bu sıvıyı boşalttım, rahatlaması gerekirken rahatlamayınca Üniversite'ye sevk ettim.

BELGELER

Tüm abdominal BT: Sol nefrolitiazis, sol hidronefroz, sol overde 3 cm.lik kistik lezyon mevcuttur.

Böbrek sintigrafisi: Sol böbreğin total renal fonksiyona olan katkısı %15,3, sağ böbreğin ise %84,7 olarak ölçüldü, ilk 15 dakika içerisinde sağ böbrek toplayıcı sistemindeki radyonüklid maddeden tamamen temizlenmiş, bu dakikaya kadar sol böbrek toplayıcı sisteminde atılmayan radyonüklid madde birikimi izlenmesi üzerine hastaya 20 mg İV Furosemid enjeksiyonu yapıldığı, diüretik enjeksiyona sol böbrek çok zayıf bir yanıt vermiş olup 30 dakikalık çalışmanın sonunda toplayıcı sisteminde atılmayan rezidü madde varlığı dikkati çekmiştir. Perfüzyonu, fonksiyonu boşaltımı normal, sağ böbrek perfüzyonu ve fonksiyonu belirgin derecede azalmış, boşaltımında ise toplayıcı sistem önünde "inkomplet obstrüksiyon" saptanan hidronefrotik sol böbrek görüldü.

Devlet Hastanesi Üroloji Kliniği evrakı: Sol hidronefroz nedeniyle yatırıldı, sol taş, hidronefroz+sol afonksiyone böbrek tanısıyla sol nefrektomi ameliyatına alındı. Postop genel bulguları stabil, hasta mobilize edildi, akciğerlerde patolojik bulgu yok, batin serbest, postop birinci durumu iyi, vital bulguları stabil, gaz çıktığı, gaita (-) olduğu, muayenede problem olmadığı, postop ikinci gün genel durumu iyi, bulguları stabil olduğu, postop üçüncü gün genel durumu iyi, vital bulguları stabil olduğu, harekette ağrı tarif ettiği, postop dördüncü ve beşinci günü vital bulguları stabil olduğu, postop altıncı günü şifa ile taburcu edildi.

Devlet Hastanesinin Göğüs Cerrahi Kliniği evrakı: On gün önce renal taş nedeniyle sol nefrektomi olmuş, bir gün önce sağ ayakta aniden şiddetli ağrı, solukluk olmuş, sonradan morarmış, sağ krural derin ven trombozu + distal iskemi düşünüldü, tedavi olarak 500 Rheomahrodex içine 3 ampul Trental 10 saatlik, Clexan 0,4 mi 2x2, Cefamezin 2x1, Ulcuran 2x2, Dikloron amp. 2x2, 1500 cc Isolayt M/gün başlandı. Takibinde nefes darlığı için çekilen PA akciğer grafisinde sağda masif sıvı saptandı. Pulmoner emboli?. Ponsiyon hemorajik, dren 2000 cc, ertesi gün drenaj 1500 cc. Parmakları ilk dördünde nekroz başlangıcı (mor, his kaybı, büllöz lezyon) oldu, periferik damar oklüzyonu + pulmoner emboli tanıları ile Tıp fakültesi Hastanesine sevk edildi.

Tıp Fakültesi evrakı: Acil notunda her iki bacak ödemli, her iki ayakta dorsalis pedis nabazanları (-), yapılan muayenesinde; her iki alt ekstremitede parmak uçlarında iskemik renk değişikliği, siyanoz görünümü ile değerlendirildi, toraks CT'de sağda plevral effüzyon, akciğer kollapsı mevcut. Plörokenden hemorajik 500cc kadar drenaj tespit edildi, ön tanı olarak geçirilmiş cerrahi prosedüre bağlı bilateral iliofemoral venöz trombozis? buna sekonder arterial iskemi bulguları, pulmoner emboli, plevral effüzyon düşünüldü, plevral effüzyon açısında drenajının göğüs cerrahisi tarafından takip edileceği, bunun dışında acil göğüs cerrahisi patolojisi düşünülmeydi, göğüs hastalıkları konsültasyonunda; dil, dudak hafif siyanoze, dinlemekle sağ akciğer alt zonda solunum sesleri azalmış, bilateral alt zanda inspiratuar raller duyuluyor. Batın bombe görünümde, sağ bacak ödemli, ayak parmakları siyanoze, sağ bacakta hemorajik bül olduğu, grafide, sağ akciğer totalinde homojene yakın dansite artışı mevcut. Toraks BT'de sağ akciğerde plevral mayi, infiltratif görünüm, tabana plevraya oturan dansite artışı (infarkt?). Hastada ön planda klinik olarak yüksek olasılık plevral tromboemboli düşünülmele birlikte masif plevral effüzyonun olması, WBC yüksek olması, üre, kreatinin yüksek olması dolayısıyla ilave patolojiler açısından ve pulmoner tromboembolizmin doğrulanması açısından akciğer perfüzyonu sintigrafisi, alt ekstremitte venöz doppler, kardiyoloji konsültasyonu CBC tekrarı, plevral mayi, biyokimyası Clexane 0,6 mi, 2x1'e çıkılması, PT, PTT, INR bakılması, 3-41t/dk O2 verilmesi, kan kültürü alınması önerildi.

Kalp damar cerrahi konsültasyonunda; genel durumu iyi, şuur açık, koopere, kalp sesleri S1-S2 ritmik, üfürüm yok, ek sesi yok akciğer bazalde ralleri mevcut olduğu sağda ve solda hastanın muayenesinde dijital emboli olması nedeniyle Kalp Damar Cerrahi olarak müdahale düşünülmeydi, hastanın gangrene olmuş, ekstremitesi için ortopedi tarafından amputasyon yönünden değerlendirilmesinin uygundur.

Ortopedi konsültasyonunda; genel durumu düzeldiğinde ve demarkasyon hattı oturduğunda opere edilebileceğinin belirtildi.

Enfeksiyon hastalıkları konsültasyonunda; karaciğer lojunda 10-14 cm çapında kitle gibi sert, hassas olmayan kitle mevcut, olduğu, Meronem flk 3x1. ÜDP 4x1, (PT, PTT takibi ile) Abdominal USG, toraks CT önerildiği,

Hipotansif olan hasta (50/40) Dopaminize edildi. Hasta entübe edildi. Daha sonra eks oldu.

Patoloji Raporu: Nefrektomi materyalinde malign epitelyal tümör, RCC.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Kişinin ölümünün nefrektomi ameliyatı ardından gelişen komplikasyonlar (derin ven trombozu, pulmoner tromboemboli, plevral effüzyon ve sepsis) sonucu meydana gelmiş olduğu, ameliyat sonrası patolojisinde renal karsinom (böbrek kanseri) tanısı olduğu, renal karsinomlarda tromboz ve tromboembolinin sık görüldüğü, kişide ameliyat sonrası gelişen periferik tromboz ve pulmoner tromboemboliye yönelik tedavinin yapıldığı, Üroloji Uzmanı tarafından yapılan operasyonun tıp kurallarına uygun olduğu oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Atilla Semerciöz, Bağıcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Non fonksiyone böbreklerde nefrektomi kararından önce hangi incelemeler yapılmalıdır?

Üst üriner sistem obstrüksiyonlarında ultrasonografi (US), ekskretuar ürografi (İVP), nükleer renografi (DTPA, DMSA, MAG), bilgisayarlı tomografi (BT), MR görüntüleme gibi tetkikler başvuru görüntüleme yöntemleridir.

US; anatomik yapıyı gösterdiği gibi doppler inceleme ile fonksiyonel inceleme de yapılabilir. İonize radyasyon bulunmadığı için her hastada güvenle kullanılabilir. Parankim kalınlığı ve hidronefroz hakkında yeterli bilgi verir. Obstrüksiyonun akut döneminde %35 yanlış bilgi verebilir.

Ekskretuar Ürografi; kreatinini normal ve kontrast alerjisi olmayanlarda üst üriner sistem tetkiklerinde altın standart kabul edilir, hem anatomik hem de fonksiyonel bilgi verir. Geç görüntülerde obstrüksiyonun lokalizasyonu ve sebebi ortaya konabilir, kronik obstrüksiyonda parankimal inceleme, kaliklerde düzleşme ve üreterde tortiosite görülebilir.

Nükleer Renografi; üriner obstrüksiyonlarda ileri tetkik için başvuru ve altın standart kabul edilen noninvaziv bir yöntemdir. Radyofarmasotik ajanlar intravenöz olarak verilir, bunların tutulumu ve atılımı sintigrafik olarak hesaplanır. Obstrüksiyon ya görsel verilere dayanarak yada radyofarmasotiğin yarılanma süresi hesabına göre oluşan eğriden hesaplanır. 10 dakikadan az yarılanma süresi normal, 10-20 dakika arası şüpheli, 20 dakikadan fazla yarılanma süresi obstrüksiyonu işaret eder. Hastalar hidrate edilmeli, mesaneye kateter konulmalıdır. Diüretikli renogramda diüretiğe verilen cevap, bazal kreatinin klirensini belirler ve bazal böbrek fonksiyonunun etkilenmiş olabileceğini işaret eder.

BT ve MR görüntüleme kesitsel görüntü sağlayarak retroperitoneal ve abdominal bölgeyi daha ayrıntılı gösterir. Kontrastsız BT, üriner sistem taşlarını gösteren, renal kolikli hastalarda en çok başvuru tetkiktir. Obstrüksiyona sekonder gelişen üreterde genişleme, böbrekte büyüme, parankim dansitesinde azalma, perinefrik kirlenme veya çizgilenme, akut obstrüksiyon tanısında önemlidir. Kontrastlı BT, kreatinini normal olan kronik üriner obstrüksiyonlu hastaların değerlendirilmesinde önerilmektedir.

MR görüntüleme teknikleri, üriner sistem obstrüksiyonunu değerlendirmeyi kolaylaştırır. MR statik görüntüleme (MR ürografi), dinamik görüntüleme (dy-MRI) ve MR anjiyografi gibi farklı teknikler kullanılabilir. (Singh I. et al. Pathophysiology of Urinary Tract Obstruction In: Campbell Walsh Urology 10th Edition. 2012, Philadelphia.)

2-Emboli ve tromboz belirtileri, riskleri ve tedavisi nasıldır.

Venöz Trombo Emboli (VTE) yıllık olarak genel popülasyonda her 1000 kişiden 1-2'sinde ve genellikle Derin Ven Trombozu (DVT) formunda görülmektedir. DVT insidansı 40 yaş altında 10000'de 1 iken, 60 yaş üzerinde 100'de 1'e kadar yükselmektedir.

İleri yaş, cerrahi girişim, oral kontraseptif kullanımı, obezite, malignite, immobilizasyon, travma, inme, seyahat, major cerrahi (abdomen, pelvis, alt ekstremit), variköz venler, geçirilmiş VTE, kardiyak disfonksiyon, kalıcı santral venöz kateter, inflamatuvar barsak hastalıkları, nefrotik sendrom ve gebelik VTE riskini artırabilir. Profilaktik tedavi uygulanmayan majör ürolojik girişimlerde DVT prevalansı % 15 - 40 arasındadır. Risk hastaneyle sınırlı olmayıp, hasta taburcu edildikten sonra da devam etmektedir. Cerrahi hastalarında yapılan operasyonun tipi ve süresi, anestezi yöntemi, immobilizasyon, dehidratasyon, enfeksiyon varlığı DVT gelişiminde etkili risk faktörleridir.

Derin ven trombozunun doğal gidişi trombozun lokalizasyonuna bağlıdır. Proksimal yayılım, semptomatik distal DVT'si olan hastalarda daha sık görülmektedir. Masif tromboz oluşumu dolaşım bozukluğuna ve venöz gangrene yol açabilir. (Güven Platformu. Ulusal Venöz Tromboembolizm Profilaksi ve Tedavi Kılavuzu. 2010, Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed. American College of Chest Physician Evidence-based Clinical Practical Guidelines. Chest. 2012; 41:7-47., Konstantinides SV, et al. ESC Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism: The Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by the European Respiratory Society. Eur Heart J. 2014;35:3033-69.)

DVT hem sık görülmesi hemde sonuçlarının potansiyel olarak ölümcül seyretmesi nedeniyle tanı konulur konulmaz tedaviye başlanması gereken bir hastalıktır. DVT tanısı konduktan sonra doğal gidişine bırakılırsa Pulmoner Emboli (PE) ve uzun dönemde morbiditesi son derece yüksek olan Post-Tromboflebitik Sendrom (PTS) ve pulmoner hipertansiyon ortaya çıkabilir. VTE nin yaşamı tehdit eden en önemli riski PE'dir. Pulmoner embolizm olgularında dispne, takipne, taşikardi ve göğüs ağrısı gibi sık görülen semptom ve fizik muayene bulgularının yalnızca bu hastalığa özgü olmadığı bilinmelidir. Hastane ölümlerinin yaklaşık %10'u PE'ye bağlıdır. Günümüzde cerrahi girişimlerden sonra; erken mobilizasyon, gelişmiş postoperatif bakım, tromboprofilaksi uygulanması ile DVT komplikasyonlarının gelişim riski azaltılabilir. (Wells P, Forgie MA, Rodger MA. Treatment of venous thromboembolism JAMA. 2014;311:717-28.)

Tedavide akut atağın tedavi edilerek pıhtının yayılmasının ve akciğer embolizasyonunun önlenmesi ile birlikte uzun dönemde yeni atakların önlenmesi amaçlanır. Klinik olarak şüphe kuvvetli ancak tanı testlerinin sonucu gecikecekse, testler beklenmeden de tedaviye başlanılabilir. (Kurtoglu MH, Sivriköz E. Derin ven trombozu: tanı, tedavi, profilaksi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2008;5:34-42., Kearon C, Akl EA. Duration of anticoagulant therapy for deep vein thrombosis and pulmonary embolism. Blood. 2014;123:1794-801.)

DVT tedavisinde klasik uygulama, parenteral unfraksiyone heparin (UFH), düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) ve varfarin tedavisinin tanı anında birlikte başlanması ve parenteral tedavinin 5-7. günden sonra kesilmesi şeklindedir. Bu dönemde 24 saat ara ile 2 defa ölçülen INR değerinin 2 nin üzerinde olduğu zaman parenteral tedavinin kesilmesi önerilir. Parenteral tedavi sonrası özellikle nökslerin önlenmesi için oral antikoagülanlarla tedaviye en az 3 ay daha devam etmek gereklidir. (Wells P, Forgie MA, Rodger MA. Treatment of venous thromboembolism JAMA. 2014;311:717-28.)

Son 10 yılda hızlı etki eden ve güvenli, yiyeceklerle veya diğer ilaçlarla etkileşmeyen, az yan etkili oral antikoagülan ilaçlar geliştirilmiştir. Bu ilaçlar ya Faktör Xa'yı (rivoraksaban, apiksaban, edoksaban) ya da trombinin inhibe ederek (dabigatran) etkilerini gösterirler. FDA ilk olarak 2012 yılında rivoraksabana, 2014 yılında da sırasıyla dabigatran ve apiksabana akut VTE tedavisinde kullanım onayı vermiştir. Bu ilaçların en önemli dezavantajı, antikoagülan etkilerini gerektiğinde nötralize edecek antidotlarının olmamasıdır. Bu ilaçların kanama riski yüksek hastalarda, ağır böbrek yetmezliğinde (dabigatran ve rivaroxaban için) ve gebelerde kullanımları kontrendikedir. Ülkemizde, rivaroxaban, dabigatran ve apixaban'ın ortopedik cerrahi sonrası VTE'nin önlenmesinde kullanım endikasyonu vardır. Sadece rivaroxaban'ın DVT tedavisinde kullanımı onaylanmıştır. (Büyükaşık Y. Yeni oral antikoagülan ilaçlar. 35. Ulusal Hematoloji Kongresi. Antalya. 2009;84-7., Makaryus JN, Halperin JL, Lau JF. Oral anticoagulants in the management of venous thromboembolism. Nat Rev Cardiol. 2013;10:397-409., Thachil J. The newer direct oral anticoagulants: a practical guide. Clin Med. 2014;14:165-75.)

Ayrıca bir çeşit venöz medikal trombektomi olan kateter yolu trombolitik tedavi; iliofemoral DVT'ü bulunan, 14 günden kısa bir süredir semptomu olan, fonksiyonel durumu iyi ve yaşam beklentisi en az 1 yıl olan ve kanama riski düşük, iyi seçilmiş hasta grubunda kullanılması önerilmektedir. Tromboze bölgeye bir kateter konularak trombolitik ajanlar ile trombüsün parçalanması amaçlanır. (Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed. American College of Chest Physician Evidence-based Clinical Practical Guidelines. Chest. 2012; 41:7-47., Enden T, Haig Y, Kløw NE, Slagsvold CE, Sandvik L, Ghannima W et al. CaVenT Study Group. Long-term outcome after additional catheter-directed thrombolysis versus standard treatment for acute iliofemoral deep vein thrombosis (the CaVenT study): a randomised controlled trial. Lancet. 2012;379:31-8.)

Vena kava süzgeçleri de emboli parçalarını mekanik olarak tutup, akciğere ulaşarak PE'ye neden olmasını engellemek için kullanılan metal araçlardır ve emboli tedavisinde sınırlı fakat etkili bir tedavi yoludur. (Stein PD, Matta F, Keyes DC, Willyerd GL. Impact of vena cava filters on in-hospital case fatality rate from pulmonary embolism. Am J Med. 2012;125:478-84.)

3- Bu olayda bilirkışı olarak nasıl değerlendirme yaptınız?

BT ile tanısı konulamamış böbrekte tümörü de bulunan sol hidronefrozu hastaya sintigrafi sonucuna göre nefrektomi kararı verilmesi yerindedir.

Tüm majör açık ürolojik operasyon geçiren hastalarda rutin olarak tromboprofilaksi uygulanması gereklidir. [Çok güçlü öneri] (Güven Platformu. Ulusal Venöz Tromboembolizm Profilaksi ve Tedavi Kılavuzu. 2010)

Hastanın ex olma nedeni nefrektomi sonrasında gelişmiş olan komplikasyonlardır. Hastanın günlük takip notunda "postop üçüncü gün genel durumu iyi, vital bulguları stabil olduğu, harekette ağrı tarif ettiği" belirtilmiş olmasına rağmen şikayeti tetkik edilmemiş, gözden kaçmıştır. Erken dönemde tromboemboli tespit edilebilseydi tablonun ağırlaşmasının önüne geçilebilirdi.

Nefrektomi işlemini gerçekleştiren üroloji uzmanının preoperatif ve postoperatif dönemde hafif kusurlu olduğu kanaatindeyim.

5.6 ÜRETER TÜMÖRÜ

5.6.1 ÜRETER TÜMÖRÜ TANI GECİKMESİ

TALEP

Davacının geçirmiş olduğu mesane ve böbrek ameliyatının davalı doktorların tedavi süresince yanlış, eksik tanı koymak suretiyle bir illiyet rabtası kurulup kurulamayacağı, meydana gelen sonuç bakımından davalıların doktorluk mesleğini icra ederken onlara atfı kabil kusurunun olup olmadığı sorulmaktadır.

İDDİA

Müvekkilim 11.6.2013 tarihinde sağ üreter tıkanması sonucunda İstanbulda özel Hastanede ameliyat edildiği, üreter içine stent yerleştirildi. Üreterden alınan doku parçası patoloji uzmanı tarafından incelendi; papillom tanısı koyuldu, malign hücrelere rastlanmadığı rapor edildi. Operasyondan 6 ay sonra stentin çıkarıldığı ancak 3 ay sonra tekrar tıkanıklık olması üzerine ikinci kez 27.3.2014'de opere edildi. İki adet stent koyulmuş. Bu ameliyatta da alınana parçaların patolojik incelenmesinde "şüpheli hücreler görüldü, hastanın takibi önerilir" sonucu verildi. Bu ameliyattan 4 ay sonra 2.8.2014 tarihinde şikayetlerin devamı üzerine başka bir profesöre başvuruldu. Bu profesör 11.6.2013 tarihli mesane görüntülerini incelemesi üzerine kanserli hücrelerin açık seçik görüldüğünü söylediği, 11.6.2013 tarihli patoloji örneklerini aşka bir patoloji merkezinde yeniden inceledi. Bu laboratuvar tarafından düzenlenen 1.8.2014 tarihli raporda "High grade TTC, cis (+), lenfovasküler invazyon" yani kanser tanısı koyuldu. 13.8.2014'de yaptırılan abdominal BT'de mesanede multipl tümör oluşumu saptandı. Yapılan sistoüretroskopide mesanede multipl papiller tümöral düşümler izlendi, bunlar komplet olarak rezeke ve koterize edildi, patolojiye parça gönderildi, bu parçaların incelenmesinde de "High grade TTC, submukosal invazyon (+), cis (+), (pTIGIII)" tanısı koyuldu. 28.8.2014'de radikal sistoprostaterektomi, sağ nefroureterektomi, bilateral iliak lenfodenektomi, ileal neobladder ameliyatı yapıldı.

Doktorumuz, kişinin 2011 yılından beri üriner sistemde polip tipi rahatsızlığını göz ardı ederek ve kendisinin çektiği mesane resimlerini yeterince incelemeyen ve operasyon öncesi gerekli patoloji incelemesini yaptırmadan taş tanısı koyarak 11.6.2013 ve 27.3.2014 tarihinde yapılan ameliyatlar yanlış. 13.6.2013 tarihli patoloji incelemesinde dikkatsizlik ve özensizlik mevcuttur. Verilen rapor gerçeği yansıtmamaktadır. 13.6.2013 ve 1.4.2014 tarihli patoloji raporunda kanser hücreleri görülmediği rapor edildiğinden, davalıların tedbirsizliği, özensizliği, dikkatsizliği sonucunda müvekkilin müteaddit defalar ameliyat olmuştur, tanının zamanında koyulması durumunda 2. ve 3. operasyonlara gerek olmayacaktı.

SAVUNMA

Üroloji ve Patoloji Uzmanı Vekilleri: Davacının yaklaşık 2 yıldır sağ böbrekte üreter taşı tanısı ile takip edilmektedirken iltihaplanma, idrar tıkanıklığı ve ağrı çektiğini belirterek müvekkilimiz üroloji uzmanına müracaat etmiştir. Sağ üreterde obstrüksiyon tanısı ile üreteroskopi yapılmış, tıkanıklığın bu şekilde giderilemeyeceği anlaşıldığından açık ameliyat seçilmiş, üreterde tıkanıklığa sebep olan doku çıkarılarak üretral stent yerleştirilmiştir. Hasta 14.6.2013'de cerrahi şifa ile taburcu edilmiştir.

Aynı zamanda müvekkilimiz olan patoloji uzmanı ameliyatta çıkan parçayı incelemiş ve üretelyal papillom tanısı koymuştur. 10.10.2013 tarihinde üreter kateteri çıkartılmış, çekilen filmlere göre üreter ve böbrek normal olduğu görülmüştür. 5 ay sonra ağrının yeniden başladığını belirten kişi tekrar başvurmuş, 24.3.2014'de bilgisayarlı tomografi çekilmiştir. Bu incelede hidronefroz ve dilatasyon tespit edildiği, kanserli dokuya rastlanmadığı, sadece tıkanıklık gözlemlendiği rapor edilmiştir. Hasta 27.3.2014'de tekrar opere edilmiş, üreterde tespit edilerek düzensizlik bölgesindeki lezyona dilatasyon yapılmış, iki adet stent yerleştirilmiş, biyopsi alınmıştır. Alınan dokunun incelenmesinde ödem ve iltihabi reaksiyonlara rastlanmış, kanser olması şüpheli hücre tanımlanarak bunlar nedeniyle davacının takibi önerilmiş, davacı kendisinin bu nedenle izlenmesi ve gerekli tetkiklerin yapılmasından imtina etmiş ve başka bir hekime gitmiştir.

Hastanın gittiği diğer hekimin müvekkilimizin çektiği 11.6.2013 tarihli mesane resimlerine bakarak kanserli hücre gördüğünü iddiası boş bir iddiadır. Çıplak gözle hücre ve dokunun kanserli olduğu sonucuna ulaşamaz, davacının fazladan iki kez ameliyat olmadığı, ilk ameliyatında alınan biyopsi örneğinde kanser tanısı koyulmuş olsa bile yine ikinci ameliyatı olarak böbrek ve üreteri alınacak, davacının hastalığının gelişimi ve mahiyeti gereği her halükarda ikinci ve üçüncü ameliyatı olacaktır.

BELGELER:

İstanbul Özel Hastanenin belgeleri (1 yatış):

Poliklinik kartında; (Davacının doldurduğu belirtilen kart) 11.6.2013'de, sağ böbrek üreterde 2 yıl önce taş tespit edildiği, son 4 gün içinde iltihaplanma ve idrar kesikliği olduğu, antibiyotik tedavisi ile akışkanlık sağlandığı, yapılan ürografi sonucu sağ böbreğin çalışmadığı görüldüğü, sol böbrek normal faaliyetine devam edip idrar verdiği,

Anamnez belgesinde: 11.6.2013-14.6.2013 arasında yattığı, idrar kesikliği ve idrar iltihaplanma şikayeti olduğu, 2 yıl önce sağ üreterde taş olduğu söylendiği, bazen sağ böğüründe ağrı olduğu, son 4 gündür idrarda kesiklik ve iltihap olduğu, özgeçmişinde fıtık ameliyatı, genel durum iyi, TA:110/70, Nb:76, sağ KVD (+), lokal muayenede özellik olmadığı, radyolojik sağ hidronefroz olduğu, sağ üreteral obstrüksiyon tanısı ile üreteropeskopi + G.G.,

Ameliyat raporunda, GAA dorsal litotomi pozisyonunda 17 F sistoskop ile üretradan girildiği, üretra ve mesanede patolojik oluşum izlenmediği, sağ üreter arifisinden uygulanan guide wire'in yaklaşık 10 cm.de takıldığı, daha sonra bu telin kılavuzluğunda üreteroskop ile arifisten girildi, bu seviyelerde lümenin oblitere olduğu, ileriye geçilemediği, üreteroskopta verilen kontrast maddenin proksimal üretere zorlukla geçtiği fakat arada belirgin bir dolma defeksinin olduğu görüldüğü, açık ameliyata karar verilerek supin pozisyonuna getirildiği, sağ gibsson insizyonu ile girildiği, sağ üreterin sakroiliak eklem seviyesinden distale doğru yoğun fibrotik reaksiyoner ve ödemli doku ile çevrili olduğu, obstrüksiyonu uyan üreter segmenti disseke edildiği, lümen içi frajil, hiperemik, ödemli doku ile dolu olduğu görüldüğü, dokular eksize edilerek pasaj sağlandığı, D-J stent yerleştirilerek tüp dren koyulduğu, operasyona son verildiği,

Patoloji Raporu: 1x0,7x0,5 cm ödemli doku kesitlerde ileri derecede ödemli ve papiller konfigürasyonda mukosal doku örnekleri görüldüğü, yüzeyde üç-dört sıralı transizyonel epitelyum, lamina propria von Brunn adacıkları, serpenter halinde mononükleer inflamatuvar hücreler, duvarda kesitlerde kas dokusu içeren doku örneğinden yaygın ödem ve mononükleer inflamatuvar hücre infiltrasyonu görüldüğü, tanının ürotelyal papillom olduğu, incelenen materyalde malignite görülmediği,

İstanbul Özel Hastanenin Belgeleri (2 yatış):

Anamnez belgesinde epikrizinde, tetkik raporları ve ameliyat notunda; 27.3.2014'de yatırıldığı, son günlerde başlayan sağ böğür ağrısı olduğu, TTT:7-8 lökosit, 4-5 eritrosit, kültür steril, Hb:13, Hct:%38.7, genel durum iyi, TA:130/80, Nb:84, sağ KVAD (+), BT'de (24.3.2014) sağ grade 2 hidronefroz mesane cidar kalınlığında hafif artış, sağ üreteral obstrüksiyon tanısı ile üreteral stent yerleştirildiği, 22F sistoskop ile üretradan girildiği, üretranın normal olarak değerlendirildiği, mesaneye ulaşıldığı, her iki üreter orifisi normal olduğu, mesane arka duvarda, orta-sol tarafta lümeden hafif kabark 0,5 cm.lik şüpheli bir oluşum izlendiği, lezyonun üç ayrı açıdan endoskopik fotoğrafı alındığı, TUR biyopsi ile bu oluşumun alındığı, gide wire eşliğinde sağ üreter orifisinden üreteroskop ile girildiği önceki ameliyat alanına uyan segmentte lümenin tıkalı olduğu görüldüğü, ileriye geçilemediği, bu bölgede tıkamayı yapan ödemli mukozaya benzer dokudan punch biyopsi alındığı, yapılan RGP'de bu segmentin 6-7 cm. proksimalinde geçişe kısmen izin veren dar bir alan daha izlendiği, (her iki darlık bölgesine kalan dilatasyon uygulandı, takiben distale 6 cm, proksimale 4 cm. uzunduğunda 12 Fr. Memoterm stent endosetrik olarak yerleştirildiği, çekilen skopi fotoğraflarında stentlerin başarıyla yerleştirildiği ve üreterin açılmış olduğu saptandığı, işlem sonrasında 12 Fr. Nefrostomi kateteri sağ böbreği perkütan olarak yerleştirilerek operasyona son verildiği, 28.3.2014'de hastanın taburcu edildiği, 5 gün sonra yapılan nefro-üreterogramda iki stentin birleşim yerinden pasajın yeterli olduğu görüldüğü, 10. gün alınan grafilerde ise ödemin çözümlenmesiyle pasajın yeterli olması üzerine nefrostomi tüpü takıldığı,

Patoloji raporu (27.3.2014 biyopsi tarihli): Üreter (topluca 0,3 cm. çapında ödemli mukosal doku) kesitlerde ileri derecede ödemli ve papiller konfigürasyonda mukosal doku örnekleri, yüzeyde üç-dört sıralı transizyonel epitelyum, lamina propriada Von Brunn adacıkları, serpintiler halinde mononükleer inflamatuvar hücreler, üretelyal papillom, mesane (0,4 cm. çapında bir adet doku) kesitlerde kas dokusu içeren mukozal doku örneğinde yüzey epitelyumda yaygın erezyon, lamina propriada belirgin ödem, mononükleer hücre infiltrasyon, telenjektazik vasküler yapılar, bir alanda lamina propriada yüzeye yakın bir odakta iri, hiperkromatik nükleuslu ancak stoplazma sınırları ve nükleus detayları çekilemeyen şüpheli hücre kümesi, mukozal dokuda ödem ve kronik inflamasyon bulguları, atrofi yönünden şüpheli hücre kümesi, mikroskopik bulgularda tanıklanan şüpheli hücre topluluğu nedeniyle hastanın takibinin önerildiği,

Poliklinik kartında. 23.6.2014'de, 27.3.2014'de sağ üretere 2 adet stent yerleştirilen hastanın aynı ameliyatta mesanede görülen şüpheli lezyon için de izlendiği, ameliyattan beri belirgin bir yakınması olmadığı, önceki gün idrarından 2-3 adet pıhtı geldiği, ağrısının pek yok gibi olduğu, minimal sağ 8KVAD (+), USG'de sağda grade II hidronefroz, mesane normal, IVP, idrar kültürü istendiği, sistoüretroskopi + gerekli girişim ve sağ RGP planlandığı,

17.5.2014'de 30.4.2014 tarihli idrar kültürüne göre Tavanic başlamış olduğu, Tura gittiği, sorun olursa telefonla arayacağı,

14.7.2014 IVP filmlerini getirmedeği, penis ucunda tahriş dışında yakınması olmadığı, sistoskopi önerildiği,

Özel Patoloji ve Sitoloji Laboratuvarı (Konsultan patoloji lab.): 2 adet parafin blokun konsültasyon için gönderildiği, sağ üreter (1), üretelyal karsinom (değişici epitelyum hücreli karsinom), high-grade, WHO/1Sup.1998 (WHO 1973:Histolojik grade III), büyüme paterni papiller mikropapiller sub tip, lamina propriada, lenfotik/vasküler invazyon ve insitu karsinom komponenti olduğu, muskularis propriada invazyon ve nonneoplastik mukoza olmadığı, sağ üreter (2), ürotelyal karsinom (değişici epitelyum hücreli karsinom), fokal hipg-grade, WHO/1Sup, 1998 (WHO 1973:Histolojik grade III), 1. propriada invazyon ve muskularis propriada invazyon yok, bu tip karsinomlar yüksek gradeli ve muskularis invazyon olasılığı yüksek olduğu, biyopsilerde yaygın artefaktif değişiklikler ve oryantasyon problemi görüldüğü,

Üroloji Tıp Merkezi'nin yazısı: 2.8.2014'de sağ böğür ağrısı yakınması ile hastanın müracaat ettiği, patoloji konsültasyonu ve abdominal BT yapılanması karar verildiği, patoloji konsültasyonu sonucu high grade TCC, CIS(+) ve lenfovasküler invazyon geldiği, 16.8.2014'de genel anestezi altında bimanuel muayenede kitle ve fiksasyon saptanmadığı, sistoüretroskopide mesane multipl papiller oluşumlar izlendiği, tümörlerin komplet olarak rezeke ve katerize edildiği, patoloji high-grade TCC, submukozal invazyon (+), CIS(+), (PTI III) olarak rapor edildiği, bu bulgularla hastaya diğer tedavi alternatifleri anlatıldıktan sonra yaşı, genel durum, risk kriterleri göz önünde bulundurularak en uygun tedavi yöntemi olarak sağ nefro-erectektomi, radikal sistektomi, üriner diversiyon önerildiği, Patoloji ve Sitoloji laboratuvarının raporunda; mesane, trigondo (1) üretelyal karsinom insitu, mesane tavanı, tümör tabanı (2) düzenli yapıda muskularis propria, prostatik üretra I(3) ürotelyal karsinomu insitu zemininde fokal erken lamina propria invazyonu, mesane, sol yan duvar biyopsisi (4) invazif ürotelyal karsinom, prostatik üretra-II(5) invazif ürotelyal karsinom, high-grade invazyon, orifis lateral (6). Noninvazif papiller ürotelyal karsinom, mesane-hiperemik olan (7), ürotelyal karsinoma insitu olduğu,

Adli Tıp Kurumu histopatolojik tetkik raporu Üreter; Ureterden alındığı ifade edilen doku örneklerinden hazırlanan 2 adet parafin blok laboratuvarımıza gönderilmiştir. Bu bloklardan hazırlanan kesitler değerlendirilmiştir.

Biyopsi gerek teknik artefaktlar gerekse dokunun parafin blok içindeki yatışı itibarı ile değerlendirme açısından kısmen elverişlidir. Kesitlerde ödemli lamina propria ve çoğu alanda dökülmüş olmakla birlikte yer yer 9-10 hücre kalınlığına ulaşabilen tümöral üreyiş izlenmektedir. Tümörü oluşturan hücreler çoğunlukla yuvarlak-oval, şekil ve büyüklük farklılıkları gösteren, bazıları santral nükleollü, polarite kaybı ve kohezyon kaybı gösteren hücrelerdir. Teknik artefakt nedeni ile kromatin detayı ve mitotik aktivite konusunda yorum yapılmamaktadır. Lamina propria invazyonunu, örneklerdeki ciddi oryantasyon problemi nedeni ile değerlendirmek sağlıklı değildir.

Adli Tıp Kurumu tetkik raporu: Hastaya ait hazır bloklardan elde edilen kesitler değerlendirilmiştir.

1. örnek: Alınan örneklerde kompleks papiller yapılar oluşturan, tümöral üreyiş izlenmektedir, Tümör hücreleri çoğu alanda dökülmekle birlikte yer yer 11-12 hücre kalınlığına erişmektedir. Tümörü oluşturan hücreler yuvarlak-oval, iri hiperkromatik nüvelif santral nükleolar, polarite kaybı ve yer yer belirgin kohezyon kaybı gösteren hücrelerdir. Epitein tüm tabakalarında atipik mitotik figürler mevcuttur, Lamina propria'da tümör invazyonu mevcut olup, bu alan yoğun ödemli ve konjesyonedir. Muskuler tabaka örneklerin bir bölümünde mevcut olup, bu alanda tümör invazyonu görülmemiştir. Tanı: Ürotelyal/karsinom, high Grade WHO/ISUP, 1998 (VHO 2004). Fokal alanda lamina propria inuazyonu görülmektedir, muskularis propria invazyonu görülmemiştir.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

11.6.2013 tarihinde yapıldığı belirtilen sağ üreterden alınan biyopsisinin incelenmesinde; yüksek gradeli üretelyal karsinom düşündürcek bulgular olduğu, patoloji uzmanı tarafından patolojik tanının koyulmamış olduğu, hekimin eksik eylemi olduğu, Mevcut patoloji raporuna göre kişiye Üroloji Uzmanı tarafından uygulanan tedavinin tıp kurallarına uygun olduğu, İlk biyopsi sonucu üretelyal karsinom tanısı koyulması halinde kişiye uygulanan cerrahi tedavi (radikal sistoprostatektomi, sağ nefroüretarektomi, sağ üretral kitle eksizyonu, bilateral iliak lenfodenektomi, ileal neobladder) seçeneğinin değişmeyeceği oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Cengiz Girgin, Atasağlık Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Sağ üreterde obstrüksiyon tanısı ile üreteroskopi yapılmış olduğu belirtilen bu hastada ayırıcı tanı için hangi hastalıklar gündende olmalıdır. Buna göre yapılanların endikasyonunu değerlendiriniz?

Üreter obstrüksiyonları benign veya malign patolojilerden kaynaklanan; birçok intrensek ve ekstrensek faktörlerin rol aldığı klinik durumlardır. Üroloji pratiğinde üreteral obstrüksiyona yol açan en sık patoloji ürolithiazis olmasına rağmen diğer intrensek ve ekstrensek obstrüksiyon nedenleri mutlaka akılda tutulmalı ve araştırılmalıdır. Üreteral obstrüksiyon nedenleri tablo-1'de sıralanmıştır.

BENİGN NEDENLER		MALİGN NEDENLER	
İntrensek	Ekstrensek	İntrensek	Ekstrensek
Ürolithiazis	Vasküler bası	Ürotelyal karsinom	Lenfoma
Konjenital darlık (Primer megaüreter)	Retrokaval üreter	Skvamöz hücreli karsinom	Metastatik tümörler
Üreterit	Retroiliak üreter	Metastatik tümörler	Prostat kanseri
Malakoplaki	Retroperitoneal fibrozis		Serviks kanseri
Tüberküloz	İnflamatuar barsak hastalıkları		Over kanserleri
Şistozomiazis	Pelvik lipomatozis		Kolon kanserleri
Üreteral enstrümantasyon	Endometriozis		Rektum kanseri
İatrojenik/Cerrahi sonrası	Over kistleri		
Anastamoz darlığı			
Radyoterapi			

Üreteral obstrüksiyon saptandığında tüm bu olası nedenler göz önüne alınmalı ve görüntüleme yöntemleri ile sebep ortaya çıkarılmaya çalışılmalıdır. Standart tanı yöntemleri üriner sistem ultrasonografisi, İVP ve bilgisayarlı tomografi (BT) genellikle nedeni ortaya koymada yeterli olmaktadır. Ancak net olarak neden ortaya konulamadığında BT Ürografi ve MR Ürografi tetkiklerine gereksinim duyulmakta ve bu tetkikler ile obstrüksiyon seviyesi, obstrüksiyonun intrinsek veya ekstrinsek nedenleri daha etkin bir şekilde gösterilebilmektedir. Bu tetkiklerle obstrüksiyon nedeni olarak ürotelyal tümör şüphesi mevcutsa mutlaka hastaların idrar sitolojileri de değerlendirilmelidir. Tanıda tüm bu yöntemler yetersiz kaldığında invazif bir yöntem olan diagnostik üreterorenoskopi son seçenek olarak uygulanmalıdır. Bu yöntem tanısız olmakla birlikte eş zamanlı olarak bazı patolojilerin tedavisini de sağlayabilmektedir.

Hastaya tanısız üreterorenoskopi(URS) öncesi obstrüksiyonun etiolojisini göstermek amacıyla hangi tetkiklerin yapıldığı net olarak bilinmemektedir. Ancak taş öyküsü olan hastanın büyük olasılıkla BT tetkiki ile değerlendirildiği ve bu görüntülemelerde üreter tümörünü düşündürecek patolojinin saptanmadığını söyleyebiliriz. Taş izlenmeyen bu hastada BT Ürografi veya MR Ürografi tetkiklerinin tanısız URS öncesi yapılmış olması aydınlatıcı olabilir. Hematüri öyküsü olmayan hastada idrar sitolojisi mutlaka yapılması gerekli bir tetkik değildir. Bu tanı yöntemleriyle obstrüksiyon nedeninin açıklanamadığı durumlarda tanısız URS endikasyonu mevcuttur ve bu amaçla bu işlem yapılmıştır. Tanısız URS sırasında obstrüksiyonun endoskopik olarak giderilemeyeceği gözlenerek açık cerrahiye geçilmiş ve dar segment çıkarılarak patolojik incelemeye yollanmıştır. Bu olguda olduğu gibi endoskopik yöntemlerle açılma olasılığı olmayan ciddi intrinsek darlıklarda dar segmentin tam olarak çıkarılması ve uç uca üreter anastomozu uygulanması endikasyonu bulunmaktadır. Bazı ciddi ekstrinsek darlıklarda (retroperitoneal fibrozis, endometriozis vs) üreter anastomozu yapmaksızın üroterolizis uygulanması ve stent yerleştirilmesi yeterli olabilmektedir. Ancak bu ekstrinsek basılarda da üreterde ciddi fibrozis gelişmişse bu fibrotik segmentin çıkarılması gereksinimi doğmaktadır. Hastanın üreteral obstrüksiyonunu düzeltmeye yönelik dar üreter segmentinin çıkarılması teknik olarak doğru bir girişimdir.

2- Hastada dar olan üreter segmenti çıkartılarak patolojik incelemeye gönderilmiş. Bu parçada kanser olmasına rağmen patolojik incelemede tanınamamış. Bu durumun nedenleri neler olabilir?. Patolojik incelemede her vakada tanı konulmak zorunluluğu var mıdır?

Cerrahi girişimler sırasında alınan patoloji materyalleri yeterli doku örneğine sahip olmalı ve patoloji laboratuvarına uygun koşullarda yollanmalıdır. Yeterli örnek alındığında ve uygun koşullarda laboratuvara yollanan spesmenlerin değerlendirilmesinde deneyimli patoloğlar kanser tanısı koymakta ciddi zorluk yaşamamaktadırlar. Hastanın ikinci kez patolojik incelemesini mevcut bloklardan yapan konsültan patoloji laboratuvarı ve adli tıp raporundaki patolojik inceleme raporu hastada kesin bir ürotelyal malignite olduğunu ortaya koymuştur. İlk patolojik değerlendirmede yüksek dereceli ürotelyal karsinom tanısının konamaması özensiz inceleme veya deneyim eksikliğine bağlı olabilir. Patolojik tanıda şüphe olduğunda patolojik değerlendirme mutlaka konsültan bir üropatolog tarafından tekrarlanmalıdır. Yetersiz doku örneğinin alınmış olması, doku örneklerinin laboratuvara transferinde yapılan hatalar veya alınan doku örnekleri içinde bulunan koter artefaktları bazen deneyimli üropatoloğların bile kesin tanı koymasını zorlaştırmaktadır. Bu gibi durumlarda patoloğ bunu raporunda belirtmeli ve yeni örneklemeler yapılması gerektiğini bildirmelidir. Patoloji laboratuvarına örnek yollarken aşağıda belirtilen örnek yollama kurallarına uymak patolojik tanının daha etkin bir şekilde gerçekleştirilmesini sağlayacaktır.

Standart Histopatolojik Örnek Gönderme Koşulları:

- Alınan doku kendi hacminin en az 5 misli %10'luk formol içine konulmalıdır.
- Bu işlemin örnek çıkar çıkmaz hiç vakit geçirmeden yapılması gerekir.
- Materyalin içine konulacağı kap, kendi hacminin ve üstüne eklenecek formolün hacmini alacak büyüklükte olmalıdır.

- 0,1 mm. ile 1 cm arasındaki doku örnekleri 15 ml'lik,

- 1 cm ile 3 cm arasında olan doku örnekleri 30 ml.,

- 3 cm ile 5 cm arasında olan doku örnekleri 200 ml'lik kap içinde gönderilir.

- Daha büyük doku örnekleri ise ilk aşamada kalın şeffaf poşete alınır, sonrasında, sızdırma ihtimaline karşı ikinci bir poşete alındıktan sonra transfer edilir.

d) Dokunun en ince boyutu 1 cm'den fazla ise, solüsyonun doku içine tam olarak nüfuz edebilmesi için inceltilmesi gerekir. Örneğin, laboratuvara ulaşma zamanı 3 saatten uzun ise bu durumda Patoloji Laboratuvarı ile temas edilmesi uygundur.

e) Doku örnekleri formole konduktan sonra en geç 24 saat içinde laboratuvara ulaştırılmalıdır. Gönderi sırasında konteyner üzerine %10'luk formol içerdiği ve bu maddenin, tehlikeli-zehirli madde olduğunu ifade eden uygun etiketlerle belirtilmelidir. Gönderi sırasında hem konteyner, hem de gönderme formuna hasta adı-soyadı, doğum tarihi, T.C Kimlik numarası, gönderiyi yapan doktorun adı-soyadı mutlaka yazılmalıdır.

3- Üreter tümörü olan hastalarda üst ve alt ürotelyumda tümör görülme oranları nasıldır?

Üst üriner sistem ürotelyal kanserleri (ÜÜS-ÜK) nadir görülen kanserlerdir, ürotelyal kanserlerin sadece %5-10'unu ve böbrek kanserlerinin %5-7'sini oluşturur. ÜÜS-ÜK'nin batı ülkelerindeki insidansı 100000'de 1 veya 2 yeni vakadır. Pelvikalisyal tümörler üreteral tümörlerin yaklaşık 2-3 katı daha sık görülür. Vakaların %8-13'ünde aynı anda mesane kanseri de mevcuttur. (European guidelines for the diagnosis and management of upper urinary tract urothelial cell carcinomas: 2011 update. Eur Urol. 2011 Apr;59(4):584-94. Epub 2011 Jan 14). Tanı anında %60'ı invazivdir, 70'li 80'li yaşlarda pik yapar ve erkeklerde 3 kat daha sık rastlanır. Üst üriner sistem ÜK'de %2-5 oranında iki taraflı tutulum izlenir. Ayrıca mesane tümürlü hastalardan %2-4'ünde üst üriner sistemde tümör gelişebilmektedir. Bu nedenle radikal sistektomi sonrasında bile üst üriner sistemin izlemi ihmal edilmemelidir. Üst üriner sistem tümörü bulunanlarda mesane tümörü gelişme insidansı ise %30-75 arasında bulunmuştur. Üreter tümörleri, en sık %73 ile distal bölümde, en az olarak %3 ile proksimal bölümde ve %24 oranında da orta bölümde görülmektedir. (Messing EM: Urothelial tumors of the urinary tract; in Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, We-in AJ (eds): Campbell's Urology, Volume IV, Chapter 76, p2383-2411; 8th edition, Saunders,)

Hastanın ilk operasyonu sırasında yapılan sistoskopide mesanede tümör gözlenmemesi ancak daha sonraki girişimler sırasında mesanede yüksek dereceli ÜK saptanması ÜÜS-ÜK olgularında %30-75 oranlarına ulaşan mesanede ÜK gelişme olasılığından kaynaklanmış olabileceği düşüncesine varılmıştır.

4- Ürotelyal kanser tanısındaki gecikme hastanın prognozunu etkiler mi?

Çeşitli merkezlerde yapılan çalışmalarda invazif mesane ÜK tanısı alan hastalarda radikal tedavi uygulanmasında 12 haftadan daha uzun süren bir gecikme olduğunda prognozun olumsuz yönde etkilendiği belirtilmektedir. Erken sistektomiye giden hastalar ile 12 haftadan daha sonra sistektomi yapılan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı sağ kalım farkları saptanmaktadır. (Mortality Increases When Radical Cystectomy Is Delayed More Than 12 Weeks: Results From A Seer-Medicare Analysis. John L. Gore, MD, Cancer. 2009 Mar 1; 115(5): 988-996.) Ancak yüksek riskli yüzeysel hastalıkta radikal cerrahiye gidilse 12 hafta üzerinde bir gecikmenin olmasının hastanın prognozu üzerine etkisini belirleyen kesin bir çalışma bulunmamaktadır.

5- Bu olayda bilirkşi olarak nasıl rapor yazardınız?

Sağ üreteral obstrüksiyon ön tanısıyla tedavi uygulanan hastaya bu obstrüksiyonu gidermek amaçlı gerekli cerrahi girişim uygulanmış ve alınan dar üreter segmenti patolojik incelemeye yollanmıştır. Sağ üreterden alınan biyopsinin 11.06.2013 tarihinde yapılan patolojik incelenmesinde; konsültan ve adli tıp patolojilerinin belirttiği gibi yüksek gradeli ürotelyal karsinom düşündürülecek bulgular taşıdığı ancak patoloji uzmanı tarafından patolojik tanının koyulamamış olduğu, hekimin eksik eylemi olduğu müta-laa olunmuştur. Mevcut patoloji raporuna göre kişiye Üroloji Uzmanı tarafından uygulanan tedavinin tıp kurallarına uygun olduğu, ilk biyopsi sonucunda ürotelyal karsinom tanısı koyulması halinde kişiye uygulanan cerrahi tedavi (radikal sistoprostatektomi, sağ nefroüretarektomi, sağ üretral kitle eksizyonu, bilateral iliak lenfodenektomi, ileal neobladder) seçeneğinin değişmeyeceği kanaatindeyim.

6.1 CİNSEL FONKSİYON

6.1.1 KLİNİFELTER SENDROMUNDA CİNSELLİK VE ÜREME

TALEP

Dava dilekçesinde boşanmaya konu yapılan ve erkek için dosyada mevcut sitogenetik raporuna göre klinifelter Sendromu teşhisinin dikkate alınarak işbu rahatsızlığın genel hatlarıyla sonuçlarının belirlenmesi, cinsel ilişki açısından sonucunun ne olduğunun tespiti, ilaç almadan ve tedavi görmeden ereksiyonun olup olmayacağı ve düzeyinin tespiti, spermogram sonucuna göre de hakaretli sperm bulgusu %0 olarak tespit edilmiştir. bu rapora göre sonucunun ne olacağına ilişkin tespiti, hormon testi sonucuna göre FSH ve LH değerlerinde erkeklerde olması gereken referans aralığından uzak olup olmadığına ilişkin tespiti, davalının fiziksel özellikleri nelerdir, özellikle erkek cinselorganının yapısal farklılıkları var mıdır, hipogonadizm mevcut mudur, hipogonadizm olan bireylerde ereksiyon problemleri yaşanır mı? davalıda ereksiyon probleminin olup-olmadığına ilişkin gerekli testler sonucunda tespiti, bu hastalığı bulunan kişilerin psikolojik sorunlar yaşaması ihtimal midir, öğrenme, algı, hafıza, konuşma farklılıklarının dışı vurumu ne şekildedir tıbbi tetkikler sonucu ortaya çıkacak veriler hariç olmak üzere davalının cinsel bir sorununun olduğunu önceden anlaması mümkün müdür?

İDDİA

Davacı (Erkek tarafı) vekili: 1) Taraflar görücü usulü ile 1 yıl nişanlılık dönemini her gün görüşerek evlenmişlerdir. Bu evlilikten çocukları yoktur. Ancak balayına gittiklerinde davalı kadın, sürekli somurtmuş, soğuk davranmış, sürekli tartışmalar çıkarmıştır. Balayını yarıda keserek geri dönmüşlerdir. Döndüklerinde ise davacının kendisine kötü davrandığını ve bu gibi iftiralarla davacıyı aileler nezdinde zor durumda bırakmıştır. 2) Davalı, davacının cinsel ilişki esnasında geç boşalmasından, ilişkinin uzun sürmesinden şikayetçi olmuştur. Bu konuda davacı doktora başvurmuştur. Doktor sperm testi ve genetik testi istemiştir. Doktorun bu testleri istemesi üzerine davalı kadının huzursuzlukları, hırçınlıkları daha da artmıştır. Henüz testlerin sonuçları çıkmadan, eline laptopu alarak gece gündüz “ben araştırdım, sen kısırsın, erkek değilsin, ölseydın daha az acı duyardım, acı içerisindeyim, buhrandayım, kesinlikle kısırsın, sen erkek değilsin, adam değilsin” gibi pek çok hakaretler, huzursuzluklar, tartışmalar çıkarmıştır. Sürekli aşağılamıştır. Davacının “test sonuçlarını bekleyelim, ne yapalım hasta isem de Allah’tan geldi” gibi tesellilerinde hırçın, agresif tutum ve davranış ve davacının özgüveninin sarsarak psikolojisini bozmuştur. 2,5 aylık evlilik sonunda davacının yürüyüşü dahi değişmiş, gözle görülür bir çöküntü içerisine davalı ve ailesinin baskı ve söylemleri ile sokulmuştur. Davacının omuzları düşmüştür. Dalgın, üzgün, moral çöküntüsü içerisinde iken test sonuçları çıkmıştır. Buna göre davacının sperm sayısının düşük olduğu

bir süre tedavi gördükten sonra tüp bebek yöntemi ile çocuk sahibi olabilecekleri bildirilmiştir. Doktor, 3 ay sürecek bir tedavinin sonunda sperm sayısını artırbileceklerini, bu arada tedavi sürecinde bir takım bitkisel ilaçlar kullanmasını davacıya önermişlerdir. Davacı, eşi ile bu tedavi sürecini konuşmuştur. Davalı tedavi sürecini kabul etmiştir. Davacıya destek olacağını söylemiştir. Ancak bu karardan sonra davalı sürekli psikolojik bunalıma girdim, ben buhran içindeyim, acım var gibi söz ve davranışlar içerisinde özel hayatlarında, cinsel yaşantılarında huzursuzluklar çıkarmıştır. Yargıtay'ımızın kararlarında da kısırlık tek başına boşamna sebebi sayılmamıştır. Kaldı ki davacının evlilik sonrası ortaya çıkan hastalığı tamamen kısırlık değildir. Çocuk sahibi olmaları tedavi sonucunda mümkündür.

Yargıtay karında da taraflardan birinin hastalığı ile ilgili kısaca şu görüşlere yer verilmiştir: "Davacının herhangi bir kusurlu davranışı sonucu oluşmadığı ve davacının herhangi bir iradi hareket ve eylemine dayalı bulunmadığı için eşlerin karşılıklı tutum ve ilişkilerinin sonucu ortaya çıkan birliğin temelinden sarsılması olgusunu doğuracağı kabul edilemez. Bir an için davacının hastalığının davalı açısından evlilik yükümlülüklerini yerine getirmede bazı engeller oluşturabileceği düşünülse dahi evlilik (tasada ve kıvançta birlik isteğinden davalı yalnızca sağlıklı ve huzurlu günlerde değil eşinin hastalığında da onun duygularını paylaşmak ve gerektiğinde yardımcı olmak zorundadır. Davalı kadının, davacının hastalığını öğrendikten sonraki tutum ve davranışları, söylemleri boşanmaktan başka hiçbir çözüme, ihtimale açık olmaması evlilik birliğini çekilmez hale getirmiştir."

SAVUNMA

Davalı (Bayan tarafı) vekili: Davacı taraf nişanlılık döneminde ve de düğünden birkaç gün önce davalı müvekkile "cinsel ilişkiye girecekleri zaman heyecan yaşayabileceğini, bu nedenle sertleşme için eczaneden ilaç alacağını" beyan etmiştir. Davalı müvekkilde; davacıya "heyecan nedeniyle bir sorun varsa, ilacı almamasını" ifade etmiştir. Düğün gecesi ve daha sonraki ilk üç gün davacıdaki sertleşme sorunu nedeniyle ilişkiye girilmemiştir. Daha sonra cinsel birleşme olmuştur. Bu birleşmeden sonra dava tarihine kadar cinsel birleşme, ancak ilaç ve aktardan alınan bitkisel karışımın kullanılması ile olmuştur. Ancak bu birleşmelerde davalının boşalmaması nedeniyle sorunlar yaşanmıştır. Dolayısıyla dava dilekçesinde belirtildiği gibi davacının sorunu uzun süre boşalmaması değil cinsel birleşme için reaksiyonun olmamasıdır. Davacının bu sorunları nedeniyle taraflar birlikte doktora gitmişlerdir. Yapılan tetkikler sonrasında alınan raporların sonuçlarına göre klinifelter sendromu tespit edilmiştir. Genetik yapının normalleştirilmesi tıbben mümkün değildir. Dolayısıyla hiçbir tedavi ile sonuç almak mümkün değildir. Bu hastalarda hastalığın dışı vurumu; cinsel birleşmedeki sorunlarla birlikte psikolojik sorunları da doğurmakta ve sonucunda da eşine ve diğer 3. şahıslara karşı saldırgan tavır sergilemek olarak ortaya çıkmaktadır. Sperm bulgusu %0 olarak tespit edilmiştir. Dolayısıyla normal yolla çocuk sahibi olunamayacağı bir göstergesidir. Hormon testi sonucuna göre FSH ve LH değerlerinde erkeklerde olması gereken referans aralığından çok uzak olduğu, karşı cins hormonlarını içerdiği tespit edilmiştir. Davacının cinsel birleşmedeki sorunu tıbbi olarak ta tespit edilmiştir. Davacının bu hastalığı nedeniyle hiçbir zaman normal bir cinsel birleşmeyi sağlayamayacağı aşikardır. Davacı tarafın iş bu problemleri nedeniyle davalıya karşı devamlı olumsuz davranışlar sergilemiştir. Bu bağlamda bu gibi davranışlar sergilemesi de kaçınılmaz bir sonuçtur. Zaman zaman onur kırıcı kelimeler sarf etmiş ve de evlilikten önce tıbbi olarak bilmesi dahi her normal insanın kendisinde varlığını bileceği bu sorunu davalı müvekkilden gizlemiştir. Dolayısıyla doğruluk üzerine kurulması gereken yuvada davalı, gerçekleri saklayan ve de bir genç bayanın hayatını karartan biri olarak orta çıkmıştır. Sağlıklı sperm elde etmek için yapılacak bir tedavi sonrasında çok az bir ihtimalde olsa doğacak çocuğun da klinifelte sendromu taşıması tıbben çok yüksek bir ihtimaldir. Ancak bu evlilikte temel sorun çocuk değil cinsel birleşmedeki olumsuzluklar nedeniyle cinsel tatmin olmaması ve ilaçsız bir cinsel ilişkinin gerçekleşmemesidir. Davacının tıbbi ilaç ve de bitkisel karışım alması sonucu meydana gelen ereksiyon sonrasındaki birleşme de ereksiyonun birleşme ve cinsel tatmin için gerekli zamanı sağlayamadığı ve davalının boşalamadığı davalı müvekkilin yaşadığı sorunlardandır.

BELGELER

Tıp Fakültesi Tıbbi Genetik laboratuvarı: Sonuç: 47,XXY

Tıp Fakültesi hormon laboratuvarı: SHBG:8,2 nom/L, Prolactin:3,36 µg/L, FSH: 14,97 mIU/mL, LH: 7,09 mIU/mL, Testosteron: 1,75 ng/ml

Androloji Laboratuvarı: Volüm: 1,5 ml, Konsantrasyon 0 ml/ml, Total Sayı: 0 ml/ml

USG: Her iki testis skrotum içindedir. Her iki tarafta testis boyutları yaşına oranla azalmış görünümündedir. Testis parankim ekoları homojendir. Kitle saptanmadı. Sağ testis 23x16x13, sol 22x16x13 mm.

Dopler USG: Kavernöz cisim içine 60 mg papaverin enjeksiyonu sonrasında yapılan incelemede: İnjektasyon sonrası ilk 10 dakika içinde kavernöz arterlerde maksimum sistolik akım hızı yeterli düzeye ulaşmış olup (50 cm/sn) arteriyel yeterliliğin bulunduğunu göstermektedir. 10. ve 20. dakikalar arasında diyastolik akımlar giderek azalmış olup 12. dakikadan itibaren ters yönde (bazal hattın altında) seyir göstermiştir (-6.5 cm/sn). paverin sonrası ereksiyon düzeyi penetrasyon için yeterli görünümündedir Sonuç: Normal penis US ve renkli Doppler US incelemesi.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Tıp Fakültesi Dekanlığı Üroloji Anabilim Dalı'nın raporu: Otuz yaşında erkek hasta. kromozom analizi sonucu 47,XXY olup, Klinefelter sendromu tanısı konmuştur. Klinefelter sendromunun sıklığı 1000 erkek bebek doğumunda 1 olarak verilmektedir. Bu hastalıkta genellikle puberteye kadar normal fiziksel gelişim izlenmektedir. Puberte zamanı normal olmakla birlikte, hastalarda hipogonadizm bulguları belirgin olarak görülmektedir. Olguların penis boyu genellikle normal olup, testisler küçüktür. Sakal, bıyık çıkımı gibi sekonder cinsiyet özelliklerinin yetersiz gelişmesi söz konusudur. Genellikle hastaların hormon profilinde gonadotropinler yüksek olduğundan hipergonadotropik hipogonadizm söz konusudur. Hastaların %40-50'sinde jinekomasti görülmektedir. Yine bu olgularda bazı psikososyal sorunlar olabileceği belirtilmektedir. Bu belirtilen bulgular genellikle erişkin yaşta önce dikkat çekmemekte ve hastalar normal yaşamlarını sürdürmektedirler. Ancak, bu bulgular bazen ailelerin dikkatini çekerek sınırlı sayıda hastanın Klinefelter sendromu tanısını erken yaşta almasını sağlamaktadır. Yine de, olguların büyük bir kısmında tanı erişkin yaşta ve çocuk sahibi olamama nedeniyle konmaktadır. Bu nedenle Klinefelter sendromlu hastaların başlıca sorunu erişkin yaşamda infertilite / sterilite (çocuk sahibi olamama) problemiyle karşılaşmalarıdır. Adı geçen şahsın Ürolojik yönden değerlendirmesi neticesi; dış genitaleri normal durumda bulundu. Testis volümü, klinefelter hastalığı ile uyumlu olarak normalden bir miktar daha küçük, hormon incelemelerinde de FSH hormonu normalin üst sınırında olup, sperm üretiminde azalma olabileceğini düşündürmektedir. Testosteron hormonu ise normal değerlerde bulundu. Penis renkli Doppler çalışması ile papaverin sonrası yeterli ereksiyon oluştuğu gözlemlendi ve normal olarak değerlendirildi. Testis ultrasonunda da normalden daha küçük testisler dışında patolojiye rastlanmadı. Bu sonuçlar kapsamında değerlendirildiğinde, cinsel yönden sorunların organik bir nedenden çok psikolojik olabileceği düşünülmektedir. Psikolojik nedenler sadece erkeği ilgilendirmeyip, eşler arasındaki uyum sorunlarından da kaynaklanabilir. Bu nedenle cinsel sorunlarının psikiyatrik yönden değerlendirilmesi uygun olacaktır. Bir erkekte sağlıklı bir ilişkiye yetecek ereksiyonun gelişmesinde en önemli faktörlerden biri, eşler arasındaki uyum olup, bu da değişiklik gösterebilir. Bu nedenle, sistemlerin çalışması tamamen normal bile olsa, eşler arasındaki uyum cinsel ilişkiyi imkansız hale getirebilir. Bunu testlerle dökümanete hale getirmek mümkün değildir. Ancak psikiyatrik değerlendirmeler yol gösterebilir. Diğer yandan, neden her ne olursa olsun, bazı ilaçlar ereksiyona destek olabilir. Ancak bu tedaviler gerek organik/ gerekse psikojenik bir neden olup olmamasına bakmaksızın etki gösterebilir. Bu durum organik ya da psikojenik bir nedenin mutlak varlığına delalet etmez. Testosteronun şahısta normal değerlerde olması nedeniyle, testosteron tedavisine gerek olduğunu da düşünmüyoruz. Netice olarak; davalı şahısta mevcut olan Klinefelter hastalığı ürolojik/organik yönden cinsel birleşmeye mani teşkil etmemekte olup, psikiyatrik muayene ile psikolojik yönden ayrıca aydınlatılması gerekir. Kısırlık yönünden vardığımız kanaat, şahsın genetik kusura bağlı Klinefelter hastalığına ait doğal gidişatı gösterdiği yönündedir. Bu olgularda testislerde sperm üretimi değişik derecelerde bozulabilir. Doğal yolla gebelik beklenmez ama yardımcı üreme yöntemleri ile tüp bebek ve testislerden sperm eldesi teknikleri ile olguların %10-30'unda sperm elde etmek, bununla da tüp bebek sonrası çocuk sahibi olmak mümkündür. Ancak kişinin çocuk sahibi olup olamayacağını, bu teknikler uygulanmadan bilmek de mümkün değildir.

Adli tıp kurumu: Yukarıdaki tıbbi belgeler ve dava dosyasının tetkikinde elde edilen ve adli tıbbi ilgilendiren hususların değerlendirilmesinde; kişinin Kurulumuzca yapılan psikiyatrik muayenesinde; cinsel ilişkiye engel teşkil edecek psikopatolojik araz saptanmadığı, yine aynı tarihte kurulumuzca yapılan genital muayenede; penis boyu normal, testis volümü normalden küçük, sekonder seks karakterlerinin erkek tipinde gelişmiş bulunduğu tespit edilmiştir.

1- Klinefelter sendromunun sıklığı erkek bebeklerde 1/1000 olduğu, bu hastalıkta genellikle ergenliğe kadar normal fiziksel gelişim izlendiği, ergenlik sonrası hastalarda hipogonadizm bulguları görüldüğü, Olguların penis boyu genellikle normal olup, testisler küçük olduğu, Sakal, bıyık çıkımı gibi sekonder cinsiyet özelliklerinin genellikle yetersiz gelişmesi olduğu, genellikle hastaların hormon profilinde gonadotropinler yüksek olduğundan hipergonadotropik hipogonadizm görüldüğü, klinefelter sendromlu kişilerin cinsel yaşamları kişinin hormon düzeyi, partneriyle uyumu ve psikolojik durumuna bağlı olarak kişiye özel farklılıklar gösterebileceği,

2- Kişinin dava dosyasının incelenmesinde davalıda da 47 XXY kromozom bulunduğu anlaşıldığı,

3- Davalının testis, penis volümü ve testesteron seviyesi dikkate alındığında ereksiyon olabileceği kanısında olmamızla beraber ereksiyon kalitesini etkileyen pek çok faktör (karşı cins uyumu, performans anksiyetesi bulunup bulunmaması, başaramama korkusu) olduğundan kişinin ereksiyon kalitesi ve cinsel ilişki sıklığı hakkında kesin bir yorum yapılamayacağı, ancak mevcut verilerle kişinin cinsel iktidara haiz olduğunun kabulü gerektiği,

4- Spermogram sonucu incelendiğinde kişinin azospermisi olduğu anlaşılmakta olup, kişiye yapılacak TESE ameliyatı ile sperm hücresi bulunması durumunda tüp bebek yöntemiyle çocuk sahibi olma ihtimalinin bulunduğu, Yardımcı üreme teknikleri ile çocuklarına hastalıklarını transfer etme riskini de taşıyarak gebelik elde edilebileceği, kişide tespit edilen FSH seviyesi normal değerden yüksek olup Klinefelter Sendrom'lu hastalarda beklenen bir durum olduğu, karşı cins hormonu içermediği,

5-Bu rahatsızlık nedeniyle genellikle puberte sonrası penis boyutu normal olurken hipogonadizm bulunduğu, Hipogonadizm in derecesine bağlı olarak testesteron yetersizliği olmuşsa buna bağlı cinsel fonksiyon problemleri görülebildiği, bunun hasta kişilere göre değişken bir durum olduğu,

6- Kişiye yapılmış penil doppler uSG ve hormon testleri incelendiğinde cinsel ilişkiye engel bir durum tespit edilmediği,

7- Davalının ereksiyon kalitesinin cinsel birleşmeye yeterli olup olmadığı konusu kişinin ifadesine bağlı bir husus olduğu, anatomik ve fizyolojik problemi olmayan kişilerde de karşı cins uyumu, başaramama korkusu nedeniyle ereksiyon kalitesinin yetersiz olma ihtimalinin bulunduğu, bu hususunun tıbbi testlerle ortaya konamayacağı,

8- Kişide 47, XXY kromozomunun varlığının testosteron seviyesi normal olduğu ve genital gelişimi tam olduğu müddetçe ereksiyona olumsuz etkisi olmamakla birlikte testesteron seviyesi düşük olan kişilerde hormon replasmanı ile ereksiyonun sağlanabileceği,

9- Testesteron iğnesinin testesteron düşüklüğü olan durumlarda hormon replasmanı için kullanıldığı, bu iğne ile birlikte ereksiyon için etken madde kullanılmasının 47, XXY kromozom dizilişine etkisinin olmadığı,

10-kişinin herhangi bir ilaç, bitkisel ürün, testesteron iğnesi kullanıp kullanmadığının adli tıbbi yöntemlerle aydınlatılamayacağı,

12- Klinefelter sendromu bulunan kişilerde psikolojik sorunlar bulunma ihtimalinin mevcut olduğu,

13- 47, XXY kromozom dizilişinin bulunduğu Klinefelter Sendrom'lu hastalarda uzun boy, alt ekstremitede varisler, düşük zeka kapasitesi, diabetes mellitus, obezite insidansında artış olduğu,

14- kişinin ergenlik öncesi sabah sertliklerinin olup olmaması, karşı cinsle olan ilgisi, ejakülasyon (boşalma) olup olmaması gibi hususlar göz önünde bulduğunda, bu hususlarda farklılık olması durumunda kişinin entellektüel seviyesine bağlı olarak cinsel fonksiyon bozukluğu olup olmadığını anlamasının bekleneceği oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Yrd. Doç. Dr. Hakan Hakkı TAŞKAPU,

Necmettin Erbakan üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1-Dosya kapsamında yeni evlilerin ve ailenin ilişkilerinin eğitim, etik ve ruhsal boyutlarıyla değerlendirir misiniz?

Evlilik, sadakat içinde geçmesi gereken bir beraberliktir. Eşlerin hem iyi hem de kötü günde beraber olmaları gerekir denir. Bu nedenle kişilerin evlilik öncesi maddi, manevi ve sosyal durumlarını karşı tarafa

bildirilmesi her şeyden önce insani bir görevdir. Neticede beraber çıkılacak hayat yolculuğunda eşlerin birbirlerine dürüst olmaları evliliğin devamlılığını ve huzurunu sağlar. Dosya kapsamında ise erkek faktördeki genetik rahatsızlığın evlilik öncesinde bilinme imkanı varken bunu tespit etmek genelde evlilik sonrasında olmaktadır. Çünkü Klinefelter Sendromundaki klinik tablo, ergenlik sonuna doğru iyice belirginleşir. Ancak bazen de fiziksel yapı durumu, klasik görünüme benzemez. Bu nedenle dosya kapsamındaki erkek tarafı, rahatsızlığı nedeniyle sorumlu tutulamaz.

2- Bu davanın karar vericisi olsanız nasıl karar verirsiniz?

Karar olarak; erkek tarafı direk olarak sorumlu değildir derim. Çünkü; evlilik öncesi bilinme imkanı teorik olarak var olan Klinefelter Sendromunun tespiti genelde evlilik sonrası olmaktadır.

3- Bu dosyada bilirkişi görüşünüz nasıl olurdu?

Benim bilirkişi olarak görüşümde: bana gönderilen metindeki 'Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalının raporu' ile aynısı olur düşüncesindeyim.

6.1.2 CİNSEL SALDIRGANIN EREKTİL FONKSİYONU

İSTEK

Sanığı bulunduğu Nitelikli Cinsel Saldırı olayı (olay tarihi 2014) nedeniyle; 1939 doğumlu sanığın cinsel gücü artırıcı ilaçlar kullanması haliyle birlikte değerlendirilerek, organ sokmak suretiyle cinsel istismar suçunu gerçekleştirip gerçekleştiremeyeceğinin bildirilmesi istenmektedir.

İDDİA

Mağdur ifadesi: 1975 doğumlu Mağdur psikolog eşliğinde polise verdiği ifadesi:

Baban sana ne yaptı: Işıkları söndürdü
Işıkları söndürdükten sonra ne yaptı: Üstünü çıkardı
Senin üstünü çıkardı mı: Çıkardı
Sana bir şey yaptı mı: Yaptı yaptı
Ne yaptı: Kıldodumu çıkardı
Sonra ne yaptı: Üzerime çıktı
Üzerinden atamadın mı: Atamadım, nasıl atayım
Baban, senin oranı tuttu mu: Tuttu
Senin orana bir şey girdi mi: Girdi
Nerelerine dokundu: Göğsünü işaret ederek "Buralarıma"
Baban daha önce yaptı mı: Yaptı
Niye kimseye söylemedin: Korktum
Sana bir şey dedi mi: Küserim dedi, döverim dedi
Annen ölmeden önce yaptı mı: Önce annem öldü
Sonra mı yaptı: Sonra yapmaya başladı
Kaç kez böyle yaptı: Her gün yaptı

SAVUNMA

Kızımın annesi yaklaşık 2,5 yıl evvel vefat etti. Kızım küçükken geçirdiği bir rahatsızlık nedeniyle konuşma yetisini kaybetti ve kendisini tam olarak ifade edemediği gibi dengesinin de çok sağlıklı olduğu söylenemez. Evde kızım ile birlikte kalmaktayız. Kızım ile aramızda herhangi bir sorunumuz yoktur, evin ve kızımın tüm ihtiyaçlarını ben karşılarım. Kızıma cinsel tacizde bulunmadım, kızım ile cinsel ilişkiye girmedim, suçlamalar asılsızdır. Eğer kızımın raporlarında böyle bir şey varsa bunun failinin kim olduğunu da bilmiyorum, bulunmasını talep ediyorum. Üzerime neden böyle bir suçlama atıldı bilmiyorum ama evimin alt katında oturan oğlum ile aramızda evimin tapusu ile ilgili bir anlaşmazlığım var ama polise ve yargıya intikal eden bir olayımız yoktur. Oğlum geçmiş tarihte evin tapusunu kendisine vermem için bana baskıda bulunmuştu bunun üzerine kendisini evden çıkarmış, eşimin vefatının ardından da tekrar

evime almıştım. Oğlumun kredi kartları borçları vardı bunun için benden devamlı para talep ederdi. Bu husumetlerden dolayı üzerime bu iftiranın atıldığını düşünüyorum. Kızımın her gün ilişkiye girdiğim iddiası kesinlikle yalandır, yaşımdan dolayı böyle bir şey mümkün değildir. Geçirmiş olduğum felç hastalığından dolayı ilaç kulanırım, onun dışında cinsel içerikli haplar kullanmam.

BELGELER

NPT raporu: Tutuklu hastaya NPT (Nokturnal Penil Tümesans) testi yapıldı. 2 gece üstüste yapılan tetkikte NPT testi patolojik (Ereksiyon izlenmemiş) olarak değerlendirilmiştir. Fakat nihai karar verilirken NPT testinin bilimsel duyarlılığında göz önüne alınması önerilir.

Penil doppler usg raporu: Papaverin enjeksiyon öncesinde kavernoöz arter çapları yaklaşık olarak 0,5mm ölçülmüştür. 60 mg papaverinin intrakavernöz enjeksiyonu sonrası kavernoöz arter çapları ortalama olarak 0,6 mm olarak ölçülmüştür. maksimal sistolik hız sağda 24 cm/sn, solda 26 cm/sn, diastolik hızlar sağda 5 cm/sn, solda 4,5 cm/sn ölçülmüştür. Rijit ereksiyon açısı 90 derecenin altındadır, flask uzama mevcuttur. Sistolik akım hızları normalin altında olup diastolik akım hızları normalin alt sınırındadır. Sonuç: Arteriyel yetmezlik.

Adli Tıp Kurumu raporu: "1956 da evlendiğini, eşinin 3,5 sene önce vefat ettiğini, en son 60-65 yaşlarında eşiyile cinsel ilişkiye girdiğini, o zamandan beri cinsel hayatının olmadığını, uzun yıllar hiç ereksiyon olmadığını, masturbasyon yapmadığını söylediği, Yapılan genital muayenesinde; Penis boyu flask 8 cm, çekerek 11 cm, sağ testis 3x3x5 cm, sol testis 4x3x3 cm boyutlarında olduğu, ruhsal durum muayenesinde; kendine bakımı iyi, davranış ve psikomotor aktivite normal, aksiyeteli, görüşmeye istekli olduğu, göz kontağı kurulabildiği, sorulunca yanıt veriyor olduğu, duygudurumu depresif-gergin olduğu, düşünce süreci normal olduğu, depresif temalı düşünceleri bulunduğu, bilinci açık, belirgin demans bulgusu gözlenmediği, klinik olarak normal düzeyde zeka kapasitesine sahip olduğu, belirgin psikopatoloji saptanmadığı" belirtilmektedir.

BİLİRKİŞİ RAPORU

Adli Tıp Kurumu: Kişinin yapılan psikiyatrik muayenesinde; Cinsel ilişkiye engel teşkil edecek psikopatolojik araz saptanmadığı, yapılan genital muayenede; dış genital organlar doğal, sekonder seks karakterlerinin gelişmiş bulunduğu, kişiye uygulanan testlerde erektil disfonksiyon ile uyumlu bulgular olduğu mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME-1

Prof. Dr. Ateş Kadioğlu, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Ereksiyonu değerlendiren testlerden (NPT, IC enjeksiyon testi ve doppler) yalancı negatiflik nedenleri ve oranlarını açıklar mısınız?

Intrakavernöz enjeksiyon ve penil doppler ultrasonografi penil hemodinaminin değerlendirilmesinde kullanılır. Vasküler sistem objektif ve direkt olarak değerlendirilir. Yaklaşık % 20 hastada sınırdaki arteriel akım nedeniyle yanlış pozitif olarak değerlendirilir. Yanlış negatif sonuçlar ise anksiyete, iğne korkusu yada yetersiz doz uygulanımı sonucu görülebilir. Nokturnal penil tümesans (NPT) erektil kapasitenin psikofizyolojik değerlendirmesi için kullanılır. Psikolojik etkenlerin olmaması nedeni ile erektil disfonksiyonun psikolojik ve organik nedenlerinin ayrımında kullanılır. En az 2 gece yapılmalıdır. Nokturnal penil tümesans tanı koydurucu özelliği yaklaşık %80 oranındadır. Depresyon, uyku bozuklukları, tütün alışkanlığı, negative rüya içerikleri yanlış negative sonuçlara neden olmaktadır. Yanlış pozitif sonuçlar ise pelvik steal sendromu ve periferik nöropati gibi patolojilerde görülmektedir.

(Arthur L, Burnett II, Evaluation and Management of Erectile Dysfunction, chapter 27, P 641-668, Campbell-Walsh Urology 11th edition, 2016.)

D. Hatzichristou R. Rosen, Committee 06, Clinical Evaluation and Symptom Scales in Men and Women with Sexual Dysfunction Sexual Medicine Sexual Dysfunctions In Men And Women, P 240-250 Edition 2010.)

2- Bilirkişilerden “cinsel ilişkide bulunabilme kabiliyeti” veya “ereksiyon kabiliyeti” değerlendirilmesi istenmektedir. Bu iki kavramın farkları nelerdir. Tıbbi olarak nasıl değerlendirilmelidir (hangi muayeneler yapılmalı, hangi testler istenmelidir).

Cinsel ilişkide bulunabilme kabiliyeti ile, seksüel sağlık durumu ifade edilir bu fiziksel, emosyonel, mental ve sosyal iyilik halini tanımlamaktadır. Kişinin fiziksel ve mental iyilik hali tanımlanmaktadır. Cinsel sağlık, cinsellik ve cinsel ilişkiye pozitif ve saygılı bir yaklaşımın yanı sıra zorla baskı, ayrımcılık ve şiddet içermeyen zevk alınan ve güvenli cinsel ilişkiyi içerir.

Ereksiyon ise penisin vajene girme kabiliyeti olarak değerlendirilir. Vajinal kapanma basıncı 40 mmHg olup penisin bu kapanma basıncını aşması için penis içi basıncının 80-100 mmHg olması gereklidir. Ereksiyon (endotelial, nörolojik, vasküler) nörovasküler fenomendir. Penil vasküler sistem, psikofizyolojik değerlendirme ve nörolojik değerlendirme ile saptanabilir. Eretil fonksiyonun değerlendirilmesi için literatürde birçok tanı yöntemi ve prosedür bildirilmiştir. Başlıca tanı yöntemleri, İntrakavernöz Enjeksiyon testi (ICI) ve penil Doppler Ultrason (PDU) testidir. Ürolojide yaygın olarak kullanılan ve kabul gören bu testler için benzer şekilde kanıt düzeyi 2B ile eşit derecede sıralanmıştır. Aynı kanıta dayalı kategoride, Nokturnal Penil Tumesans (NPT) prosedüründe 2B kanıt düzeyine sahiptir. Bu yaygın olarak kullanılan üç test tek başına veya birlikte uygulanabilir.

Bulbokavernöz refleks latensi (BRL) testi, nörolojik nedenli ED'yi (2B derecelendirmesi) değerlendirmek için en çok kullanılan nörofizyolojik prosedürdür.

(Lue TF, Takamura T, Schmidt RA, Palubinskas AJ, Tanagho EA. Hemodynamics of erection in the monkey. J Urol. 1983 Dec;130(6):1237-41.

D. Hatzichristou R. Rosen, Committee 06, Clinical Evaluation and Symptom Scales in Men and Women with Sexual Dysfunction Sexual Medicine Sexual Dysfunctions In Men And Women, P 240-250, Edition 2010.)

3- Olayın değerlendirilmesi için yapılan dopler ve NPT de erektil disfonksiyon uyumlu bulgular bulunması ve buna uygun bilirkişi raporu nedeniyle cinsel saldırı sanığı serbest kalacaktır. İfadeler ise sanığın suçluluğunu düşündürmektedir. Yapılan tetkikleride dikkate olarak bilirkişi raporu düzenler misiniz?

Hastanın değerlendirme raporları incelendiğinde, fizik ve mental sağlığının cinsel ilişkide bulunabilme için yeterli olduğu anlaşılmaktadır. Eretil fonksiyon değerlendirmesi için yapılan testler incelendiğinde Nokturnal Penil Tumesans (NPT) testinin negatif değerlendirilmesi organik nedenli erektil disfonksiyon olabileceğini düşündürse de yanlış negatif olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Penil dopler ultrasonografi (PDU) değerlendirilmesinde ise yeterli dozda intrakavernozal farmakolojik ajan uygulanmış ancak enjeksiyon sonrası kavernoöz arter çapı 0.6 mm olarak ölçülmüştür. Piksistolik akım hızı sağda 24 cm/sn, solda 26 cm/sn ölçülmüş olup hemen sınır değer eşliğinde kalmıştır. Diastolik akım hızlarında (sağda 5 cm/sn ve solda 4.5 cm/sn) eşik değer sınırında saptanmıştır. Hastada kaverno- zal yetmezlik veya arteriel yetmezlik olmadığını belirtebilmek için kavernoöz arter çapının %75 oranında artması veya 0.7 mm üzerinde olması beklenmelidir. Yine, arteriel yetmezlik tanısı için piksistolik akım hızının 25 cm/sn altında olması gereklidir. (Evaluation and Management of Erectile Dysfunction, chapter 27, P 641-668, Campbell-Walsh Urology 11th, 2016). Bu bulgular eşliğinde hastada sınır değerler göz önünde bulundurularak normale yakın PDU sonuçları ile medikal tedavi altında ereksiyon sağlanabileceği anlaşılmaktadır.

4- Cinsel ilişki kabiliyetin değerlendirilmesi istenen adli olaylarda, tarafların gerçeği söyleme ihtimali nedeniyle anamneze göre yapılan değerlendirmelerle karar verilemez. Objektif, doğruluğu yüksek, yalancı negatifiği olmayan bir değerlendirme yöntemi de mevcut değildir. Bu nedenlerle “cinsel kabiliyetinin değerlendirilmelerinde Doppler, NPT, hormon testleri ve diğer testler istenmeden muayene bulguları ile rapor yazılabilir” görüşünü olumlu ve olumsuz yönleriyle tartışır mısınız?

Cinsel ilişkide bulunabilme kabiliyetinin değerlendirmesi aşamasında, erektil disfonksiyon tanımlamasında sadece medikal ve seksüel anamnez ile %57 buna fiziksel muayene ve laboratuvar testlerinin eklenmesi ile %79.7 oranında tanı ve tedavinin planlanabildiği, % 20.3 hastada ek diagnostik testler gerektiği göz önünde bulundurulmalıdır. Ancak medikolegal değerlendirmelerde subjektif değerlendir-

meleri minimize etme gerekliliği vardır. Bu nedenle prediktif öngörüsü yüksek objektif parametrelerin ön planda yer aldığı değerlendirmeler ile hak ihlallerinin önlenmesi amaçlanmalıdır. Doppler, NPT, hormon testleri ve diğer testler istenmeden rapor yazımı yanlış negatif sonuçlara yol açacaktır. Uluslararası değerlendirme kılavuzları göz önüne alındığında; glukoz ve lipid profili, sekonder seks karakterleri gelişmemiş ise hormonal (total testosteron) değerlendirme ve penil hemodinaminin değerlendirilmesi için poliklinik şartlarında kombine intrakavernöz enjeksiyon (CIS) yapılmalıdır. CIS negatif ise PDU ile penil hemodinami değerlendirilmelidir. Penil Doppler ultrasonografi NPT ile %90 oranında korele olduğundan nörolojik sistem değerlendirmek için PDU negatif ise NPT istenmelidir.

DEĞERLENDİRME-2

Prof. Dr. Ali İhsan Taşçı,

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

ADLİ OLAYLARDA CİNSELLİĞİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bir erkeğin cinsel ilişkide bulunabilmesi için cinsel isteği, cinsellikle ilgili yapıların anatomik ve fonksiyonel olarak normal olması, cinsel isteği baskılayan, penisin serleşme fonksiyonunu engelleyen heyecan, gerginlik, stres gibi ruhsal problemleri ve psikiyatrik hastalıkların olmaması gerekir.

Cinsel ilişkide bulunamama, cinsellikle ilgili anatomik ve fonksiyonel yapılardaki bir anormalliğe bağlı oluşması haline organik ereksiyon bozukluğu tanımı kullanılmaktadır. Erkete cinsellikle ilgili tüm anatomik yapıları ve bunların fonksiyon kapasiteleri normal olmasına rağmen ruhsal hastalıklar, performans anksiyetesi denen başaramama korkusu gibi ruhsal nedenlerle cinsel ilişki için yeterli süre ve kalitede serteşme oluşmayabilir ve cinsel ilişkide gerçekleşmeyebilir. Bu durum psikojenik ereksiyon bozukluğu olarak adlandırılmaktadır. Cinsellikle ilgili yapıların ve fonksiyonların bozukluğu durumunda ereksiyon oluşmuyorsa organik ereksiyon bozukluğundan bahsedilmektedir.

Cinsel ilişkide bulunabilme kapasitesi, sorgulama, muayene, laboratuvar ve görüntüleme bulguları değerlendirilerek belirlenir. Muayenede cinsel organlarda şekil ve yapı anormallikleri tespit edilebilir. Kan testleri ile hormon durumu anlaşılabilir. Penisin damar sistemi, dolaşımını değerlendirmek için injeksiyon testleri ve doppler ultrasonografi kullanılabilir. Ereksiyon kapasitesini belirlemek, hasta tarafından ifade edilen ereksiyon sorununun psikojenik -organik ereksiyon bozukluğu ayırımı için nokturnal penis tümesans ve rijidite testleri (NPT testi, Rijiscan testi) kullanılır.

Intrakavernöz uygulanan vazoaaktif maddelerle (papaverin gibi) yapılan penis doppler ultrasonografide yeterli süre ve derecede ereksiyon oluşuyor ve damar yapıları normal olarak tespit edilebiliyorsa penisin kavernöz ve vasküler sisteminin normal olduğu kabul edilir. Bu durumda hastanın mevcut ereksiyon probleminin vaskülojenik-non vaskülojenik ayırımı yapılmış olur. Başka bir deyişle normal penil doppler ultrasonografi bulguları halinde hastada kavernöz ve vasküler patoloji olmadığına karar verilebilir ancak hastada nörojenik, endokrin ve psikojenik erektil disfonksiyon olasılığı ekarte edilemez. İntrakavernöz injeksiyon ve penil doppler incelemelerinde test optimal şartlarda yapılmamışsa, hastanın ağrısı ve gerginliği giderilememişse tamamen normal erkeklerde de test anormal çıkabilir. Hastanın normal olmasına rağmen testin normal olmasına yalancı negatiflik adı verilmektedir.

Nokturnal penis tümesans (NPT) değerlendirmesinde uyku esnasında oluşan ereksiyonların sayısı ve özelliği, RigiScan cihazıyla yapılan değerlendirmede gece ereksiyonlarının sayısı, kalitesi değerlendirilmektedir. Uyku sırasında ruhsal ve psikiyatrik faktörler devre dışında olacağı kabul edilerek uyku da yeterli sayı, süre ve derecede ereksiyonların olması halinde hastada organik ereksiyon bozukluğu olmadığı sorunun ruhsal nedenlerle meydana geldiği kabul edilir. Baska bir ifadeyle NPT ve RigiScan organik-psikojenik ereksiyon bozukluğunun ayırıcı tanısında kullanılır. Ancak stres, uyuyamama, uyku kalitesinde bozukluk gibi nedenlerle tamamen normal bir erkekte bu testler anormal bulunabilir. Keza bu durumda da yalancı negatiflikten bahsedilmektedir. Bu ihtimali azaltmak için test üç gece kaydedilmektedir. Buna rağmen bu testlerin yalancı negatiflikleri mevcuttur. Özellikle adli olaylarda kasit ihtimali de bulunabileceğinden bu testlerin yalancı negatifliklerinin oldukça yüksek olabileceğini düşünmemiz gerekir.

Cinsel ilişki kabiliyetinin değerlendirilmesi için FSH, LH, Prolaktin ve Testeron seviyelerine bakılarak hormonal incelemeler de yapılmaktadır. Bu ve diğer hormonal değerlendirme testlerine bakılarak erkeğin cinsel ilişki kabiliyetinin olup olmadığına karar vermek zor hatta birçok durumda mümkün değildir. Hormon değerlerinin normal olması kişinin cinsel ilişkiyi gerçekleştirdiği veya gerçekleştirebileceğinin kanıtı olmaz. Bazı özel durumlar dışında testlerin anormal çıkması durumunda da kişinin cinsel ilişki gerçekleştiremeyeceği kesin değildir. Çünkü kastrasyon yapılmış erkeklerde de ereksiyon olabildiği ve cinselliği devam ettirebildiği bilinmektedir.

Cinsel saldırı olayında saldırganın ereksiyon kabiliyeti değerlendirirken hem doppler hemde NPT testlerinin normal bulunması, saldırganın cinsel saldırı eylemi gerçekleştirebileceğinin göstergesi olurken testlerin negatif çıkması cinsel saldırı eylemini yapamayacağı ya da yapmadığı sonucunu oluşturamaz.

Eşinin iktidarsız olduğunu, cinsel ilişkiyi gerçekleştiremediğini iddia ederek açılan boşanma davalarında erkeğin NPT ve RigiScan değerlendirmelerinde normal sonuç herşeyin normal olduğu, erkeğin cinsel ilişkiyi gerçekleştirebileceği, anormal sonuç da erkeğin cinsel kapasitesinin olmadığı, cinsel ilişkiyi gerçekleştiremediğinin delili olarak kullanılamaz. Çünkü normal inceleme olan durumlarda erkek ruhsal faktörlerle ereksiyon oluşturamamış olabilir. Anormal inceleme durumlarında da yalancı negatiflikler söz konusu olabilir.

Özetle İntrakavernöz injeksiyon testi, penil doppler inceleme, NPT, RigiScan inceleme ve hormonal değerlendirmeler klinikte çok değerli olmakla beraber adli olaylarda karar verdiriciliği düşüktür. Bu testlerin özelliği bilinerek istenmeli ve değerlendirilmelidir. Birçok durumda da yapılmasına gerek yoktur. Cinsel ilişkiyi gerçekleştirebilme kabiliyetinin araştırıldığı olaylarda, olayla ilgili ifadeler, belgeler, muayene bulguları değerlendirilmeli ve bilirkişi görüşü yazılmalıdır. Gerekli olmadıkça ve sonucu değiştiremeyecekse bu testler istenmemelidir.

6.1.3 EJEKULASYONDA EPİLEPSİ

TALEP

Trafik kazası geçiren hastada ejakulasyon sonrasında epilepsi nöbetleri olduğu iddia edilmektedir. Bu durumun tespiti ve trafik kazası ile iliyyeti sorulmaktadır.

BELGELER

Devlet Hastanesinin raporunda "trafik kazası nedeniyle getirildiği, muayenesinde sağ kaş üstünde yaklaşık 3 cm lik yıldız şeklinde kanamalı yara olduğu, sağ köprücük kemiği üstünde ciltte ekimoz, sağ diz iç tarafta ve sağ omuzda ciltte ekimozlar olduğu, çekilen BT de sol beyin yarısı orta hatta 15x13 mm ebadında kanaması olduğu" belirtilmektedir.

Devlet hastanesi'nin Radyoloji dalının kranyal BT inceleme raporunda; "sol parietal lob ak medde içerisinde, hiperdens lezyon sahası izlendiği (postravmatik kanama?), sağda bazal ganglionlar normal izlendiği, sol bazal gangliada periferik hafif ödemi olan kanama odağı olduğu" belirtilmektedir.

Devlet hastanesi'nin raporunda; "trafik kazası neticesinde kafa travması geçiren kişinin beyin cerrahisi servisine yatırıldığı, tedavisi sonucunda taburcu edildiği, ilk BT de sol temporal lobta hematoma olduğu, kişinin hayati tehlike geçirdiği, basit tıbbi müdahaleyle giderilecek ölçüde hafif olmadığı, bayılma nöbetleri (epileptik nöbetler) geçirmekte olduğu" belirtilmektedir.

Tıp Fakültesi Nöroloji AD raporunda; "yapılan EEG değerlendirmesinde normal EEG trasesi elde edildi" belirtilmektedir.

Devlet hastanesi'nin, Psikolog imzalı el yazısıyla yazılmış evrağın; "kişide MMPI testi uygulanması neticesinde depresyon ve anksiyete bulgularına rastlandığı" belirtilmektedir.

Devlet Hastanesi'nin raprunda; "anksiyete bozukluğu (tedaviyle kısmen düzelen), epilepsi (bazı günlük aktivitesini engelleyen seyrek nöbetler), sağ hemiparezi (hafif ayakta durabilme, yürürme ve hareket bozuklukları %19, hafif-tek üst ekstremitte bozukluğu %4) özür durumuna göre tüm vücut fonksiyon kaybı oranı; %54" belirtilmektedir.

Adli tıp Kurumu muayenesinde; "yapılan nörolojik muayenede motor defisit olmadığı, kişinin zaman zaman nöbet geçirdiğini ve Epix kullandığını ifade ettiği, yapılan psikiyatrik muayenede ; mood gergin, affekt uygun, düşünce süreci normal, düşünce içeriğinde ; anksiyete temalı düşünceler, depresif temalı düşünceler olduğu, travmatik olayı yeniden yaşantılama hafif düzeyde, kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azlama hafif düzeyde, artmış uyarılmışlık semptomları hafif düzeyde mevcut olduğu, bilişsel yetiler normal, içgörüsü ve, yargı normal, kişide tedavi ile düzelen anksiyete ve depresyon belirtileri (kısmi iyileşme) mevcut olduğu (maluliyet gerektirecek derecede psikopatolojik araz tespit edilmedi" belirtilmektedir.

Tıp Fakültesi Nöroloji AD raporunda; "önemli asimetri fokal anomali epileptiform aktivite olmadığı, normal EEG trasesi olduğu" belirtilmektedir.

Tıp Fakültesi Nöroloji AD raporunda; "çekim süresince aralıklı kas artefaktları olduğu toplamda 2 saat süreli yapılan EEG çekiminin ilk yarısında 3-4 sn süreli sol cantroparietookspital alandan kaynaklanan ve sağ hemisferin arka kısımlarına da yayılan epileptiform aktivite gözlemlendiği, çekim sonlarına doğru 3 sn süreli yaygın epileptiform dalgaların deşarjı olduğu, sonuç olarak masturbasyon sonrasında ejakülasyonu takiben gerçekleşen nöbet ve bu esnada 2-3 sn süreli yaygın epileptiform dalgaların gözlemlendiği patolojik EEG trasesi elde edildi" belirtilmektedir.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Yiğit Akın, Yard. Doç. Dr. Osman Köse, Doç. Dr. Nevin Gürgör Kanat,
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji ve Nöroloji Klinikleri

1- Ejekülasyonda epilepsi literatür bilgileri nasıldır?

Epileptik atakların en çok müzik ve ışık uyaranları ile tetiklenebildiği bilinmektedir. Literatürde, ilk seksüel aktivite sonrası epilepsi vakası, 1960 yılında bir kadının cinsel ilişki sonrasında geçirdiği epilepsi nöbeti olarak rapor edilmiştir (Hoenig ve Hamilton, 1960). Giderek artan sayıda literatürde seksüel aktivitenin epileptik atakları tetikleyebileceğini bildiren yazılar da vardır. Ayrıca temporal lob epilepsisi olan bazı hastalarda da cinsel aktivite sonrası epilepsi olabileceği bildirilmektedir (Remillard GM, Andermann F, Testa GF, Gloor P, Aube M, Martin JB, Feindel W, Guberman A, Simpson C. Sexual ictal manifestations predominate in women with temporal lobe epilepsy: a finding suggesting sexual dimorphism in the human brain. *Neurology* 1983; 33:323-330.). Daha çoğunlukla bayan olguların olduğu bazı raporlar mevcuttur. Bu epileptik atakların odaklarının çoğunun sağ serebral hemisfer kaynaklı olduğu bildirilmektedir. Bu durumun refleks bir epileptik atak olarak değerlendirilmektedir. Janszky ve ark. dominant olmayan temporal lobdan özellikle amigdala bölgesinden kaynaklandığını bildirmişleridir (Janszky J, et al, Orgasmic aura originates from the right hemisphere. *Neurology* 2002;58:302-304.) Refleks epilepsilerin Tüm epilepsilerin %8-9'u kadar olabileceği bilinmektedir. Ülkemizden de tümü bayan olan 6 hastalık seksüel ilişki sonra epilepsi atağı geçiren hastaları içeren bir seri yayınlamıştır (Ozkara C, Ozdemir S, Yılmaz A, Uzan M, Yeni N, Ozmen M. Orgasm-induced seizures: a study of six patients. *Epilepsia*. 2006 Dec;47(12):2193-7.) Tüm kompleks parsiyel nöbet olarak tanı almışlardır. Bu 6 olgunun yapılan EEG'sinde patolojik bulgular saptanmıştır.

Bir erkekte masturbasyon sonrasında epileptik atağın yine sağ hemisfer kaynaklı olabileceği gösterilmiştir (Tiihonen J, Kuikka J, Kupila J, Partanen K, Vainio P, Airaksinen J, Eronen M, Hallikainen T, Paanila J, Kinnunen I, Huttunen J. Increase in cerebral blood flow of right prefrontal cortex in man during orgasm. *Neuroscience Letters* 1994; 170:241-243.)

Diğer taraftan 1972'de yayınlandığından beri, seksüel aktivite ve sonrasında beyinde bir takım epileptik dalgaların oluşabileceği bildirilmiştir (Heath RG. Pleasure and brain activity in man: deep and surface electroencephalograms during orgasm. *The Journal of Nervous and Mental Diseases* 1972; 154: 3-18.). Bu minvalde, seksüel aktivitenin epileptik nöbete yol açabileceği ve bunun beynin farklı bölgelelerinden kaynaklanabileceği farz edilmektedir. Santral sinir sisteminin herhangi bir yerindeki hasar ile bu durumun olabileceği de ön görülebilir.

2- Bu olayda kaza ile illiyeti düşünür müsünüz?

Önceden epileptik ataklar geçiren bir kişide elbette ki ejakülasyon sonrası atak geçirebilir. Yukarıda bahsedildiği gibi seksüel aktivite nöbetleri tetikleyebilir. Hasta önceden bu hastalığının var olduğunu ve ilaç kullanımını muayene eden doktordan ve adli tıp kurumundan saklayabilir. Trafik kazasını bahane ederek bu durumdan faydalanmak isteyebilir. Bilgisayarlı beyin tomografi raporları bize klinik durum için yön gösterebilse de hastanın devlet hastanesinden aldığı %54'lük özür durum raporu, Adli tıp kurumunda yapılan muayene ile teyit edilmemiştir. Trafik kazası sonrası hayati tehlike adı altında değerlendirme yapılması bize %54 maluliyetin kabulünü göstermez. Özellikle trafik kazaları sonrası yukarıda bahsi geçen nörolojik defisitlerin zaman ile düzelme eğiliminde olduğu literatürde rapor edilmiştir. Son yapılan Adli tıp muayenesi de bunun başka bir kanıtıdır. Literatürdeki ejakülasyon sorası epilepsi tarifleyen tüm vakalarda yapılan normal EEG çekimlerinde temporal lob kaynaklı bir takım defisitler görülmüş, sadece bir hastada frontal lob kaynaklı anormal EEG dalgalarından bahsedilmektedir. Bu hastada EEG çekimlerinde anormal aktivite saptanmamıştır. Sadece Tıp Fakültesinde yapılan EEG'de ilk yarısında 3-4 sn süreli sol cantroparietookspital alandan kaynaklanan ve sağ hemisferin arka kısımlarına da yayılan epileptiform aktivite gözleendiği, çekim sonlarına doğru 3 sn süreli yaygın epileptiform dalgaların deşarjı olduğu, sonuç olarak masturbasyon sonrasında ejakülasyonu takiben gerçekleşen nöbet ve bu esnada 2-3 sn süreli yaygın epileptiform dalgaların gözleendiği patolojik EEG trasesi elde edilmiştir. Bu durumun kaza sonrası oluştuğuna kanaat getirmek için bu tetkik yeterli değildir. Normal kişilerde de (epilepsi atağı geçirmeyen), cinsel aktivitenin EEG'de epileptik deşarjlar oluşturduğu bilinmektedir. Bu hastanın önceki sağlık kayıtları da Sosyal Güvenlik kurumundan temin edilerek bu durum hakkında bir fikir elde olunabilir. Dahası bazı hastalar epilepsi gibi hastalıklarını saklama arzusunda olabilirler; iş başvurularında sağlık kurumlarından menfi rapor almamak adına. Sadece bu tür hastalıkları için özel hekimlere müracaat edebilirler, sağlık sisteminde kayıtları da olmayabilir. Geçirdikleri trafik kazasından alacakları maluliyet raporları ile açacakları tazminat davalarına yaşamlarını endeksleyebilirler.

Neticeten; Hastanın bahsettiği trafik kazası sonrası ejakülasyondan sonra epilepsi için trafik kazası ile tam illiyeti kurulamaz görüşünderiz.

3- Bu hastanın önceden bilinen bir epileptik nöbeti olmayıp trafik kazası sonrasında oluşan ejakülasyon sonrası epileptik atakları için maluliyet verilir mi?

Bu tür nöbetler hastanın günlük aktivitelerini etkilememektedir. Parsiyel nöbet adı altında değerlendirilmektedirler. Zaman ile düzelme eğiliminde olabilir. Literatürde bu nöbetlerin medikal tedavi ve takip ile düzelebildiği de bildirilmektedir. Bu halde uzun dönemli takip (5 yıl) hasta takibi sonrası kesin karar verilebilir. Bu durumun adli bir olay olduğu göz önüne alındığında (hasta ve karşı tarafını mağdur etmemek adına) maluliyet vermek için 5 yıl beklemek gerekliliği yönünde görüş bildirilmesi kannatindeyiz. Bu süre sonunda klinik durumun devamında ancak %5 maluliyet verilebilir. Bu süreçte medikal tedavisini düzenli alması önerilir.

6.1.4 PRIAPİSM

İDDİA

09.09.2014 tarihi Sabah uyandığımdaya cinsel uyarı olmaksızın penisimde ereksiyon hali vardı. Saat 09:00'dan sonra penis bölgesinde ağrılarım başladı, öğle saatleri Devlet Hastanesi Üroloji bölümüne gittim. (1. Hastane) Üroloji doktoru "sıkıntımın cinsel organımda olduğunu" söyledi. Ereksiyon hali olduğunu söyledi, bunun önemli bir şey olmadığını geçici olduğunu söyledi, uyarılma olduğunu söyledi. Bende uyarılma olmadığını söyledim, böyle bir durumda olmadığını söyledim. Muayene etmeden önemli bir şey olmadığını söyleyerek gitmemi söyledi. Ağrımın olduğunu söyleyince bana ağrı kesici verdi. 10 gün içerisinde geçer, geçmediği takdirde ya kendisine tekrar gelmemi ya da bir eğitim ve araştırma hastanesine başvurmamı söyledi. Hastaneden çıktım işime geri döndüm ve bu arada ağrı kesici almaya başladım.

Ağrılarımın geçmedi, 18.09.2014 tarihinde Eğitim Araştırma Hastanesine gittim. (2. Hastane) Ürolojide doktor muayenesini yaptı, daha önce böyle bir durumla karşılaşmadığını söyledi. İstanbul Üniver-

sitesi Çapa Tıp Fakültesi Hastanesi'ne gitmemi söyledi. (Orada da hocaya gitmemi önerdi.) Öğle saatlerinde Çapa Tıp Fakültesi Hastanesi'ne gittim. Acile gitmeme rağmen benimle ilgilenmediler. (3. Hastane) Polikliniğe geçtim, acil geldiğimi söylememe rağmen yine benimle ilgilenmediler. Oradan 19.09.2014 tarihinde Özel Hastaneye gittim (4. Hastane) doktorun muayenesinden sonra acil müdahale gerektiğini söyledi, Eğitim ve Araştırma Hastanesine'e gönderdi. (5. Hastane) Bakırköy ilk müdahaleyi yaptı, boşaltma işlemini yaptı. Kendilerinin başka yapacak bir şeyi olmadığını bir üst kuruma yani Çapaya gitmemi söylediler. 19.09.2014 tarihi akşamı Çapa acilinde boşaltma işlemi yapıldıktan sonra yatışımı yaptılar. Pazartesi doktor ameliyat kararı verdi. (3. Hastane) Daha sonra ameliyatım gerçekleşti. Protez takıldı. 4 gün kadar ameliyattan sonra hastanede kaldım. Hastalığımın priapizm olduğunu Çapa'da öğrendim. Ve bu rahatsızlığa Çapa'daki doktorlar ilk 6-12-24 saate kadar müdahale edilmesi gerektiğini söylediler, geç kalındığında doku kaybı olacağını ve geri dönüşü olmayan hasarların olacağını söylediler, İlk gittiğim Devlet Hastanesindeki (1. Hastane) doktor yüzünden çok geç kaldığımı öğrendim.

SAVUNMA

Üroloji Uzmanı (1. Hastane): Hasta 09/09/2014 tarihinde Polikliniğine başvurmuş, randevusu olmadığı halde öğlen saat 12: 34 de poliklinik sıra numarası almış, öğleden sonra poliklinik sıra numarasına göre muayene odasına alınmıştır. İddia edildiği gibi hasta acılar içinde gelmemiştir, üroloji polikliniğine gelmiş, sırasını almış, yaklaşık saat 14:00 de üroloji polikliniğinden çıkmıştır. Hastaya şikayet sorulmuş, muayenesi yapılmıştır, gereken önerilerde bulunulmuş ve reçetesi düzenlenmiştir. Şikayetleri geçmezse 10 gün içinde ücret alınmadan ve yine randevu almadan hastaneye gelebileceği söylendi. Devlet Hastanesi Poliklinik hasta muayene raporunda görüldüğü gibi 1 (bir) haftadan beri peniste sertlik ve ağrı hissi tarif eden hastanın muayenesi sonunda peniste inflamatuvar bozukluk düşünülerek reçete verilmiştir. Priapizm tanımında yer alan cinsel uyarı olmaksızın şiddetli ağrı ve ereksiyon hali, poliklinikte anlattığı şikayetleri arasında yoktur.

Hasta verdiği anamnezde şikayetinin 1 hafta süredir olduğu belirtilmiştir. Hastanın muayenesi sonucunda priapizm yani hastanın dilekçesinde iddia ettiği gibi sabah saat 9'dan öğlen 13:30'a dek süren ağrılı ereksiyon halini tespit etmediğim şikayeti gerçek dışıdır. Hasta 18 Eylül 2014 tarihine dek ereksiyon hali ve dayanılmaz ağrıları devam etmiş. Buna rağmen hasta acile başvurmamış, muhtemelen iş ve sosyal hayatına devam etmiştir.

Hasta şikayetlerinin süresini bir hafta olarak söylemiştir, herhangi sağlık kuruluşuna gitmemiştir. Benim muayenemde de hastada priapizm hali saptamadım.

BELGELER

Devlet Hastanesi (1. Hastane) 09/09/2014 tarihli muayene raporu: Penil sertlik, ağrı hissi bir hafta şeklinde kayıtlı olduğu, Dicloflam 20 draje önerildiği görülmektedir.

Devlet Hastanesi (1. Hastane) 12/08/2015 tarihli belgesi: Hasta saat 13:59'da "Penil sertlik.ağrı hissi" şikayet ile muayene edilmiş. N48.2 Penisin diğer enflamatuvar bozuklukları "tanısı konulmuş ve şikayetleri düzelmezse on gün içerisinde ücretsiz olarak kontrole gelebileceği ifade edilmiştir. Dava dilekçesinden anlaşıldığı kadarıyla muayene tarihinden dokuz gün sonra MHRS'den randevu alarak (Yine Acile başvurmayarak) Eğitim ve Araştırma Hastanesine giderek bundan sonraki tedavisini kendi inisiyatifıyla başka yerlerde kullanmıştır.

Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin (2. Hastane) 18/09/2014 tarihli hasta hizmet detay listesi: Hastanın üroloji poliklinik başvurusu olduğu, penisin diğer enflamatuvar bozuklukları tanısı konduğu görülmektedir.

Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin (5. Hastane) 19/09/2014 tarihli konsültasyon kağıdı: Yaklaşık 10 gündür peniste sertlik şikayeti olan hastanın daha önceden ilaç kullanım öyküsü mevcut değil, hastanın penisinin erekte olduğu ve glans ve corpus peniste kızarıklık morluk saptanmadı. Glans peniste ısı artışı saptandı. Hastanın penisinden kan gazı gönderildi. Oksijen saturasyonu 20 geldi, ardından hastaya priapizm tanısı ile corporoal kan boşaltımı uygulandı. 2 saat kontrolünde sertliğin azaldığı fakat ereksiyonun tam geçmediği saptandı. Hastanın şant cerrahisi açısından ileri bir merkeze başvurması önerildi.

Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nın (3. Hastane) 19/09/2014 yatış, 02/10/2014 çıkış tarihli epikrizi: Ağrılı penil ereksiyon şikayetiyle başvuran hastanın 10 gün önce cinsel ilişki sonrası ağrılı ereksiyon ge-

liştiği, iki-üç gün boyunca herhangi bir girişimsel işlem yapılmadığı, ve NSAİİ kullandığı, bugün Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde (5. Hastane) boşaltma yapıldıktan sonra tekrar sertleşme gerçekleşince ileri tetkik ve tedavi amaçlı servise yatırıldı, Yapılan penis MR görüntülemesinde nekroz ile uyumlu bulgular saptanan hastaya penil protez implantasyonu yapılması planlandı. 29/09/2014'te penil protez implantasyonu operasyonu yapıldı.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Hasta ifadesinde 09.09.2014 tarihide peniste sertlik ve ağrı nedeniyle doktora gittiğini belirtmekte, ifade de sertlik ve ağrının aynı gün ortaya çıktığı anlaşılmaktadır. Doktor ifadesinde ve kayıtlarda peniste sertlik ve ağrının 1 haftadır olduğunu belirtmiştir. Doktorun ifadesi ile "1 haftadan beri peniste sertlik ve ağrı hissi tarif eden hastanın muayenesi sonunda peniste inflamatuvar bozukluk tanısı" konulmuştur. Hastanın müracaat semptomu dikkate alındığında yapılması gereken ayırıcı tanıda, klasik bilgiye göre priapismus yer alması gerekirken Devlet Hastanesinde (1. Hastane) bu tanının dikkate alınmaması, ayırıcı tanı yapılmaması tıbbi hata olarak değerlendirilmiştir. Hastanın ilk müracaatında şikayetin bir haftadır olması (Doktor ifadesi ve kayıtlara göre) ve ilk müracaattan 9 gün sonra ikinci müracaatın olması priapismusun aralıklı olduğunu düşündürmektedir. Bu nedenle yukarıdaki tıbbi hata ile oluşan hasarın illiyet bağı mevcut değildir.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Ateş Kadioğlu, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Hasta ifadesinde 09.09.2014 tarihide peniste sertlik ve ağrı nedeniyle doktora gittiğini belirtmektedir. Doktorun ifadesi ile "1 haftadan beri peniste sertlik ve ağrı hissi tarif eden hastanın muayenesi sonunda peniste inflamatuvar bozukluk tanısı" konulmuş. Semptoma göre yapılan tanıyı klasik ve klavuz bilgiye göre değerlendiriniz?

Peniste enflamatuvar bozukluk; Balanitis (glans), posthitis (prepisyum), infeksiyon, alerji, liken planus, pröriazis, balanitis obliteransa gibi patolojilere sekonder gelişen ağrı, kaşıntı ve kızarıklık bulguları varlığında ve fizik muayene ile saptanabilir. Hasta ifadesinde ve muayene bulgularında bu tür belirtilere rastlanmamıştır.

(Richard Edward Link, MD, PhD, and Theodore Rosen, MD Cutaneous Diseases of the External Genitalia, chapter 16, P 387-420 , Campbell-Walsh Urology 11th , 2016)

2- Hasta ilk muayenesinden 9 gün sonra Eğitim hastanesine (2.hastane) gitmiş ve burada da penisin diğer enflamatuvar bozuklukları tanısı konulmuş. Bu tanıyı nasıl yorumlamalıyız?

Hastanın ilk başvurudan 9 gün sonra başvurduğu eğitim ve araştırma hastanesinde, üroloji poliklinik başvurusu olduğu, penisin diğer enflamatuvar bozuklukları tanısı konduğu görülmektedir ifadesi dışında bir ifade yoktur. Aynı tanının konulmasının fizik muayene yapılmadığı sadece anamnezden yola çıkılarak değerlendirildiği izlenimini vermektedir.

3- Bu vaka özelinde ayırıcı tanı nasıl yapılmalıdır?

Korporal aspirasyon ve kan gazı analizi tanının temel dayanağıdır ve bütün hastalara yapılmalıdır. Tam kan sayımı trombosit ve beyaz kan hücresi sayımı yapılmalı eğer anormal değerler saptanırsa ek değerlendirme olarak, retikulosit sayımı ve hemoglobin elektroforezi yapılmalıdır. Ayırıcı tanıda iskemik priapizm ve non-iskemik priapizm ayırımı yapılmalıdır. Etiyoloji idiyopatik olabileceği gibi , orak hücreli anemi , intrakavernoz enjeksiyon, ilaç kullanım öyküsü, travma, neoplastik hastalıklar, nörolojik lezyonlar sorgulanmalıdır. Kan gazı analizinde, pO₂ < 30 mmHg, pCO₂ >60 mmHg ve pH < 7.25 saptanması ve fizik muayenede ağırlı rijid ereksiyon saptanması iskemik priapizm tanısını belirler ve bu tip priapizm acil olarak değerlendirilmelidir. İskemik priapizm epizodunun 48 saatten uzun sürmesi korpus kavernozum nekrozu ve kalıcı erektil disfonksiyona neden olmaktadır. Kan gazı analizinde po₂ > 30 mmHg, pCO₂ < 60 mmHg, pH > 7.25 saptanması ve fizik muayenede , flask, semiereksiyonda penis

saptanması non-iskemik priapizm tanısını belirler. İstenmeyen, ağrılı, aralıklı 4-6 saat süren ereksiyonlar arasında detümesans periyodları görülmesi aralıklı priapizm olarak tanımlanır. Genellikle idiyopatiktir, özellikle orak hücreli anemi hastalığında sık görülür. Tedavisi iskemik, non-iskemik ayrımı yapılarak düzenlenmelidir.

(Broderick GA, Kadioglu A, Bivalacqua TJ, Ghanem H, Nehra A, and Shamloul R. priapism: Pathogenesis, epidemiology and management J Sex Med, 2010;7:476–500.

Broderick GA, Ralph D, Bivalacqua TJ, Sadeghi-Nejad H The New Sexual Medicine-Integrating Pharmacotherapy, Sexual Therapy and Surgery and the 4th International Consultation on Sexual Medicine, J Sex Med. 2015 Oct;12 Suppl 6:383-411)

4- Bilirkişi siz olsaydınız vakayı nasıl yorumlardınız?

Hasta fizik muayene yapılsaydı, penisin rijid olduğu görülecek ve balanit olmadığı düşünülüp üst merkeze sevk edilecekti. Tanı aşamasında bir haftalık zaman kaybı kritik zaman diliminin geçilmesine sebep olmuş (48 saat) ve geri dönülemez ED'ye sebep olmuştur. Eğer hasta hakikaten birinci doktora geldiğinde bir haftalık ereksiyon durumundaysa, bu kritik eşik zaten geçilmiş olacaktır. Ancak hastanın ifade ettiği gibi priapizm epizodu sadece 4-6 saat ise kalıcı ED oluşmadan hasta tedavi edilebilirdi. Üniversite hastanesinde yapılan tetkiklerinde nekroz görülse de, zaten priapizmin en az 48 sürdüğünü belirtir ve geriye dönük tahmin yapılması imkansızdır. Hasta en baştan itibaren iskemik priapizmlı olabileceği gibi, bilirkişinin raporunda yazdığı şekilde iskemik priapizme dönüşmüş tekrarlayan priapizm hastası olabilir. Ancak hastanın daha önce görüldüğü merkezlerde iskemik priapizm düşünülerek yakın takibe alınması gerekirdi. Bu nedenle 1. ve 2. merkezlerde hastayı muayene etmeden penil inflamatuvar hastalık tanısı konması tıbbi hatadır.

6.2 VARİKOSEL

6.2.1 VARİKOSELEKTOMİDE BARSAK PERFORASYONU VE KOLOSTOMİ İLE TEDAVİ

İDDİA

Müvekkil "varikozel" Hastalığı sebebiyle hastaneye gitmiş, "sol varikozel" teşhisi, konularak ameliyata alınmıştır. Evine gelip istirahate çekilen müvekkil bir müddet sonra şiddetli karın ağrıları yaşamaya başlamış, yeniden hastaneye götürülmüş, burada yapılan muayenesi sonrasında ağrıların her ameliyattan sonra hissedilebilecek, normal ağrılar olduğu söylenmiş ve ağrı kesici kesici verilerek yeniden evine gönderilmiştir. Karın ağrılarının şiddetini daha da artırması üzerine bu defa. Tıp Fakültesi Hastahanesine götürülmüş, burada yapılan muayene ve tetkikler neticesinde, sol varikozel operasyonuna sekonder gelişen sigmoid kolon perforasyonu olduğu anlaşılmıştır. Müvekkil acilen ameliyata alınmış; sigmoid kolonun batin duvanna yapışık ve sütür kenarından 1 cm.lik alanda perfore olduğu gözlenip ameliyatla perforasyon düzeltilmiş, kolostomi yapılmıştır.

SAVUNMA

Davacı sol testicular bölgede ağrı ve şişlik nedeniyle başvurmuştur. Yapılan muayene ve tetkikler sonucu davacıda sol varikozel tanısı ile operasyon önerilmiştir. Davacı hastalığı ve ameliyatı ile ilgili ameliyat esnasında ve sonrasında her türlü olabilecek komplikasyonlar kendisine teferruatı ile anlatılmış hastanın yasal onayı alınarak operasyona alınmıştır. Operasyon ve postop dönemi sorunsuz geçmiş ve taburcu olmuştur.

BELGELER

Tıp Fakültesi epikrizi: Varikozel ameliyatı olan hasta operasyon sonrası akut batin-sigmoid kolon perforasyonu tanısıyla yatırıldı. Olgu acil operasyona alındı. Laporoskopik eksplorasyon + Laparotomi + kolostomi açılması yapıldı. Bir gün önce geçirilmiş sol varikozel operasyonuna sekonder sigmoid

kolondan geçilen iatrojenik sütürlere sekonder sigmoid kolonun batın duvarına yapışık ve sütür kenarından 1 cm.lik alanda perfore olduğu gözlemlendi. Postop 6. gün ateş yüksekliği olan olgunun sol alt kadranda subkutan dikişli insizyonda şişlik ve kızarıklık olması üzerine insizyon aralanarak yaklaşık 200 cc pürülan abse mayii drene edildi. Ateşleri gerileyen ve kliniği düzelen olgu poliklinik kontrolü ile taburcu edildi.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Her ne kadar dosyada hastaya ait ameliyat öncesi ultrasonografi rapor sonucu bulunmamasıyla birlikte hastanın kliniği de dikkate alındığında konulan tanının uygun olduğu, ameliyat raporuna göre yapılan ameliyatın da uygun olup, ameliyat sonrası akut batın tanısı konularak ameliyat kararı verilmesinin de uygun olduğu, ameliyat notundan sigmoid kolondan sütür geçtiği anlaşıldığı bu durumun nadir görülen komplikasyonlardan olduğu bu nedenle davalı sağlık kuruluşunda yapılan işlemlerin ve hekimin uygulamasının tıp kurallarına uygun olduğu oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Selahattin Çayan, Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Dosya içeriğine göre varikosektomi endikasyonu hakkında düşünceleriniz nelerdir?

Dosya içeriğinde hastanın skrotum ve sol testisinde ağrı olduğu belirtilmektedir. Kılavuzlara göre varikosektomi endikasyonlarına baktığımızda infertilite varlığında palpabl varikozel ve bozuk sperm parametreleri varlığı varikoselin düzeltilmesi gerektiği yönündedir. Ancak hasta sol varikozel tedavisini sadece ağrıları için olmuşsa, önceden analjeziklere yanıt vermeyen ağrı varlığında da varikosektomi uygulanabilir. Varikoselin tanısı fizik muayene ile konulur, ayrıca tanıyı konfirme etmek için ek görüntüleme yöntemlerine gerek yoktur.

2- Varikosektomide kolon perforasyonunun teknik açıdan nasıl oluştuğu hakkında yorumlarınız nelerdir?

Varikoselin cerrahi olarak güncel tedavi yöntemleri makroskopik veya mikroskopik yolla tüm internal spermatic ven dallarını bağlamaktır. Cerrahi operasyon inguinal/subinguinal seviyeden yapıldığında hemen spermatic kordon önümüze çıktığı için peritoneal organları görmek imkansızdır. Bu sırada dilate ise bağlanan eksternal spermatic ven sırasında da kolon perforasyonu imkansızdır. Günümüzde artık nadiren uygulanan yüksek ligasyon (Palomo) tekniğinde insizyon daha üst seviyeden yapıldığı için bu seviyede periton hasarı düşük ihtimal olmasına rağmen olasıdır. Ancak perforasyon sırasında sütürlar nedeniyle gelişen perforasyonunun varikozel ameliyatı sırasında hangi amaçla atıldığı tam olarak anlaşılamamıştır. Çünkü varikozel cerrahisinde amaç internal spermatic ven dallarının bağlanmasıdır. Bu işlem sırasında sütür kullanılmamaktadır.

3- Hastanın taburculuk sonrası karın ağrısı ile gelişinde tanı konulamamasını nasıl yorumlarsınız?

Cerrah retroperitoneal düzeyde ven dallarını bağladığını düşündüğü için bir perforasyon ihtimalini akla getirememektedir. Ancak postoperatif dönemde hasta kontrole geldiğinde ağrısının ifadesi yanında cerrahın akut batın bulgularını anlayabilecek tecrübede olması gerekmektedir.

4- Bu dosya ile ilgili bilirkişi raporunu nasıl düzenlersiniz?

Doktorun varikozel tanı ve tedavi endikasyonunda sorun bulunmamaktadır. Varikoselin cerrahi tedavisinde kolon perforasyonu hemen hemen imkansız yakın nadir komplikasyon olsa da cerrahiye bağlı olası bir komplikasyon olduğu için bu durum malpraktis yerine cerrahi işleme bağlı olası komplikasyon olarak değerlendirilmelidir. Ancak postoperatif dönemde hasta karın ağrısı yakınması ile başvurduğunda doktor akut batın bulgularını anlayabilmeli ve tedavisini yönlendirmelidir.

6.2.2 VARİKOLEKTOMİDE BARSAK PERFORASYONU NASIL TEDAVİ EDİLMELİDİR?

İDDİA

Müvekkilim varikozel rahatsızlığı nedeniyle muayene olmuş, aynı gün ameliyat edilmiştir. Ameliyatını gerçekleştiren doktor müvekkilimin bağırsağını kesmiş daha sonra kendince tekrar bağırsağı dikmeye çalışmış ve bu konudan müvekkilime ve hasta yakınlarına bilgi vermemiştir. Bağırsak ameliyatında bağırsaktan sızan gaitanın hastanın bütün organlarına yayılmasından dolayı hasta sepsis tablosuna girmiştir. Bağırsak ameliyatının genel cerrahi uzmanı olmadan yapılmaması gerekmektedir. Bağırsak ameliyatlarına hastanın kesinlikle ilk 5 gün ağızdan beslenmemesi gerektiği halde hastaya her şey yiyebilirsin içebilirsin ifadesi kullanmıştır. Müvekkilim daha sonra acıları dinmeyince tekrarbaşka bir hastaneye gitmiş, bu hastanede bağırsağın kesilmiş olduğu ve gaitasının vücut organlarına yayıldığı tespit edilmiş, müvekkilim tekrar ameliyat edilmiştir. Müvekkilim bu hastane de 8 gün yoğun bakımda yatmıştır. Daha bu hastanede ateşi düşürülemediği için Tıp Fakültesine sevk edilmiş, burada tekrar ameliyat edilmiş, 23 gecede bu hastanede yatmıştır. 21.10.2011 tarihinde üniversite hastanesinden taburcu edilmiştir. Müvekkilim henüz bağırsağı dışarıda ve karnı yaklaşık bir karış kadar açık bir şekilde korse ile gezmektedir ve tekrar ameliyata alınacaktır.

SAVUNMA

Üroloj Uzmanı: Ben otuzbir yıllık kamudaki görevimden sonra ürolog olarak Tıp Merkezinde çalışmaya başladım. Hastanın testislerine giden damarlarda genişleme meydana gelmişti. Bu durum ağrıya sebebiyet veriyordu. Tedavisi ameliyatla yapılıyordu. Müşteki ameliyat olmak istemişti. Bende kendisini ameliyat ettim. Ameliyat o an için başarılı geçmişti. Ameliyat sırasında retro peritoneal bölgeden girdim. Bağırsaklara hiç dokunmadım. Bağırsak zarı (periton) açılmıştı. Ameliyat yaparken usulüne uygun peritonu kapattım. Dikişleri yaptım ameliyatı sonuçlandırdım. Ertesi günü tekrar müşteki karın ağrısı ile hastanemize müracaat etmiş, genel cerrah arkadaşımız kendisini takibe almış, kendisini yeniden ameliyata almışlar. Daha sonra hastanın ne gibi işlemler yaptırdığım bilmiyorum. Ben daha önce binlerce varikozel rahatsızlığı ile ilgili ameliyat yaptım. Herhangi bir acemiliğim söz konusu olamaz.

Genel cerrah: Hastayı varikozel ameliyatı sonrasında ikinci gün rahatsızlanması üzerine ürolog meslektaşımın takip ettiği bir hasta iken, hasta yakınları benim de hastayı görmemi istediler. Zaten ürolog arkadaşım da hastayla ilgileniyordu. Hastada akut batın durumu söz konusu idi. Cerrahi müdahale gerekiyordu. Varikozeli yapan ürolog arkadaşım ile birlikte hastayı ameliyata aldık. Batını açtığımızda yaklaşık 500 cc kadar ince ve kalım bağırsak muhteviyatı karın boşluğunda mevcuttu. Ayrıca sigmoid kolonda yaklaşık 2 cm lik bir kesi tespit ettik. Bağırsaktaki kesi düzgün kenarlı bir kesi idi. Karın boşluğunu temizleyip dezenfekte ettikten sonra bağırsağı diktik. Bir hafta süre ile hastayı takip ettik. Hastanemizde yatar hasta durumundaydı. Karnı boşluğuna iki adet diren de koymuştuk. Hastayı takibimiz sırasında ilk beş altı gün herhangi bir olumsuzluğa rastlamadık. Sanırım yedinci gün rektal tüpten renkli madde verdik. Yaklaşık iki saat sonra batındaki direnden renkli sıvı geldiğini görünce mikro düzeyde de olsa kaçak olduğuna kanaat getirerek hasta yakınlarına hastalarını Tıp Fakültesine götürebileceklerini söyledik.

Tıp Merkezinde hemşire: Müştekinin ameliyatına sanık ürolog ile beraber girdik, varikozel ameliyatı olacaktı. Doktor bey klemp denilen cerrahi aletle hastanın genişleyen damarını bulmak için yanlışlıkla batına girdi, ilk başta kendisi bana periton'u açtığını söyledi, benden sütür istedi, dikti, ben bağırsak mı yoksa peritonmu olduğu konusunda çelişkide kaldım, kendisi bana periton dedi, sonra normal ameliyatın yapıp bitirdi, hasta servise alındı, kafamda yine soru işaretleri vardı bağırsak olabileceğini diye düşündüm, genel cerrahi doktoru ile baksa mı diye konuştum, o da uzman doktor çağırılmazsa ben gelip bakmam dedi, nöbetim bitti eve gittim, gece ürolog doktorumuz hastayı taburcu etmiş, müşteki hastanın ablası ile aynı yerde çalıştığınız için müştekinin ablası müşteki ile ilgili şikayetlerini gelip bana söyledi, bende kafamda bağırsak ile ilgili soru işaretleri olduğu için hemen hastaneye getirmelerini söyledim, ambulans gönderdim, ultrason ve genel cerrahi uzmanı baktı, tomografi çekildi, tomografi de çok önemli birşeyi görmediklerini söylediler, takip edilmesi yönünde karar kıldılar, hastanın şikayetçileri artınca da batına girip bakmak istediler, bağırsak açılmış olabileceğini diye sonra batın açıldı, burada bağırsağın klemp ile zarar verilmiş olduğunu gördük, ameliyata 3 tane genel cerrahi uzmanı girdi, kolostomi

açılın mı açılmasın mı diye tereddütte kaldılar, genç hasta olduğu için belki dikişle tutar diye düşündüler, ameliyattan sonra takibe alındı, yoğun bakıma alındı, drenlerinden dışarıya akıntı tespit edildiği için hastanın yakınları “üniversiteye götürelim” dediler üniversitede doktor araştırıldı, hasta oraya sevk edildi, ondan sonrası üniversite hastanesinde yapıldı.

BELGELER

Ameliyat raporu: Bilateral varikozel tanısıyla her iki taraf yüksek inguinal kesi ile tabakaların geçildiği, v. spermaticuya ulaşıldığı, iki ucundan bağlandığı, ortadan kesildi komplikasyon olmadı.

Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim dalı belgeleri: Hasta hastanemize sevk edilerek geldi, genel durumunu oldukça kötüydü, yaygın enfeksiyon tablosu sepsis dediğimiz bir durum içerisindeydi, ciddi hayat tehlikesi mevcuttu, kendisi konuşacak durumda olmadığından yakınlarından hikayesini öğrendik, 4-5 gün önce dış merkezde ürolojiyi ilgilendiren bir ameliyat geçirdiği bu ameliyat sonrasında hastaneden çıkartıldığı, taburcu edildiği, şikayetleri olması üzerine tekrar aynı hastaneye başvurduğu, burda gözlem altına alındığı anlaşıldı, bu gözlem sonucunda ilk ameliyatından 2 gün sonra aynı yerde tekrar ameliyata alındığı ve bu ameliyat sırasında kalın bağırsağında delinme olduğu anlaşıldığı, ve bu delinmenin tamir edildiği öğrenildi, bu işlemden iki yada üç gün sonra hastanın durumunun iyice kötüye gittiği ve bunun üzerine üniversite hastanesine sevk edildiği anlaşıldı, hastayı görür görmez karnının içerisinde bir problem olduğunu anladık derhal ameliyata aldık, ameliyat esnasında bir önceki operasyonda tamir edilen kalın bağırsağın açık olduğu görüldü, karın içerisinde bol miktarda dışkı ve yemek artıkları mevcuttu, karın içerisi temizlendi, delik olan bağırsak bölümü çıkartıldı, ve bağırsak karın duvarına ağızlaştırıldı (kolostomi yapıldı) hasta ameliyattan sonra yoğun bakıma alındı, uzun bir süre takip edildi.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Bilateral varikozel tanısını gösteren görüntüleme raporları veya muayene bulguları ile spermogram analizi dosyada bulunmamıştır. Bunların yapılmamış olması tıbbi eksikliklerdir. Belgeler olmadığından ameliyat endikasyonunun olup olmadığı hakkında yorum yapılamaz. Ameliyatta komşu organ yaralanması komplikasyon olarak değerlendirilmiş ancak komplikasyonun yönetimi üroloji uzmanınca gereği gibi yapılmamıştır. Bu nedenle tıbbi hata mevcuttur.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. İsa Özbey,

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

1- Hastanın yaşı, şikayeti dikkate alınarak ameliyat endikasyonu hakkında değerlendirmeniz nasıldır?

Varikozel toplumda % 15, primer infertil erkeklerde % 25 ve sekonder infertil erkeklerde % 40 oranında yaygın görülen bir durumdur. Bu kadar sık görülen bir durumun hepsi hastalık olarak kabul edilmemeli ve ancak belli endikasyonlarda tedavi edilmelidir. Varikozelin tedavisi cerrahidir. Çocuk ve adolesanlarda testis volümü ve kıvamına göre ameliyat endikasyonu konulurken, erişkinlerde semen analizi (En az iki kez yapılmalı), fertilitate durumu, kadın eşin fertilitate kapasitesi ve yaşına göre ameliyata karar verilmektedir. Ağrı endikasyonu ile ilgili olarak tartışmalar devam etmekte ve ancak skrotal-ingüinal ağrıya neden olabilecek üreter taşı, akut veya kronik prostatitler, gizli ingüinal herni, testiküler diğer patolojiler yapılacak tetkiklerle ekarte edildikten sonra varikoselektomi yapılmalıdır. Ağrı endikasyonu ile yapılan varikoselektomilerde başarı oranı % 50-80 olup, bu da hastalarda skrotal-ingüinal ağrıya neden olabilecek diğer patolojilerin ayırıcı tanısının genellikle iyi yapılmadığına işaret etmektedir.

Mevcut Olgu ele alındığında, birçok eksikliğin olduğu görülmektedir; Hasta ağrı nedeniyle başvurmuş ve bilateral varikoselektomi yapılmıştır ve ağrının hangi tarafta olduğu dahi kaydedilmemiştir. Varikozel acil ameliyat gerektiren bir patoloji olmadığı halde, hasta müracaat ettiği gün semen analizi, fertilitate durumu, eşinin yaşı, çocuk sahibi olup olmadığı dosyada belirtilmemiş, ağrıya neden olabilecek diğer sebepler araştırılmadan ve ağrı olan taraf belirtilmeden bilateral adeta acil bir şekilde ameliyat edilmiştir. Ayrıca hastaya ait onam ve bilgilendirme formu da bulunmamaktadır. Sonuç olarak kayıtlar-

dan anlaşıldığı kadarıyla operasyon endikasyonu ile ilgili olarak birçok eksiklik bulunmakta ve cerrah bu konuda aceleci ve kusurlu davranmıştır.

2- Ürolog periton açılması zannederek sütür koymuş. Kolon perforasyonunu görmemesini nasıl değerlendirir sizin?

Bütün tıp alanlarında ve özellikle de cerrahi alanda bilimsel ve teknolojik baş döndürücü ilerlemeler kaydedilmektedir. Varikozel ameliyatı tarihsel süreç içerisinde önemli değişikliklere uğramış ve bugün için standart olarak subingüinal veya ingüinal kesi ile mikroskop veya optik büyüteç ile yapılması yaygın kabul edilmiş ve diğer tarihsel değeri olan yöntemler terkedilmiştir. Varikozektominin komplikasyonları; hidrosel, varikozel nüksü ve testiküler atrofi olarak sıralanırken, barsak yaralanması hiçbir kaynakta komplikasyon olarak bildirilmemektedir. Bu nedenle varikozektomi nedeniyle barsak perforasyonu komplikasyon olarak kabul edilmemeli, malpraktis (yanlış ve özensiz tedavi) olarak kabul edilmelidir.

Mevcut Olgu özelinde bakıldığında; Ürolog 31 yıl kamuda çalıştığını ve binlerce varikozel ameliyatı yaptığını ve tecrübeli olduğunu belirtmiştir. Bugün için standart varikozektomi ameliyatları olan ingüinal ve subingüinal ameliyatlarda barsak yaralanma riski (ingüinal herni yoksa) sıfırdır. Bu nedenle ürolog tecrübeli olmasına rağmen, kendisini yenilememiş ve güncel tedavi yöntemlerinden uzak kalmış ve halen terkedilmiş bir cerrahi yöntemi uygulamıştır. Bu yöntem körleme bir yöntem olup, barsak yaralanması riski barındırmakta ve eksternal spermatik vene ulaşma imkanı bulunmadığından nüks oranı yüksek olmaktadır. Bu sorun cerrahi mi yoksa eğitim sistemini mi ilgilendiriyor? sorusu ortada kalmaktadır. Tıpta sürekli ve çok hızlı değişimler olmasına rağmen, yıllar önce herhangi bir alanda eğitimini yapmış ve bu alanda yeterlilik diploması almış kişilerin yeniliklere uyum sağlama mecburiyeti gibi bir yönetmelik veya yasa bulunmamaktadır. Bu nedenle, bu konunun yasal olarak ele alınması ve doktorların yeniliklere ayak uyduracak yeni eğitimler alması mecburi kılınmalıdır. Doktorun periton ve barsak ayırımını yapamaması bir bilgi eksikliği olarak kabul edilmelidir. Çünkü asistanlık eğitimi süresince belli kliniklere rotasyonu yapılmakta ve bu konuda eğitim alınmaktadır. Bir ürolog için Genel Cerrahi rotasyonu mecburi olmasına rağmen, genellikle düzgün bir şekilde bu rotasyonlar yapılmamaktadır. Bu nedenle üroloğun barsak ve periton ayırımını yapabilmesi, yapamaz ise intraoperatif Genel Cerrahi konsültasyonu istemesi gerekirdi. Bu konuda ürolog özensiz, aceleci ve eksik iş yapmıştır.

3- Varikozel ameliyatında periton açılması ameliyat raporuna yazılmalı mıdır?

Yalnızca varikozel ameliyatı değil, bütün ameliyatlarda karşılaşılan tüm problemler, komplikasyonlar ve ameliyatın seyri çok detaylı olarak yazılmalıdır. Varikozel ameliyatında, kaç ven bağlandığı, arter ve lenfatiklerin korunup korunmadığı, eksternal venin olup olmadığı veya bağlanıp bağlanmadığı, ingüinal kanalda ek patoloji (herni, kord hidroseli vb.) detaylı olarak yazılmalıdır.

Bu olgu özelinde, periton açılması mutlaka ameliyat notuna yazılmalı ve ameliyat hemşiresinin uyarısı dikkate alınmalı idi. Ameliyatlar ekiple yapılmakta ve ekibin tüm elemanlarının uyarıları dikkate alınmalıdır.

4- 2 günlük kolon perforasyonunun kolostomi yapılmadan primer onarım yapılmasının uygun mudur?

Ürolog'un: "Ertesi günü tekrar müşteki karın ağrısı ile hastanemize müracaat etmiş, genel cerrah arkadaşımız kendisini takibe almış, kendisini yeniden ameliyata almışlar. Daha sonra hastanın ne gibi işlemler yaptırdığım bilmiyorum". ifadesi yanında Genel Cerrah'in: "Varikozeli yapan ürolog arkadaşım ile birlikte hastayı ameliyata aldık". ifadesi yan yana konulduğunda bir bilgi kirliliğini ortaya koymakta ve her iki dokordan birisinin yalan söylediğini göstermektedir.

İki günlük barsak perforasyonu ve kirliliği batında primer onarım doğru bir yaklaşım değil mutlaka kolostomi yapılmalı idi. Bir Genel Cerrah'in bu hatayı yapması büyük olasılıkla ürolog arkadaşının isteği üzerine olmuştur ve Genel cerrah hatalı davranmıştır.

5- Bu dosya hakkında bilirkşi raporunuz nasıl olurdu?

Ameliyat endikasyonu, cerrahi yöntem ve gelişen komplikasyonların yönetimi hem ürolog hem de Genel cerrah tarafından eksik ve özensiz olmuştur. Skrotal ağrı nedeniyle başvuran hastada ağrıya neden

olabilecek diğer patolojilere yönelik hiçbir tetkik yapılmamış, ağrı tarafı belirtilmeden bilateral ve acil bir şekilde operasyon yapılmıştır. Operasyon yöntemi terkedilen bir yöntem olup, ingüinal veya subingüinal kesi tercih edilmeli idi. Operasyon esnasında barsak perforasyonunun periton açıklığı olarak kabul edilmesi, peroperatuvar G. Cerrahi konsültasyonu istenmemesi, ameliyat hemşiresi uyarısının dikkate alınmaması ürolog'un aceleci, özensiz ve bilgi eksikliği olduğunu göstermektedir. Temel kaynakların tümünde varikoselektomi komplikasyonları arasında barsak perforasyonu bulunmadığından, varikoselektomi ameliyatı sırasında barsak perforasyonu olması malpraktis olarak kabul edilmelidir. Ayrıca Genel Cerrah'in iki günlük barsak perforasyonunu primer tamir etmesi de tıbbi hata olarak değerlendirilmelidir.

6.2.3 VARİKOSELEKTOMİDE BARSAK PERFORASYONUNUN NEDENİ NEDİR?

İDDİA

Müvekkil Araştırma Hastanesine kasığında kısa zaman, içinde gerçekleşen bir şikâyetten dolayı tedavi amaçlı başvuruda bulunmuş, tedavisinin yapılması için Üroloji bölümüne gönderilerek tedavisine başlanılmıştır. Tedaviye müteakip olarak müvekkil ameliyata alınmış, ameliyat sırasında ise müvekkilin kalın bağırsak ve ince bağırsağının büyük bir bölümü alınmıştır. Tazminat Nedenlerimiz: Yukarıda özet halinde anlatmış olduğumuz şeklide müvekkil ameliyat edilmiştir. Bilineceği üzere ameliyat öncesi hastalara gerekli tüm tetkik ve tahliller yapılmaktadır. Gerçekte müvekkilin böylesine bir bağırsaklarında, böylesine bir rahatsızlığının bulunması halinde yapılan tetkiklerde ortaya, çıkması gerekirdi bununla beraber yine daha öncesinden müvekkilin bu rahatsızlıkla ilgili şikâyetlerinin ortaya çıkması gerekirdi. Ancak böylesine bir durum yaşanmamıştır. Ameliyatı gerçekleştiren doktor operasyonu yaptığı sırada 3 tane genel cerrah doktoru çağırarak suretiyle ameliyatı gerçekleştirmiştir. Müvekkil ameliyattan çıktıktan sonra kendisine bu durum şifahi olarak anlatılmıştır. Ancak sunmuş olduğumuz evraklardan ve yargılama aşamasında ilgili, kurumlardan gelecek olan evraklardan da anlaşılacağı üzere müvekkilin, herhangi bir rahatsızlığının olmadığı ortaya çıkacaktır. Somut olay kapsamında müvekkilimin hizmet kusurundan kaynaklı olarak sakat kaldığı aşikârdır.

SAVUNMA

Üroloji Uzmanı: 5 yıldan buyana şiddetli kasık ağrısı şikayeti olan hasta opere olmaya karar vermiş. Varikoselektomi (tek taraflı) yapılmasına karar verildi. GAA Sağ inguinal insizyonla tabakalar açıldı periton sıyrıldı, vena spermatika bulundu, kesildi, bağlandı. Bağırsak, duvarı önümüze çıktı nekrotik bir alandı. Kanlanması bozuk olan nekrotik bir alana rastlandı. Bu nedenle genel cerrahi konsültasyonu istendi. Hasta devredilerek G. cerrahi tarafından op. devam edildi.

BELGELER

Skrotal US: Her iki testis skrotumda ve normal boyutlarda ve düzgün konturludur. Sol testis eko paterni homojen, eko şiddeti normaldir. Yer kaplayan kitle lezyonu izlenmemiştir. Bilateral epididim boyut ve eko yapısı normal olup, venöz yapıların kalibrasyonları doğaldır. Bilateral pampiniformis pleksus çapı yaklaşık 3mm ölçülmüş olup valsava manevrasıyla, sağda minimal olmak üzere bilateral reflü akım izlendi (Varikozel). Sağ testis parankimi heterojen görünümde olup parankimde çoğrafi hipoeoik alanlar izlendi.

Spermiogram: Volüm 2cc, sperm sayı 20 milyon, A%10 ileri hızlı, B% 10 ileri yavaş hareketli, C%30 yerinde hareketli, D% 50 hareketsiz, Morfoloji %50 normal.

Ameliyat notu: Gastrointestinal diversiyonlar, -İnguinal herni onarımı (tek taraflı), Hemikolektomi, sağ veya sol, Jejunum veya ileum rezeksiyonu, subtotal. Ameliyat sonrası yoğun bakım ünitesine yatırıldı, takip ve tedavisine başlandı. Hasta, yoğun bakım ünitesine alındı

Genel Cerrahi kliniği belgeleri: Ameliyat sonrası hastada aşırı mide kanamasına bağlı hemodinamiğinin bozulması üzerine kan replasmanı yapıldı. Dahiliye, gastroenteroloji ile tekrar değerlendirildi. Hasta ileri, tetkik ve tedavi amacıyla Tıp Fakültesine sevk edildi.

Tıp Fakültesi Epikrizi: Dış merkezde sağ Hemikolektomi yapılan hasta bugün Genel cerrahi tarafından opereasyona alındı. Teşhis Duodenal Ülser Perforasyonu + İleum Perforasyonu + Batın İçi Apse, (Opere Sağ Hemikolektomi), Tedavi: Distal Subtotal Gastrektomi + Antekolik İzoperistaltik Hoffmaister Gastrojejunostomi + Kısmi Meal Rezeksiyon- Anastomoz + Apse Drenajı.

Ameliyat Notu: Daha Önceki operasyonda sağ hemikolektomi + ileotransversostomi yapılmış olduğu ve anastomozun salim olduğu görüldü. Preop görüntülemeye KC ve Dalakta enfarktüstün şüphelenilen hastanın KC ve Dalak perfüzyonunun normal olduğu izlendi, müdahale düşünülmüdü. Eksplozasyonun devamında pilorun yaklaşık 1.5 cm distalinde. duodenum ön yüzde yaklaşık 3 cm lık. arka yüzde yaklaşık 1 cm lik ülser perforasyonu olduğu görüldü. Duodenum ön yüzdeki perforasyon alanı KC e yapılmış ve KC de yaklaşık 3x4x1 cm lik alanı erode etmişti. Duodenum arka yüzde bulunan perfore ülser alanı gastroduodenal arteri içine almıştı. Distal subtotal gastrektomi yapılmasına karar verildi Gastrokolik ligaman transvers kolon düzeyinde omentum korunacak şekilde serbestleştirildi Sağ gastroepiploik arter, gastroduodenal arter ve venleri ligate edilip kesildi. Duodenum 1 kıtası pilordan itibaren 2-3 cm serbestleştirildi Midenin büyük kurvaturda 5/8i, küçük kurvaturda 3/5i çıkarılacak şekilde kleplendi ve distal subtotal gastrektomi uygulandı. Duodenum 1. kıtası ülser alanını içerecek şekilde, ampulla korunarak eksize edildi. Duodenum güdüğü mukozal kat 3/0 vikril ve serozal kat 3/0 ipek sütürlerle kontinü 2 kat halinde kapatıldı Treitzden itibaren yaklaşık 20 cm distalden getirilen jejunum ansı antekolik izoperistaltik Hoffmaister gastrojejunostomi olacak şekilde mideyle mukozal kat 3/0 vikril ve serozal kat 3/0 prolens suturlerle 2 kat halinde anastomoz edildi. Eksplozasyonun devamında treitzden itibaren 140 cm de bride bağlı yaklaşık 1 cm lık nekroz ve perforasyon olduğu görüldü Perforasyon alanını içeren yaklaşık 3 cm lik ileal ans rezekt edildi Proksimal ileal ans ile distal ileal ans mukozal kat 3/0 vikril ve serozal kat 3/0 prolens suturlerle 2 kat halinde uç uca anastomoz edildi. Daha sonra tüp torakostomi uygulandı. Hastada post op solunum yetmezliği gelişince ileri takip ve tedav amacıyla anestezi ybü ye alındı. Daha sonra G Cerrahi servisine devredildi. Medikal tedavi sonrası şikayetleri gerileyen hastanın gaz gaita çıkışının olması, hava sıvı seviyelerinin kaybolması üzerine önerilerle taburcu edildi.

BİLRİKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Varikoselektomi ameliyatı sırasında üroloğun kanlanması bozuk olan nekrotik bir alana rastlanması üzerine genel cerrahi konsültasyonu isteği ve hastayı onlara yönlendirmesinin tıp kurallarına uygun olduğu, Genel cerrahi tarafından inguinal herni onarımı operasyonu esnasında cerrahi işlemin doğası gereği oluşabilecek olan çekum perforasyonu komplikasyonu geliştiği, yapılan postoperatif yakın takip esnasında klinik fizik muayene ve laboratuvar bulgularında hastanın tam iyilik halinin sağlanmadığı ve bir üst merkez olan en yakın Tıp fakültesi Hastanesine nakledildiği, burada yapılan tetkikler sonucunda akut batın hali tespit edilen hastanın operasyona alındığı, önceki operasyonda yapılan anastomozun intakt olduğunun (Müdahalenin yerinde olduğu)tespit edilmiş olduğu, ancak bir diğer postoperatif dönem komplikasyonu olan stres ülserine bağlı ince barsak segmenti perforasyonu (delinmiş) saptanmadığı ve usulüne uygun müdahalesinin yapıldığı, hastaya uygulanan tüm müdahalelerin tıp kurallarına uygun olduğu, gelişen bir takım komplikasyonun cerrahi işlemin doğası gereği oluşabilecek derecede meydana geldiği; davalı hekimlere ve idareye atf-ı kabil kusur bulunmadığı cihetle maluliyet tayine mahal olmadığı oy birliği ile mütalaa olunur.

Ön inceleme: Varikoselektomi ile yapılan ameliyat tek taraflı olduğu belirtilmiş. Dosyanın ileriki sayfalarında ameliyatta çekum perforasyonundan bahsediliyor. Çekum sağdadır. Tek taraflı varikoselektomi solda yapılır. Varikoselektomi için yatırılmış hastada kolektomi yapılması anlaşılabilir. Varikoselektomi sırasında barsak perfore olduysa kolostomi yapılırdı. Kolektomi ve ince barsak rezeksiyonlarına anlam verilememiştir. Muhtemel çekup perfore olmuş ve müdahaleler bundan sonra gerçekleşmiştir. Hastanın ilk ameliyat raporunda genel cerrahlar tarafından ne yapıldığı tam anlaşılabilir. İfadeler tezatlıklar içeriyor (ameliyatında Hemikolektomi, sağ veya sol, -Jejunum veya ileum rezeksiyonu, subtotal belirtilmiş). Fitik ameliyatından bahsediliyor. Öyle bir tanı ve endikasyon yazısı mevcut değil. Varikoselektomi sırasında anormal bir durumla karşılaşıldığını ve bu durumun tedavisine karar verildiğini farzetsek de onamsız tıbbi müdahale söz konusudur.

Kayıtların düzgün tutulmaması ve endikasyonların muğlak olması nedeniyle tıbbi hata olduğunu düşünüyorum.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Bülent Semerci, Uz. Dr. Fuat Kızılay, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Varikosektomi endikasyonları klasik bilgilere göre nelerdir? Dosyaya göre varikosektomi endikasyonunu yorumlayınız?

Avrupa Üroloji Kılavuzlarına göre varikosektomi endikasyonları, klinik varikozel, oligozoospermi, 2 yıl ve üzerinde infertilite olması, çiftlerde infertilitenin başka açıklanabilir bir nedeninin olmaması ve adolesanlarda seri klinik incelemeyle progresif olarak testis gelişmesinde problem olması olarak sıralanmıştır. Normal semen analizi olan infertil erkeklerde ve subklinik varikozelde kılavuzlar tedavi önermemektedir (Jungwirth A, Diemer T, Dohle GR, Giwercman A, Kopa Z, Krausz C, et al. Guidelines on Male Infertility. European Association of Urology. Available at http://uroweb.org/wp-content/uploads/17-Male-Infertility_LR1.pdf. March 2014; Accessed: November 22, 2016.).

Dosyadaki hastanın 5 yıldır şiddetli kasık ağrısı vardır. Hastanın astenozoospermisi mevcuttur (ileri hızlı+ileri yavaş hareketli sperm oranı<%30). Skrotal doppler USG'de bilateral reflü akım, varikozel saptanmıştır. Mevcut bulgularla hasta için varikosektomi endikasyonu doğrudur.

2- Dosya içeriğinden olayların nasıl geliştiği hakkında yorumlarınız nasıldır?

Üroloji savunmasında hastaya sağ varikosektomi planlandığı ve perop barsak sisteminde görülen nekrotik alan nedeniyle hemikolektomi, üriner diversiyon, inguinal herni operasyonu, subtotal jejunum ve ileum rezeksiyonu yapıldığı belirtilmiştir. Bu kadar geniş çaplı bir operasyonun endikasyonu tam olarak anlaşılammıştır, bu işlemlerin uygulanması gereken bir durumda hastanın preoperatif yakınmalarının çok daha gürültü olması beklenirdi ve böyle bir tablo varsa da hastanın preoperatif değerlendirmesinin eksik olduğu kanısı uyanmaktadır. Sonrasında yoğun bakımda muhtemelen duodenal ülser perforasyonu bir komplikasyon olarak gelişmiş ve hastaya sevk edildiği tıp fakültesi hastanesinde distal gastrektomi ve gastrojejunostomi operasyonu uygulanmıştır. Yoğun bakım ünitesinde yatırılmış, sonrasında genel durumu düzelen hasta taburcu edilmiştir.

Hastanın ilk ameliyatında muhtemelen bir barsak komplikasyonu geliştiği düşünülmekte, sonrasında genel cerrahi tarafından peroperatif opere edildiği ve postoperatif dönemde duodenum ülser perforasyonu sonrası tıp fakültesi hastanesine sevk edildiği ve orada tekrar genel cerrahi tarafından opere edildiği anlaşılmaktadır. Ancak üroloğun savunmasında bunun bir komplikasyon değil peroperatif farkedilen bir nekroz sonucu olduğu ifade edilmektedir. Gelişen olaylarla üroloğun savunması arasında bir çelişki söz konusudur. Operasyon raporunda varikosektomi sırasında barsakta nekrotik bir alanla karşılaşıldığından bahsedilmekte, bu haliyle de operasyonun komplikatif yürüdüğü anlaşılmaktadır çünkü varikosektomi sırasında intraperitoneal organlarla karşılaşmak beklenen bir durum değildir.

3- Bu dosya ile ilgili bilirkışı görüşünüz nasıl olur?

Hastanın varikosektomi operasyon sırasında ve sonrasında gelişen komplikasyonlarla multipl operasyonlara maruz kaldığı anlaşılmaktadır. Varikosektomi sırasında barsak yaranlanması olabilecek bir komplikasyondur ve genel cerrahi tarafından komplikasyonlara uygun şekilde müdahale edilmiştir. Cerrahlar peroperatif komplikasyonlarda ilgili branşlarla da konsültasyon yaparak gerekli müdahaleyi yapmak durumundadır, acil bir durumdur, onam formuna gerek yoktur, çünkü bu müdahalelerde hastanın yaşamı söz konusudur, ön incelemecinin raporunda belirttiği gibi onam formuna gerek yoktur. Ancak bu vakada ürolog, savunmasında bunun bir komplikasyon değil peroperatif saptanan bir bulgu olduğunu belirtmiş, hasta ve avukatı da buna dayanarak şikayette bulunmuştur. Eğer peroperatif saptanan bu bulgu, preoperatif hastada gürültülü bir yakınmaya yol açmamışsa peroperatif yapılan müdahaleler aşırı gibi gözükmemektedir. Bu durumda hastanın preoperatif değerlendirmesi eksik yapılmış olabilir.

Bu nedenle özellikle preoperatif semptom, bulgular, tetkikler ve varikosektomi sırasında saptanan bulgular ve sonrasında genel cerrahi müdahalesi konusunda uzman genel cerrahi görüşü çok faydalı olacaktır.

6.2.4 VARİKOSELEKTOMİ SONRASI TESTİS TORSİYONU

İDDİA

Müvekkil hastaya varikozel teşhisi konulmuş ve ameliyat olması gerektiğini söylenmiştir. Sol testisinden ameliyat edilmiştir. Müvekkil ameliyattan çıkar çıkmaz sol testisinde şiddetli ağrı hissettiği gibi sol testisi anormal şekilde siyahlaşmıştır. Ameliyata müteakip testislerinde aşırı derecede şişlik, kan toplaması ve ağrı olan müvekkil bu şikâyetlerine rağmen taburcu edilmiştir. Sol testisinde aşırı şişlik, morarma ve şiddetli ağrı olması nedeniyle aynı günün akşamında ameliyat olduğu Devlet Hastanesine getirilmiştir. Ameliyatını yapan doktora durum intikal ettirilmiş, ancak müvekkili muayene etmemiştir. Bunun üzerine müvekkil buradan Üniversite Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesine sevk edilmiştir. Burada ameliyata alınmış taburcu olduğu esnada ilk ameliyatı yapan Üroloji Uzmanının kusuru nedeniyle sol testisinin kangren olduğu, bu nedenle alınmak zorunda kaldığı söylenmiştir.

SAVUNMA

Üroloji uzmanı: Hatırlayabildiğim kadarıyla; hasta sol kasıktan (inguinal kesiyle) olağan bir varikozel ameliyatı yaptım. Ameliyatı, testisi dışarı çıkarmadan skrotumu ve testisi açmadan usulüne uygun bir şekilde tamamladım. Ameliyat sonrası rahat olan hastayı taburcu ettim.

Sağlık Bakanlığı vekillerinin dilekçesi: Davacı sol varikozel ön tanısıyla yatırılıp, sol inguinal varikozektomi yapılmış ve taburcu edilmiştir. Daha sonra sol testiküler ağrı nedeniyle Devlet Hastanesi acile başvurmuş, adı geçen hastane tarafından Tıp Fakültesine sevk edilmiştir. Tıp Fakültesi Üroloji servisinde sol orşiektomi + sağ internal fiksasyon yapılmıştır. Davacıların tazminat talebi üzerine Devlet Hastanesi Üroloji Uzmanı tarafından iddialar tahkik edilmiş ve tanzim olunan Tıbbi Mütalaada, inguinal varikozektomi ameliyatında scrotum ve testis açılmadığından bu yaş gurubunda bu ameliyata bağlı testis torsiyonu gelişmeyeceği belirtilmiştir. Bu meyanda, tıbbi ameliyeyi yapan ve hastanın tedavisine iştirak eden sağlık personeline ve dolayısıyla Bakanlığımıza atfedilebilecek herhangi bir kusur yoktur ve idarenin eylemi ile netice arasında uygun illiyet bağı bulunmamaktadır. İstenmeyen neticenin meydana gelmiş olması başlı başına tazminata hükmedilmesi için yeterli olmayıp, istenmeyen neticenin hizmetten faydalananın kişisel-bünyesel özelliklerinden kaynaklanıp kaynaklanmadığının ve başka etkenlerin olaya ne ölçüde sebebiyet verdiğinin açıkça ortaya konulması ve istenmeyen neticeye sağlık personelinin hastaya gerekli tıbbi müdahalelerde bulunmamış veya yanlış müdahalede bulunmuş olduğunun sebebiyet verdiğinin şüpheye yer vermeyecek şekilde açıkça ispatlanmış olması ve davacı tarafca tazminat talebine konu edilen sonuç ile Kurumumuz personelinin eylemleri arasında kabul edilebilir bir nedensellik bağının olup olmadığının açıkça tespiti gerekir.

Devlet Hastanesi'nin yazısı: İlgide kayıtlı yazınıza istinaden, hastanemizde tedavi olan davacıya ait hasta dosyasının aslı mahkemenize gönderilmiştir. Ameliyat tarihinden önce spermioyogram, USG doppler, diğer görüntüleme tetkik ve raporları bulunmamaktadır.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Sol testiste oluşan torsiyonun iki gün öncesi yapılan varikozel ameliyatının bir komplikasyonu olabileceği gibi varikozel ameliyatından bağımsız eş zamanda gelişmiş olabileceği, varikozel ameliyatındaki hata sebebiyle testis torsiyonunun meydana gelmediği, testis torsiyonunda testis kan dolaşımı geri dönüşümsüz bir şekilde bozulabileceği, kişiye testis torsiyonu nedeniyle yapılan ameliyatta kan dolaşımının geri dönmesi için beklendiği, ancak kan dolaşımının olmadığı görüldüğü, böyle bir durumda testisin cerrahi olarak çıkarılması gerektiği, kişide oluşan testis torsiyonunda varikozel ameliyatını gerçekleştiren hekime kusur atfedilemeyeceği oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Barış Altay, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Varikozektomi ile testis torsiyonu ilişkisi hakkında literatür bilgileri nasıldır?

Varikozektomi cerrahisinde skrotal yaklaşım tercih edildiğinde literatürde testiküler atrofi, arteriyel hasarlanma sonrası devaskülarizasyon ve testis gangreni, skrotal hematoma ve postoperatif hid-

rosel görülebileceği belirtilmektedir. İnguinal yaklaşımda ise testiküler ve dallarından bazılarını kaçırma ihtimali bulunmaktadır ve %13,3 oranında rekürrens ve persistans oranı bulunmaktadır. Yüksek ligasyon tercih edildiğinde ise %5-10 hidrosel görülmektedir. İnguinal ya da subinguinal mikrocerrahi tercih edildiğinde ise postoperatif hidrosel, arteriyel yaralanma ve skrotal hematoma çok daha düşük oranlarda görülebilmektedir. Çayan ve ark. Journal of Androloji 2009 yılında sundukları çalışmada nüks oranının sadece %1.01 ve hidrosel görülme sıklığını %0.44 olarak vermiştir. Bu konuda Ding ve ark. British Journal of Urology dergisi 2012 yılında yazdıkları makalede mikroskopik yöntemle başarının anlamlı şekilde arttığını ve açık veya laparoskopik varikoselektomiye göre çok az komplikasyon oranları verdiğini belirtmiştir. Shiraishi ve ark. 2016 yılında yaptıkları International Journal of Urology dergisinde çalışmada subinguinal kesi ile yapılan mikroskopik varikoselektomi cerrahisinde inguinal yaklaşıma göre daha fazla sayıda ven bağlanabildiğini belirtmişler ancak torsiyon açısından bir veri paylaşmamışlardır. Literatürde daha önce varikoselektomi sonrası gelişen testis torsiyonu vakası bildirilmemiştir.

2- Bu dosya ile ilgili bilirkşi değerlendirmeniz nasıl olurdu?

Yapılan varikoselektomi cerrahisi subinguinal yaklaşımdır. Bu yaklaşımda testis pozisyonu değiştirilmemektedir ya da testis cerrahi sahaya doğurtulmamaktadır. Kordun pozisyonu herhangi bir şekilde değiştirilmemekte, yalnızca genişlemiş spermatik venlere testiküler arter korunarak ligasyon yapılmaktadır. Bu cerrahi sonrası 2. günde gelişen testis torsiyonu bu girişimle düşük bir olasılıkla ilişkilendirilebileceği gibi literatürde daha önce bu cerrahi ile testis torsiyonu arasında bir ilişki gösterilemediğinden hekim kusuru olarak kabul edilemez.

6.2.5 VARİKOSELEKTOMİ ENDİKASYONU?

İDDİA

Müvekkil testislerindeki ağrılar nedeni ile üroloji uzmanı muayenehanesine gitmiştir. Muayene sonucunda davalı müvekkile "testislerde mikrop olduğunu, vereceği iki ilacı bir ay kullandığı takdirde sorunun kalmayacağını" söylemiştir. Müvekkil bir aya yakın davalı doktorunun verdiği ilaçları kullanmış, ancak ağrılar geçmemiş tekrar muayenehanesine gitmiştir. Davalı acilen ameliyat olması gerektiğini belirtmiş ve yönlendirmesi ile Özel Hastanede ameliyat edilmiştir. Ameliyattan 3 gün sonra müvekkilin penisinde anormal şişlik, kızarıklık, akıntı ve ağrılar hasıl olmuştur. Doktor "bunun normal olduğunu, ameliyattan kaynaklandığını, endişelenecek bir şeyin olmadığını düzeleceğini" beyan etmiştir. Müvekkil şikayetler geçmeyince başka bir özel hastaneye gitmiş, ve film çekirmiştir. Yapılan tahkikatta davalının varikoselin vücutta ağrıya neden olmayacağını, böyle bir ameliyata ve tedaviye gerek olmadığı sonucuna varılmıştır. Yaşanılan sıkıntıların yarattığı psikolojik ve fizyolojik problemler neticesinde aile hayatı bozulmuş ve eşinden boşanmış, düzenli bir işe girip çalışmamış, büyük ekonomik sıkıntılar yaşamıştır.

SAVUNMA

Açılmış dava haksız, kötü niyetli ve hukuki dayanaktan yoksundur. Davacı; "genital yolla bulaşan siğil", "genital akıntı" ve "testislerinde ağrı" şikayeti ile Müvekkilimiz Üroloji Uzmanına başvurmuştur. O tarihte alınan örneklerin tahlili sonucu, davacıda "üroplazma" yani bir başka deyişle "cinsel yolla bulaşan mikrop" ve buna bağlı olarak gelişen "kronik prostatit" tanısı konulmuş, ayrıca yapılan sair muayene ve doppler çekimi neticesinde de davacının testis damarlarında varikozel tespit olunmuş ve ayrıca cinsel yolla bulaşan bir virüsün sebebiyet verdiği "genital siğiller" tespit olunmuştur. Bunun sonucu olarak hasta; varikozel bulgusu ve teşhisine ilişkin olarak ameliyat edilmiş, keza bu arada genital siğilleri koter ile izale edilmiştir. Üroplazma/Kronik prostatit bulgusu ve teşhisi ile ilgili olarak ta yapılan kültür testine cevap veren bir antibiyotik kullanımı reçete edilmek sureti ile gerekli tedavi önerilmiştir. Cinsel yolla bulaşan mikroplara bağlı olarak oluşan kronik prostatit hastalığının günümüz tıbbında kişiye ve şartlara bağlı olarak mutlak bir biçimde tedavisi mümkün olamayabilmektedir. Hastanın kendisine önerilen antibiyotik tedavisini ne şekilde uyguladığı, kişinin bağışıklık sistemi, bağımlılıkları ve sair birçok parametre

söz konusu olup, esasen bu husus tıp literatüründe aşikârdır. Diğer yandan müvekkilimizce yapılmış ameliyat sonrasında başka bir hastaneye başvurulduğu ve yapılan tetkikler neticesinde: “ameliyat gerektirir bir duruma rastlanılmadığı” hususu beyan ve ikrar edilmektedir. Bu durumda müvekkilimizce yapılmış testislerdeki bilateral varikozel cerrahi operasyonunun tamamen başarılı olduğu ve ameliyat sonrasında bir semptom ve şikayete rastlanılmadığı bizatihi davacı beyanı ve diğer bir hastane tanısı ile de sabit olduğu her türlü izahtan varestedir. Davacıya tıbben gerekli işlemlerin olması gerektiği gibi yapıldığı açıktır.

BELGELER

Özel Laboratuvar: Üroplazma testi pozitif, VDRL testi negatif,

Scrotal Renkli Doppler USG: Bilateral testislerin büyüklükleri, konturları, eko strüktürleri tabiidir. Sol epididimde yaklaşık 3.18x2.94 mm çaplarında bir adet hipoekojen kistik lezyon izlenmektedir. Pampiniform pleksus venleri normal genişliktedir. Sonuç: Sol epididimde bir adet hipoekojen kistik lezyon.

Spermogram: 1cc'de 28 milyon (hareket %20, hareketsiz %80) sperm mevcuttur.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Davacının “genital yolla bulaşan siğil”, “genital akıntı” ve “testislerinde ağrı” şikayeti ile başvurduğu, yapılan tahlil neticesi “kronik prostatit” tanısı konulduğu, ayrıca muayene ve doppler çekimi neticesinde de varikozel tespit olunduğu belirtilmiş ve sonucunda varikozel bulgusu ve teşhisine ilişkin olarak ameliyat edildiği, bu arada genital siğilleri koter ile izale edildiği beyan edilmekte ancak, ameliyattan önce yapılmış Scrotal Renkli Doppler USG raporunda; pampiniform pleksus venlerinin normal genişlikte olduğu kayıtlı olduğu, bu incelemede varikozel saptanmadığı belgelendiğinden hastaya yapılan bilateral varikozektomi ameliyatının tıp kurallarına uygun olmadığına oy birliği ile karar verildi.

DEĞERLENDİRME

Uz. Dr. Hakan Polat, Batı Bahat Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Kronik prostatit belirtileri nelerdir ve dosyaya göre kronik prostatit tanısını yorumlayınız?

Prostatitli hastalarda ateş, üriner obstrüksiyon, azalmış libido ve erektil disfonksiyon, ağrılı ejakulasyon, bacaklara vuran bel ve oturmakla artan perine ağrıları gibi belirtiler görülebilir (Moon ve ark. 1997;50:700-3) Üç aydan uzun süren semptomlar hastalığın kronik fazda olduğunu göstermektedir. (Yılmaz AF: Prostat ve vezikula seminalis infeksiyonları. Temel Üroloji, üçüncü baskı)

Tanıda ayrıntılı anamnez önemlidir. Davacı ve davalı beyanlarında hastalığın süresi ve semptomlar hakkında yeterli bilgi bulunmamasıyla birlikte hastalığın sık görülen belirtilerinden herhangi birinin bahsi geçmemektedir. Genital akıntı, ilk planda üretriti akla getirmekte ve izole testis ağrısı kronik prostatit tanısı için yeterli görünmemektedir.

2- Kronik prostatit sebebi olarak ureoplasma pozitifliğinden bahsedilmiştir. Literatüre göre ureoplasma ve kronik prostatit ilişkisi nasıldır?

Kronik prostatitte en önemli etyolojik etken E.coli (%80) olmakla birlikte düşük ihtimalle ureoplasmanın da prostat bezinden izole edilmesiyle bu bakterilerin de etyolojide rol oynayabileceği ileri sürülmüştür. (Mungan MA, Canda AE. Kronik prostatitler. Türkiye Klinikleri Üroloji Dergisi. 2004)

3- Hekim muayenede varikozel saptamışsa dopplerde ise saptanmamışsa karar ne olmalıdır?

Varikozel tanısı fizik muayene ile konulur fakat renkli doppler USG ile desteklenmelidir (EAU guidelines 2016). Eğer uyumsuzluk varsa hem tıbbi hem de mediko-legal açıdan hasta fizik muayene ve renkli doppler USG tekrarlanarak değerlendirilmelidir. Ayrıca yapılan birçok çalışmada, varikozel tanısı için RDUSG nin fizik muayeneye göre daha doğru olduğunu ortaya koymuştur. (Petros ve ark. J Urol 1991, 145/4, Trum ve ark. Hum Reprod 1996, 11/6)

4- Bu dosyada bilirkşi raporunuz nasıl olur?

Davalının beyanında genital akıntı şikayetinin zamanı (operasyon öncesi-sonrası) ve süresi belirlenmemiştir. Genital akıntı öncelikle üretriti akla getirmektedir ve kronik prostatit tanısının doğruluğu şüphelidir. Varikozel operasyonuna gerek duyulması halinde bile enfeksiyonlar öncelikle kesin olarak tedavi edilmelidir. Operasyon öncesi yapılmış Skrotal Renkli Doppler USG de varikozelin saptanmaması operasyonun uygun olmadığını düşündürmektedir.

6.2.6 VARİKOSELEKTOMİ SONRASI TESTİS KAYBI

İDDİA

Doktora gittiğimde kasıklarım da damar genişlemesi var dediler. Ultrason sonrası acilen ameliyat olan lazım dediler. Ameliyat oldum sonrası ağrım çoktu, beni taburcu ettiler. Daha sonrası ağrım dinmedi, ilaçları kullandım, ağrılar devam etti. Dayanamaz hale geldim, tekrar hastaneye gittim Doktoru aradım, mesai saati olmadığı için gelemem dedi. Hastaneyi aradı ve bana ağrı kesici morfin tarzı iğneler vurarak gönderdiler. Sabahlara kadar 3 gün uyumadım her aradığımda hocam ağrım var, kasıktan belime vuruyor dayanamıyorum dedim. Doktor, benim yaptığım ameliyatla ilgisi yoktur diyerek ilgilenmedi ve bir gecede 4 defa hastaneye gittim uyuşturucu tarzı iğneler vurarak hep gönderdiler. Artık ümidi keserek, başka doktora gittim. Doktor baktığı gibi enfeksiyon kapmış ameliyat yerin, ya ameliyathane kapmışın ya da hastanede dedi, ben de tekrar ameliyat yapan oktorumu arayarak kendisine telefonda hocam ameliyat yerim enfeksiyon kapmış niye bana bakmadınız günlerce ağrı çektim ilgilenmediniz dedim. Telefonda seni bekliyorum gel dedi ve o zaman bakarak yarama doğru enfeksiyon kapmış doğru dedi. Seni hemen yatıracağız ve antibiyotik tedavisine başlayacağız dedi. Ben 8 gün hastane de yattım bu zaman zarfında her gün damardan antibiyotik verdiler, ilaçlar çok ağırdı geceleri uyuyamadım buz tedavisine başladılar, yine düzelme yoktu, intaniye doktoru antibiyotiğe devam dediler. Beni izinli olarak eve gönderdi, damardan antibiyotik vermeye devam ettiler, artık kaldıramayacak hale geldim. Bir gün intanye doktoruna hocam bu antibiyotik bana zarar veriyor, kendimi iyi hissetmiyorum dedim, bana beyefendi karımız zararımızdan çoksa zararı görmeyelim dedi. Bende bu sözden hoşlanmayarak aynı gün içinde başka bir hastaneye gittim, orda ultrasona girdim ve doktor bey bana senin sol yumurtanı kurutmuşlar, çalışmıyor ölmüş ded. Doktorumla görüştüm, özür diledi, aynı hastane de başka bir doktora ikinci ameliyatı oldum ve sol yumurtamı aldılar ve 10 gün daha yatırdılar sonra yoğun bakımda bir gün yattım.

SAVUNMA

Üroloji Uzmanı: Hasta sol testiste ağrı nedeni ile tarafımdan değerlendirildi. Yapılan muayenesinde solda varikozel olduğu tespit edildi, teyit amaçlı skrotal doppler USG istendi, solda reflü eşlik eden grade 3-4 varikozel tesbit edilmesi sonrasında hastaya operasyon önerildi. Ameliyathane şartlarında lokal anestezi altında sol varikozellektomi operasyonu uygulandı. Hastaya ilaçlarını eksiksiz kullanması, soğuk uygulama yapması ve bir hafta sonra kontrole gelmesi önerilerek taburcu edildi. Hastanın dört gün sonra kendi isteği ile dış merkeze başvurması ve solda orşit tanısı alması ve tedavisinin düzenlenmesi sonrası telefonla arandım. Bunun üzerine hastayı polikliniğe davet ettim. Yapılan sorgulamada hastanın kendisine önerilen antibiyotikleri kullanmadığı öğrenildi. Yapılan muayenede sol testis oldukça ödemli ve endüre idi ve neticesinde hasta epididimooşit ön tanısı ile interne edildi ve hemen medikal tedavisi (meronem flk 3x1, amikozit amp 1x1, voltaren amp 2x1 başlandı ve soğuk uygulama yapıldı. Tedavisinin ikinci gününde skrotal USG'de süreç enfektif proçes lehine değerlendirildi. Medikal tedavisinin yeniden düzenlenmesi amacı ile enfeksiyon hastalıkları kliniğince konsülte edildi. Enfeksiyon hastalıktan konsültasyonu sonucu mevcut antibiyotikleri durdurulup targacil ugulanmasma karar verildi. Tedavisi devam ederken hastanın kendi inisiyatifi ile öğleden sonra dış merkezde yaptırdığı skrotal doppler USG'de sol testiküler kan akımının olmaması üzerine hastenemiz'de de kontrol doppler USG yapıldı ve testiküler kan akımının olmadığı tespit edildi. Hastada oluşan tablonun varikozellektomiye bağlı oluşmadığı, testiküler arter yaralanmasının erken dönemde de doppler USG'de kan akımının yokluğunu gerektirdiği, aksine postop dönemde gelişen epididimooşitin yaygın ödem kompresyonuna sekonder meydana gelen kronik testiküler nekrozu tetiklemesine bağlı olduğu düşünülmelidir.

TIBBİ BELGELER:

Skrotal Renkli Doppler USG: Sol ven çapları valsalva öncesi 3.5 mm, valsalva sonrası 3.9 mm ölçüldüğü, valsalva ile retrograd akım saptandığı, grade 3-4 varikozel ile uyumludur.

Özel Hastane epikrizi: Sol yumurtada şişlik ağrı nedeni ile başvuran hastanın yapılan muayenesinde sol epididimoorşit tespit edilmesi üzerine medikal iv tedavi amaçlı yatırıldığı, üç gün önce geçirilmiş sol varikoselektomi operasyonu öyküsü olduğu, muayenede sol testiste aşırı hassasiyet ve endurasyon mevcut olduğunun saptandığı, meronem ve amikozit tedavisine başlandığı, tedavinin ikinci gününde ateşinin olmadığı, tedaviye yanıt alındığı düşünülerek aynı tedavi devam edildiği, ancak dördüncü günde testis boyutunda ve endurasyonunda değişiklik olmayınca enfeksiyon hastalıkları konsultasyonunun istendiği, enfeksiyon hastalıklarının önerisi ile Targocid iv başlandığı, tedavinin ikinci gününden itibaren klinik düzelleme sağlandığı, yedinci günde inguinal kanaldaki endurasyon mevcut olduğu ancak testis normal boyuta gelmiş ama hala sert olduğu, enfeksiyon hastalıklarına danışılarak tedavi on güne tamamlanmasına karar verildiği, yeni tarihli skrotal doppler USG'de tedavinin dördüncü gününde yapılan tersine testiküler kan akımı tespit edilememesi üzerine reoperasyona karar verildiği, ancak hastanın kendi isteği ile başka hekim tercih etmesi üzerine haliyle taburcu edildi.

Skrotal Renkli Doppler USG: Sol testis boyutları sağa oranla artmış olup parankim superiorunda kanama ile uyumlu hiperekojen görünüm, RDUS incelemede kanlanma doğal, sol testis ve epididim sağa oranla hipoekojen (enfektif süreç?),

Skrotal Renkli Doppler USG: Sol testis sağa göre küçük, parankim içerisinde noktasal hiperekojen odaklar, sol testis parankiminde vaskularite olmadığı, sol testiste 9 mm boyutunda heterojen bir alan olduğu, bu alanın önceki tetkiklerde olup olmadığı araştırılmasının önerildiği, sol epididimiste vaskularite saptanmamış, sol peritestiküler alanda içerisinde membranlar bulunan sıvı koleksiyonu tespit edilmiştir.

Özel Hastane epikrizi: Sol varikozel nedeni ile 2 hafta önce opere edilmiş, operasyon sonrası sol testiste şişlik, ağrı meydana gelmiş, orşit tanısı ile medikal tedavi verilmiş, tedaviye rağmen ağrısı azalmayan ve şişliği geçmeyen hastaya yapılan USG'de sol testiste kan akımının olmadığı görülmüş üzerine orşiektomi yapılmak üzere yatırıldığı, genel anestezi altında sol orşiektomi gerçekleştirildi.

Patoloji raporu: Üzerinde 5x1 cmlik spermatik kond izlenen 5x4x4 cm ölçülerinde orşiektomi materyali, yapılan kesitte testis ve epididim dokusunda yaygın hemoraji, mikrokopik bulgular; normal testis ve epididimis dokusunu ortadan kaldıran, tubulus silüetleri seçilen, ödemli, hemorajik yaygın nekrozun gözlemlendiği testis dokusu olduğu, tanı; nekrotik testis ve epididim dokusu.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Sol varikoselektomi uygulandığı, operasyondan onbeş gün sonra epididimoorşit tanısı ile sol orşiektomi uygulandığının bildirilen hastaya ait adli ve tıbbi belgelerin değerlendirilmesinde; Varikoselektomi ameliyatı sonrasında testiste beslenme bozukluğu ve neticesinde testis kaybı ile seyreden olayın her türlü dikkat ve özene rağmen gerçekleşebilecek komplikasyon özelliğinde olduğu tıbbi hata olmadığına karar verildi. Radyoloji uzmanlarınca yapılan doppler incelemelerde testis kanlanmasının olması sonrakilerde ise kanlanmanın olmaması olayın gelişim süreci ile alakalı olarak ortaya çıkabilecek bir durum olduğu ve tıbbi hata olmadığına karar verildi.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. İlhan Geçit, Malatya İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1. Varikoselektomide orşiepididimitin nedenleri nelerdir?

Operasyon sonrası enfeksiyona yatkınlık oluşturan durumlar:

İki saatten fazla süren ameliyatlara, cerrahi sahanın temizliğinin tam yapılmaması gibi operasyona bağlı faktörler ile, şişman olmak, yaşlılık, sigara içiciliği, diabet veya kanser gibi ko-morbiditnin olması gibi hastaya bağlı faktörlerden herhangi birisinin olması durumunda enfeksiyon riski artmaktadır. Varikozel ameliyatı yapılan bölge hijyene dikkat edilmesi gereken, yara bakımının iyi yapılması gereken bir

bölge olduğundan dolayı enfeksiyon gelişimini önlemek amaçlı olarak ampirik antibiyotik kullanımında fayda vardır. Doktorun antibiyotik kullanmasını önerdiği ancak hastanın verilen tedaviyi uygulamadığı anlaşılmaktadır.

2. Varikosel ameliyatında beklenen ve hastaya ameliyat öncesinde anlatılması gereken olası komplikasyonlar nelerdir?

İntraoperatif: Kanama, testiküler arterin veya vas deferensin bağlanması, sinir hasarı ve buna bağlı uyuşuklukların meydana gelmesi

Postoperatif: Hematom, epididimorşit, hidrosel, testis atrofisi ve varikselin tekrarlama (Campbell-Walsh Urology 11. Edition)

3. Orşiepididimitte testis kanlanması ve nekrozu olur mu? Ameliyatta testisi besleyen damarların hasarı bu tabloya neden olabilir mi? Değerlendirmeniz nasıldır?

İlerlemiş epididimorşit epididimal inflamasyona bağlı olarak testiküler vaskülaritenin kompresyonu-na bağlı olarak testiküler iskemi ve enfarkt ile sonuçlanabilir. (<https://www.auanet.org/education/acute-scrotum.cfm>) Ancak varikosel ameliyatının bir komplikasyonu olan arter bağlanması testiküler atrofiye neden olmasına rağmen böyle bir tabloya neden olmamaktadır.

4. Bu dosya hakkında bilirkişi raporunuz nasıl olurdu?

Varikosel ameliyatı elektif bir cerrahi operasyondur. Hastanın belirttiği üzere acil operasyon gereken bir hastalık değildir. Varikoselektomi ameliyatı sonrasında ampirik antibiyotik kullanımı ile enfeksiyon gelişme riski azaltılmaktadır. Bu vakada hasta postoperatif dönemde önerilen antibiyotiği kullanmamış ve bunu doktoruna da belirtmemiştir. Postoperatif dönemde ağrı hissedilmesi olağan bir durumdur. Hasta doktora tekrar başvurduğunda kanlanmanın değerlendirilmesi amacı ile skrotal dopler usg çekilmiş ve fizik muayene doğru bir şekilde yapılarak enfeksiyon tanısı konmuş ve tedavisine doktor tarafından başlanmıştır. Hastanın takibi sırasında tedaviye yeterli cevap alınmadığı düşünülerek yeni bir kontrol skrotal usg çekilmiş ve enfeksiyon hastalıklarının önerisi ile tedavi rejimi değiştirilmiştir.

Tedavi esnasında hastanın kendi isteği ile çektirdiği skrotal dopler usg da testiküler nekroz tespit edilerek orşiektomi yapılmıştır. Bu epididimorşitin bir komplikasyonudur. Bu vakada varikoselektomi ameliyatı sonrası gelişen bir komplikasyonun sonucu olarak epididimorşit gelişmiş ve verilen tedaviye rağmen testis kurtarılamamıştır. Daha önceki bilirkişi raporunda yazıldığı gibi doktorun majör bir hatası bulunmamaktadır.

6.2.7 VARİKOSELEKTOMİDEN SONRA SPERM DEĞERLERİNDE AZALMA

İDDİA

Müvekkilimin çocuğu olmayınca Devlet Hastanesine başvurmuşlar, tetkikler yapılmış sonuçta kendilerine iki yol önerilmiş ya ameliyat olacak olağan yollardan bebek sahibi olunacak veya tüp bebek yolu kullanılacak. Ameliyat olarak olağan yollardan bebek sahibi olmaya karar vermişler, ancak devlet hastanelerinde yeterince iyi bakılmayacağına, özel hastane de daha iyi bakılacağını düşündükleri için özel hastaneye gitmeye karar vermişlerdir ve ameliyat olmuşlardır. Ameliyat sonrası ağrıları bir türlü dinmeyen müvekkil davalı doktora başvurduğunda doktor geçer bunlar olağan şeyler demiş ve müvekkili geri göndermiştir. En sonunda başka bir hekime başvuran müvekkil acı gerçeği öğrenmiştir. Sonuç olarak davalı doktorun kendisine söylediği şeylerin doğru olmadığı ve yaşama hakkı kadar belki ondan da kutsal olan kendisi gibi canlı üretme hakkının elinden alındığını çaresizlik içinde kalmışlardır.

SAVUNMA

Üroloji Uzmanı: Varikosel erkeklerde çok sık karşılaşılan ancak ameliyat sonucu başarılı netice alınan kısırlık sebebidir. Hastamızda varikosel tespit edilmiş ve ameliyatı yapılmıştır. Hastanın ameliyat öncesi sperm incelemesinde normal yoldan çocuk sahibi olma ihtimali % 1'dir. Bu nedenledir ki davacı taraf tedavi için bu yöntemi seçmiştir. Davacı tarafın ameliyattan önce çocuk sahibi olabileceği yönündeki iddia doğru değildir.

Devlet Hastanesinden alınmış olan raporda da davalının ileri derecede sol varikosel olduğu rapor edilmiştir. Sperm sayısındaki azalma ve sperm hareketliliğinin sıfır olduğu iddiasına gelince özel labaratuvarlardan alınan ameliyat sonrası raporda sperm hareketliliğinde bir azalma olduğu bildirilmiştir. Ancak bu ameliyattan sonra erken yapılan bir spermiyogramdır. Bunun yapılabilmesi ve gerçek sayılara ulaşılabilmesi için en az 1 senelik bir sürenin geçmesi gerekir. Nitekim dana sonra ileri hareketliliğin % 5'den % 14'lere çıktığı görülmektedir. Bu durum ise iyileşmenin delilidir. Ayrıca daha ileri tarihlerde alınacak bir raporda bu iyileşme durumu dahada artacaktır.

BELGELER

Spermiogram (Ameliyat öncesi): Miktar 5.5 ml, 1 cc deki spermatozoid sayısı 35.200.000, toplam spermatozoid sayısı 193.600.000, ileri hareketli 1/2 saat % 5, 1 saat % 2, 2 saat % 1, yerinde hareketli 1/2 % 35, 1 saat % 33, 2 saat % 30, normal morfoloji % 60, anormal morfoloji % 40.

Spermiogram (Ameliyat sonrası): Miktar 2.9, sperm sayısı 2.8 milyon/cc, Mtilite %10 morfoloji normal yapılı olan %45.

Spermiogram (Ameliyattan 2 yıl sonra): Hacim 3 ml, sayı 7 mil/ml, hareketlilik 30 dk-120 dk, hızlı ileri % A 0, yavaş-ileri % B 1, yerinde hareketli % C 2, duran % D 97, morfoloji normal % 1.

BİLİRKİŞİ RAPORU

Adli Tıp Kurumu: Kişiye konulan tanı uygulanan ameliyat endikasyonunun tıp kurallarına uygun olduğu, Ameliyatta peroperatif ve postoperatif komplikasyon yaşanmadığı, Operasyon öncesi şahsın yaptırdığı spermiogram sonucuna göre varikosel ameliyatı önerildiği, operasyonla düzelme ihtimalinin belirtildiği ancak düzelmediği ve bu durumun beklenebilir bir sonuç olduğu, yapılan müdahale sonrası şahsın normal bebek sahibi olma durumunun mutlak surette etkilemediği beklenebilir bir komplikasyon olduğu dolayısıyla hekimin uygulamalarının tıp kurallarına uygun olduğu oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. İrfan Orhan, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Spermiogram testlerinde laboratuvarlar arasında büyük farklılıklar görülebilmektedir. Bunların nedenleri ve çözüm yolları nasıl olmalıdır.

Semen analizi, erkek infertilitesini değerlendirmede ve fertilitate potansiyelini belirlemede kullanılan en önemli tetkiklerden biridir. Nasıl yapılacağı ve normal değerlerinin neler olduğu Dünya Sağlık Örgütü tarafından, en son 2010 yılında standardize edilmiştir. Semen analizi normal belirlenen infertil bir hastada tek analiz yeterli olmasına rağmen, semen parametrelerinde anomali saptanan hastalar bir ay arayla en az iki semen analizi ile değerlendirilmelidir.

Semen analizi, laboratuvarlar arasında farklılık gösterebileceği gibi aynı laboratuvar da tetkiki yapan kişiye göre de farklılık gösterebilir. Bununla birlikte infertil hastanın kendisinden kaynaklanan sebeplerden de semen analizleri arasında çok farklı sonuçlar belirlenebilmektedir. Öncelikle laboratuvar farklılıklarının en aza indirilmesini sağlamak için, semen analizinin WHO 2010 standartlarında yapılması ve değerlendirilmesi sağlanmalıdır. Hastadan kaynaklanan sebepleri ekarte etmek içinde, eğer iki semen analizi arasında %20' den fazla fark varsa üçüncü bir semen analizi ile değerlendirme yapılmalıdır.

2- Ameliyattan sonra sperm parametrelerinde azalma ihrimali ne kadardır? Hastalar nasıl bilgilendiril melidir? Vakaya göre spermiogramdaki bozulmanın sebepleri neler olabilir?

Infertilite nedeniyle yapılan varikosektomi ameliyatlarında amaç, hastanın semen parametrelerinde ortaya çıkacak iyileşme sonucu gebeliğin sağlanmasıdır. Varikosektomi sonrası semen parametrelerinde %60- 80 düzelme saptanırken, normal yoldan spontan gebelik oranlarında ise %20-60 oranlarında saptanabilmektedir (Jungwirth A, Diemer T, Dohle GR ve ark. EAU Guidelines on Male Infertility. <https://uroweb.org/guidelines/>). Ancak hastaların yaklaşık dörtte birinde semen parametrelerinde düzelme saptanamamaktadır. Bu durum, hastanın ameliyat öncesi varikoselden kaynaklanan geri dönüşümsüz ha-

sar düzeyine, uygulanan varikosektomi tekniğine ve varikosektomi yapan cerrahın tecrübesine bağlı olmak üzere pek çok faktörden etkilenmektedir. İleri derecede varikoseli olan, testis volümleri normale yakın, hormon değerleri normal düzeylerde (FSH/ testosteron düzeyler normal, inhibin B düzeyi düşük), total motil sperm sayısı > 5 milyon, kısa infertilite süresi olan hastalarda varikosektomi sonrası semen parametrelerinde düzelme oranlar ve gebelik sağlama yüzdelerinde daha iyi bir sonuç beklenebileceği bildirilmektedir (Kadioğlu A, Çayan A, Aydos K ve ark. Türk Androloji Derneği Varikosel Kılavuzu 2005). Ancak varikosektomi sonrası %1-15 oranlarında saptanan nüks, nadirde olsa operasyon sırasında ortaya çıkacak arter yaralanmaları ve olası enfeksiyonlar sonucu semen parametrelerinde düzelme saptanamayacağı gibi, semen parametrelerinde kötüleşmede bir komplikasyon olarak saptanabilecektir.

3- Bu dosya hakkında bilirkışı görüşünüz nasıl olurdu?

Yapılan değerlendirmede varikosel dışında ek bir infertilite patolojisi saptanmamış olan hastada varikosektomi kararı tıbbi endikasyon olarak kılavuzlara uygundur. Varikosektomi sonrası semen parametrelerinde düzelme ve normal yoldan gebelik sağlamanın belirli oranlarda olacağı ve bunun da hastanın varikoselden etkilenme derecesinden, kısırılık süresi gibi ameliyattan bağımsız pekçok faktörden etkilenebileceği kılavuz ve literatüelerde açıkça bildirilmektedir. Dolayısıyla yapılan uygulamaların tıp kurallarına uygun olduğu ve sonucun olası bir komplikasyon olarak değerlendirilmesinin uygun olacağı kanaatine varılmıştır.

6.2.8 VARİKOSELEKTOMİ SONRASI NÜKS

İDDİA

Davacı müvekkilin hayatının en büyük ideali askeri okula gitmek ve hayatını bir ordu mensubu olarak idame ettirebilmektir. Müvekkilin okula müracaatında, varikosel problemi olduğu, bu problemin askeriğe alınmasına bir engel teşkil ettiği, ancak çok basit bir ameliyatla düzeltilmesinin çok kolay olduğu söylenmiş ve kendisine ameliyatını olup gelmesi bunun için de yeteri kadar vakti olduğu söylenmiştir. Nihayet müvekkil, özel hastanede “varikosel” ameliyatı olmuş ve kendisine “ameliyatın çok başarılı geçtiği, her hangi bir problemin olmadığı, bu hali ile astsubay okulları sınavına da rahatlıkla girebileceği” bildirilerek taburcu edilmiştir. Müvekkil, astsubay okulları sınavına girmiş ve fakat muayene neticesinde “Varikosel” hastası olduğu gerekçesi ile kendisine “Askeri öğrenci olamaz” raporu verilerek elenmiştir. Hasta durumun daha iyi anlaşılması amacı ile Tıp Merkezi'ne müracaat edilmiştir. Burada kendilerine söylenen ilk söz “Bu ameliyatı hangi kasap yaptı” olunca büyük bir şok yaşanmıştır. Burada derhal ultrason tetkikatı yapılmış ve “Varikoselin aynen duruyor gibi görüldüğü, ancak kesin bir şey söylenebilmesi için 1,5 ay geçmesi gerektiği söylenmiştir. Bir buçuk ay sonra ikinci muayenede müvekkile verilen cevap şudur: “Tamam, varikosel aynen duruyor!” Tıp Merkezi tarafından verilen raporu tetkik eden davalı doktor, bu kere “nüksetmiş, hemen ameliyat edeyim, olmuş bir kere ne yapalım.” şeklinde cevap vermiştir.

SAVUNMA

Üroloji Uzmanı Vekili: Davacı sol varikosel teşhisi ile ameliyata alınmış ve hastalığa yol açan “ven” bağlanarak ameliyat tamamlanmış şifa ile taburcu edilmiştir. Davalı müvekkile yöneltilen tüm iddialar, asılsız ve gerçeklere aykırıdır. Şöyle ki, dava dilekçesinde ameliyatın hem yapılmadığı hem de kusurlu yapıldığı, aynı cümle içinde iddia edilmektedir. Davacının askeri okula kabul edilmemesi kendisinde var olan “varikosel” rahatsızlığı ile ilgilidir. Davacı, sınava girmeden sadece 22 gün önce ameliyat olmuş ve ameliyat sonrası iyileşme olması için yeterli süre geçmediğinden, askeri okul sınav muayenesinde elenmiştir. Davacının sınava girmeden önceki son 20-5 gün içinde tedavi için başvurması tamamen kendi kusurudur. Davacının çok istediği halde, askeri okula kabul edilmemesi, kendisi için üzücü ve önemli bir kayıptır. Ancak bunun nedeni, davalı müvekkil doktorun tıp bilimine ve usulüne uygun yaptığı ameliyat değildir. İddia edildiği gibi ameliyatın yapılmamış olmasının gerçeğe hiçbir ilgisi yoktur. Davacıya yapılan “varikosel” ameliyatı sonrası nüks yani tekrarlama oranı % 5-45 arasındadır. Davacı ameliyattan sonra uyması gereken ve kendisine yazılı olarak da verilmiş olan kurallara uymadığı ve muhtemelen bu nedenle sorun çıkmış olabileceğini düşünmekteyiz. Bu kurallardan bazıları ameliyat sonrası fazla yürümek,

ayakta kalmamak, ağır kaldırmamak, testise baskı yapacak dar giysiler giymemek, on gün kadar cinsel ilişkide bulunmamaktır. Varikozel ameliyatında toplardamarlar, varis ameliyatlarındaki gibi, tümüyle dışarı çıkarılmamakta, sadece bağlanmaktadır. Bu nedenle de, uzun yıllar aşırı ve anormal genişlemiş ve içinde olması gerekenden fazla kan taşımış bu toplardamarların ameliyat sonrası fizik muayenede gözle görülmesi son derece olağandır. Davacı "varikozel" ameliyatından sadece 22 gün sonra askeri okul sağlık muayenesine girmiştir. Tıbbi olarak bu kadar kısa sürede ameliyat edilen (bağlanan) toplardamarların dış muayene de görülmesi son derece olağandır. Yukarıda anlatılanların ışığında; davalıya yöneltilen tüm suçlamaları reddediyor, asılsız, gerçekdışı iddialar olduklarını bir kez daha mahkemeniz huzurunda beyan ediyoruz.

TIBBİ BELGELER

Skrotal Renkli Doppler(Ameliyattan üç yıl sonra): Sol epididim kisti, sağda grade 1, Solda grade 3 varikozel.

Adli tıp Kurulu (Ameliyattan üç yıl sonra) muayenesi: Her iki sağ ve sol suprapubik bölgede 2'şer cm'lik cilt insizyonu saptandı. Spermatik kordon palpasyonunda (sol spermatik kanalda) dışarıdan inspeksiyonla değerlendirince grade 2-3 seviyesinde varikozel izlendi. Testislerin palpasyonla normal hacimde olduğu görüldü.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Tıbbi kurallara uygun, dikkat ve özenle yapılmış varikozel ameliyatlarında nüks ihtimali mevcuttur. Varikozelin nüks etmesi durumunda yapılan ameliyatın eksik yapıldığı veya yapılmadığı yönünde bir yargıya varılamaz. Bu nedenle davalı doktor ve hastanenin uygulamalarında tıbbi hata mevcut değildir.

DEĞERLENDİRME

Uz. Dr. Eyüp Veli KÜÇÜK, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Varikozelde nüks nedenleri ve oranları nasıldır?

Cerrahi tedavi sonrası varikozel rekürrensi %0.6 ile %45 oranında değişmektedir. Özellikle pediatrik varikozel cerrahisi sonrası rekürrens daha siktir. Radyografik çalışmalarda nüks varikozel sıklıkla periarteriyel, paralel inguinal veya midretroperitoenal kollaterallerde nadiren de transskrotal kollaterallerde tesbit edilmiştir. Makroskopik inguinal veya subinguinal varikozelektomi sonrası yüksek nüks oranı görülmesi küçük peroperatif görülmeyebilen internal spermatik venlerin daha sonra dilate hale gelmesi şeklinde hipoteze edilmektedir. Mikrocerrahi ile varikozelektomi rekürrens insidansı %1'in altındadır. (Marc Goldstein, Erkek İnfertilitesinde Cerrahi Tedavi. Campbell Walsh Urology 11. Baskı, Bölüm 5, Reprodüktif ve Seksüel Fonksiyon, 2016).

2- Nüks varikozel tanısı nasıl konulmalıdır?

Varikozel nüksü fizik muayene ve skrotal renkli doppler ultrasonografik inceleme ile konulmaktadır. Varikozelektomi sonrası fiziki görüntüde düzelmeyen ne kadar sürede olacağı ile ilgili klavuz bilgisi olmamakla beraber erken dönemde dilate venlerin kaybolmadığı kanaati yaygındır. Ameliyat sonrası dönemde yapılan muayenede tespit edilen varikoz venlerin ameliyat eksikliğine bağlı mı yoksa rezidü venler mi olduğu değerlendirilemeyebilir.

Tedavi sonrası ne zaman nüks açısından değerlendirme yapılacağı ile ilgili de net bir literatür verisi mevcut değildir. Ancak rekürrens oranını etkileyen faktörlerden bir diğeri de takip süresinin uzunluğudur. Takip süresi uzadıkça nüks oranı artmaktadır. Mevcut literatürde yapılan en erken nüks değerlendirmesi postoperatif 3. ayda yapılmıştır. Bu neden ile postoperatif 3. aydan önce yapılacak değerlendirmeler yanıltıcı sonuçlar doğurabilmektedir. (Rotker K, Sigman M. Recurrent varicocele. Asian J Androl 2016;18:229-33)

3- Varikoselin askerliğe elverişsiz olması kararını nasıl değerlendirirsiniz?

Türk Silahlı Kuvvetleri Sağlık Yeteneği Yönetmeliği 55. Madde'nin A bendinde " Bir ya da iki testi- nin iç salgı bozukluğu yapmamış ve kişinin erkeklik niteliklerini bozmamış inmemiş testis, hidrosel, grade 3 varikosel gibi arıza ve hastalıkları ile bunların sekel ve ameliyatları (Testiste atrofiye neden olmamış hidrosel, varikosel ve ameliyatları ile inmemiş testis ameliyatları askeri öğrenci olmaya engel teşkil etmez.)" maddesi gereğince varikosel hastalığı başlı başına askeri öğrenci olmaya engel teşkil etmemektedir.

Erkeklerde görülen varikoselini genel popülasyonda %15 gibi yüksek bir oranda görülmesi ve çoğu zaman herhangi bir şikayete veya medikal probleme yol açmadığı da hesaba katıldığında varikosel mevcudiyetinin askerliğe veya askeri öğrenciliğe elverişsizlik sebebi olması doğru bir değerlendirme değildir. (Marc Goldstein, Erkek Infertilitesinde Cerrahi Tedavi. Campbell Walsh Urology 11. Baskı, Bölüm 5 Reprodüktif ve Seksüel Fonksiyon, 2016- Paduch DA, Skoog SJ. Current management of adolescent varicocele. Reviews in Urology. 2001;3:120-133)

4- Bu dosya hakkında bilirkişi raporunuz nasıl olurdu?

Davacı varikosel mevcudiyeti üzerine ameliyat olma talebi ile ilgili hekime başvurmuş, ilgili hekimce varikoelektomi ameliyatı yapılmıştır. Davacı, askeri öğrenci olma talebi ile başvurduğu kurumca varikosel hastası olduğu gerekçesiyle kuruma kabul edilmemiş ve bunun üzerine başka hekimlerce varikosel varlığının devam ettiği iddiasıyla ilgili hekimden davacı olmuştur.

Davalı tarafından yapılan savunmada belirtildiği gibi operasyon sonrası yapılan erken dönemdeki değerlendirmeler yanıltıcıdır ve varikosel hastalığı yüksek nüks oranlarına sahiptir. Varikosel hastalığı toplumda %15 civarında görülmeyle birlikte, operasyon sonrası rekürrens %0.6 ila %45 oranında değişmektedir. Varikosel nüksünün operasyon sonrası ne zaman değerlendiriliceğine yönelik bir literatür verisi yoktur. Ancak operasyon sonrası erken dönemde yapılan değerlendirmelerde variköz venlerin ameliyat eksikliğine bağlı mı yoksa rezidü venler mi olduğu belirlenemeyebilir. Varikosel hastalığı mevcut yönetmelik açısından başlı başına askeri öğrenci olmaya engel teşkil etmemektedir.

Adli Tıp Kurumu tarafından yapılan değerlendirmede olduğu gibi varikoelektomi sonrasında nüks görülebilmektedir. Davalı tarafından yöneltilen suçlamalara istinaden doktor ve/veya hastanenin herhangi bir eksik veya kusurlu tedavi uygulaması söz konusu değildir.

6.3 PENİS PROTEZİ

6.3.1 PENİS PROTEZİNDEN SONRA AĞRI

İDDİA

Ben iktidarsızlık nedeniyle protez taktırdım. Ameliyat sonrası ağrılarım hiç dinmedi perişan oldum. Ben çok zor durumda kaldığım için ameliyat yapılmasına imza atarak izin vermiştim, ancak çok acı çekiyorum ve bana öleceğim söylendiği için ameliyat olmaya imza atarak izin vermek zorunda kaldım.

SAVUNMA

Üroloji Uzmanı: Hasta cinsel yetersizlik problemi nedeniyle muayene edilmiş ve ameliyat edilmiştir.

Şikayetçi hastaya kendi isteği üzerine penil protez cihazı takıldı, aradan birkaç gün geçtikten sonra şikayetçi cihazın kendisini rahatsız ettiğini ağrı yaptığını belirterek tekrar bize müracaat etti, bunun üzerine yine şikayetçinin isteği ile ikinci bir ameliyat yapılarak takılan cihazın boyu 1 cm. kadar kısaltıldı, şikayetçi memnun kaldığını belirterek hastanemizden ayrıldı ancak daha sonra cihazın tamamen çıkartılması için başvuruda bulundu biz kendisini ikna edemedik ve isteği doğrultusunda cihazı çıkardık, yapılan tüm işlemler tamamen şikayetçinin isteği doğrultusunda ve tıbbi kurallara göre yapılmıştır.

BELGELER

1. Ameliyat notu: GAA No:18 üretral foley kateter takılması üzerine yapılan ventral penis kökü insizyonu ile cilt ve altı dokular geçildi, corpus cavernosuma ulaşıldı corpus cavernosuma askı sütürü konuldu ve kavernöz dokuya sütür arasından insize edildi, insizyon alanından 7 Fr dilatatör ile dilatasyona başlandı ve 14 Fr.e kadar dilate edildi, aynı işlem karşı corpus cavernosuma da uygulandı. Kavernöz boşluklara protez yerleştirildi. Simetrik rijidite sağlandığı gözlemlendi ve insizyon alanları uygun olarak kapatıldı ve işleme son verildi.

2. Ameliyat notu: Genel anestezi altında aynı insizyon ile katlar geçildi. Takılmış olan ve düzgün duran protez çıkartıldı. Hastanın ağrısını azaltmak amacı ile arkasından 2cm. kesildi. Tekrar yerine yerleştirildi. Antibiyotikli izotonikle yıkandıktan sonra tekrar sütüre edildi işleme son verildi.

3. Ameliyat notu: Hastanın ısrarlı isteği üzerine genel anestezi altında aynı insizyon ile katlar geçildi. Kavernöz cisimler açıldı. Penil protez çıkartıldı. Katlar usulüne uygun olarak kapatıldı.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Hasta cinsel isteksizlik nedeniyle penil protez onamı ile ameliyatı olduğu, ağrılarının olması üzerine penil protez boyunda kısaltma ameliyatı olduğu, ağrılarının devam etmesi üzerine penil protezin çıkarıldığı, ameliyat yapan doktorun yaptığı tıbbi işlemlerin tıp kurallarına uygun olduğu oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Önder Yaman, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Penis protezi kimlere takılmalıdır?

Penis protezi organik nedenli erektil disfonksiyonu (ED) olan ve öncesindeki tüm medikal tedavi alternatiflerine cevap vermeyen hastalara takılabilir. Öncesinde ED yakınması ile başvuran hastanın temel tıbbi ve seksüel öyküsü alınmalı, fiziksel muayenesi, laboratuvar değerlendirmeleri yapılmalı ve eğer kılavuzlarda belirtildiği gibi gerekli görülürse penise özel spesifik testler (NPT; IKI; Doppler USG gibi) uygulanmalı ve psikiyatrik muayenesi yapılmalıdır (<http://uroweb.org/guideline/male-sexual-dysfunction/#3>). Bu yukarıda bahsedilen tetkiklerin tüm ED'li hastalara yapılması kılavuzlarda önerilmemekle beraber özellikle penil protez gibi invaziv, geri dönüşümü olmayan işlemler yapılacak hastalara yapılması gereklidir. Ayrıca penil protez takılması ED tedavisinin son basamağında kullanılan bir tedavidir. Dolayısıyla öncesindeki tüm tedavi alternatiflerinin (oral/penise uygulanan ilaçlar) denendiği ve fayda sağlanamadığının belirtilmesi gereklidir.

Tüm tanı ve tedavi basamaklarının yapılıp başarısız kalınan olgularda protez öncesi hasta detaylı bilgilendirildikten sonra (protez hakkında) psikiyatrik değerlendirimi de mutlaka yapılmalıdır. Dosyada en azından bu hastada bunlara ait bir bulgu yoktur. Penil protez sonrası hastalarda beklentinin karşılanmaması, memnuniyetsizlik görülen ama önlenilecek bir durumdur. Bu hastanın dosyasında da en azından değerlendirme ve bilgilendirmeye ilgili eksiklik düşünülmüştür.

2- Protezlerdeki ağrı nedenleri nelerdir?

Protez takılması sonrası devam eden kalıcı ağrıya ilk akla gelmesi gereken durum protez enfeksiyonudur. Bu nedenle yapılacak muayene, kan tetkikleri ve gerekirse görüntüleme metodları (MRI gibi) tanıda yardımcıdır. Bu hastada dosyada bunlar bahsedilmemekte ve ağrı nedeniyle protez boyunun kısaltılması gibi bir metod uygulandığı görülmektedir. Protez takılması esnasında en önemli basamaklardan biri doğru ve kesin ölçümün yapılmasıdır. Dolayısıyla sonradan ağrı nedeniyle protezin kısaltılması önerilen bir metod değildir (Campbell-Walsh Urology 11th Edition , 2016, vol 1, 780)

3- Dosya hakkındaki bilirkişi değerlendirmeniz nasıldır?

Açıkçası tarafımdan kısa ve yetersiz bulunmuştur. Birinci ve ikinci sorularda detaylı tartışılan durumların bu hasta için yapılıp yapılmadığının tartışılması, belgelenmesi (onam formları, muayene ve tetkik formlarıyla birlikte) adaletli bir karar verilmesi anlamında önemli olduğu düşünülmüştür.

6.3.2 PENİS PROTEZ VE ARTİFİSİYEL SFİNKTER UYGULAMASI SONUCU İNFEKSİYON

İDDİA

Ben Avrupada işçi olarak çalışırken radikal prostat ameliyatı oldum. Türkiye'ye tedavi amacı ile geldim ve Özel Hastanede muayene oldum, bana protez penis ve idrar akıntısını kesmek için bir sonda takması gerektiğini ve bunun basit bir ameliyat olduğunu, iki gün içerisinde iyileşebileceğimi söyledi. Bana takılacak protezin garantili olduğunu ve biraz pahalı olduğunu söyleyince ben kendim alayım dedim, kendilerinin anlaşmalı medikalçileri olduğunu ve garantili alabileceğini söyleyince güvenerek ameliyat oldum ve 75 gün süresince de devamlı pansumana gidip geldim fakat takılan protezden ve sondadan herhangi bir sonuç alamadım. Bunun üzerine başka hastanelere başvurarak tedavi olmak istediğimde de bana doktorun yanlış işlem yaptığını, organda hasar meydana geldiğini ve bunun tedavisinin mümkün olmadığını söylediler. Başka bir doktor bana akıntı durdurmak için sonda taktı, ama akıntı halen devam etmektedir. İşinde gerekli dikkat ve özeni göstermeyerek yaptığı yanlış tedaviler sonucu cinsel organımın işlevini yitirmesine sebebiyet veren ve sigorta şirketimi dolandıran doktordan şikayetçiyim.

SAVUNMA

Üroloji Uzmanı: Hasya idrar tutamama ve cinsel fonksiyon bozukluğu (ereksiyon sorunu) olduğunu öğrendim. Diyabet hastalığı da olan hastanın son 8 yıldır sondalı yaşadığını yine öğrendim. Bu şikayetlere yönelik daha önce avrupada defalarca ameliyat edildiğini öğrendim. Şahsın idrar tutamama ve sertleşme sorunu vardı. Uzun yıllardır sürekli sonda ile yaşıyordu. Kendisine sadece protez yerleştirilebileceğini anlattım. Kontrolsüz diyabet hastalığı olan hastaya protezlerin enfekte olma riskinin olduğunu defalarca anlattım. Kendisine bilgilendirildiğine dair formlar verdim. Formları kendi el yazısı ile "okudum, anladım, imzaladım" yazarak imzaladı. En basit bir tıbbi girişimde dahi garanti olamayacağı bilinen bir durum iken hastanın garantiden söz etmesi mesnetsiz bir suçlamadır. Operasyon gerçekleştirildi. Şahsa protez kullanımı eğitimi verildi. Protezleri kullandı. Daha sonra kontrolsüz diyabet hastalığı nedeniyle protezler enfekte oldu. Hastanın kötü kişisel hijyeni ve diyetine dikkat etmemesi bu konudaki asıl etmenlerdir. Enfeksiyon kontrolü için 2 ay süre ile antibiyoterapi ve pansuman tedavileri uygulandı Enfeksiyon kontrolü için protez çıkarıldı. İdrar tutamama nedeniyle sondalı takip edilmesine karar verildi. Doku iyileşmesi için gereken süre olan 6 ayı takiben yeniden protez yerleştirileceği bildirildi. Daha sonra hasta takibimizden çıktı. Bahse konu olaydaki taksirli sakatlık iddiasına istinaden: Hasta tarafıma başvurduğu anda sürekli sonda ile yaşıyordu ve uzun yıllardır erekte olamıyordu. Tarafıma isnat ettiği bizim yaptığımız operasyonlarla fonksiyonunu kaybettiği iddiaları tamamen asılsızdır. Biz fonksiyonunu yitirmesine sebep olan değil, daha önce kaybolmuş fonksiyonlarını yeniden kazandırmaya yönelik işlemler yaptık.

Öyküsünde ise çıkartılmış penil protez ve yine enfeksiyon nedeniyle başarısız olan male sling operasyonları olduğu vardı. Diyabet hastalığı nedeniyle İç Hastalıkları tarafından, enfeksiyon riski nedeniyle Enfeksiyon Hastalıkları tarafından değerlendirildi. Uygun antibiyoterapi altında ve tüm sterilizasyon önlemleri alınarak 3 parçalı penil protez ve artifisiyel sfinkter yerleştirildi. Hastanenin tüm birimleri steril ortam sağlamak için seferber edildi. Postoperatif hastanede yatarken diyabetik yemeği sevmeyeceği için dışarıdan kebab-börek yediği öğrenildi. Postoperatif 1. ay gelişen enfeksiyonun adı protez enfeksiyonudur. Bu aşamadan hekim sorumlu tutulamaz. Hastanın da onayını alarak enfekte olma ihtimali daha yüksek olan penil protezi çıkartarak sfinkteri korumaya karar verildi. Penil protez çıkarıldıktan sonra enfeksiyon kliniği geçti ve yara tamamen kapandı. Bundan 2 ay sonra hasta yine başvurdu. Skrotumdan sfinkterin pompasının çıkmış olduğu gözlemlendi. Enfekte görünüm yoktu. Hastaya protezin sadece bu kısmının değiştirilerek yeniden kullanılabileceği anlatıldı. Ancak hasta kendisine garanti verilmediği için yeni bir operasyon istemediğini ve bütünü ile çıkartılmasını istediğini ifade etti. Bunun üzerine sfinkter bütünü ile çıkartıldı.

BELGELER

Özel Hastane poliklinik belgeleri: 4 yıldır olan idrar kaçırma yakınmasıyla başvurdu, antihipertansifler, antihipertansifler, antiagreganlar kullandığı, günde 20 adetten az sigara kullanım öyküsü olduğu, Sol testis şiş, ödemli, umblikus altı median insizyon skarı olduğu görüldü. İdrar kültüründe Esccherichia coli (EBSL pozitif) 80.000 CFU/ml üredi, total inkontinans, artifisiyel sfinkter ve erektil disfonk-

siyon nedeniyle eş zamanlı 3 parçalı penil protez yerleştirilmesi gerektiğinin belirtildiği, antibiyotik ve bepanthene krem reçete edildi.

Özel Hastane servis belgeleri: Artifiyel sfinkter takılması, penil protez implantasyonu (çok parçalı, protez hariç) ameliyatı planlandı, iç Hastalıkları ile konsulte edildiği, yatışı boyunca kan şekeri ölçümleri ve regülasyonu yapıldı, ameliyata inmeden 1 saat önce Vankomisin 1 gr IV, Gentamisin 240 mg IV uygulandı, aynı gün ameliyata alınarak SAA hafif litotomi pozisyonunda penoskrotal bileşkenin altında yüksek skrotal transvers insizyonla girildiği, proksimal üretra diseke edildiği, üretra dönüldü (4.5 cm), artifiyel sfinkter gövdesi yerleştirildiği, daha sonra korpus kavernozumlara traksiyon dikişleri konuldu, korporotomiler yapıldı, kavernoza boşluklar dilate edildi, penil protez gövdesi yerleştirildi, kontrol edildi, işlem sırasında sürekli olarak gentamisin ile irrigasyon uygulandı, penil protezin rezervuarı transvers fasyanın altına sağ tarafta karın içine yerleştirildi, artifiyel sfinkterin rezervuarı ise sol tarafa transvers fasiya altına yerleştirildi, rezervuarlar SF ile dolduruldu, tüpler konnekte edildi, her iki protez kontrol edildi, penil protezin pompası sağ hemiskrotuma, üriner sfinkterin pompası ise sol hemiskrotuma yerleştirildi, penil protez hafif erekte pozisyonda bırakıldı, tüp bağlantıları ayrı ayrı gömüldü, cilt altı ve cilt kapatılarak işlem sonlandırıldığı, 14 gün siprofloksasin tedavisi, 2 gün sonra kontrol önerildi.

Özel hastane belgeleri: İki günden beri mevcut olan her iki testiste şişlik, ağrı, kızarıklık ve iltihaplı akıntı yakınıyla başvurdu, 3 hafta önce penil protez ameliyatı olmuş, yapılan muayenesinde her iki skrotumda ödem, hiperemi ve dikiş yerinde pürülan vasıfta akıntı mevcut, her iki skrotum hassas, R-cephin 1x2 gr, Oksamen 1x20 mg IV reçete edildi.

Özel hastane belgeleri: Yara enfeksiyonu tanısıyla yatışının yapıldı, genel durumu iyi, ab başlandı, kan şekeri takip edildi, püvy kültüründe gram pozitif ve gram negatif bakteri üremesi oldu, Enfeksiyon hastalıkları ile konsulte edildi, ateş olmadı, hassasiyet azaldı, ayaktan takip edilmesine karar verildi.

Özel hastane belgeleri: Enfeksiyon Hastalıkları konsultasyon notunda; "Hasta odasında değerlendirildi, bilinen hipertansiyon, D. mellitus (insülin kullanmakta) tanısı olan hasta penil protez operasyonu olduğu, hasta dün acil servise 2 gündür var olan bilateral testislerde şişlik, kızarıklık, ağrı ve pürülan akıntı nedeniyle yatırılmış, hastanın idrar kültüründe ESBL E.coli üremesi de bilinmekte, son operasyonu vancomisin + ciprofloksasin profilaksisi ile yapıldı taburcu olurken 14 gün ciprofloksasin 2x500 mg tb verilmiş, lab: WBC 12.600, kreatinin 1.08, ateş 36.5 C, preservatif sonda var, testisler ödemli, hassas ve üzerinde seropürülan akıntı gelmekte, kötü kokulu, hastanın yeni kültür sonuçları çıkana kadar meropenem 3x1 gr IV + rifampin 1x600 mg kapsül aç karına + linezolid 2x600 mg IV başlanması, burun sürüntü kültürü ve idrar kültürü alınması önerildi.

Özel hastane belgeleri: Penil enfekte protez için karbapenem + rifampin + linezolid tedavisi almış, taburcu olduktan sonra ateşi yok, ancak genital bölgede ciltte kızarıklık mevcut (fungal enfeksiyon?, dermatit?), üriner kateteri var, palpasyonla hassasiyet var, taburcu olduktan sonra ertapenem + linezolid 2x600 mg tb almakta. Enfeksiyon Hastalıkları tarafından yapılan genital muayenesinde palpasyon ve oturmakla ağrı mevcut, cilt eritemli ve skrotum alt kısmında 2 cm.lik açıklık mevcut, akıntı oluyormuş, şu anda akıntı yok, bacakta cildinde de eritem mevcut, linezolid + rifampin + ertapenem tedavisine devam edilmesi, 7 gün süre sonunda debridman yönünden değerlendirilmesi, 3 gün sonra poliklinik kontrolü önerildi.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

İncelemeci/Soruşturmacı: Hasta operasyon sonucunda hastaneye geldiği günden çok daha kötü ve organ kaybı ile ayrılmış ve 4-5 aylık bir tedavi, reoperasyon, pansuman sürecine maruz kalmıştır. Protez operasyonlarında hekimin de savunmasında belirttiği gibi enfeksiyon olabilir, ancak oranları %0-3 aralığındadır. Ancak bu oran enfekte protez sonrası ve kontrolsüz diyabet de göz önüne alındığında %25-30'lara çıkabilmektedir. Hastanın öncesinde yıllarca Avrupada enfekte protez ile dolaştığını ve diyabetin regülasyonunun bozulduğunu ve buna bağlı dokularda dolaşımın etkilendiğini göz önüne alırsak, operasyonun ne kadar riskli olduğu düşünülebilir, hatta hastanın bu operasyonu tekrar olmaması için ikna bile edilmesi düşünülebilir. Ancak üroloji uzmanı her iki protezi de bu hastaya aynı anda implante etmekten kaçınmamış, sonucu normal bir protez enfeksiyonuna bağlamış, enfekte sfinkter protezi tedavi etmeye çalışırken üretranın kaybına yol açmış ve en önemlisi hastayı bu çok riskli operasyona almadan önce ayrıntılı ve tanı bilgilendirici onamı yazdırmamıştır. Hastanın bu dönemde diyabetin re-

gülasyonu için gayret sarfetmemesi, maddi kaybının sigorta tarafından karşılanması (hasta tarafından onaylanmadı), operasyona çok istekli olması, hekimin bu sonucu yaratması için gerekçe olamaz. Sonuçta sigortanın parasını da hasta ödemektedir. Bu durumda Hekimlik Meslek Etiği Kuralları Madde 13 (bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle hastanın zarar görmesi), Madde 25 (hastanın tedavisini yarım bırakma, komplikasyonu üstlenmeme), Madde 26 (Aydınlatılmış onamin tedavinin özelliğine göre alınmış olması), hekim tarafından ihlal edilmiştir. Sonuç ve kanaat: Bana ulaşan belgelere göre yaptığım değerlendirme sonucunda ameliyatı yapan üroloji uzmanı yaptığı tedavinin sonuçlarından ve hastada gelişen organ kaybı ve sakatlıktan birinci derecede sorumludur. Bunu olağan bir komplikasyon gibi değerlendirmek doğru olmaz. Tedavinin başlangıcından sonuna dek hekim açısından eksiklikler ve yanlış değerlendirmeler mevcuttur. Sonuçta komplikasyonlar yönetilemediği gibi hasta sakat ve tedavinin başlangıcından çok daha kötü durumda ve maddi ve manevi zararlar ortada kalmıştır. Hekimlik meslek etiği kuralları Madde 13, 25 ve 26 ihlal edildiğinden, hekimin ceza alması kanaatindeyim.

Üroloji öğretim üyeleri raporu: Hastanın geçirilmiş ameliyat sonrası gelişen total inkontinansının ve ereksiyon kaybı yakınmalarının olduğu, uzun süredir de prezervatif üretral sonda kullandığı anlaşılmaktadır. Hastanın, daha önce yaşadığı Avrupa'da inkontinans nedeniyle "male sling" operasyonu ve erektil disfonksiyon nedeniyle de 3 parçalı şişirilebilir protez ameliyatları geçirdiği (iki defa), daha sonra ise gelişen enfeksiyon nedeniyle inkontinans nedeniyle takılan cihazın ve penil protezinin çıkarıldığı yine dosyadan anlaşılmaktadır. Bu durumun penil ve üretral bölgelerde yoğun bir skatrise yol açtığı aşikardır. Hasta mevcut yakınmaları için eş zamanlı 3 parçalı penil protez ve artifisyonel sfinkter ameliyatları gerçekleştirilmiştir. Postoperatif dönemde multidisipliner yaklaşımla hastanın tedavisinin ilgili branşlarla birlikte yapıldığı anlaşılmaktadır. Hastanın, postoperatif dönemde mevcut diyabet hastalığı ile ilgili diyet tedavisi konusunda özensiz davrandığı anlaşılmaktadır. Ameliyattan sonraki erken dönemde ise (1-3 hafta) skrotal ağrı ve akıntı nedeniyle protez enfeksiyonu geliştiği gözlenerek penil protezinin çıkarıldığı ve artifisyonel sfinkterinin yerinde bırakıldığı anlaşılmaktadır. Daha sonra ise (ilk ameliyattan yaklaşık 2-3 ay sonra) bu sfinkterin de enfekte olduğu düşünülerek çıkarıldığı belirtilmektedir. Bu komplikasyonlar, primer olgularda da gözlenebilecek komplikasyonlardır, kaldı ki bu hasta sekonder bir olgudur. Penil protez sonrası enfeksiyon oranları, antibiyotik ile kaplı protezlerde primer olgularda % 0.4-0.68 iken, primer ve diyabetli olan olgularda ise %1.2'dir. Diyabetli olmayan sekonder olgularda %3.3 civarında olan enfeksiyon oranları, diyabetli sekonder penil implant olgularında ise daha fazladır (1,2,3,4). Bu tür komplike olgularda postoperatif komplikasyonların gelişme riski her zaman daha fazladır. Burada sorgulanabilecek olan enfeksiyon geliştiğinde her iki sfinkterin aynı anda çıkarılmamasıdır. Eş zamanlı takılan penil protez ve artifisyonel sfinkter ameliyatları sonrasında enfeksiyon geliştiğinde, bu iki sfinkterik kompartmanın birbirinden bağımsız bölgeler olmadığı düşünüldüğünde enfeksiyondan her iki protez bölgesinin de etkileneceği akla uygun bir yaklaşımdır. Fakat literatürde bu görüşün karşısında olan yazarlar da bulunmaktadır. Dolayısıyla, eş zamanlı takılan penil protez ve artifisyonel sfinkter sonrasında enfeksiyon geliştiğinde, rutin uygulamada her iki sfinkterin de çıkarılması yönünde bir eğilim olmasına rağmen, enfekte olmayan artifisyonel sfinkterin yerinde bırakılması da yanlış bir uygulama olarak gözükmemektedir. Soruşturma dosyasından anlaşıldığı kadarıyla hastanın çıkarılmama yönündeki isteği de göz önünde bulundurularak enfekte görünmeyen artifisyonel sfinkterin yerinde bırakılması kararının yanlış bir seçim olduğu düşünülmemektedir. Soruşturma dosyasının irdelenmesi sonucunda, hastadan ayrıntılı olarak bilgilendirilmiş onam formunun alındığı anlaşılmaktadır. Sonuç olarak, postoperatif komplikasyon riski fazla olan bu tür hastalar tedavi edilmeden de kalabilmektedir. Tedavi olmak için ısrarlı olan hastalarda ise hekimler, bu olguları gerekli bilgilendirmelerden ve onayları alındıktan sonra ameliyat etmelidir. Penil implant olgularında postoperatif skrotal enfeksiyon geliştiğinde genellikle protezin çıkarılması gerekmektedir. Eş zamanlı olarak penil protez ve artifisyonel sfinkterin takıldığı olgularda da bu yöntem tercih edilebilmesine rağmen, sadece enfekte protezin çıkarılıp enfekte olmamış diğer protezin vücutta bırakılabilmesi de bir yöntem olarak uygulanabilmektedir.

Adli Tıp Kurumu: Davalı hekim tarafından hastaya uygulanan ameliyatın endikasyonunun bulunduğu, bunun yanı sıra ameliyat sonrası dönemde ortaya çıkan protez enfeksiyonunun ve geç dönemde ortaya çıkan üretral fistülün, özellikle diabetes mellitus hastalığı olan olgularda daha fazla görülen, herhangi bir tıbbi kusur ya da ihmalden kaynaklanmayan komplikasyon olarak nitelendirildiği, hastanın Enfeksiyon hastalıkları ile konsulte edilerek ve hastaya sık pansumanlar yapılarak komplikasyonun gide-

riilmeye çalışıldığı, ancak enfeksiyonun devam etmesi üzerine uygulanan protezlerin çıkarılmış olduğu, komplikasyon yönetiminin uygun olduğu, söz konusu tedaviler öncesinde hastanın usulünce bilgilendirilerek onamının alınıp alınmadığı hususlarının hukuksal değerlendirmeler ile tespitinin Başsavcılığımızın takdirinde olduğu oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Ramazan Aşçı, Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Penis protezlerinin enfekte olması riskini artıran durumlar nelerdir?

PP enfeksiyonunun iki majör tipi vardır (1-3). Birincisi implantasyondan altı hafta ve daha uzun bir süre geçtikten sonra ortaya çıkan, daha az agresif ve lokal bir enfeksiyondur. Tüm protez enfeksiyonlarının %75'ini oluşturan bu tip enfeksiyonlar protez çevresinde yeni başlangıçlı ağrı, eritem, ısı artışı, protez komponentleri üzerindeki dokuda endürasyon ve pompanın skrotum cildine fiksasyonu gibi bulgularla klinik olarak tanınır (1-3). Yukarıdaki bulgulara ek olarak temiz ve kokusuz akıntılı bir sinüs veya yara açılması görülebilir. Bu tip enfeksiyonların nedeni genellikle *Staphylococcus epidermidis*'dir ve protez enfeksiyonlarının %35-80'inden sorumludur. Yüksek sıklığına rağmen, bu bakteri ve diğer koagülaz negatif stafilkok türleri genellikle sistemik toksiditeye yol açmaz, yüksek ateş yoktur ve beyaz küre normaldir(1,2). Lokal enfeksiyon tedavi edilmez ise protez erozyonu veya ekstrüzyonu gelişecektir. Koagülaz negatif stafilkok türleri genel olarak cilt safrofitleridir ve virülansı oldukça düşüktür. Protez üzerinde yüksek koloni sayısının varlığında klinik olarak belirgin enfeksiyon gelişme olasılığı %9 olarak saptanmıştır(1-3).

İkinci tip enfeksiyon *Enterococcus*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella*, *Serratia*, *Escherichia coli* ve *Pseudomonas* gibi virülansı yüksek mikroorganizmalar ile implantasyondan sonra iki ay içinde ortaya çıkan toksiditesi yüksek bir enfeksiyondur (1-3). Sıklıkla ödemli ve ısı artmış cerrahi alandan pürülan akıntı ve protez çevresinde flüktüasyon bulunur. PP enfeksiyonlarının %25'ini oluşturan bu tip enfeksiyonda yüksek ateş ve beyaz küre yüksekliği bulunabilir (1). Koagülaz negatif stafilkokları hedef alan antibiyotik kaplı protezlerin yaygın kullanımı, daha virulan organizmalara geçiş sağlamıştır (4,5). Tedavi rejimi farklı olacağından enfeksiyon tipinin belirlenmesi yaşamsaldır (1,3).

Protez enfeksiyonlarının çoğu implantasyondan önce veya implantasyon sırasında bakteriyel ekim ile gerçekleşir. Yaranın ve protezin kontaminasyonunda bakteri kaynağı çoğunlukla hastanın cildidir. Cerrah, cerrahi oda personeli, hastanın başka bölgesindeki enfeksiyon odakları bakteri kaynağı olabilir. Bakteri adezyon molekülleri salgılayarak proteze tutunur(3,6-8). Tutunan bakteri kolonileri polisakkarit, proteinler, glikoproteinler, glikolipitler ve ekstraselüler DNA gibi biyofilm komponentlerini salgılar. Biyofilm gelişimi implantasyondan 16 saat sonra başlayabilmektedir (6). Biyofilm içindeki bakterilerin semptomatik enfeksiyon yapması için daha fazla sayıda bakteri ve nötrofil reaksiyonu gereklidir. Biyofilm antibiyotik penetrasyonunu engeller, bağışık hücre fagositozunu düşürür ve besinleri yakalar; dolayısıyla enfeksiyonun tedavisinde zorluklar oluşturur. Biyofilm granülosit ve lenfosit aktivitesini azaltarak bakteriler için güvenli bir liman oluştururken, bakterilerin çevredeki antibiyotikleri daha az tutmasına yol açan biyolojik bakteriyel aktiviteyi azaltır. Azalmış bu biyolojik aktiviteden dolayı biyofilm içindeki bakteri, başka ortamda ortadan kaldırılacağı antibiyotik konsantrasyonundan 1000-1500 kez daha yüksek konsantrasyondaki antibiyotiklerden korunur(3,6,9). Ayrıca biyofilm içindeki bakteriler genetik materyel değişimine uğrayarak antibiyotik rezistansı gelişmesi ve yayılmasına neden olur. Biyofilm tarafından korunan bakterilerle enfekte protezin basit antibiyotik verilmesi ile konservatif tıbbi tedavisi nadiren etkili olur. Doğru antibiyotigi seçmek için çıkarılmış protezlerin yüzeyinden yapılacak kültür sorumlu bakteriyi izole etmede gereksizdir. Çünkü sorumlu bakteri biyofilm içine gömülmüştür. Protez çıkarıldığında tam bir washout yapılmaz ise biyofilm yara içinde kalır. Önceden enfeksiyon semptom ve bulgusu olmayan ve mekanik bozukluk nedeniyle protezi çıkarılan olguların %40-70'inde biyofilm varlığından dolayı pozitif kültür bulunur (1,2,10). Bu hastalara yeniden protez implante edildiğinde enfeksiyon oranı %18.8 gibi oldukça yüksek olabilir.

Protez enfeksiyonu için hasta ve cerrahiye ait risk faktörleri tanımlanmıştır.

Hastaya bağlı risk faktörleri

Sigaranın cerrahi bölge enfeksiyon oranını 1.79 kat artırdığı gösterilmiştir. Sigaranın cerrahiden dört hafta önce kesilmesi cerrahi bölge enfeksiyon riskini 2.3 kat azaltmaktadır (2,3,11).

Cerrahi sırasında cerrahi ekip ve hasta kaynaklı **Staphylococcus aureus inokasyonu** enfeksiyon riskini artırmaktadır. Hastanın cerrahiden önce beş gün süreyle klorheksidin sabunlama ve mupirosin krem (Bactroban) ile burun ve cerrahi bölge temizliği Staphylococcus aureus inokasyonunu azaltabilir (2).

Revizyon cerrahileri protez enfeksiyonu için en önemli risk faktörü kabul edilir. Revizyon cerrahisinde yüksek enfeksiyon sıklığı geçmişte skar formasyonu ve konak direnci düşüklüğüne bağlanmışken, günümüzde biyofilm oluşumu en önemli faktördür. Klinik enfeksiyonu olmayan mekanik bozukluk nedeni ile çıkarılan protezlerin yüzeyinden alınan kültürlerin %70'inde bakteri üretilmiştir. Protez ile doku arasında bakterilerin oluşturduğu biyofilm, protez çıkarıldığında dokuda kalmaktadır. Kanıtlar enfeksiyon riskinin virgin implantasyonlarda %1-2 ve revizyon cerrahisinde %10-13 olduğunu göstermektedir. Uluslararası Cinsel Tıp Konsültasyonu da revizyon cerrahisinin ilk implantlara göre enfeksiyon riskini 2-5 kat artırdığını belirtmektedir (2).

Diyabetin protez enfeksiyonu riskini artırdığını gösteren birçok çalışma yanında, etkilemediğini de gösteren çalışmalar vardır. Protez üreticisi firmanın veri tabanında yer alan 624 diyabetik olgudaki %1.88'lik enfeksiyon oranı, 6071 diyabeti olmayan olgudaki %1.53'lik orandan istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur (1-3,12). Göreceli enfeksiyon risk artışı %23 ($p<0.0052$) olarak hesaplanmıştır. Doksan olguluk bir çalışmada **hemogloblin A1C**'nin 11.5'dan fazla olmasının enfeksiyon riskini önemli oranda artırdığı raporlanırken, 389 implantasyonu kapsayan başka bir çalışmada bu gösterilememiştir (2).

Spinal kord travmalı olgularda erozyon ile birlikte enfeksiyon riski yüksektir. Steroid kullanımı da enfeksiyon riskini artırmaktadır(2).

Obezite, ileri yaş, birlikte yapılan sünnet, renal transplantasyon, radyasyon, self kateterizasyon ve immünsüpresyonun enfeksiyon riskini artırdığına dair inandırıcı kanıtlar yoktur (2,3).

Cerrahiye bağlı risk faktörleri

Tüylerin temizlenmesi: Genital tüylerin saç kesme makinesi ile temizlenmesi traş bıçağı ile temizlenmesine göre enfeksiyon riskini 2.09 kat azaltmaktadır. Enfeksiyon riski için traş ve tüy dökken kremler arasında fark bulunmamıştır. Enfeksiyon riski açısından tüylerin cerrahi sırasında veya cerrahiden önceki gün temizlenmesi fark oluşturmaz. Kuzey Amerika Cinsel Tıp Derneği tüylerin temizlenmesinde jilet veya saç kesme makinesini cerrahin tercihine bırakmıştır(8,13).

Cerrahi alan temizliğinin yeterli süre (10 dakika altında) ve etkinlikte yapılmaması enfeksiyon riskini artırır. Enfeksiyonu önlemede povidon-iyodin solüsyonuna göre klorheksidin ile yıkama daha etkilidir. Ürolojik olmayan çalışmalarda cerrahi bölge enfeksiyon riski klorheksidin ile %9.5 bulunurken, povidon-iyodin ile bu oran %16.1 bulunmuştur (1-3).

Antibiyotik kaplanmış protezlerin kullanılması enfeksiyon oranını düşürmektedir. Penil protez enfeksiyon oranı antibiyotik kaplanmamış protezlerin implante edildiği olgularda %2.32 bulunmuşken, antibiyotik emdirilmiş protez implante edilmiş olgularda %0.89 bulunmuştur ($p<0.01$). (1-4,14)

Antibiyotik tipi: Vankomisin/gentamisin, minosiklin/rifampin ve rifampin/gentamisin kaplı protezlerin enfeksiyon oranları sırasıyla %4.42, %0.63 ve %0.55 bulunmuştur. Ayrıca cerrahi alanın irrigasyonu için kullanılan solüsyona rifampin/gentamisin eklenmesi enfeksiyon riskini azaltabilir (2).

Proflaksi: Cerrahiye başlamadan bir saat önce aminoglikozidler ve ek olarak vankomisin veya 1-2 kuşak sefalosporinlerin kullanılması enfeksiyon riskini azaltmaktadır. Virjin olgularda 10-14 gün, revizyon cerrahisi uygulananlarda 30 gün süreyle postoperatif trimethoprim-sulfamethoxazole proflaksisi önerilmektedir (2).

"No touch" teknik enfeksiyon riskini azaltır. Enfeksiyon kaynağı sıklıkla hastanın cildi olduğu için protezin hastanın cildine dokunulmadan yerleştirilmesi enfeksiyon riskini %2'den %0.5'e azaltabilir(1-3).

Cerrahi deneyim: Cerrahin deneyimli olması ve cerrahi sürenin kısalığı enfeksiyon, erozyon, protez yerleşim hatası gibi iyatrojenik protez sorunlarını azaltmaktadır (15).

Kurumsal enfeksiyon kontrol çalışmalarının yapılmaması da enfeksiyon riskini artırmaktadır (2).

2- Enfekte protez ne zaman korunmaya çalışılmalıdır ve ne zaman çıkartılmalıdır?

Enfeksiyon şüphesi olan ancak protez enfeksiyonu tanısı tam konulamayan (sürekli seröz akıntı gibi) olgularda, durum hastaya açıklandıktan sonra, uzun süreli oral antibiyotik ve hastanın yakın izlemi ile protez korunabilir (1-3,16). İzlemlerde enfeksiyon açık hale gelirse cerrahi eksplantasyon yapılmalıdır. Subklinik enfeksiyon tanısı geniş spektrumlu intravenöz antibiyotik tedavisi ile klinik bulgulardaki ivedi düzelmeye bakılarak konulabilir. Ancak düşük dereceli protez enfeksiyonu için kesin bir tanı testi yoktur.

Sürekli ağrı ve protez çevresinde subklinik enfeksiyon şüphesinde antibiyotik tedavisi ile protez bırakılabilir (1-3,16). Antibiyotik seçimi genellikle cerrahın kararına göre yapılır. Bazı uzmanlar üç gün süreyle intravenöz vankomisin, 30 gün süreyle rifampin ve trimetoprim/sulfametaksazol tedavisi önermektedir (2). Ağrı kaybolur ise oral antibiyotik tedavisi 10-12 hafta sürdürülür. Antibiyotik tedavisine rağmen süregelen ağrı, yara yerinden akıntı ve yüksek ateşin olması tüm protezin ve yabancı cisim reaksiyonu oluşturacak çevredeki erimeyen sütülerin çıkartılmasını gerektirir (1-3,17).

Enfekte protez tedavisinde diğer bir seçenek sadece açıkça enfekte komponentin çıkartılmasıdır (2). Ancak yerinde bırakılan protez komponentleri enfeksiyon kaynağı olmaya eğilimlidir. Çalışmalar, klinik enfekte komponentin çıkarılmasından sonra yerinde bırakılan komponentlerin hemen hepsinin reoperasyon ile çıkarıldığını göstermektedir (1-3,17).

Virjin implantasyondan sonra bir hafta ile altı ay arasında sistemik enfeksiyon semptomları (ateşi $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ ve lökositozu) olmayan penil eritem, duyarlılık, ödem, yara açılması, fluktuasyon, erozyon, akıntı veya süregelen ağrı gibi bulgular ile tanı konulan lokal protez enfeksiyonunun konservatif tedavisi ile protez yerinde bırakılabilir (2,10). Otuz yedi olguluk bir seride üçüncü kuşak sefalosporin veya kültüre göre seçilen paranteral antibiyotik ile 10 gün ve üzerine oral antibiyotik (amoksilin ve klavulanat potasyum) tedavisi ile 31 olgunun protezinin kurtarılarak cinsel ilişkiye izin verildiği raporlanmıştır (10).

Şiddetli sepsis veya diyabetik ketoasidoz varlığında tüm protez komponentleri acilen çıkarılmalıdır (2). Özellikle implantasyondan sonra ilk iki ay içerisinde gelişen yüksek ateş, yara yerinden pürülan akıntı ve lökositozun bulunduğu enfeksiyonlarda tüm protez elemanları çıkarılmalıdır (1-3). Stabil olmayan hastalarda çıkartma güçlüğünden dolayı rezervuar nadiren bırakılabilir ve sonraki izlemlerinde lokal enfeksiyon devam ederse çıkartılır (2,9,12).

3- Bu dosyada bilirkışı olarak nasıl rapor yazarsınız?

Hastanın kayıtlarından yurtdışında postprostatektomi erektil disfonksiyon (ED) ve inkontinans nedeniyle sırasıyla penil protez implantasyonu (PPI) ve erkek üretral askı (male sling) ameliyatları geçirdiği, enfeksiyon nedeniyle de her iki protezin çıkarıldığı anlaşılmaktadır. Sürekli prezervatif sondalı olan ve ED'si süren hastaya ED için yeniden PPI ve inkontinans için (üretra ve detrisör incelendikten sonra) yapay sfinkter implantasyonu endikasyonu olabilir. Hastanın sigara kullanması, kontrolsüz diyabeti ve reoperasyon, protez enfeksiyonları için birer risk faktörüdür. Kapsamlı bir aydınlatılmış onam alındıktan sonra enfeksiyonu azaltıcı işlemler (sigaranın bırakılması, diyabetin düzenlenmesi, antibiyotik kaplı penil protez seçimi gibi uzun süreli hazırlama) ile üç parçalı PPI ve artifisiel üriner sfinkter implantasyonları yapılabilir. Cerrahi endikasyon açısından hekimin bir kusuru yoktur. Hastane belgelerinden preoperatif inatçı üriner sistem enfeksiyonun tedavi edildiği, cerrahinin penil protez ameliyatlarına uygun antibiyotik profilaksisi ve beceri ile gerçekleştirildiği anlaşılmaktadır.

Ameliyattan yaklaşık 20 gün sonra şiddetli protez enfeksiyonu (yapılan muayenesinde her iki skrotumda ödem, hiperemi ve dikiş yerinde pürülan vasıfta akıntı mevcut, her iki skrotum hassas) nedeniyle hasta yeniden değerlendirilmiş ve paranteral antibiyotik reçetesi verilmiştir. Hastada implantasyondan sonra ilk iki ay içinde gelişen bu enfeksiyon şiddetli protez enfeksiyonu şeklinde değerlendirilmelidir. Bu durumda hekimin hastayı hospitalize ederek paranteral tedavi düzenlemesi ve birkaç gün içinde tedavi yanıtını gözlemlemesi gerekirdi. Protez enfeksiyonlarının antibiyotik ile tedavisi, implantasyondan 16 saat sonra oluşmaya başlayan biyofilm nedeniyle genellikle sonuçsuz kalmaktadır. Yine hastane kayıtlarından reçete edilen tedavinin yetersiz kaldığı ve hastanın acil servise daha kötüleşmiş bir klinik tablo ile yatırıldığı anlaşılmaktadır. Dolayısı ile protez enfeksiyonu tipini belirlemede ve tedavisini yürütmede protez cerrahisi yapan hekimin kusuru vardır.

Implantasyondan sonra ilk iki ay içinde Enterococcus, Staphylococcus aureus, Klebsiella, Serratia, Escherichia coli ve Pseudomonas gibi virülans yüksek mikroorganizmalar ile gelişen enfeksiyonlarda

daha ileri doku destrüksiyonunu ve sepsisi önlemek için tüm protez elemanları ve erimeyen sütür materyalleri çıkartılmalıdır. Eş zamanlı ve aynı insizyondan PP ve AÜS implante edilmiş hastalarda sadece enfekte penil protezin eksplante edilmesi enfeksiyonu önleyemeyeceğinden, AÜS'in de çıkartılması gereklidir. Bu hastada şiddetli enfeksiyon komplikasyonlarının virjin hastalara göre daha yüksek olabileceğini öngörmesi gereken hekim, protez cerrahisinden sonra ortaya çıkan komplikasyonların yönetiminde kusurludur.

Kaynaklar

1. Pineda M, Burnett AL. Penile Prosthesis Infections-A Review of Risk Factors, Prevention, and Treatment. *Sex Med Rev* 2016;4(4):389-398.
2. Levine LA, Becher E, Bella A, Brant W, et al. Penile Prosthesis Surgery: Current Recommendations From the International Consultation on Sexual Medicine. *J Sex Med* 2016;13(4):489-518.
3. Holland B, Kohler T. Minimizing Penile Implant Infection: A Literature Review of Patient and Surgical Factors. *Curr Urol Rep* 2015;16(12):81.
4. Mandava SH, Serefoglu EC, Freier MT, Wilson SK, Hellstrom WJ. Infection retardant coated inflatable penile prostheses decrease the incidence of infection: a systematic review and meta-analysis. *J Urol* 2012; 188(5):1855-60.
5. Nehra A, Carson CC 3rd, Chapin AK, Ginkel AM. Long-term infection outcomes of 3-piece antibiotic impregnated penile prostheses used in replacement implant surgery. *J Urol* 2012;188(3):899-903.
6. Welliver RC Jr, Hanerhoff BL, Henry GD, Köhler TS. Significance of biofilm for the prosthetic surgeon. *Curr Urol Rep* 2014;15(6):411.
7. Muench PJ. Infections versus penile implants: the war on bugs. *J Urol* 2013;189(5):1631-7.
8. Darouiche RO, Bella AJ, Boone TB, Brock G, et al. North American consensus document on infection of penile prostheses. *Urology* 2013;82(4): 937-42.
9. Hofer MD, Gonzalez CM. Current Concepts in Infections Associated with Penile Prostheses and Artificial Sphincters. *Urol Clin North Am* 2015;42(4):485-92.
10. Luján S, Rogel R, Broseta E, Boronat F. Local Treatment of Penile Prosthesis Infection as Alternative to Immediate Salvage Surgery. *Sex Med* 2016;4(4):e255-e258.
11. Hinds PR, Wilson SK, Sadeghi-Nejad H. Dilemmas of inflatable penile prosthesis revision surgery: what practices achieve the best outcomes and the lowest infection rates? (CME). *J Sex Med* 2012;9(10):2483-91.
12. Al Mohajer M, Darouiche RO. Infections Associated with Inflatable Penile Prostheses. *Sex Med Rev* 2014;2(3-4):134-140.
13. Katz DJ, Stember DS, Nelson CJ, Mulhall JP. Perioperative prevention of penile prosthesis infection: practice patterns among surgeons of SMSNA and ISSM. *J Sex Med* 2012;9(6):1705-12.
14. Serefoglu EC, Mandava SH, Gokce A, Chouhan JD, Wilson SK, Hellstrom WJ. Long-term revision rate due to infection in hydrophilic-coated inflatable penile prostheses: 11-year follow-up. *J Sex Med* 2012;9(8):2182-6.
15. Onyeji IC, Sui W, Pagano MJ, Weinberg AC, et al. Impact of Surgeon Case Volume on Reoperation Rates after Inflatable Penile Prosthesis Surgery. *J Urol* 2016; S0022-5347(16)31069-2.
16. Hecht SL, Hedges JC. Management of the Infected Penile Prosthesis. *J Urol* 2016; 195(3):546-7.
17. Kava BR, Burdick-Will J. Complications associated with retained foreign bodies from infected penile implants: proposal for the use of an implant-specific checklist at the time of device removal. *J Sex Med* 2013;10(6):1659-66.

6.3.3 PENİS PROTEZİ SONRASI ŞEKİL BOZUKLUĞU MU TAKINTI MI?

İDDİA

Cinsel organımdaki rahatsızlık sebebiyle Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan doktora gittim. Bana organik kaynaklı impotans tanısı konmuştur. Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde cinsel organıma protez takılmıştır. Daha sonra yapılan ameliyatta hata olduğu gerekçesiyle tekrar hastaneye yatırıldım ve yeniden ameliyata alındım. Aynı tarihli epikriz raporumda "glans hipermobilitesi tespit edilmesi üzerine penil protez revizyonu amacıyla" yatışımın yapıldığı belirtilmektedir. Rahatsızlığımın devam etmesi üzerine aynı uzman doktor ile şifahi olarak görüşüp durumumu anlattım. Ancak kendisi bana "6-12 ay arasında bu şikayetlerin devam eder, sonrasında iyileşirsin" diyerek kullanmam için ilaçlar vermiştir. Uzman doktor tarafından verilen ilaçları kullanmama rağmen hiçbir faydasını görmediğim gibi cinsel organım fonksiyonunu tamamen yitirmiş durumdadır.

Yaşadığım bu durum üzerine başka doktorlarla görüştüm ve yapılan ameliyatlar neticesinde kılcal damarlarımın zedelenip hasar gördüğünü bu sebeple iyileşmemin mümkün olmadığı belirtilmiştir. Cinsel organımın fonksiyonunu tamamen yitirmesi sebebiyle cinsel yaşamımın tamamen sona erdiği ortadadır. Bu sebeple manevi yönden büyük bir çöküntüye uğramış bulunmaktayım. Manevi yönden uğradığım zarar ortadadır. Doktorlar hastalarının zarar görmemesi için yalnız mesleki değil, genel hayat tecrübelerine göre herkese yuklenebilecek dikkat ve özeni göstermek zorundadır.

SAVUNMA

Üroloji Uzmanı: Davacının, diabete bağlı erektil disfonksiyon tanısıyla penil protez takılmak üzere Üroloji Kliniğine yatırıldı. Davacının anemnezine bakıldığında, beş kez üretra darlığı nedeniyle üretrotomi intema olduğu ve gerekli olmadığı halde, takıntılı bir şekilde her gün kendisinin kalem ile yumuşak dilatasyon yaptığının öğrenildi. 2 yıldır diyabet hastası olan davacı ameliyat tarihi öncesi 1,5 yıldır ereksiyon sorunları başlamış ve medikal tedaviye cevap vermediği öğrenildi. Üretra darlığı hikayesi nedeniyle oluşabilecek yeni darlık endişesiyle bir ay sonra üroflowmetri yapılarak darlığı ekarte edildikten sonra ameliyat için tekrar yatırıldı. Davacı ameliyat öncesi ameliyat komplikasyonları hakkında bilgilendirildi. İki parçalı penil protez takılan davacıda, post-operatif dönemde en sık rastlanan %1-10 hastada görülen enfeksiyon başta olmak üzere herhangi bir komplikasyon gözlenmediğinden, davacının haftada bir kontrole gelmek üzere taburcu edildi. Davacı kliniğe her geldiğinde penisinin cetvel gibi dümdüz olduğundan, boyunun kısaldığından ve tam fonksiyon görmediğinden şikayetçi oldu. Penil protez fonksiyonel olarak kontrol edildiğinde herhangi bir mekanik arıza, enfeksiyon ve erozyon bulgusu bulunmadı, penis boyunda kısalma olması zaten söz konusu değildi. Fakat ameliyat öncesi dönemde hastaya okutulup anlatılan ve hastanın imzaladığı onam formunda da belirtildiği üzere az miktarda "glans hiper-mobilitesi" sorununu dikkatini çekiyordu. Olası bir sorun olmasına rağmen, ileri seviyede olmayan ve cinsel ilişkiye mani olacak derece bulunmayan, düzeltilmesine çok gerek olmadığı davacıya bildirilmesine rağmen davacının takıntılı bir şekilde organının çalışmadığını ve düz olmadığını iddia etmesi üzerine yaşam kalitesi düşünülerek davacının isteği ile protezin fonksiyonel parçalarına dokunulmadan revizyon ameliyatı yapıldı, penisin fonksiyonel ve kozmetik olarak sorunsuz olduğunun görüldü. Davacının ameliyat nedeni ile cinsel organının fonksiyonunu tamamen yitirdiği şeklindeki ifadesi doğru değildir. Davacının ameliyatı zaten penis fonksiyon göstermediği için yapılmış ve penil protez takılmıştır.

BELGELER

Penil doppler USG: 60 mg intrakavernozal papaverin enjeksiyonu yapılan dinamik incelemede her iki kavernozal arterde elde olunan maksimal pik sistolik hız 42 cm/sn olup literatürde normal kavernozal arteryel akım hızları için tanımlanan minimum 30-35 cm/sn lik değerlerin üstünde olduğu, ancak, 20 dakikalık inceleme süresince persistan end diastolik akım paterni izlenmekte olup self genital stimülasyon sonrası akım paterninde değişiklik gözlenmediği görüldü, bulgular venookluziyon disfonksiyon ile uyumludur. Erektile cevap: Tumesans (+) rigidite(-).

Revizyon ameliyat notu: Glans penis eğriliği nedeni ile başvuran hastanın 1.5 ay önce penil protez takılan hastada glans hiper-mobilitesi tespit edilmesi üzerine penil protez revizyonu amacıyla yatırıldı, spinal anestezi altında sirkümsizyon hattından kesi ile katlar geçildiği, diseke edilerek corpus kaverno-zumlara kadar inildiği, penisin erekte hale getirildiği, glansa yakın yerden bilateral kaverno-zlar açıldı, kaverno-z cisimlerden 0,5cm lik alan çıkarılarak glans spongiöz cisimi ile kaverno-z cisim arasında u suturu kondu, (çıkarılan parça penisin dorsal yüzünden çıkarıldı.) penis ereksiyona getirildi ve glansın eğriliğinin düzeldiğinin gözlemlendi, katların anatomisine uygun olarak kapatılıp, işlem sonlandırıldı. Ameliyat tanısı SST deformitesi.

Adli Tıp Kurumu muayenesi: Penil protez takıldığını, şikayetinin geçmemesi üzerine 2 ay sonra tekrar ameliyat olduğunu ifade etti, üroloji muayenesinde; penil protezin çalıştığı gözlemlendi (penisin erekte hale geldiği), cinsel ilişkiye girebildiğini, ilişki sırasında haz alamama ve ejakülasyonun olmaması problemi yaşadığını ifade etti, hastanın diabetes mellitus ve nöropatisinin mevcut olduğu öğrenildi.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. M. Faruk Usta, Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Protezli hastalarda şekil bozuklukları ve nedenleri nelerdir?

Protez implantasyonu konulan olgularda en sık karşılaşılan 'Şekil Bozukluğu' komplikasyonları; Floppy Glans Sendromu, Süper Sonic Transporter (SST) deformitesi ve 'S' şekil bozuklukları olarak sıralanabilir. Genellikle sıklıkla karşılaşılmayan bu tarz sorunlar, 'Glans penis-Penis baş kısmı' olarak adlandırılan anatomik oluşumun; sağ-sol, aşağı ya da yukarı yönlerde eğilip düşmesine ve olması gerekenden daha mobil-hareketli olmasına neden olabilir. Bu klinik durum hastanın; cinsel ilişki sırasında ağrı hissetmesine, ilişkinin başarısız olmasına ve yeterince zevk alınmamasına neden olabilir. Genellikle bu tarz şekil bozuklukları hastaya olması gerekenden daha kısa penil protez yerleştirilmesi sonucu ortaya çıkabileceği gibi normal-olması gereken uzunlukta protez yerleştirildiği hallerde de görülebilir. Normal uzunlukta yerleştirilen proteze rağmen sözü edilen şikayetin orta çıkması; hastanın 'glans penis-penis baş kısmında anatomik olarak mevcut bir doku yetersizliğinin varlığını düşündürür (Floppy Glans Syndrome: Pathogenesis and Treatment, Bickell M et al, Sex Med Rev, 2016;4(2):149-156). 'S' şekil bozuklukları ise genellikle protezlerin olması gerekenden daha uzun yerleştirildiği olgularda karşılaşılan bir klinik tablodur.

2- Protez şekil bozukluğunun tedavi endikasyonları ve revizyon yöntemleri nasıldır?

Protez yerleştirilmesi sonrası peniste görülen şekil bozukluğunun nedeni; eksik ya da olması gerekenden daha uzun protez konulması ise; protezin çıkarılarak yeni ve uygun boyutta olan ideal protezin yerleştirilmesi uygun olur. Buna karşılık; protez ölçümünde bir hata bulunmuyorsa o taktirde 'Glans penis-Penis baş kısmı' bölgesine; yetersiz anatomiyi desteklemeye yönelik 'Plastik' düzeltici operasyonlar yapılmalıdır. Bu kararın verilmesinde hastanın talebi ve hekimin muayene bulguları önemlidir. Hasta cinsel ilişki sırasında ağrı nedeniyle mutsuz ise, cinsel ilişkiden yeterli derecede haz almıyorsa ve sonuç olarak kendisi ya da eşi cinsel ilişki mutluluğunun yeterince yaşayamıyorsa ameliyat kararı verilebilir. Bununla birlikte hekimin de muayene bulguların 'Floppy Glans Sendromu-Hipermobil Glans' varlığı ile uyumu gereklidir. Hekimin muayenede en fazla dikkat etmesi gereken ikinci nokta: hasta şikayetinin gerçek anlamda kısa bir protez varlığından mı, yoksa hastaya özgü anatomik bir eksiklikten mi ortaya çıktığının tespiti.

3- Bu dosya hakkında bilirkşi raporunuz nasıl olurdu?

Hastanın iddiaları göz önüne alındığında hasta kısaca; sözü edilen hastanede 'penil protez yerleştirilmesi' ameliyatı geçirdiğini; buna karşılık ameliyat sonucundan memnun kalmadığını ifade etmektedir. Memnuniyetsizlik nedeni olarak da hasta ve hekim raporlarından anlaşıldığı üzere; ameliyat sonrası hastada 'Hipermobil Glans' tablosunun olduğu tespit edilmiştir. 'Hipermobil Glans' sendromu 'penil Protez Yerleştirilmesi' operasyonlarından sonra nadir olarak ortaya çıkan ve düzeltilmesi her zaman zorunlu olmayan bir klinik tablodur. Bununla birlikte hastanın cinsel ilişki kaynaklı şikayetlerinin olması ve hekimin ilgili tanıyı doğrulaması sonrası bu klinik tablonun düzeltilmesi amacıyla cerrahi girişimler yapılabilir.

Hasta ile ilgili belgeler ve hastanın hikayesi gözden geçirildiğinde hastanın diyabet ile ilişkili organik kökenli erektil disfonksiyon (İktidarsızlık) tanısı aldığı anlaşılmaktadır. İlaç tedavilerine yanıt alınamayan hastalarda 'Penil Protez Yerleştirilmesi' ameliyatı tedavi seçeneği olarak tercih edilmektedir. Bu ameliyatlardan sonra genel olarak hasta ve eş memnuniyet oranları %95-%100 arasında değişmektedir. Yüksek oranlardaki memnuniyet oranlarına karşılık %1-10 dolaylarında protez enfeksiyonu, %5-15 dolaylarında protezin bozulması ve daha nadiren de ameliyat sonrası penis şekil bozuklukları ile karşılaşılabilir (The development of Modern Penile Implants, Mulcahy JJ, Sex Med Rev, 2016;4:177-189). Hastanın 'Penil Doppler Ultrasonografi bulguları ve hikayesi birlikte incelendiğinde 'Penil Protez Yerleştirilmesi' tedavisine uygun bir hasta olduğu anlaşılmaktadır. Ameliyat öncesi hastaya; ameliyatta sırasında ve sonrasında oluşabilecek olası komplikasyonlar ve tedavi yöntemleri konusunda 'Ameliyat Onam Formu' okutularak gerekli bilgilendirme yapılmış olmalıdır. Hasta dosyası incelenerek sözü edilen belgenin varlığı ortaya konulabilir.

Hastanın birinci ameliyat sonrası gelişen sorunun 'Floppy Glans Sendromu' olduğu bu sendromun nedeninin ise olası glans-penis baş kısmı anatomik yetersizliği ile ilişkili olduğu anlaşılmaktadır. Zira hastaya yapılan ikinci operasyonda penil protez değişikliğine gerek duyulmamış, sadece glans penise yönelik plastik düzeltici cerrahi uygulanmıştır. Protezin değiştirilmemiş olması, ilk operasyonda olması gerekenden daha kısa bir protezin yerleştirilmediği dolayısıyla hekimin, uyguladığı ilk cerrahi girişimde kusurunun bulunmadığını düşündürmektedir. Öte yandan uygulanan ilk operasyon sonrasında hastanın penisinin kıaldığını hissetmesi olağan bir bulgu olup genelde penil protez yerleştirilmesi sonrası 'ereksiyon' yani sert hale gelmiş peniste asgari 0.5cm civarında kısaltmalar olabilmektedir. Ek olarak hastada mevcut diyabet hastalığı da penisin ilaveten kısaltmasına katkı sağlayan bir başka unsurdur. Tüm bunlara karşılık hastaya mevcut penis ölçülerinde en uygun protezin yerleştirildiği ikinci operasyonda proteze yönelik bir cerrahi uygulamanın yapılmamış olmasından anlaşılmaktadır.

Penil protez yerleştirilmesi ameliyatları ilaç tedavisine yanıt alınamayan hastalarda bir nevi 'Son Çare' tedavi girişimleri olarak ifade edilebilir. Dolayısıyla 'Gerİ Dönüşümü' olmayan ameliyatlardır. Buna karşılık bu tarz ameliyatlar kendiliğinden ya da ilaca rağmen cinsel işlevini yerine getiremeyen olgularda uygulanır. Dolayısıyla 'Adli Tıp' muayenesinde penil protezin işlevsel olduğu dolayısıyla hastanın 'Başarılı Bir Cinsel İlişki' için gerekli penis sertliğini sağlayabileceği rapor edilmiştir. Tüm bu bulgular neticesinde; şu anki durumyla hastanın cinsel fonksiyonlarını penil protez aracılığıyla gerçekleştirebileceği anlaşılmıştır.

Tüm belge ve muayene bulguları, hasta ve hekim ifadeleri bir arada değerlendirildiğinde hastanın geçirdiği operasyonlar sonrası karşılaşılan sorunların, ameliyata özgü ve karşılaşma olasılığı az da olsa bulunan klinik tablolar olduğu, bu sorunları gidermeye yönelik hekim uygulamalarının ve ilk ameliyatın uygulanması ile ilgili endikasyon-gereçlendirmenin doğru olduğu ve hekimlerin hastanın halen mevcut şikayetleri konusunda her hangi bir kusurunu bulunmadığı kanaatine varılmıştır.

6.4 ÜREMAYA YARDIMCI TEDAVİ YÖNTEMLERİ

6.4.1 TESE SONRASI ABSE, WEGENER HASTALIĞI

İDDİA

Müvekkil çok nadir görülen ve Wegener olarak tabir edilen bir hastalığa yakalanmıştır. Hastalık o dönemde burun kanaması ardından lenf bezlerinde şişme, öksürdüğünde kanama şeklinde ortaya çıkmış, 15 gün içerisinde bütün vücut fonksiyonları bozulup, müvekkilin hastaneye yatmasına sebep olmuş, 7-8 gün sonra böbreklerinde problem çıkmış, 2 kez diyalize girip, bir sene diyet yapıp 4-5 kür kanser ilacı kullanıp, 8 ay da kortizon kullanmak zorunda kalmıştır. Uzun süre üre ve kreatin değerleri ile hemogramda akyuvar sayıları düşmemiştir. Bu hastalıkta bu değerler aşırı yükseldiği zaman hastanın organlarını tahrip etmeye başlamaktadırlar. Bu yüzden müvekkil, hastalığı devamlı kontrollerini yaptırmakta ve bir aksilik olursa hemen doktorunu aramaktadır. Müvekkil hastalığı ile ilgili yaptırdığı rutin testleri yaptırıp konunun uzmanı bir profesöre göstermiş ve hastalıkla ilgili muayene bulguları iyi olup, hiçbir şikayeti ve problemi olmadığını doktoru da onaylamıştır. Hastalıktan yana bir şikayeti olmadığı ve testleri de temiz çıktığı için uzun zamandır eşi ile düşündükleri bebek sahibi olmak amacı ile Tüp Bebek Merkezine gitmeye karar vermişlerdir. Müvekkil eşi ile birlikte Tüp Bebek Merkezi'ne gidip görüşmüştür. Görüşmede özellikle Wegener granülomatöz hastası olduğunu, kanser ilaçları ve kortizon kullandığını fakat şu anda hastalığın remisyonunda olduğunu belirtmiştir. Kullanılan ilaçların kısırılık yapma ihtimalinin yüksek olduğunu, fazla bir beklentilerinin olmadığını, öncesinde başka hastanelere de gittiklerini ve oradaki doktorun da çocuk olma ihtimalinin az olduğunu söylediğini belirtmişlerdir. Ama uygun ise ve umut varsa deneme yapmak istediklerini söylemişlerdir. Ayrıca yapılan sperm testinde hiç sperm çıkmadığını da belirtmişlerdir. Müvekkil ameliyat yaptırmadan önce ameliyat olması halinde sperm olup olmayacağını gösteren bir test olup olmadığını sorduğunda böyle bir testin olma-

diğini belirtmiş, ameliyatın 15 dakika sürdüğünü, ameliyattan 3-4 saat sonra yürüyerek merkezden ayrılabilceğini belirtep, beraber çalıştıkları üroloji uzmanına yönlendirmiştir. Üroloji uzmanına Wegener hastalığı ile ilgili geçmişini anlatmış, doktorda ameliyat yapabileceğini, 15 gün içerisinde çalışmaya hazır olacağını, ameliyattaki tek riskin kanama olabileceğini, ama yaptığı yüzlerce ameliyatta tek bir kanamalı vakanın görülmediğini söylemiştir. Kendisi müvekkilin hastalığının bu operasyonu etkilemeyeceğini belirtmiştir. Hazırlık süreci sonunda kadın doğumcu ameliyattan sonra yumurta transferinin olacağını söyleyip hazırlık yapılacağını belirtmiştir. Ameliyattan sonra doktor sperm bulunamadığını belirtmiştir. Müvekkilin ağrıları ve her iki testisteki şişlikleri gittikçe artması nedeniyle defalarca doktoru aramış "Gececek, sen sıkı don giymeye devam et" cevabını almıştır. Müvekkil, şişliğin aşırı derece arttığını, ağrıya dayanmadığını, sol taraftaki testisin hiç hareket etmediğini, önceki seferlerdeki gibi doktora söyleyip, çok ısrar edince "Gel bir bakalım" cevabını alabilmiştir. Müvekkil doktorun muayenehanesine gittiğinde hemen hastaneye yatması gerektiğini belirtep üniversiteyi aramıştır. Müvekkil aynı gün hastaneye yatmış, özel bir odada doktor kendisine dayanılmayacak derecede ağrılı bir temizlik işlemi yapmıştır. Sol taraftaki testis üst kısmından komple yapışık olduğundan uzun süre o yapışıklığı ayırmaya çalışmışlar, uyuşturucu iğne yapılmasına rağmen müvekkil dayanamayıp, bağırıp ağlamıştır. Müvekkil Wegenerden dolayı gözünde daha önce kanama olduğunu belirtmiş ve göz damarlarının dayanıksız olduğunu söylemesine rağmen kendisini hastaneden göndermekle tehdit etmişlerdir. Bu işlemlerin uyutularak ameliyathanede yapılması için yalvaran müvekkile hastaneden çıkarsa 15 gün içerisinde hastaneye dönemeyeceği söylenmiştir. İşlemler yüzünden kan gölüne dönen yatak çarşafı değiştirilerek, ertesi gün için doktorun başka bir doktora, testislere o yokken yapacağı kesme işlemlerini anlattığına müvekkil şahit olmuştur. Müvekkil iyileşememekten, çalışmamaktan ve geleceğe yönelik kaygılarının artmasının verdiği stres yükünden dolayı burnunda az miktarda kanama ile Wegener hastalığını yaşadığı dönemdeki gibi kanayan yerlerde kabuklanma olduğunu fark ederek doktoru wegneri takp eden doktorunu aramıştır, o da yaptığı kontrolden sonra ANCA-C testini yaptırmasını, akciğer filmi çekirtmesini istemiştir, ANCA-C testinin sonucu değerinin çok yüksek olduğunu, fakat akciğer filminde bir belirti görmediğini, diğer değerlendirmelere de dayanarak tekrar endoksan veya kortizona başlamayabileceğini belirtmiştir.

Bir türlü düzelmeyen müvekkil başka doktora gitmiş, yumurtanın çok kötü olduğunu ve alması gerektiğini söylemiştir. Ameliyatla testisi alınmıştır.

SAVUNMA

Üroloji Uzmanı: Hasta TESE operasyon sonrası 3. gününde, kontrolünde testislerde hafif bir şişlik ve ağrı mevcut olduğu, herhangi bir akıntı, yerel kızarıklık ve yerel ısı artışı olmadığı görülmüştür. Ayrıca ateş yakınması da mevcut değildir. Davacının bu durumu cerrahi operasyonlardan sonra testis ve çevre dokuda gelişen ödem ve/veya hematomla uyumlu bir tablo olarak değerlendirilmiştir. Ultrasonda hem sağ hem de sol testiste hematoma veya abse ile uyumlu görüntü rapor edilmiştir.

Tüp Bebek Merkezi: Davacı ve eşi Tüp Bebek Merkezine gelerek sorunlarını anlatmış, çocuk istediklerini beyan etmiş, ancak daha önce başkaca sağlık kuruluşlarına da gittiklerini ifade ederek, davacı baba adayında hiç sperm olmadığını söylemişlerdir. Doktor davacıları sperm incelemesine (spermiogram tetkiki) göndermiştir. Yapılan incelemede gerçekten davacının menisinde hiç sperm olmadığı tespit edilmiştir. Davacılar bu sonucu zaten bildiklerini, daha önce başka yerlerde de bunu yaptıklarını, kendilerine testiste sperm arama ameliyatı önerildiğini, bu ameliyatı en iyi yapan yerlerden biri olarak Tüp Bebek Merkezine geldiklerini beyan etmişlerdir. Bunun üzerine davacılar.azospermi teşhisine göre çocuk isteğinden vazgeçebileceklerini veya son bir seçenek olarak baba adayının testislerinde operasyon ile sperm arama işlemi yapılması yöntemini deneyebileceklerini beyan ederek, tercihi kendilerine bırakmıştır. Davacılar umudun ve ihtimalin düşük olduğunu bildiklerini ve bu yöntemi denemek istediklerini beyan etmişlerdir. Bunun üzerine davacılar ameliyatın kendi merkezlerinde, ancak konunun uzmanı olan profesör üroloji uzmanı konsültasyonu ile yapılabileceğini beyan etmiştir. Davacılar bu beyan üzerine profesörün muayenehanesine giderek kendisiyle görüşmüşler ve sözü edilen operasyonun yapılması konusunda anlaşmışlardır. Bu gelişmelerden sonra testisten sperm elde edilmesi (TESE) operasyonu yapılmıştır.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Davacı Wegener granülomatozis hastalığı öyküsü olduğu, yapılan muayene ve tetkiklerinde primer infertilite, azospermi tespit edilerek önce sağa, sonra sola mikroskopik TESE operasyonu uygulanmış olduğu, primer infertilite, azospermi için yapılan girişimler arasında söz konusu operasyonun uygulanan yöntemlerden biri olduğu, mikroskopik TESE işlemi ile sperm elde edilemeyeceği, bunun yanı sıra operasyon sonrasında ortaya çıkan ağrı, şişlik, hidrosel, nekroz bulgularının bu tür ameliyatlardan sonra ortaya çıkabilen herhangi bir tıbbi kusur ya da ihmalden kaynaklanmayan "komplikasyon" olarak nitelendirildiği, kişinin davalı hekim tarafından kontrol muayenesinin yapıldığı, testislerde ağrı ve şişlik olduğu, ancak akıntı, kızarıklık veya ısı artışı olmadığı tıbbi belgelerde kayıtlı olduğu, muayenesinde her iki testiste hidrosel ve sol testisin cilde fikse olduğunun görüldüğü, davalı hekimin önerisiyle hastaya skrotal USG çekildiği, USG'de "...Bilateral intratestiküler hematoma/abse görünümü, stur altı enfekte materyal görünümü" saptanması üzerine hastanın Üroloji Servisi'ne yatışının yapıldığı, burada yapılan muayenesinde apse kolleksiyonu ile uyumlu bulguya rastlanmadığı, yara yeri revizyonu yapıldığı, skrotum bölgesindeki yara yerine debridman yapılmasının ardından ciltaltı ve ciltteki nekrotik dokuların debride edildiği, sonraki süreçte hastanın davalı hekime tekrar başvurusunun olmadığı, postop dönemde hastanın yakınmalarına yönelik davalı Üroloji Uzmanı tarafından gerekli muayene, tetkik ve tedavi önerilerinin yapılmış olduğu, komplikasyon yönetiminin uygun olduğu oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Ege Can Şerefoğlu, Üroloji Uzmanı

1- Azospermik hastalarda testiste sperm bulunma ihtimalinin az olduğunu gösteren parametreler nelerdir. Hangi azospermik hastalara TESE denenmemelidir. Bu vakada TESE başarısını gösteren çalışmalar yapılmış mıdır?

Azospermi obstrüktif ve nonobstrüktif olarak 2 gruba ayrılmaktadır. Obstrüktif azospermide testis içinde, epididimde, vaz deferente ve/veya ejakülatuar kanallarda oluşan tıkanıklık sonrası semen miktarında azalma görülür. Herhangi bir tıkanıklığın olmadığı nonobstrüktif azospermide (NOA) ise sperm üretiminde bir bozukluk vardır ancak semen miktarı normaldir. En sık NOA nedenleri arasında Y kromozom mikrolelesyonları, Klinefelter sendromu, kriptorşidizm, enfeksiyonlar (örn. Kabakulak orşiti), radyoterapi, kemoterapi, testiküler travma ve torsiyon sayılabilir.

Bu hastaların fizik muayenelerinde değerlendirilmesinde testiküler atrofi saptanabileceği gibi, testis boyutları tamamen normal olabilir. Ayrıca bu hastalarda hormon analizi ve genetik değerlendirme yapılmalıdır. Kromozom analizinde Klinefelter sendromu saptanması ve Y kromozom mikrolelesyonları saptanması yapılacak TESE işlemi sırasında sperm bulunma ihtimalini azaltır. AzFa ve AzFb mikrolelesyonuna sahip bireylerde TESE ile sperm bulunması mümkün değilken, AzFc mikrolelesyonunda sperm saptanabilir (Krausz, C, et al., EAA/EMQN best practice guidelines for molecular diagnosis of Y-chromosomal microdeletions: state-of-the-art, 2013, Andrology 2014; 2:5).

Bu vakada sadece sperm analizi yapılmış ve gerekli bilgilendirme sonrasında TESE önerilmiştir. Her ne kadar hastadaki NOA durumu Wegener granülomatozis rahatsızlığı nedeniyle uygulanan sitotoksik farmakoterapiye bağlansa da, hastanın TESE öncesinde detaylı bir fizik muayene ile değerlendirilmesi (testiküler atrofi, bilateral vaz deferens yokluğu, epididimde dolgunluk vb.) ve seks hormon (FSH, LH ve testosteron) düzeylerinin ölçülmesi gerekir. Ayrıca güncel kılavuzların önerileri doğrultusunda hastaların Y kromozom mikrolelesyonları açısından da değerlendirilmesi gereklidir.

2- Bu dosya hakkında bilirkişi raporunuz nasıl olurdu?

Hastanın TESE öncesinde fizik muayenenin, hormonal değerlendirmenin ve kromozomal analizlerin yapıp yapılmadığı iddia ve savunma makamlarının ifadelerinde belirtilmemektedir. Bununla birlikte, Wegener granülomatozis hastalığı için tedavi uygulayan hekimin, bu tedavi öncesinde hastayı olası fertilitite problemleri açısından bilgilendirmemesi ve sperm kriyopreservasyonu önermemesi mesleki bir kusur teşkil edebilir.

6.4.2 TESTİS BİOPSİSİ VE SPERMİOGRAMLAR TESTİSTE SPERM OLUP OLMADIĞINI GÖSTEREBİLİR Mİ?

İDDİA

Vekili bulunduğum kişi uzun yıllar boyunca, tıbbi olarak normal yollar ile çocuk sahibi olmasının mümkün görünmemesi nedeniyle, tüp bebek yöntemiyle çocuk sahibi olabilmek için tedavi görmüştür. Ekte sunulu raporlar, müvekkilin tüp bebek yöntemiyle dahi çocuk sahibi olmaya yeterli spermi bulunmadığını ortaya koymuştur. Buna karşın umudunu yitirmeyen müvekkil ve eşi, tedavi ve arayışlarını sürdürmüşlerdir. Bu çerçevede, davalı şirkete bağlı laboratuvarında tetkik yaptıran müvekkile sunulan patoloji sitoloji raporu ile, ilk kez, %50 oranında (yani normal seviyede, tüp bebek yöntemi ile çocuk yapmaya yeter oranda) spermi bulunduğu bildirilmiştir. Beş ayı aşkın bir tedavi sürecinin sonunda hazırlanan testiküler epidemal sperm elde etme özet formunda, tüp bebek tedavisine yeter sayıda sperm, spermatid ve germinal seri hücreleri elde edilemediği sonucuna varılmıştır. Bu rapor ile esas itibarıyla müvekkilin hiç bir zaman tüp bebek tedavisine yeter sayıda sperm sahibi olmadığı, eski raporların doğru ancak davalı şirket raporunun hatalı olduğu sonucunu ortaya koymuştur.

Müvekkil, yeterli spermi bulunmadığına dair Tüp Bebek Merkezi raporu ile yetinmemiş, Tıp Laboratuvar ve Tıbbi Görüntüleme Merkezi'ne başvurarak buradan da bir patoloji raporu almıştır. Bu raporda da, müvekkilin yeterli spermi bulunmadığı ortaya konulmuştur. Buna rağmen müvekkil bir umutla uygulamayı (ICSI) yaptırmış ancak uygulama sonunda sperm bulunmadığı belirtmişlerdir. Ötesinde bütün aile çevresi bu olaya kilitlenmiş, tedavinin olumlu sonuçlanmasını beklemiş beklenti içine girmiştir.

Böylesi bir sürecin sonunda aslında raporun hatalı olduğunun ve müvekkilin tüp bebek yöntemiyle bile çocuk sahibi olabilmemesinin mümkün olmadığını bilmesine rağmen uygulama yapan tüp bebek merkezi müvekkili içinden çıkmasının zor olduğu bir psikolojik bunalıma itmiştir.

SAVUNMA

Davacı, müvekkil şirket tarafından yapılan tetkik neticesinin, kendisini ve çevresini umutlandırdığını, ancak tüp bebek yöntemi ile dahi çocuk sahibi olamayacağını anlamış olmasının psikolojik bunalım yarattığını belirterek, bu durumun tek sorumlusunun müvekkil şirket olduğunu ileri sürmüştür. Davacı, dava dilekçesindeki iddiasına mesnet olarak 6 adet rapor örneğini dava dilekçesi ekinde ibraz etmiştir. Bu raporlardan bir tanesi sadece menide yapılan sperm incelemesine ait olan spermogram, 4 tanesi sağ veya sol testisten tek olarak alınmış örnekler üzerinde yapılan ve bir tanesi müvekkil şirkete ait olan patolojik biopsi inceleme ve 1 tanesi TESE yani sperm elde etme özet formudur. Her şeyden önce meniden yapılan germ inceleme, biopsi inceleme ve TESE (sperm elde etme yöntemi), prensip olarak birbirlerinden farklı yöntemler olup, her zaman aynı sonuçların elde edilmesi mümkün değildir. Bu sebeple davacının iddiası değerlendirilirken; davacının hasta öyküsü, uygulanan yöntemler ve almış olduğu tedavilerin birlikte değerlendirilmeleri zorunludur. Müvekkil Şirket tarafından tarihinde davacıdan alınan doku örnekleri üzerinde patolojik inceleme yapılmış ve sonucunda patoloji-sitoloji raporu tanzim edilmiştir. Yapılan işlem biopsi incelemesidir. İşlem sonucu sol testiste daha az olmak üzere tubulusların bir kısmında olgunlaşmamış germ hücreleri ile dölleme yeteneğine sahip spermatidler-spermatozoalar da dahil olmak üzere "tüm matürasyon (olgunlaşma) evrelerinde sperm hücrelerinin bulunduğu" bildirilmiştir. Bu işlem öncesinde hastanın menisinde spermin bulunmadığı bilinmektedir. Bu durumda sadece raporda yer alan saptamalara dayanılarak, davacının yeterli sperm seviyesine sahip olduğunu söylemek tibben mümkün değildir. Çünkü anılan rapor, hatalı olmayıp, patolojik tıbbi değerlendirmede kullanılacak ve tanıya yardımcı olacak niteliktedir. Yoksa tek başına tanı konulmasına yeterli ve elverişli değildir.

Meniden yapılan sperm testi, testisin durumunu tam olarak gösteremez. Bazen testis tümüyle normal olduğunda dahi, meniden yapılan testte hiç sperm bulunmayabilir. Bu durumda hastada tıkanıklık olabileceği düşünülerek, testisin değişik bölgelerinden çok sayıda parça alınarak, sperm elde edilir. Bu sebeple, biopsi örneklerindeki sonuçlar ile meniden yapılan sperm testi sonuçları farklı olabilir. Bu testler arasında kıyaslama yapmak hatalı ve yanlış tanıya yol açar. Nitekim davacının biopsi ve meni test sonuçları birbirlerinden farklıdır. Ayrıca TESE yani sperm elde etme yöntemlerinde de, testisin değişik kadranslarından çok sayıda parça alınarak, sperm elde edilmeye çalışılmaktadır. Bunun sebebi

germ hücresi denilen ve olgun şekilleri döllenmeyi sağlayan spermatidler-spermatozoaların testisin bütün bölgelerinde homojen biçimde bulunmamalarıdır. Dolayısıyla testisin bir bölgesinden alınan biopsi örneğinde germ hücresi bulunmadığı halde, aynı testisin bir başka bölgesinden alınan biopsi örneğinde germ hücrelerine rastlanılabilmektedir. Keza hastanın "germ hücresi olgunlaştırıcı" ilaç tedavileri görmesi sonucunda da germ hücrelerinde değişiklik meydana gelmektedir. Nitekim dosyada mübrez raporların büyük kısmında germ hücreleri yönünden farklı saptamalar yer almaktadır. Yukarıda belirtmeye çalıştığımız saptamalar altında dosyada mübrez raporların değerlendirilmeleri aşağıdaki gibidir:

Sağ testis biopsisi raporu: Raporda sperm bulunmadığı, ancak olgunlaşmamış (ilkel) germ hücresi bulunduğu belirtilmiştir.

Spermogram raporu: Menide sperm bulunmadığı belirtilmiştir.

Sağ testis biopsisi raporu: Testisin 8 ayrı noktasından parça alındığı, sonuçta spermatositik ARREST yani olgunlanmamış (ilkel) germ hücresi bulunduğu belirtilmiştir. Yine bu raporda davacıya sperm olgunlaştırıcı tedavi başlatıldığı ve sol testisin daha küçük görünümde olduğu belirtilmektedir. Yani olgunlaşmamış germ hücrelerinin, dölleme yeteneğine sahip olgunlaşmış hücrelere dönüştürülebilmesi için tedavi başlatıldığı belirtilmektedir.

Sağ, sol testis biopsisi raporu: Müvekkil Şirket tarafından düzenlenen ve davacının iddiasına mesnet yapmaya çalıştığı bu raporda, olgunlaşmamış ve olgunlaşma aşamasında değişen oranlarda her iki testiste germ hücresi bulunduğu belirtilmiştir.

TESE sperm elde etme özet formunda: Sağ ve sol testisten alınan örneklerde germ hücresi ve sperm bulunmadığı belirtilmiştir.

Sol testis biopsisi raporunda: Olgunlaşmamış (ilkel) germ hücresi bulunduğu belirtilmiştir.

Bunların hiçbirisi gerçeğe aykırı veya hatalı tetkikler değildir. Davacının hatası, bu raporları patolojik ve bilimsel yönden yorumlamayıp, doğrudan doğruya Aristo mantığıyla çıkarım yapmasından kaynaklanmıştır. Çünkü davacı gibi benzer vakalarda, 6.paragrafta belirtilen şekilde değişik patolojik raporların elde edilmeleri her zaman için mümkündür.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı'nın bilirkşi raporu: Testis biopsileri ile belirlenen histopatolojik tanı, spermogram sonuçları ve sperm elde edilmesi ile yüksek oranda paralellik göstermektedir. Ancak testis morfolojik olarak her zaman homojen yapı göstermeyen bir organdır. Bu nedenle farklı bölgelerinde farklı düzeyde spermato genetik aktivite bulunabilir. Bu özellik nedeni ile testisin patolojik değerlendirmelerinde çok sayıda, değişik zamanlarda ve değişik bölgelerden örnekleme yapmak gerekebilir.

Biopside spermato genetik aktivitede belirgin azlık yada tam yokluk saptansa bile, tüp bebek uygulamalarından olumlu sonuç alınabilmektedir. Uygulanan tedaviler biopside izlenecek bulguları değiştirebilir.

Dava söz konusu olan testis biopsi örneklerinin incelenmesinde, tübüllerin hemen yarısında spermato genetik aktivitede tamamen kayıp görülmüştür. Diğer tübüllerde spermatogenez mevcuttur. Tübüle başına düşen spermatozoa sayısı az miktardadır. Bu bulgular raporla uyumlu olup tanısız yanlışlık söz konusu değildir.

Fertilitenin değerlendirilmesi ve tüp bebek yöntemi uygulanmasına karar verilmesi, hastanın hormon değerleri, tedavi öncesi ve sonrası testis biopsileri spermogram sonuçları gibi çok etkene bağlıdır. Tüüp bebek yöntemi uygulanması, öncesi genetik analiz yapılması uygulamanın başarısını belirlemede önemli yeri olan bir incelemedir. Sonuç olarak; patoloji raporunda tanısız bir yanlışlık mevcut değildir. Testis biopsi sonuçları tüp bebek tedavisinde tek başına karar verdirici bir sonuç değildir.

Adli Tıp Kurumu: Tüüp bebek yöntemi ile çocuk sahibi olmak için yapılan incelemelerde; yapılan sağ ve sol testis biopsilerine ait hazır camlar kurumumuzda incelendiğinde histopatolojik tetkikin tıbben doğru olduğu, ayrıca nonobstrüktif azospermi hastalarında testis biopsisi nasıl olursa olsun; ki bu hastanın göre testisinden doku olarak dokudan spermatozoa elde edilmesi (TESE) ve bu spermatozoa ile ICSI(mikroenfeksiyon) uygulamasının da tıbben doğru olduğu oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Sefa Resim, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1. Testis biyopsi örneklerinde spermatogenik arrest olmasına rağmen tüp bebek-TESE denemeleri yapılabilir mi?

Evet, yapılabilir. Azoospermik erkeklerde, fertilité tedavisi için cerrahi yolla sperm elde etme (örn. testiküler sperm ekstraksiyonu (TESE), intrasitoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI) yapılacak olan hastalara uygulanmaktadır ve azoospermimin histolojik ve etiyolojik tanısı için de testis biyopsisi rutin olarak yapılmaktadır (Jungwirth A, Giwercman A, Tournaye H, Diemer T, Kopa Z, Dohle G & Krausz C; EAU Working Group on Male Infertility. European Association of Urology guidelines on Male Infertility: the 2012 update. Eur Urol 62, 324–332). Testis biyopsisi ile kantitatif (sayısal, nicelik) analiz yani spermatogenezisin farklı evrelerini yansıtan tüm germ hücrelerinin sayımı yapılabilmektedir. Nonobstruktif azoospermisi olan erkeklerin testis biyopsilerinde, sperm üretimindeki bozulmanın farklı dereceleri gözlenebilmektedir (örneğin, tubuler skleroz, sertoli cell only sendromu, maturasyon arresti veya hipospermatogenezis). Ayrıca, bozulmuş spermatogenezisin miks tiplerinin gözlenmesi de olasıdır (McLachlan RI, Rajpert-de Meyts E, Hoesi-Hansen CE, de Kretser DM & Skakkebaek NE. Histological evaluation of the human testis – approaches to optimizing the clinical value of the assessment: mini review. Hum Reprod 2007; 22: 2–16., Lellei I, Magyar E, Erdei E. Histological evaluation of multiple testicular biopsies helping assisted reproduction. Pathol Res Pract 2001; 197:727–33). Testis biyopsisi sonucunun germ hücrelerinin belirli bir sperm olgunlaşması düzeyine kadar maturasyon göstermesi şeklinde gelmesi, daha ileri aşamalarda sperm hücrelerinin bulunmadığını göstermektedir (spermatogenik arrest). Hangi düzeyde “maturasyon arresti” saptanmışsa o düzeydeki hücreler ortamda bol miktarda saptanmaktadır. Daha ileri aşamalarda germ hücreleri ise genelde gözükmemekte veya çok az sayıda bulunabilmektedir.

Nonobstruktif azoospermik hastaların yaklaşık olarak %50’sinde, TESE’de en az bir canlı spermatozoa bulunmaktadır (Chan PTK, Schlegel PN. Nonobstructive azoospermia. Curr Opin Urol 2000; 10: 617–24.) ve maturasyon arresti saptanan olguların ise %20 ila 78’inde TESE sırasında sperm bulunabilmektedir (Bernie AM, Shah K, Halpern JA, et. al. Outcomes of Microdissection Testicular Sperm Extraction in Men With Nonobstructive Azoospermia Due to Maturation Arrest. Fertil Steril 104 (3), 569–73). TESE yapılan hastalardaki spermatogenezis varlığı ya inkomplet yada parsiyel defekt olarak karşımıza çıkmaktadır. Ejakülatta spermatozoanın saptanmadığı, sadece testis biyopsisinde fokal spermatogenezis (rezidüel spermatogenezis) saptanabilmesine rağmen bunun prognostik parametreleri henüz tanımlanmış değildir. Testis volümü, yaş, serum FSH düzeyi gibi verilerin, testis biyopsisinde spermatozoa varlığını veya yokluğunu öngörmeye yetersiz olduğu gösterilmiştir (Hessel M, de Vries M, D’Hauwers KW, Fleischer K, Hulsbergen-van de Kaa CA, Braat DD, Ramos L. Cytological evaluation of spermatogenesis: a novel and simple diagnostic method to assess spermatogenesis in non-obstructive azoospermia using testicular sperm extraction specimens. Andrology. 2015 May;3(3):481–90).

Nonobstruktif azoospermi’de, TESE sonrası testiküler spermin varlığı için en yüksek pozitif öngörücü değere histolojik değerlendirme sahiptir (Abdel Raheem A, Garaffa G, Rushwan N, et. al. Testicular histopathology as a predictor of a positive sperm retrieval in men with non-obstructive azoospermia. 2013; BJU Int 111: 492–99., Abdel Raheem A, Rushwan N, Garaffa G, et. al. Factors influencing intracytoplasmic sperm injection (ICSI) outcome in men with azoospermia. BJU Int 2013b; 112. 258–64.). Bununla beraber, testiste spermatogenezisin non-random dağılışa sahip olmasının bir sonucu olarak, yalancı pozitiflik veya yalancı negatiflik olasılığı, testis biyopsisinin histolojik olarak değerlendirilmesinin en büyük kısıtlayıcısıdır (McLachlan RI, Rajpert-de Meyts E, Hoesi-Hansen CE, de Kretser DM, Skakkebaek NE. Histological evaluation of the human testis-approaches to optimizing the clinical value of the assessment: mini review. Hum Reprod 2007; 22: 2–16.).

Bu prosedür, bir tane major kısıtlamaya sahiptir: TESE sonucu elde edilen biyopsinin çoğu ICSI’de kullanılacak spermi elde etmek amacıyla kullanılırken, biyopsinin sadece çok küçük bir parçası spermatogenezisin histopatolojik olarak değerlendirilmesi amacıyla kullanılabilir. İnfertil erkeklerin testislerinde heterojen spermatogenik dağılım odakları göz önüne alındığında, küçük bir doku parçasının histolojisi ne testis için ne de ekstrakte edilen testis dokusu için temsil özelliğine sahiptir (McLachlan RI, Rajpert-de

Meyts E, Høi-Hansen CE, de Kretser DM, Skakkebaek NE. Histological evaluation of the human testis-approaches to optimizing the clinical value of the assessment: mini review. Hum Reprod 2007; 22: 2-16., Strassburger D, Komsky-Elbaz A, Reichart M, et. al. Computerized cell-scanning system for evaluating human spermatogenesis in nonobstructive azoospermic patients. Reprod Biomed Online 2012; 24: 101-8).

Sonuç olarak, hasta yeniden TESE +ICSI denemek istiyorsa, doktorun bu işlemi uygulamasında bir sakınca bulunmamaktadır.

2- Hasta ve ailesi şartları çok zorlayıp, ihtimal olmadığını bilmesine rağmen deneme yaptırmışlar tüp bebek merkezi de uygulamayı yapmıştır. Bu durumu nasıl değerlendirir siziz?

Birinci TESE veya testis biyopsisinde sperm saptanmayan olgularda en az 6 ay sonra deneme şartıyla tekrar TESE işlemi uygulanabilmektedir. Tüp bebek merkezinin önerisini hasta kabul ettiği takdirde, bu işlemin uygulanmasında sorun görmemekteyim. Ancak, hastaya şansının düşük olduğu ve yeni TESE işlemine bağlı olarak bazı komplikasyonların oluşabileceği (kanama, testis atrofisi ve hipogonadizm gibi) anlatılmalıdır.

3- Bu dosya hakkında bilirkşi görüşünüz nasıl olurdu?

Literatürde, medikal tedavi ile veya varsa varikoselin tedavisi sonrasında spermatogenezin indüksiyonu ile bu olguların yaklaşık % 20'sinde testiste sperm bulunabilmektedir. Kaldı ki, ilk biyopsisinde maturasyon arrestisi saptanan olguların ikinci işlemi, mikro-TESE ile yapıldığında bu olguların üçte birinde sperm bulunma şansı vardır. Bu nedenle, işlemi uygulayan merkezin ve doktorun sperm bulma olasılığını ve olası komplikasyonları (kanama, testis atrofisi ve hipogonadizm riskleri) anlatması şartıyla bu işlemin uygulanmasında bir kusur bulunmamaktadır.

6.4.3 VARİKOSEL AMELİYATI YAPMADAN TÜP BEBEK UYGULAMASI

İDDİA

Müvekkilim çocuk sahibi olabilmek umuduyla tüp bebek merkezine gitmiştir. Burada öncelikle eşinin tam olarak muayene edilmesi gerekirdi. Oysa sadece eşinin sperm sayısının miktar olarak tesbiti yapılmıştır. Bu tesbitten sonra da tüp bebek işlemlerine başlama kararı almıştır. Müvekkilemin eşinin tam olarak muayene ve tetkikleri yapılmış olsaydı varikozel hastalığı tespit edileceğinden tüp bebek uygulaması yapılmayacaktı. Bu tür hastalığı olan eşlere tüp bebek uygulaması yapılmaz. Zira bu tür hastalığı olan eşlere tüp bebek uygulaması yapıldığı takdirde istenmeyen ve sonuçları çok ağır olan sakat bebekler dünyaya gelebilmektedir. Müvekkilimin eşine 3.dereceden Varikozel hastalığı teşhisi konulmuştur ameliyat edilmiştir.

Müvekkilime yapılan tüp bebek uygulamasının başarılı olmaması neticesinde, yapılan değerlendirmede yumurtlama işleminin güzel devam etmesine karşın yaş faktörü nedeniyle çocuk sahibi olma oranının çok zayıf olduğunu belirterek, Kıbrısta Tüp Bebek Merkezi"nde temasa geçerek %60-70 yumurta nakli yoluyla bebek sahibi olmama yardımcı olabileceğini, ve bunun da tek çare olduğunu söylemiştir. Müvekkilim bir gün çocuk sahibi olabileme hayaliyle doktorunun da yönlendirmesiyle, eşi ile beraber, Kıbrısa gitmişlerdir. Burada transfer işlemleri tamamlandıktan sonra Türkiye'ye dönmüşlerdir. Bu işleminde başarılı olmaması neticesinde müvekkilim ve eşi büyük bir hayal kırıklığı ile çocuk sahibi olma çabalarından vazgeçmişlerdir. Oysa tıbbi etiğe ve tedavideki prosedüre uyulmuş olsaydı, öncelikle eşi tam anlamıyla muayene edilmiş olsaydı, müvekkilim gereksiz yere, maddi külfetinin fazlalığı bir yana, hem de birden fazla kez, etkileri kalıcı ve telafisi mümkün olamayacak ağır sonuçları olan bu uygulamaya maruz kalmayacaktı.

SAVUNMA

Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı: 2,5 yıllık evli ve 43 yaşında olan davacı, çocuk sahibi olmadığını belirterek kliniğe müracaat etmiştir. Müvekkil davacı ile yapmış olduğu ilk görüşmesinde, 43 yaşında bir hanımın gebe kalma ihtimalinin %5 ile %10 arasında olduğu kendisine anlatılmıştır. Ön görüşmede davacı daha önce 2 kez aşılama 1 kez de tüp bebek uygulaması geçirdiğini, ancak olumlu sonuç

alamadığını söylemiştir. Yapılan ilk muayene sonucunda öncelikle davacının eşinin durumu araştırılmış; eşinin daha önce sperm analizi yaptırdığı ve yeterli sayıda ve kalitede sperm bulunduğu tespit edilmiştir. Keza müvekkil tarafından yapılan mikro enjeksiyon uygulaması sırasında da sperm sayısının 43 milyon/ml seviyesinde ve hareketin de %50 nin üzerinde olduğu görülmüş, tüp bebek uygulaması için gerekli asgari sperm sayısını, hareketini ve kalitesini sağladığı tespit edilmiştir. Bu aşamada dava dilekçesinde iddia edilen aksine davacının eşinin yeteri kadar incelenmediği ve Varikozel hastası olduğunun tespit edilmediği yönündeki iddialar dayanaksız kalmıştır. Literatür, Avrupa ve Dünya Üroloji Dernekleri de bu değerlerde Varikozel ameliyatı yapılmasını gerekli görmemektedir. Tam tersine bu değerler içerisindeki bir hastada Varikozel ameliyatı yapılmasını tıbbi hata olarak değerlendirilmek de mümkündür. Davacı ile gerekli görüşme ve bilgilendirmeler yapıldıktan ve gerekli onay alındıktan sonra tüp bebek işlemi için yumurtalar uyarılmaya başlanmıştır. Uygulanan tedavi sonucunda davacıya yumurtlama geliştirme işlemi tamamlanmış uygun bir cevap alındığı görüldükten sonra yumurta toplama işlemine geçilmiş, toplam 5 olgun yumurta alınarak laboratuvarında dölleme işlemi gerçekleştirilmiş (2. gün 2 adet 7 ve 5 hücreli embriyo davacının rahmine nakledilmiştir. Döllenen yumurtaların embriyoya dönüşmesinin akabinde davacının rahmine yerleştirilmiş ve 12 gün sonra yapılan tahlil sonucunda davacının gebe kalmadığı anlaşılmıştır. Bu olumsuz sonucun oluşmasının sebebinin davacının yaşına bağlı yumurta faktörü olduğu çok büyük ihtimal olduğu davacı ve eşiyile tekrar tartışılmış ikinci bir uygulamanın da davacının yaşı nedeniyle çok düşük ihtimal olacağı davacı ve eşiyile bildirilmiştir. Davacı ve eşiyile konu tekrar ele alınmış, ikinci bir uygulamanın yapılmasının mümkün olduğu ancak bu uygulamanın da davacının dilekçesinde belirtildiği gibi başarı şansının ileri yaş dolayısıyla çok düşük olacağı bir kez daha ifade edilmiştir. Müvekkil ile görüşmelerini tamamlayan davacı ve eşi müvekkil klinikten ayrılmış ve bu aşamadan sonra klinikten hiçbir tedavi hizmeti almamıştır. Davacı ilerleyen bir zamanda kendi isteğiyle yurt dışına gidip bebek uygulamasını orada da denediğini ve sonuç alamadığını müvekkile bildirmiştir.

TIBBİ BELGELER

Üremeye Yardımcı Teknikler Merkezi Formu: Spermiyogramda hacim: 1,5ml, Sayı;43.100000/ml, motilite %58, progresyon: +2=%6, +3=%25, +4=%27.

Özel Hastane epikrizi: Tek taraflı inguinal herni onarımı ve varikozel ameliyatı yapıldı.

BİLİRİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Erkek hastanın varikozeli olmasına rağmen spermiyogram değerleri normal sınırlarda olduğundan, çocuk sahibi olunmamasında erkek faktörünün olmadığı anlaşılmaktadır. Çifte uygulanan tüp bebek uygulamaları tıp bilimine uygun bulunmuştur. Hekimin uygulamalarının tıp kurallarına uygun olduğu kanaatini bildirir rapordur. Türkiye’de uygulanması hukuken mümkün olmayan tıbbi uygulamaların, başka ülkelerde uygulanması veya uygulattırılması, bu işlemler için yurtdışı merkeze temsilcilik yapılması konularının adli mercilerle araştırılması gerekir. Hasta dosyasında konu ile ilgili belge bulunmadığından bu konuda yorum yapılamamıştır.

DEĞERLENDİRME

Uz. Dr. Muzaffer Akçay, Bezmialem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Varikozektomi endikasyonu için hastanın yaşı ve spermogram değerlerinin rolü nasıldır?

Çocuk sahibi olmak isteyen bir çiftin erkek partnerinde varikozel saptandığında tedavi aşağıda ifade edilen durumların mevcudiyetinde düşünülmelidir.

- Varikozelin palpabl olması,
- Çiftin bilinen infertilitesinin varolması
- Kadın partnerin fertilitatesinin normal olması veya potansiyel olarak düzeltilebilecek bir infertilite sebebinin bulunması
- Erkek partnerin bir veya daha fazla anormal sperm parametreleri (sperm sayı, motilite veya morfolojide bozulma) veya sperm fonksiyon testlerine sahip olması (Varikozel Kılavuzu, Androloji Derneği)

2- Bu dosyada hastaya verikoselektomi yapıldığı anlaşılmaktadır. Endikasyonu konusunda yorumunuz nasıldır?

Dosya bilgilendirilmesine istinaden tek bir sperm parametresine bakılmış. İkinci bir spermiogram var mı? Sonuçları nedir? Fizik muayene bulguları önemli. Erkeğin yaşı ile ilgili net bir veri dosya bilgilerinde yok. Eşi ile aynı yaşta olarak değerlendirildiğinde yaşının varikoselektomiye engel olmadığı sonucuna varılabilir. Hastaya ingüinal herniorafi ile birlikte varikoselektomi yapılmış. Herniorafi öncelikli mi idi? Bunların hepsi değerlendirildiğinde endikasyonumuzun kılavuzlar doğrultusunda olacağı muhakkaktır.

3- Bu dosyada bayanın yaş faktörü mevcut ve iki kez tüp bebek denemesi başarısız kalmıştır. Hastanın Kıbrıs'a gönderilmesi muhtemelen Türkiye'de yasak olan donör ovumu ile uygulama yapılması içindir. Bu hasta için donör kullanımı endikasyonunu ve etik yönlerini değerlendirir misiniz?

Kendi yumurtaları ile hamile kalma şansları olmayan kadınlar için yumurta donasyonu (yumurta transferi) gebelik başarısı oldukça yüksek olan bir tedavi seçeneğidir. Çünkü yumurtalar genç ve sağlıklı, iyi yumurtalık rezervi olan kadınlar tarafından bağışlanmaktadır. En çok tercih edilen ülke ise Kıbrıstır. Tercih edilen diğer ülkeler ise Yunanistan, İngiltere, Amerika, İsrail ve Belçika'dır.

Türkiye'de yasal, ahlaki ve etik değerler doğrultusunda değerlendirdiğimizde yasak olduğunu görüyoruz. Yurt dışında serbest yerlerin olması etik olduğunu bize göstermediği gibi İslam dinine ve diğer dinlere göre de uygun olmadığını görmekteyiz.

Bu çiftle ben konuyu daha değişik açılardan değerlendirirdim. Elbette her canlı neslini devam ettirmek isteyecektir. Bazen her isteğimizin yerine gelemediği gibi bu isteğin de realist çerçevede irdelenip daha değişik bir kazanımla yerine getirilebileceği tartışılabilir olarak değerlendiriyorum. Bu vatandaşımıza, Çocuk Esirgeme Kurumu'nda sıcak bir yuva bekleyen çocukların olduğunu söyledim. Bir evlat edinebilecekleri konusunu gündeme getirerek yardımcı olmak istedim.

4- Bu dosya hakkında bilirkşi raporunuz nasıl olurdu?

Dosya verileri değerlendirildiğinde erkek faktörünün normal olarak görülmesi, yardımcı üreme tekniği uygulamasını yapan doktorunun çiftle meseleyi etraflıca değerlendirmiş. Sorun savunmada da ifade edildiği gibi etraflıca tartışılmış. Yardımcı üreme teknikleri ile çocuk olma olasılığı yüzde yüz oranda istenen doğrultuda gerçekleşmeyeceği de muhakkaktır. Hekim etik değerler çerçevesinde uygulamaları yapmış olduğu görülmektedir.

6.4.4 TESE SONRASI ANDROJEN EKSİKLİĞİ

İDDİA

Müvekkillerim tüp bebek yoluyla çocuk sahibi olmaya karar verirler. Erkekte azospermi mevcuttur. İlk uygulama için gittikleri hastanede erkekte sperm ve bayandan yumurta hücreleri alırlar. Erkekte sperm almaları için TESE ameliyatı yapılır ve sper bulunduğunu söyleyerek dollenme yapılır ancak sonuç başarısız olur. Daha sonra başka bir hastaneye gidilir burada da üroloji uzmanı TESE ile sperm hücreleri temin ederler. Ardından bayandan alınan 13 yumurta hücreleri ile sperm döllenen. Üç embriyo oluşur ve tüp bebek uygulaması yapılır başarılı olur ve şu anda bu uygulama nedeniyle bir çocuk sahibi olmuşlardır.

Müvekkil bayda bu uygulama sonrasında ani ter boşalması vücudunun belli bölgelerinde uyuma cinsel isteksizlik iş gücü kaybı gibi sıkıntılar duymaya başlamıştır. Uzunca bir süre bu sıkıntıların nedenini araştırmışlar tespit edememişlerdir. Birçok uzman hekime müracaat edilmiş en son bir ürolog hekim vasıtasıyla başına geleni anlamıştır. Müvekkilin gördüğü müdahale sonucu testosteron hormonunu vücudu kendi kendine üretemez hale gelmiştir, müvekkilim sakatlanmıştır. Bu nedenle öncelikle cinsel libidosu yok olmuş ve ancak bu hormonu dışarıdan alması gerektiği söylenmiş ve ekte sunduğumuz sağlık kurulu raporundan da anlaşılacağı üzere müvekkil testojel caps isimli bir ilaç kullanmaktadır. Bu ilacı ömrünün sonuna kadar kullanmak zorundadır. Ekte sunduğumuz ilaç prespektüsünden de anlaş-

lacağı üzere müvekkilde ilaca bağlı gelişebilecek birçok hastalık riski ve yaşamsal organlarında özellikle karaciğerinde oluşabilecek ciddi rahatsızlık riski vardır. Müvekkil gördüğü müdahale nedeniyle artık vücudu kendi kendine testesteron hormonunu salgılayamaz hale gelmiştir. Sonuç olarak bunu uzuv kaybı olarak değerlendirmek ve şüpheli hakkında gereken soruşturmanın yürütülerek hakkında kamu davası açılmasına karar verilmesini istemek zorunda kaldık.

SAVUNMA

Üroloji Uzmanı: Normal yollardan çocuk sahibi olmayan insanların, erkeklerin spermleri ile bayanların yumurtalıklerini bir yöntemle almak suretiyle birleştirerek çocuk sahibi yapabiliyoruz. buna mikro enjeksiyon metodu diyoruz. Nitekim bu yöntemle şikayetçi bir çocuk sahibi olmuştur. Ameliyatla sperm alma yöntemi ben operasyonu yapmadan önce 2 kez, başka yöntemle operasyon yapılmıştır. Bu operasyonu yaparken geçmiş operasyonlara bağlı olarak oluşmuş olan fibrozis dediğimiz doku kayıplarına bağlı yapışıklıklar gözlenmiştir. Operasyon mikroskopu aracılığı ile testis içerisinde sperm üreten bölgelerin tespiti mümkün olabilmıştır. Mikrotese yönteminde diğer multibiyoksi tese yöntemlerine göre, testisten çok daha az miktarda doku çıkartılır ve testise daha az zarar veren bir yöntemdir.

TIBBİ BELGELER

Tüp bebek merkezi: Çocuğunun olmaması şikayeti ile başvurdu, Fizik Muayenede RT 8 cc, LT 6 cc TESE'de sperm +, microtese+ICSI uygun olduğu belirtildi. 3. kez TESE olacağından hastaya sperm çıkma olasılığı, komplikasyonlar hakkında bilgi verildi, ICSI için yönlendirildi. Aynı tarihli gözlem formunda "operasyonda her iki testiste fibrozis olduğu ve çok az bölgede tubal yapı saptandığı ve sperm elde edildi" bilgisi mevcuttur.

Devlet Hastanesi'nin laboratuvar sonucu (TESE lerden sonra): 6. ayda Testesteron 11.86 ng/ml, 12. ayda Testesteron 4.44 ng/ml, 12. ayda Testesteron 1.60 ng/ml.

Adli Tıp Muayenesi: Kişinin yapılan muayenesinde 15 yıl önce evlendiği tüp bebek tedavisi sonucu çocuğu, 6 aydır osteoporoz ilaçları, Testojel 2mg kullandığı öğrenildi. Tüp bebek işleminden 6 ay sonra ateş basması (ensede, başta), üşüme yanma akciğerde oluşan balgam şikayetleri olmuş. Ameliyat sonrası testesteron düşüklüğü tespit edilmiş. Olay öncesi libido azlığı tariflemiyor, testesteron seviyesini bilmiyor. Olay sonrası cinsel isteksizlik dönemi yaşamış şu an benzer şikayetleri çok daha az oluyormuş. Testis muayenesinde sağ 4.5x2x2, sol 4x2x2 cm.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli tıp kurumu: Kişiyne yapılan mikro TESE operasyonunun tıp kurallarına uygun olduğu, şikayete neden olan testesteron düşüklüğünün mikrotese ameliyatından önce iki kez uygulanmış olan makroskobik tese ameliyatına bağlı olabileceği, bunun mikrotese ameliyatında görülen fibrozis ile de desteklendiği oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Ahmet Gökçe, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- TESE nedeniyle testosteron azlığının sebepleri nelerdir? Bu riskten korunmak için neler yapılmalıdır?

TESE nedeniyle gözlenen serum testosteron düşüklüğünde çeşitli mekanizmalar sorumlu olabilir. Bunlar cerrahi sırasında çıkarılan doku nedeni ile oluşan testiküler doku kaybı, cerrahi travma ve inflamasyon olabilir. Bunlara ek olarak cerrahi prosedür sırasında meydana gelen testiküler damar yaralanması da neden olabilir. Testis kanlanmasını sağlayan arterler end-arterlerdir ve testis içindeki septalarda dallara ayrılmadan önce tunika albuginea'nın altında seyrederek. Cerrahi sırasında bu küçük arterlerdeki yaralanmalar da bölgesel dolaşımın bozulup doku hasarına ve sonuçta testosteron düşüklüğüne neden olabilir. Bu riskten korunmak için ameliyat sırasında arteriyel dolaşımı bozmayacak şekilde diseksiyon yapılabilir. Yine bazı araştırmacılar çıkarılan doku miktarının artmasıyla riskin arttığını bildirseler de bu-

nun için bir konsensüs henüz yoktur. Tekrarlayan TESE ameliyatlarında da yine riskin arttığı bildirilmiştir. (Everaert K, De Croo, Kerckhaert W ve ark. Long term effects of micro-surgical testicular sperm extraction on androgen status in patients with non obstructive azoospermia. BMC Urology 2006; 6:9).

2- Bu dosya hakkında bilirkışı değerlendirmeniz nasıl olurdu?

Obstrüktif olmayan azospermi (NOA) bulguları olan infertil hastalarda testis biyopsisi intrasitoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI) tedavisinin bir parçası olabilir. Testis içerisinde sperm üretimi bölgesel olabileceği için biyopsinin negatif çıkması sperm üretiminin olmadığı anlamına gelmez. Bu tür durumlarda TESE tercih edilen bir tekniktir. NOA olan erkeklerin yaklaşık % 50'sinde TESE ile sperm bulunabilir ve ICSI için kullanılabilir. Mikrocerrahi TESE konvansiyonel TESE'ye göre sperm bulma oranlarını artırır ve şiddetli NOA'lı olgularda tercih edilmelidir. Yine sperm bulma oranlarını artırmak için birden fazla TESE ameliyatı yapılabilir (Jungwirth A, Diemer T, Dohle GR ve ark. Guidelines on male infertility. European Association of Urology 2015. <https://uroweb.org/guidelines/>).

Her cerrahi girişimde olduğu gibi bu ameliyatta da bazı risk ve komplikasyonlar söz konusudur. Kısaca özetlemek gerekirse; ameliyat sonrasında kanama/skrotumda hematoma, enfeksiyon, ağrı, hidrosel gelişmesi, testiküler fibrozis ve testosteron seviyesinde azalma görülebilir. Vakaların çoğunda ameliyat sonrası Testosteron seviyeleri ameliyat öncesine göre hafif bir düşüş gösterse de uzun dönemde bu durum eski haline döner. Testosteron seviyesinin normal değerine geri dönmesi 18 ayı bulabilir. Vakaların ancak sınırlı bir kısmında medikal tedavi gerektirecek Testosteron düşüklüğü görülebilir. Buradaki en önemli faktör ameliyat öncesinde hastanın durumudur. Eğer ameliyat öncesi hastanın Testosteron değerleri düşük, testis boyutları azalmış, daha önce geçirilmiş TESE ameliyatları ve eşlik eden genetik anomaliler varsa bunlar Testosteron düşüklüğü görülme riskini artırır. (Takada S, Tsujimura A, Ueda T ve ark. Androgen decline in patients with nonobstructive azoospermia after microdissection testicular sperm extraction. Urology 2008; 72: 114-118).

3- Bu girişimin yapılması zorunludur, yapılmazsa neler olabilir?

Bu ameliyat çocuk sahibi olma isteğiyle başvuran uygun hastalarda yapılmaktadır. İşlemin gerekliliği hastanın isteğiyle ilgili olup, hasta istemediği takdirde yapılma gerekliliği yoktur.

Burada en önemli husus bütün bu risklerin ameliyat öncesinde hastaya anlatılıp olunun alınmasıdır. Şikayet konusu vakada hasta kendisine bu konularla ilgili bilgilendirmenin yapılmadığını iddia etmediği ve savunmada da bu bilgilendirilmenin hastaya yapıldığı söylendiği için, ayrıca şikayet konusu durumun önceki TESE ameliyatları da göz önüne alındığında ameliyat sonrası gelişebilecek risk/komplikasyonlardan birisi olması dolayısıyla eğer cerrahi işlem usulüne uygun yapılmış ise yapılan işlemin tıp kurallarına uygun olduğu kanaatine varılabilir.

ÇOCUK ÜROLOJİSİ-SÜNNET

7.1 TESTİS TORSİYONU

7.1.1 TESTİS TORSİYONU AYIRICI TANISI MUAYENE İLE YAPILABİLİR Mİ?

İDDIA

Müvekkil testis bölgesindeki rahatsızlığı nedeniyle 18.04.2013 tarihinde müracaat etmiş, muayene sonucu orşit ve epididimit teşhisiyle evine gönderilmiştir. Bu muayene sırasında, hasta herhangi bir şekilde yatırılarak müşahede altında tutulmadığı gibi herhangi bir tetkik ve tahlil dahi yapılmamıştır. Eve dönen davacının ağrılarının devam etmesi üzerine, doktorla iletişim kurulmuş ise de, ağrılarının geçeceği başkaca bir tedaviye gerek bulunmadığı bildirilmiştir. Ne var ki, davacının anne ve babası, çocuklarının ağrılara dayanamaması üzerine, Üniversite Hastanesine müracaat etmişler, yapılan muayene ve tetkikler sonucunda hemen ameliyata alınmıştır. Ameliyat sonucunda, sağ testisi alınmış, sol testis dikilmek suretiyle kurtarılabilmektedir. Sonuç olarak müvekkil davacı, davalıların tıp kurallarına uygun olmayan eylemleri nedeniyle uzuv kabına uğramış, çok ciddi sağlık sorunları yaşamış, uzun süre istirahat almak zorunda kalmış, eğitiminden geri kalmış, maddi ve manevi zararlara uğramıştır.

SAVUNMA

Üroloji Uzmanı: Hasta 18.04.2013 tarihinde iki gündür devam eden sağ testiküler ağrı şikayeti ile başvurmuştur. Yaptığım muayenesinde sağ testiste şişlik ve kabalaşma mevcuttu, orşit bulguları müspetti, ayrıca testis torsiyonun müspet bulgusu olan prehn (testisin yukarı kaldırılmasını ağrının artması) negatifti yani hastanın muayene bulgusunda torsiyon değil orşit mevcuttu, oysaki testis torsiyon bulgusunda hastanın yürümeyecek kadar testis ağrısı olup polikliniğe randevu almak şöyle dursun ağrıdan dolayı poliklinikte sıra bekleyemez ve günün herhangi bir saatinde acil servise başvurulmak zorunda kalır. Oysaki hasta Üroloji polikliniğe randevu alarak ve poliklinik sırası beklemek suretiyle muayene olmuştur. Ağrısının hafif derecede olduğunu tarafıma iletmiştir. Bu bulgular eşliğinde orşit tanısı konup tedavisi düzenlenmiş gerekli ilaç reçetesi ve istirahat raporu verilmiştir. Benim muayenem den 4 gün sonra başka bir hastanede gelişen cerrahi müdahaleden tarafım sorumlu tutulamaz sonrasında gelişen torsiyon olayı bu süreçte gelişebileceği gibi zaten benim uzmanlık alanım olmayan o bölgeye ait kasık fitiği da torsiyon gelişiminde katkısı olabilir. Bir an için hastanın orşit değil de torsiyon olduğunu kabul etsek dahi zaten iki gün önce başlamış torsiyonda acil müdahale için 4 saatlik süre zaten geçtiği için ilgili merkezde geçilmiş olduğu işlem gibi testisin alınması cerrahi işlemi kaçınılmazdı. Testis kaybı yaşamaması başka hastane tarafından testisin alınması ile ilgili sorumluluk tarafıma addedilemez. Tarafıma yapılan suçlamaları kabul etmiyorum.

BELGELER

Tıp Fakültesinin Epikrizi: Sağ testiste ağrı şikayeti ile geldi. Tanı: testis torsiyonu. Uygulanacak cerrahi: sağ orşiektomi. 22.04.2013 tarihli skrotal orşiektomi ameliyat notu: Supin pozisyonda raphe testisten girildi, cildin aşırı ödemli olduğu görüldü, sağ testisin katları geçildi, tunica açılarak testis görüldü, testisin kanlanmasının olmadığı ve çevre dokularda hematom görüldü, testisin torsiyone olduğu görüldü, testis detorsiyone edildi. 20 dk. kadar beklendi ancak kanlanmanın iyi olmadığı görüldü. Sağ orşiektomi uygulandı. Sol testiste katları açılarak doğurtuldu, septuma 3 adet 3-0 sütürle tespit edildi.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı: Testis bölgesinde ani başlayan ağrı şikayeti gelen hastalarda, hasta özellikle de genç yaşta ise ilk akla gelmesi gereken patolojiler epididimiorşit ve testis torsiyonudur. Testis torsiyonuna 4-6 saate müdahale etmek gerekir. Ayırım yapılırken hikaye ve fizik muayene ile birlikte skrotal renkli doppler ultrason yapılması önerilen tetkiktir. İlk aşamada yapılacak herhangi bir görüntüleme yöntemi mutlak zorunluluk olmakla beraber pratik uygulamada radyoloji raporları medikolegal endişeleri nadiren tam olarak ortadan kaldırmakta ve yine kararı klinisyenin fizik muayene bulgularına bırakmaktadır.

Dava dosyasında incelendiğinde ayırım yapılması için gereken fizik muayenein tam olarak yapıldığı ve testisin yukarı kaldırılması ile ağrının azalıp azalmadığına bakılan Phren testinin yapıldığı, bu testle ağrının azaldığı ve bu bulguyla epididimiorşit tanısı konulup tedaviye başlandığı anlaşılmaktadır. Bu fizik muayene hastayı değerlendirmede çok önemlidir. Testis torsiyonun kendi kendine veya muayene sırasında yapılan manevralarla düzelebilir bu bakımdan hasta davalı hekime başvurduğu sırada önceden var olan torsiyonun kendiliğinden düzelmiş olma olasılığı da bulunmaktadır. Bununla birlikte bu tanıyı desteklemek için yapılması önerilen skrotal doppler US tetkikin yapılmadığı anlaşılmaktadır. Hasta şikayetlerinin devam etmesi nedeniyle 4 gün sonra Tıp Fakültesi Hastanesine başvurmuş ve burada yapılan tetkiklerde testis torsiyonu tanısı konularak opere edilmiş ve ameliyat sırasında testisin canlılığının yitirdiğinin anlaşılması üzerine testis alınmıştır. Testis torsiyonu tekrarlayabilme özelliği olan bir klinik durumdur. Bu 4 günlük sürede de davalı hekime başvurduğunda olmayan ancak sonrasında tekrarlamış bir testis torsiyonu olma ihtimalini dışlamak dava dosyasındaki bilgilerden mümkün olmamıştır.

Dava dosyasına bakıldığında ilk başvurduğu merkeze şikayeti başladıktan ne kadar zaman sonra başvurduğuna dair net bir bilgiye rastlanmamakla birlikte, ilk merkezdeki davalı hekimin ifadesine göre davacının şikayetlerinin 2 gün önce başladığı bilgisi bulunmaktadır. Eğer davacı, davalı hekime ilk şikayetleri başladıktan 2 gün sonra başvurmuş ise müdahale için gereken ve testisin kurtarılması için çok kritik olan ilk 4-6 saatin zaten aşıldığı düşünülmüştür.

Tüm bu veriler göz önüne alındığında; davalı hekimin testis torsiyonu ayırıcı tanısında yapılması önerilen skrotal renkli doppler US tetkikini istemediği anlaşılmaktadır.

Ancak davacı hastanın, davalı hekime, şikayetleri başladıktan 2 gün sonra başvurmuş olması, testisi kurtarmak için gerekli olan hayati ilk 6-8 saatlik zaman diliminin zaten aşılmış olduğunu ve skrotal renkli doppler US tetkiki istenseydi de muhtemelen testis kaybının engellenemeyeceği şeklinde bir kanaat oluşmasına neden olmuştur.

Adli Tıp Kurumu: Testiste şişlik ve ağrı şikayeti ile gelen hastalarda ayırıcı tanıda epididimiorşit ile beraber testis torsiyonunun düşünülmesi gerektiği ve kişiye phren testinin tanıyı koydurma noktasında önemli bir fizik muayene bulgusu olmakla birlikte kesin bir tanı koydurucu bir bulgu olmadığı, orşit, epididimit ve testis torsiyon ayırıcı tanısını desteklemesi açısından tam idrar tetkiki, hemogram (WBC) ve skrotal doppler USG tetkiklerinin yapılmadığı, bu açıdan eksiklik olarak değerlendirildiği, ancak hastanın gerek ifadeleri gerek tıbbi evraklarındaki notlardan kişinin ağrısının başlama zamanının tam olarak belirtilmediği, bundan dolayı kişi hekime başvurduğunda testis torsiyonunda testisin kurtarılması açısından ağrı başlangıcı sonrasında geçen kritik zaman dilimi olan 4-6 saat zaman diliminin aşılmış olmadığı da anlaşılacağı, bu yüzden kişinin bu olay sonunda uzuv kaybına uğramış olmasıyla birlikte gerekli tetkik ve müdahaleler yapılsaydı uzuv kaybının engellenip engellenemeyeceğinin bilinemeyeceği, ancak kendisine müracaat eden şahısla ilgili tetkikleri yaptırmadığı aynı şartlarda gösterilmesi gereken özenin gösterilmediği, bu yüzden hastayı gören üroloji uzmanının eyleminin kusurlu olduğu oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Selçuk Sılay, Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Testis ağrısı ile gelen hastada yapılacak ayırıcı tanıda “prehn bulgusu” nun yeri, güvenilirliğiğini yorumlayınız?

“Prehn bulgusu” klinik bir muayene bulgusu olup textbooklarda şu şekilde tanımlanmaktadır: Testis eleve edildiğinde ağrının devam etmesi veya artması torsiyon lehine (prehn +), azalması ise epididimoorşit lehine (prehn -) bir klinik belirtedir. Öte yandan kanıt dayalı tıp anlamında prehn bulgusunun orşit veya torsiyon ayırımında kullanımı ile ilgili bir bilgi yoktur. Avrupa Üroloji kılavuzlarında da böyle bir muayene bulgusu ayırıcı tanıda kullanılması ile ilgili bir bilgi verilmemiştir (Tekgul S, Dogan HS, Hoebeke P, et al. Guidelines on Paediatric Urology. European Association of Urology 2016. Available at <http://uroweb.org/individual-guidelines/non-oncology-guidelines/> Accessed November 01 2016.)

Literatürdeki yayınlara baktığımızda 27 torsiyon hastasının değerlendirildiği bir çalışmada prehn bulgusunun hastaların birçoğunda bulunduğu bildirilmektedir. (Bah OR, Roupert M, Guirassy S, Diallo AB, Diallo MB, Richard F. Clinical aspects and management of the torsion of the spermatic cord: study of 27 cases. Prog Urol. 2010 Jul; 20(7):527-31). Ancak bu çalışmalar vaka serileri bildirim şekliindeki çalışmalar olup kanıt düzeyi düşük çalışmalardır.

Bir başka deyişle, ‘prehn bulgusu’ negatif ve pozitif prediktifliği hiçbir çalışmada bildirilmemiştir. Sonuç olarak, mevcut literatür bilgileri ışığında ‘prehn bulgusu’ torsiyon ayırımında ve tanısında güvenilir bir bulgu değildir. Klinik tanıyı destekleyici anlamda kullanılabilir ancak cerrahi kararını vermez.

2- Hasta 2 gün önce başlayan ağrı ile (Doktor ifadesi) müracaat etmiş, dört gün sonra da torsiyon tanısı ile opere edilmiştir. Dosyada hastanın kliniği ile ilişkilendirerek torsiyonun seyrini tartışır mısınız (aralıklı torsiyon, kısmi torsiyon, epididimit sonrası torsiyon)?

Torsiyona bağlı olarak akut skrotum ile başvuran bir hastada intermittan torsiyon, apendiks testis torsiyonu gibi durumların da olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Apendiks testis torsiyonunda ağrının lokalizasyonu testisin üst polüne doğrudur ve muayenede tespit edilebilen “blue dot sign”, (mavi nokta) izlenebilir. İntermittan torsiyonda ise ağrının ara ara şiddetlenip ara ara düzeldiği görülmektedir. Özellikle iyi anamnez vermeyen ve muayene esnasında egzajere yanıt veren hastalarda bunların ayırımını yapmak klinik olarak çok mümkün değildir. Bu nedenle skrotal doppler USG mutlaka istenmelidir. Skrotal doppler USG apendiks testis torsiyonunu görmemizi sağlayacaktır. Öte yandan intermittan torsiyon ile başvuran hastada çekilen skrotal doppler USG tamamen normal çıkabilir. Bu durumda klinisyen, anamnezin şüpheli olduğunu hissediyorsa belli bir süre sonra doppler USG tekrarı istemelidir. Ya da ağrı tekrarlar ise acile tekrar başvurusu önerilmelidir. Ancak bu öneri sadece negatif bir skrotal doppler USG varlığında yapılabilir. Klinik olarak intermittan torsiyon düşünüp doppler USG istemeden hasta eve önerilerle gönderilirse hata yapılmış olur.

Yine de yapılan laboratuvar tetkikleri, birden çok doppler USG gibi tanı tetkiklerine rağmen halen şüphe olduğuna inanılıyorsa skrotal eksplorasyon yapılması yanlış bir yaklaşım değildir.

3- Torsiyon ayırıcı tanısında tanı klasik ve kılavuz bilgileriyle algoritmasını tartışır mısınız?

Akut skrotum kliniği veya testis ağrısı ile polikliniğe veya acil servise başvuran çocuklarda testis ağrısına yol açabilecek birçok neden mevcuttur. Ayırıcı tanıda epididimoorşit, testis torsiyonu olabileceği gibi bunların haricinde idiyopatik skrotal ödem, kabakulak orşiti, varikosel, skrotal hematoma, inkarsere inguinal/skrotal herni, apandisit veya sistemik bazı hastalıklar (Henoch Schonlein purpurası) testis ağrısına yol açabilmektedir. Bunların haricinde her türlü skrotal travma testiste hematoma, kontüzyon veya dislokasyona yol açabilir (Tekgul S, Dogan HS, Hoebeke P, et al. Guidelines on Paediatric Urology. European Association of Urology 2016. Available at <http://uroweb.org/individual-guidelines/non-oncology-guidelines/> Accessed November 01 2016.)

Hastanın hikayesi gözönüne alındığında erken dönemde başvurular torsiyon lehine, geç dönem başvurular ise daha çok epididimoorşit lehinedir. Ancak sosyokültürel faktörler hastanın başvuru süresini değiştirebilmektedir.

Hastanın muayenesinde dikkat edilebilecek bazı hususlar mevcuttur. Skrotumun ödemli ve kızarıklık olması, beraberinde ağrının uzun süredir var olması epididimoorşit lehine bir bulgudur. Ağrının palpasyonda epididime sınırlı olması da epididimit lehinedir. Testis superiorunda lokalize bir ağrı varsa apendiks testis torsiyonu lehine bir bulgudur. Kremaster refleksinin olmaması, testisin anormal lokalizasyonu ve testisin tamamında bulunan bir ağrı, torsiyon lehine olan bulgulardır.

Hastanın muayenesi sonrası istenecek tetkikler de önem arz etmektedir. Pozitif bir idrar kültürü veya lökositüri, epididimoorşit lehine bir bulgu iken torsiyonu da ekarte ettirmez. Ya da idrar tahlili normal olması epididimoorşit olmadığı anlamına gelmez.

Skrotal doppler USG akut skrotum tanısında hayati öneme sahip bir tetkiktir. Doppler USG %63-100 sensitivite ve %97-100 spesivite oranıyla akut skrotumu değerlendirir. Pozitif prediktif değeri %100 ve negatif prediktif değeri %97,5'dir. Negatif bir USG torsiyonu ekarte etmez ancak klinikle beraber değerlendirildiğinde hekimin vereceği kararı kolaylaştırır. Ayrıca mediko-legal anlamda da mutlaka istenmesi gereken bir tetkiktir. Avrupa üroloji kılavuzlarında Skrotal doppler USG kanıt düzeyi 2a öneri düzeyi A olacak şekilde önerilmektedir.

4- Torsiyonda sıklıkla kullanılan testisin kurtarılabilmek için 4-6 saat ölçütünü bilimsel verilerle değerlendirir misiniz?

Testis torsiyonu bir ürolojik acildir ve cerrahi tedavi gerektirmektedir. Torsiyonun medikal tedavisi diye bir şey yoktur. Manuel detorsiyone edilen durumlarda dahi hastanın operasyona hemen alınıp testisin fikse edilmesi önerilmektedir.

Torsiyonda testisin kurtarılmasını belirleyen 2 ana faktör mevcuttur. İlki hastanın başvuru süresi, ikincisi ise torsiyonun kaç derece olduğudur. 360 dereceden çok torsiyonda 4 saat içerisinde ciddi testis atrofisi olduğu bildirilmiştir. 24 saati geçen ve 360 derece üzerindeki torsiyonlarda bütün vakalarda testis atrofisi görülmektedir. 180 ila 360 derece arasındaki torsiyonlarda ise 12 saate kadar testis atrofisi bildirilmemiştir. Bu nedenle 4-6 saat kuralı aslında 360 dereceden çok olan torsiyonlarda geçerlidir.

5- Testis kaybı ile neticelenen olayda kaybın nedenlerini, kaybın olmaması için yapılması gerekenleri tartışır mısınız?

Mevcut vaka ne yazık ki testis kaybı ile sonuçlanmıştır. Ancak tabii ki orşiektomiye gitmeden önce yapılabilecek bazı adımlar mevcuttur. Bunlardan ilki ve en önemlisi hastanın acil servise ağrıdan sonraki başvuru zamanıdır. Ne kadar erken sürede başvurulursa tedavi süreci de o kadar hızlı başlayacaktır. İkincisi ise hekimlerin hastayı gördüklerinde "akut skrotum" şüpheleniliyorsa klinik muayene uyumsuz olduğu bile düşünülse skrotal doppler USG istenmesi gerektiğidir. USG'de testislere giden kan akımı değerlendirilecek, testis boyutları, ödem, skrotal sıvı varlığı, apendiks testisin durumu hakkında bilgi sahibi olunacaktır.

Operasyon esnasında ise torsiyone testis detorsiyone edilmeli ardından sıcak bir batın kompres içine alınır ve 15-20 dakika beklenerek testisin rengi gözlenmelidir. Rengin normale yaklaştığı durumlarda testisin tespiti edilmesi uygun olacaktır. Ancak nekroze bir testisin ise alınması gerekmektedir.

7.1.2 TESTİS TORSİYONU TANISININ GECİKME NEDENİ?

İDDİA

Kasığımda ağrı oldu ve testislerimde şişlik hissettim, bunu anneme söyledim, sonra amcam haberdar edildi ve köye geldi, annem, ben ve amcam hep birlikte ilk olarak Devlet Hastanesi acil servisine gittik. Devlet Hastanesi acil servisindeki, beni muayene eden doktor, filmimi çekti ve tahlil yaptırdı, daha sonra da iğne ve ilaç yazdı. O gün köyümüze geri döndük, ancak ağrılarım geçmedi, üstelik testislerimdeki şişlik artmaya başladı. Sabah erkenden beni sağlık ocağına götürdüler. Doktor hemen acilen Devlet Hastanesi Üroloji polikliniğine götürülmem gerektiğini söyledi. Bizde gitti üroloji doktoru pantolonumu indirtti, eliyle testislerimi elledi. Doktorun odasından çıktıktan sonra, doktoru karneye yazdığı ilaçları aldık, yazdığı ilaçların arasında bir iğne bulunduğundan hemen iğneyi de orada yaptırdık. Ancak,

ağrım geçmedi bunun üzerine, amcam ve eniştem beni başka bir doktora muayene ettirmek için kendi aralarında konuşuyorlardı. Sonra Üroloji Uzmanı randevu almışlar ve beni saat 17:00 gibi bu doktorun muayenehanesine götürdüler. Doktor beni muayene ettikten sonra hemen ameliyat olmama gerektiğini söyledi.

Doktor bizi hastaneye gönderdi. Hastaneye saat 20 civarında yattık. Hastaneye yattıktan sonra hiçbir doktor gelip beni görmedi, hastaneye yattıktan sonra beni ultrasona yan çekmeye yada röntgene çekmeye götürmediler. Ertesi sabah hasta bakıcı geldi ve film çekmek üzere röntgen birimine götürdü. Röntgene indik, oradaki görevli bayan personel, diğer bir hastanın filmi çıkarırken bana da üzerimi çıkartmamı ve akciğer röntgeni çekileceğini söyledi, bende üzerimi soyunurken beni getiren hasta bakıcı personele "benim ciğerlerimden bir rahatsızlığım yok, benim testislerimde sorun var, testislerimin filmi niye çekmiyorlar" dedim, hasta bakıcı olan personel de bana onun burada çekilemeyeceğini, başka bir yerde çekileceğini söyledi. Ben, röntgen filmimi çeken bayana da aynı şeyi söyledim, benim sorunum testislerimde dedim, o da ben "akciğer filmi" çekerim, o dediğini ben çekmem dedi, ancak ben bunu aynen bu şekilde basın mensuplarına anlatmış olmama rağmen, bu sonradan basında çarpıtılarak, bayan doktor testisinin ultrasonunu çekmemiş diye çıktı, ancak röntgendeki bayanın kasteddiği şey, o işin burada (röntgen biriminde) yapılmadığı başka yerde (ultrason biriminde) yapıldığı anlamı taşıyordu, bunu da özellikle belirtmek istiyorum. Sabah saat 08:30 sıralarında Röntgen filmi çekildikten sonra tekrar hasta bakıcı ile üroloji servisine çıktık. Sonra, üroloji doktoru geldi, beni muayene etti, sonra geri gitti. Daha sonra beni öğleye kadar hiçbir yere götürmediler. Yani ben saat 13:30'a kadar bir daha üroloji servisinden başka bir yere gitmedim, ultrasona inmedim. Ben, ultrason birimine inipte, bayan doktor olduğu için, bende erkek olduğum için ultrasonumun çekilmediği ile ilgili basında haber çıkıncaya kadar hiçbir şey duymadım, böyle bir olay yaşamadım. Beni, saat 13:30'da ultrason çekmek üzere hasta bakıcı ultrasona indirdiler. Ultrason çekildikten sonra servise çıkardılar. Daha sonra saat 16:00'a doğru ameliyat için beni ameliyathaneye götürdüler. İki gün yattım sonra ikinci bir ameliyat yapıldı. Bu ameliyat sabah saat 08:00 da yapılmıştı. Ameliyatların ne için yapıldığını ameliyatlarımın sonrasında ne olduğumu bilmiyordum.

Basına çıkan haberlerle ilgili olarak şunları söylemek isterim. Gazeteciler bizi aradı ve akşam üzeri köye geldi röportaj yaptılar, onlara da burada anlattıklarımın aynısını anlattım. Ancak, Pazar günü, çıkan haberde ise benim anlattıklarımın farklı olduğunu gördüm. Çıkan haberleri okuduğumda, benim amcamın söyledikleriyle alakası olmayan, yalan bir haber yapıldığını gördüm. Sonra da yeni başka gazeteler aradı ve köye geldiler. Onlara da aynısını anlattık. Hatta, gazetede çıkan fotoğrafta, en solda abim, ortada büyük abimin hanımı yani yengem, en sağda da ben olmama karşın, haberlerde fotoğrafta bulunan yengemin, benim kız arkadaşım olarak tanıtılması ve büyük abimin de askerde olması nedeni ile bu haber ailemi üzdü. Hatta, gazete haberinde benim tesettürlü iki bayan tarafından ultrasonumun çekilmediği haberi çıktı, oysaki muhabirler köye geldiğinde, bana "doktorun başı açık mıydı? Kapalı (tesettürlü) mıydı?" diye sorduklarında ben, hastanede hiç başı kapalı (tesettürlü) bayan görmediğimi açık ve net olarak söylemişim. Oysa bu haberlerde farklı bir şekilde verildi. Ben 18 yaşından küçük olduğum için, şikayetçi olup olmayacağım hususunda bir şey söylemek istemiyorum. Bunu babam bilir.

SAVUNMA

Sağlık Bakanlığı, Hukuk Müşavirliği'nin dilekçesi: Hasta kasık ağrısı ve şişlik yakınmasıyla Devlet Hastanesi acil servisine başvurmuş, orşit tanısı konulan hastaya gerekli ilaçlar verilerek ileri bir merkeze sevk edilmek istenmiş ise de, annesi tarafından geçen yıl da aynı yakınmalarının olduğu belirtilerek sevk yapılması istenmemiş; küçüğün yakınmalarının devam etmesi üzerine Sağlık Ocağına götürülmüş ve oradan da orşit tanısı ile Devlet Hastanesi üroloji polikliniğine sevk edilmiş, Devlet Hastanesi acil servisine başvurmuş; üroloji polikliniğine yönlendirilen hasta muayene edilmiş ve "orşit ve epididimit" tanısı konularak Aprozol, Genta 160 mg ve Klamoks reçete edilmiştir.

Ancak muayeneden sonra hastanın ağrı yakınmasının geçmemesi üzerine aynı gün başka bir ürolog tarafından hastane dışında muayene edilmiş ve durumunun acil olduğu bildirilerek hastaneye yatışı yapılmış ve saat 17.00'da telefonla servis hemşiresi aranarak yapılması gerekli tetkik ve tahliller kendisine bildirilmiş, saat 17.27 sularında da görevli hemşire tarafından doktor tekrar aranarak ultrasonografi

tekkinin yaptırılmadığı belirtilmiş; hastanın "renkli doppler skrotal USG" tetkiki yattığı gecenin ertesi günü saat 13.44 de yapılmış ve hasta aynı gün saat 16.00'da lokal anestezi altında operasyona alınmış ve detorsiyon ameliyatı yapılmış. İki gün sonra genel anestezi altında Orşiektomi operasyonu yapılarak sol testis alınmış ve daha sonra hasta taburcu edilmiştir.

Olayın basın ve yayın organlarında yer alması üzerine, Başsavcılığının yazısı ile 4483 sayılı Kanun uyarınca soruşturma izni istenmiş ve gazete kupürlerinde yer alan iddialar hakkında inceleme başlatılmış; Sağlık Bakanlığı Müfettişliği tarafından düzenlenen Ön İnceleme Raporunda yer alan tespit ve teklif çerçevesinde, Valilik İl İdare Kurulu'nun Kararı ile, hastayı devlet hastanesinde ve muayenehanesinde gören her iki üroloji uzmanı haklarında soruşturma izni verilmesine karar verilmiştir. Bu gelişmeler üzerine, davacı tarafca "Bakanlığımızca yapılan tıbbi iş ve işlemlerde hizmet kusuru bulunduğu ve manevi zarara uğranıldığı" iddiaları ile, manevi tazminat isteminde bulunulmuş ve istemin, Bakanlığımızın yazısı ile reddi üzerine, söz konusu iddia ve istemler ile, bu davanın açıldığı anlaşılmıştır.

İdare, kendisine verilen kamu hizmetleri için gerekli organizasyonu kurmak, yeterli araç ve gereçlerle donatılmış bina ve tesislerde, ehil elemanlar eliyle bu hizmetleri yürütmekle yükümlüdür. Hizmetin gereği gibi yerine getirilmemesi, kötü, noksan ya da geç yapılması veyahut hiç yapılmaması hallerinde kişilere bir zarar verildiğinde, bu zararın hizmeti yürüten idarece tazmini gerekmektedir. Nitekim, Anayasa'nın 125 inci maddesinin son fıkrasında da, "İdare kendi eylem ve işlemlerinden doğan zararları ödemekle yükümlüdür" hükmü konulmuştur. Ancak, kamu hizmetleri arasında güvenlik, sağlık, itfaiye hizmetleri gibi bazıları vardır ki; zarar gören kimse hizmetten büyük ölçüde yararlanmasına karşın, hizmetin işleyişi son derece risk taşır ve tehlikeli, özellikle sağlık hizmetleri bakımından komplike durumlar ortaya çıkabilir. Bu durumda, hastane ve benzeri kurumlarda yürütülen sağlık hizmetlerinden yararlananların, hizmetin işleyişinden doğabilecek bazı komplikasyonlar ile karşı karşıya kalmaları olasıdır. En ileri teknoloji düzeyindeki ülkelerde bile, tıbbi müdahaleler alanında %100 garantili hizmet henüz sunulmamaktadır. Bu bakımdan, özellikle sağlık hizmetlerinden zarar görenlerin tazmin istemi hallerinde, idarenin kusurlu olup olmadığının kesin ve açık bir şekilde saptanması gerekli bulunmaktadır. İdarenin, yükümlü olduğu kamu hizmetlerini yerine getirirken bu hizmetten yararlanan bireylerin uğradıkları zararı tazminle yükümlü ve sorumlu tutulabilmesi için; bu hizmetin hiç görülmemiş, kötü ya da geç görülmüş olması ve doğan zarar ile iddia olunan hizmet kusuru arasında uygun nedensellik bağının bulunması zorunludur. Zarar verici her durumun, risk oranı yüksek bulunan sağlık hizmetlerinin iyi işlemelediği sonucuna bağlanması mümkün olmadığı gibi; genel olarak idarenin hukuki sorumluluğunu ortadan kaldıran hallerde ve bu hallerden olmak üzere "zararın, zarar gören kişinin kendi fiilinden doğmuş olması halinde" idareyi tazmin ile yükümlü tutmak imkanı da bulunmamaktadır.

Davanın dayandığı maddi olay işaret olunan hukuki durum ve ilkeler çerçevesinde değerlendirildiğinde; dava konusu olay bakımından tazmin koşullarının gerçekleşmediği ve dolayısı ile tazmin isteminin haksız ve dayanaksız olduğu anlaşılacaktır. Çünkü, tazminat ödeme yükümlülüğünün doğması için gereken şartlardan, hukuka aykırılık ve ağır hizmet kusuru, uygun nedensellik bağı (zararın idarenin eylem veya işleminden doğmuş olması) olması şartları, dava konusu olay bakımından gerçekleşmemiştir. He ne kadar, Valilik İl İdare Kurulu'nun soruşturma izni verilmesine karar verilmiş ve Sağlık Bakanlığı Müfettişliğince düzenlenen Soruşturma Raporu ile adı geçen hekimlerin iyi işlemelediği sonucuna ise de; hastanın kasık ağrısı ve şişlik yakınmasıyla Devlet Hastanesi acil servisine başvurması ve hastanın ileri bir merkeze sevk edilmesi gerektiği belirtilmiş ise de, annesi tarafından geçen yıl da aynı yakınmalarının olduğu belirtilerek sevk yapılması istenmemiş ve dosyada mevcut Birlikçi Raporuna göre son derece kritik olan ilk iki günün geçirilmesine sebebiyet verilmiştir. Dolayısıyla, Bakanlığımızın olayda hizmet kusurunun bulunmadığı ve özellikle, hasta yakınlarının tedavi sürecindeki tutumunun da, meydana gelen istenemez sonucun ortaya çıkmasında doğrudan katkısının olduğu sonucuna varılmaktadır. Bu durumda, dava konusu olayda, Bakanlığımızın hizmet kusurunun bulunduğunu kabul etmek olanaklı olmayıp; olayın gelişimine göre, hastanın kendi bünyesine ve yaşına bağlı olarak geliştiği anlaşılan istenemez sonucun Bakanlığımıza yükletilmesi haksız ve isabetsizdir. İdarenin veya idare ajanlarının eylemi yüzünden meydana geldiği ileri sürülen zararın tazmini istemiyle açılan tam yargı davalarında, zarar ile idarenin eylem ve işlemleri arasındaki nedensellik bağının, başka bir ifade ile neden-sonuç ilişkisinin var olup olmadığının duraksamaya yer vermeyecek şekilde açıklığa kavuşturulması gerekmektedir. Bu husus, Danıştay içtihatlarında da açıkça belirtilmektedir. Bu durumda, dava konusu olayda, Bakanlığımızı

zın hizmet kusurunun bulunduğunu kabul etmek olanaklı değildir. Öte yandan, tazmin müessesesi, bir “zenginleşme aracı” olmayıp, gerçekten uğranılmış, olan zararların tazmini amacına yöneliktir. Eğer, bu hususlar dikkate alınmaksızın ve iddia edilen zarar kanuni deliller ile ispatlanmaksızın tazminata hükmedilir ise, aynı amaç ile yapılan diğer ödemeler ile birlikte mükerrer ödemede bulunulmuş olması ve gerçek zararın karşılığından daha fazla ödemede bulunulması dolayısı ile sebepsiz zenginleşmeye yol açılmış olacaktır. Manevi tazminat, “ağır hizmet kusuru” bulunması halinde hükmedilecek bir tazminat türüdür. Yukarıda etrafıca açıklandığı gibi, davanın dayanağını oluşturan maddi olayda, bir idare olarak Bakanlığımızın hizmet kusurundan, ve hele hele “ağır hizmet kusuru”nun varlığından söz edilemeyeceğinden, manevi tazmin istemi tamamen haksız ve yersizdir. Yine, manevi tazminatın bir “zenginleşme aracı” haline getirilemeyeceği ve kişinin manevi dünyasında meydana geldiği kabul olunan eksikliğin giderilmesine yönelik “sembolik” bir meblağ olması gerektiği, emsal Danıştay kararları ile de içtihat haline geldiğinden, oluşa göre abartılı bulunan manevi tazmin isteminin de reddi gerekmektedir. Bir an için iddialar gerçek kabul edilerek tazminat ödenmesine hükmedilmesinin gerekeceği farzedilse bile; olayın meydana gelişi göz önüne alınarak, Borçlar Kanunu’nun 43 üncü maddesinin birinci fıkrasında yer alan “Hakim hal ve mevkiin icabına ve hatanın ağırlığına göre tazminatın suret ve derece-i şümulünü tayin eder” hükmü uyarınca, aşırı miktarda istenilen meblağın indirilmesi gerekir. Ayrıca belirtilmelidir ki: manevi tazminatın yukarıda belirtilen özelliği ve malvarlığındaki bir eksilişe karşılık olmaması karşısında, bu tazminat türü için, olay tarihinden itibaren faiz istemi dayanaksız olup; -bir an için savunmamız kabul edilmeyerek manevi tazminat için faize hükmedilecek olsa bile, bunun başlangıç tarihinin ancak “hüküm tarihi” olacağı açıktır.

Sonuç olarak, dava konusu olayda tazmini gerektirici bir husus bulunmadığı gibi; yersiz ve abartılı olan manevi tazminat istemi ve manevi tazminat için ayrıca faiz istenmesi dayanaksız bulunduğu; hiçbir objektif ve bilimsel dayanağı olmayan ve davacı tarafın tamamen sübjektif nitelikteki iddialarına dayanan davanın reddine karar verilmesi gerekmektedir. Yukarıda açıklanmaya çalışılan ve re’sen gözüne alınabilecek olan nedenler çerçevesinde; haksız ve dayanaksız açılan davanın reddi ile, yargılama giderleri ile vekalet ücretinin davacı üzerinde bırakılmasına karar verilmesini arz ve talep ederim

BELGELER

İlçe Devlet Hastanesi belgeleri (11.11.2006): Tanı: Orşit, cefozin 1gr verildi.

İlçe Sağlık Ocağı belgeleri (13.11.2006): Orşit tanısıyla Devlet Hastanesi Üroloji Polikliniğine sevki uygundur.

İl Devlet Hastanesi belgeleri (13.11.2006-14:20): Tanı: Orşit, Genta 160 1X1, Klamoks 625 mg 2X1, verildi.

İl Devlet Hastanesi belgeleri (13.11.2006-17:20): “Üriner sistemin diğer bozuklukları” tanısıyla üroloji servisine yatırıldı.

İl Devlet Hastanesi Hastanesi’nin 13.11.2006 giriş, 20.11.2006 çıkış tarih epikrizi: Sol hayada ani ağrı ve şişlik gelişmesi üzerine başvurdu, zaman zaman 1-2 defa böyle şikayetinin olduğu belirtildi. Skrotal kitle, orşit, torsiyon ön tanılarıyla yatışı yapıldı. Sol torbada şişlik ve testisin yukarıda olduğu tespit edildi. Açık testis detorsiyonu ve orşiektomi yapılarak taburcu edildi.

13.11.2006 tarihli gözlem notunda; “acil olarak orşit, torsiyon, kitle ön tanılarıyla yatışının yapıldığı, acil skrotal ultrason istendiği fakat bayan radyolog ben yapmam diyerek yapmadı” notu görüldü.

14.11.2006 tarihli gözlem notunda; “hastaya tekrar acil Ultrason istendi, yine bayan radyolog olması dolayısıyla yapılamadı, başhekimliğe iletildi, skrotal US’nin öğleden sonra yapılabildi, acil operasyona alındı” notu görüldü.

14.11.2006 tarihli ameliyat notunda; “torsiyon teşhisi ile acilen operasyona alındığı, testis detorsiyone edildi, testis son derece ödemli ve hemorajikti, açılması beklendi pek açılmadı, testis detorsiyon edilerek beklenmek üzere skrotuma yerleştirildi.

16.11.2006 tarihli ameliyat notundada; “Hasta tekrar operasyona alındı testis dokusunda bir gelişme izlenmediği görüldü. Testis alınarak patolojiye gönderildi.

14.11.2006 tarih skrotal US raporu: Sağ testis normal görünümde parankim homojen olduğu, sol testis boyutları artmış olup ekosu heterojen olduğu görüldü. Doppler US’de kanlanma izlenmedi (torsiyon).

BİLİRKiŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Küçüğün 11.11.2006 tarihinde testislerinde şişlik ve ağrı şikayetleri ile ilk başvurduğu ilçe Devlet Hastanesinde tedaviyi düzenleyen acildeki hekimin gerekli uyarıları ve acil sevkini yapmayarak küçüğün sol testisini kaybetmesine neden olduğu, uyguladığı tedavinin tıp kurallarına uygun olmadığı, hastanın olaydan yaklaşık 2 gün geçtikten sonra başka sağlık kurumuna müracaat ettiği İl Devlet Hastanesinde küçüğün yatışı yapıldıktan sonra yaklaşık 20 saat boyunca testis USG çekilmemesinin tıbbi eksiklik olduğu ancak torsiyone olmuş testisin 4 saatte hayatiyetini kaybettiği göz önüne alındığında bu durumun olayın sonucuna etkisi olmadığı oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Cankon Germiyanoğlu, Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ürolojisi Bilim Dalı

1- Testis şişlik ve ağrı durumunda doppler imkanı yoksa veya man kaybına yol açacak ise nasıl davranmalıdır?

Çocuklarda akut skrotum yapan nedenlerin başında testis torsiyonu gelsede ayırıcı tanıda mutlaka akut epididimoorşit, skrotal ödem, varikosel, inkansere herniler, Henoch-Schönlein purpurası gibi sistemik hastalıklar ve travma mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmelidir. (S. Tekgül, H.S. Dogan, P. Hoebeke et al. EAU guidelines on pediatric urology). Bu sayılan hastalıklardan ise en çok akut epididimoorşit ile ayırım ürologlar açısından önemlidir. Testis torsiyonunda ağrının başlangıcı daha anidir ve semptomların başlangıcı olguların %69'da ilk oniki saat içindedir. Torsiyonda testisin anormal pozisyonu ve kremasterik refleksin olmayışının %100 sensitivite ve %66 spesivitesi vardır. (Kadish, H.A., et al. A retrospective review of pediatric patients with epididymitis, testicular torsion, and torsion of testicular appendages. Pediatrics, 1998. 102: 73.) Yakın zamanda yayınlanan prospektif bir çalışmada ürolog olmayan acil servis doktorlarının TWIST (Testicular Workup for Ischemia and Suspected Torsion) skorlamasıyla, TWIST skoru ≥ 5 olan hastalarda torsiyon olasılığının neredeyse %100 olduğu ve ek hiçbir tetkike gereksinim olmadan cerrahiye yönlendirilebileceği belirtilmektedir. (Sheth KR, Keays M, Grimsby GM, et al. Diagnosing Testicular Torsion before Urological Consultation and Imaging: Validation of the TWIST Score. J Urol. 2016;195:1870-6.) Bu skorlamada testis şişmesi (2 puan), sert testis (2 puan), kremasterik refleksin yokluğu (1 puan), bulantı/kusma (1 puan) ve testisin yukarıda görülmesi (1 puan) olarak değerlendirilmiş ve skoru 3-4 olan hastalarda USG önerilmiştir.

Torsiyon tanısı olan hastaların ilk 4-8 saat içerisindeki müdahaleleri, testiküler kalıcı kayıp ve atrofiyi önlemek açısından çok önemlidir. (Kapoor S: Testicular torsion: a race against time. International journal of clinical practice 2008, 62(5):821-827). Eğer tetkiklere ulaşamıyor veya sorunlar yaşanıyor ise böyle hastalarda fizik muayene bulgularımızda testis torsiyonunu destekliyorsa vakit kaybetmeden cerrahi müdahale en uygun yaklaşım gibi görünmektedir.

2- Testis torsiyonu tanısı için dopplerin değeri nasıldır?

Avrupa üroloji kılavuzlarına göre testis torsiyonunda doppler USG %63.6-100 sensitivite ve %97-100 spesiviteye sahiptir. Torsiyon tanısında doppler USG'de kullanılan intratestiküler sinyaller torsiyonun evresine göre değişmektedir. (Yusuf GT, Sidhu PS. A review of ultrasound imaging in scrotal emergencies. Journal of Ultrasound. 2013;16(4):171-178.) Özellikle venöz konjesyon ve detorsiyon sonrasında artmış sinyal aktivitesi görülebilir. (Dogra VS, Rubens DJ, Gottlieb RH, Bhatt S. Torsion and beyond: new twists in spectral Doppler evaluation of the scrotum. J Ultrasound Med. 2004;23:1077-1085.) Şüpheli doppler usg bulgularında hastanın kliniğine göre seri ölçümler önerilmektedir, ayrıca doppler USG'nin operatör ve cihaz bağımlı olduğu unutulmamalıdır. (Erbener TE. Ultrasound in the assessment of the acute scrotum. J Clin Ultrasound. 1996;24:405-21.)

3- Torsiyone testisin ameliyatla kurtarılabilme zamanı hakkında literatür bilgisi nasıldır?

Torsiyone testisin ameliyatla kurtarılabilme şansı hastanın semptomlarının başlangıç zamanı ve detorsiyon arası süre ile testisin spermatik kord etrafında ne kadar döndüğüyle orantılıdır. (Visser, A.J., et al.

Testicular function after torsion of the spermatic cord. BJU Int, 2003. 92: 200.) Eğer 360°nin üzerinde bir torsiyon varsa bu süre 4 saat gibi kısıtlı bir zamanken kısmi torsiyonlarda ise 24 saatin üzerindeki olgularda bile testis kurtarılabilir. (Tryfonas, G., et al. Late postoperative results in males treated for testicular torsion during childhood. J Pediatr Surg, 1994. 29: 553.) Semptomlar başladıktan sonra 24 saat içinde hastaya müdahale etmek mutlaka gerekmektedir. Semptomların başlangıcından sonraki süre <13 saat olan olgularda fertilitenin büyük oranda korunduğu gözlenmiştir. (Anderson, M.J., et al. Semen quality and endocrine parameters after acute testicular torsion. J Urol, 1992. 147: 1545.) Yakın zamanda yapılan bir çalışmada ise torsiyon hikayesi olan çiftlerin doğurganlık oranlarının normal popülasyonla benzer olduğu belirtilmiştir. (Gielchinsky I, Suraqui E, Hidas G, et al Pregnancy Rates after Testicular Torsion. J Urol. 2016;196:852-5.)

4- Bu dosya hakkında bilirkşi raporunuz nasıl olurdu?

Testis torsiyonu en çok karışan ve çocukluk çağında en sık görülen skrotal acil patoloji akut epididimoorşit'dir (%37-64.6). Burada hastanın sağlık ocağı, sonrasında acil servis ve en sonunda ise iki farklı üroloji uzmanı tarafından değerlendirildiği anlaşılmaktadır. Hastanın ağrısının ilk başlangıcı ve sağlık kuruluşuna müracaatı 11.11.2006 iken üroloji uzmanına geliş tarihi 13.11.2006'dır. Hasta zaten üroloji uzmanına ulaşana kadar torsiyona gerekli müdahale için uygun zamanı aşmış gibi görünmektedir. Bu süre içinde ise hastaya orşit tedavisi verilmiştir. Klinik bulguların yetersiz kaldığı veya şüpheli olduğu durumlarda skrotal doppler USG önemli bir yardımcı görüntüleme yöntemidir. Burada esas olan hastanın muayene bulgularının torsiyon ve orşit arasında kalması ve ayırıcı tanının tam yapılamamasından dolayı tanının doppler usg ile desteklenmeye çalışılmasıdır. Kanımca eğer radyoloji uzmanı kendini bu patolojiyi değerlendirmede yeterli görüyorsa yapılmasında fayda vardır. Hastayı yatıran üroloji uzmanının ise hastayı yatırdıktan sonra hemen dopplerini istediğini ama anlaşılamayan nedenlerden ötürü tetkikin gecikmeli yapıldığı gerekli hazırlıkların yapıldıktan sonra hastanın opere edildiği görülüyor. Kanımca burada üroloji uzmanının herhangi bir ihmali bulunmamaktadır.

7.1.3 TESTİS TORSİYONU: ACİLLERDE ÜCRET NEDENİYLE MÜDAHALE GECİKMESİ

İDDİA

Müvekkil 19 Nisan 2014 günü testisinde ağrı hissetmiş, ağrıları artınca özel bir Hastaneye gitmiş, saat 11:40'da doktor muayene sonrası radyoloji bölümüne göndermiş, parası yetmeyince "kredi kartı varsa kabul edilebileceği aksi takdirde acil bile olsa tedavi yapılmayacağını" söylenmiş, aynı gece ağrıları artan müvekkil ertesi gün sabah itibarıyla ücreti ödedikten sonra radyoloji bölümüne gidip testislerinin röntgenini çekirtmesi akabinde acil ameliyata alınmış, ameliyat sonucu müvekkilin sol testisi tamamen alınmıştır.

Davalı hastane tarafından müvekkile karşı yasal, ahlaki ve tıbbi olarak yerine getirilmesi gereken tedavi hizmetleri hatalı ve eksik yerine getirilmiş müvekkil bilgilendirilmemiş ve bu olaylar neticesinde müvekkil ağır şekilde zarara uğratılmıştır.

SAVUNMA

Davacı 19.04.2014 tarihinde müvekkil şirket hastanesine testislerindeki şiddetli ağrı şikayeti ile randevusuz olarak başvurmuştur. Üroloji uzmanının saat 12:00 civarında muayene ettiği davacının kayıtlara geçen hastalık öyküsünde, davacının testisindeki ağrının 18.04.2014 tarih saat 21.00 civarında başladığı ve ağrının gittikçe şiddetlendiği, daha önce birkaç kez kısa süreli şiddetli ağrıları olduğu öğrenilmiştir. Doktoru tarafından yapılan muayenenin ardından davacıdan birkaç tetkik ile birlikte acil olarak testis Doppler USG istenmiştir. Tahlillerin acil olarak istendiği kendisine bildirilmiş olmasına rağmen davacının ancak ertesi gün yaptırarak getirdiği Doppler USG raporunda sol testiste torsiyon ve vaskülarizasyon kaybı olduğu anlaşılmış, durum davacıya iletilerek cerrahi müdahale yapılması önerilmiştir. Hastaya Sol testis torsiyonu tanısı nedeniyle "Skrotal orkiektomi" ameliyatı yapılmıştır. Hastaya eldeki USG bulgusuna göre testisin nekroz nedeniyle ekzisyonu gidilebileceği ve ameliyatla ilgili diğer hususlarda bilgi verilmiştir.

Hastanın istenen tetkiki yaptırmamasına bağlı yaşanan gecikmeden müvekkil şirket değil hastalığını ihmal eden davacı sorumludur. Davacının rahatsızlığı ile ilgili tıbbi litaretür ve uygulama 6 saati aşkın ağrıda testisin kurtarılmış şansının olmadığını ortaya koymaktadır. Davacı ağrılarını başladıktan sonra yaklaşık 14-15 saat sonra müvekkil şirket hastanesine başvurmuştur.

BELGELER

Özel Hastanenin 20.4.2014 tarihinde kişi hakkında düzenlenmiş tıbbi belgeleri:

Yakınma / Öykü: 18.4.2014 da saat 21:00'de başlayan ve giderek şiddetlenen sol testis ağrısı nedeniyle 19.4.2014 saat 12:00'de başvurdu. acil testis doppler USG ve tedavi önerilen hasta ertesi günü yaptırdığı ÜSG'de sol testiste torsiyon ve vaskülarizasyon kaybı rapor edildi. Yüksek ateş yok, disüri yok. Hastanın daha önce birkaç kez sol testiste kısa süreli şiddetli ağrıları olmuş.

Yatış endikasyonu: Skrotal eksplorasyon planlanarak yatırıldı.

Fizik Muayenede, Testis torsiyonu sol testiste sertlik ve büyüme var. çok ağrılı, epididim-testis ayırımı yapılamadı, sağ testis normal Doppler USG: Sol testiste torsiyon ve vaskülarizasyona ait sinyal alınamadı. Sağ testis normal.

Ameliyat Raporu: Uygun saha arıtım ve örtümünü takiben yapılan skrotal midraphe vertikal insizyon ile skrotal katmanlar geçilerek sol testis ekspoze edildi. Testisin büyümüş, sert ve gri-mor renkte olduğu, ve testis epididim bileşkesinde 360 derecelik torsiyone olduğu saptandı. Testis detorsiyone edilip bir süre beklendiğinde testisin doğal rengine dönmediği ve testis parankimine yapılan insizyondan kanlanma olmadığı izlendi. Bunun üzerine basit orşiektomi yapıldı. Daha sonra sağ testis ekspoze edilerek üst ve alt pollerden sütürler ile sağ testise fiksasyon uygulandı.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: 22 yaşındaki kişi hakkında düzenlenmiş tıbbi belgelerin tetkikinde;Sol testis ağrısı nedeniyle yapılan tetkik sonucu sol testis torsiyon tanısı konulması ve hemen ameliyata alınarak orşiektomi uygulanmasının tıp kurallarına uygun olduğu oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Yılmaz Aksoy, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1. Testis Torsiyonu şüphesinde doppler istendiğinde, dopplerin aciliyeti konusunda nasıl davranılmalıdır?

Testis torsiyonu ürolojik aciller içerisinde önemli bir yer tutar. Çünkü hasta sıklıkla genç erişkin, bazen de çocuktur. Tanıda gecikme olması durumunda organ kaybı ile sonuçlanır. Doppler ultrasonun akut skrotumu değerlendirmede sensitivitesi %63.6-100, spesifitesi ise %97-100 kadar yüksektir (Tekgul S, Dogan HS, Hoebeke P, et al. Acute scrotum. Guidelines on Paediatric Urology. 2016; pp.19-22.). Ancak testis torsiyonu düşünülen bir hastada doppler ultrason isterken mümkünse bu işlemi yapacak hekimle temasa geçip hem hastanın kliniği ve ön tanısı hakkında bilgi vermek hem de ivedilikle yapılmasını sağlamak gerekir. Hastalığın önemi ve zamanın çok önemli olduğu hasta ve/veya hasta yakınına anlatılmalıdır. Doppleri çektirememesi durumunda doktora haber verilmesi ve geri dönüşün sağlanması gerekir.

2. Testis torsiyonu tetkiklerinde ücret konusunda özel hastanelerde uyulması gereken mevzuat nasıldır?

T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 27.03.2002 tarih ve 24708 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan Özel Hastaneler Yönetmeliğinin Acil hizmetler kısmını düzenleyen 39. Maddesi aşağıda aynen verilmiştir.

Madde 39- (Değişik:RG-23/7/2008-26945)

Özel hastanelerde, acil sağlık hizmeti verilmesi ve acil vakaların hastanın sağlık güvencesi olup olmadığına veya ödeme gücü bulunup bulunmadığına bakılmaksızın kabul edilmesi ve gerekli tıbbi müda-

halenin kayıtsız-şartsız ve gecikmeksizin yapılması zorunludur. (Ek cümle:RG-11/7/2013-28704) Hizmet bedelinin tahsilile ilgili işlemler, acil müdahale ve bakım sağlandıktan sonra yapılır. Özel hastane, acil olarak gelen hastalara yeterli personeli veya donanımı olmadığı, ilgili birimi veya boş yatağı bulunmadığı, hastanın sağlık güvencesi olmadığı ve benzeri sebepler ile gerekli acil tıbbi müdahaleyi yapmaktan kaçınamaz.

(Değişik fıkra:RG-27/5/2012-28305) Acil servise başvuran hastalara, yoğun bakım hizmeti dâhil olmak üzere gerekli ilk müdahalenin yapılması, tedavinin devamı için gerekiyorsa hastanın yatışı yapılarak tedavisinin ve eğer gelişirse komplikasyonların tedavisinin tamamlanması esastır. Hastanın tıbbi durumunun gerektirdiği uzman tabip, tıbbi donanım, müdahale, bakım ve tedavi için gerekli şartların hastanede sağlanamaması durumunda ise, gerekli ilk müdahalenin yapılmış olması kaydıyla, başka bir sağlık kuruluşuna usulüne uygun şekilde sevki sağlanabilir. Acil hastaların ihtiyaç durumunda nakledeceği sağlık kuruluşunun belirlenmesi ve nakil işlemleri Acil Komuta Kontrol Merkezi'nin yönetiminde ve koordinasyonunda yapılır.

Bu maddeden de anlaşılabilceği gibi acil bir rahatsızlık nedeniyle müracaat eden hastalarda sağlık güvencesine veya ödeme gücüne bakılmaksızın gerekli tanı ve tedavi hizmetlerinin yapılması zorunludur. Bakım ve tedavi için gerekli şartların hastanede sağlanamaması durumunda ise "gerekli ilk müdahalenin yapılmış olması kaydıyla, başka bir sağlık kuruluşuna usulüne uygun şekilde sevki sağlanabilir" denilmektedir.

Bu hasta için bakıldığında, Özel Hastanenin istenen doppler ultrasonu hastanın ödeme gücünün bulunmaması nedeniyle yapmamış olması bir kusurdur.

3. Doppler ultrason zamanında çekilmiş olsaydı testisin kurtulma ihtimali var mıydı?

Testiste ağrının başlama saati olan 21.00 ile hekime müracaat saati olan 12.00 arasında toplam 15 saatlik bir süre geçtiği ve daha sonraki ameliyat notunda testisin 360° torsiyone olduğu bildirilmiştir. Semptom süresi 12 saat kadar olan inkomplet torsiyon olgularında (180-360°) testiste atrofi gelişmediği bildirilmektedir (Tekgul S, Dogan HS, Hoebeke P, et al. Acute scrotum. Guidelines on Paediatric Urology. 2016; pp.19-22.). Bu hastada torsiyon 360° ve süre 15 saattir. Yani en iyi şartlarda bile düşünülüğünde, hasta hekime müracaat ettiğinde geç kalmıştır. Müracaat eder etmez acil ameliyata alınması durumunda bile, testisin kurtulma ihtimali düşüktür ve orkiektomi yapılmasa dahi testiste atrofi gelişme ihtimali yüksektir. Daha sonra yapılan orkiektomi+ kontralateral testis fiksasyonu ameliyatı tamamen doğrudur. Eksplozasyonda testisin geçen süreye bakılmaksızın yerinde bırakılması veya orkiektomi yapılması diye iki farklı görüş olmasına rağmen, orkiektomi grubunda ileriki yaşlarda fertilitenin daha iyi olduğu gösterilmiştir (Arap MA, Vicentini FC, Cocuzza M, et al. Late hormonal levels, semen parameters, and presence of antisperm antibodies in patients treated for testicular torsion. J Androl 2007;28(4):528e32.).

4. Bu dosya hakkında bilirkişi raporunuz nasıl olurdu?

Öncelikle hastayı gören hekimin hastalığın aciliyeti hakkında gerekli bilgileri hasta ve yakınına verdiği dair ikna edici bir delil yoktur. Hekim hasta ve yakınına hastalıkla ilgili gerekli acil bilgisini verdiğini kanıtlayamaması durumunda kusurlu bulunabilir. Acil istenen doppler ultrasonun ücret problemi nedeniyle çekilmemiş olması Sağlık Bakanlığının Özel Hastaneler yönetmeliğindeki 39. maddeye aykırıdır. Hastane idaresi hasta hizmetleri, idari ve teknik süreçlerin tamamının yönetilmesinden sorumlu olduğundan dolayı bu olayda birinci derecede kusurludur. Hasta ve yakınının istenen doppler ultrasonu çektirmediklerini hekime bildirip bildirmedikleri konusunda dosyada bir bilgi yoktur. Bunu hekime bildirmeleri halinde hekim sorumlu olabileceken, bildirmemeleri durumunda hasta ve yakını mağduriyete neden olmuş kabul edilebilir. Diğer bir soru her ilde Devlet Hastanesi ve birçok ilde Eğitim Araştırma ve Üniversite Hastaneleri varken ücret problemi olan hastanın özel hastaneyi tercih etmesidir. Sonuç olarak bu olayda başta Özel Hastane Yönetimi olmak üzere, üroloji doktoru ile hasta ve hasta yakını da kusurludur.

7.1.4 TESTİS TORSİYONUNU ÖNGÖRMEME

İDDİA

Davacı benim erkek kardeşimdir. Olay günü önce kasıklarında ağrılar vardı. Mide bulantısı vardı. Yumurtalık bölgesinde ağrı olduğu için kendisini hastaneye götürdük. Acil servisinde ilgilendiler. Serum taktılar. Kan örnekleri alındı, ancak tüm çabalara rağmen idrar örneği alınamadı. Bunun üzerine su içirmeye başladılar. Saatler geçte ancak idrar yapamadı. Fazla su içtiği için kustu. Tüm çabalara rağmen ancak yarım kap idrar örneği verebildi. Bu arada iki kez aralıklarla ağrı kesici yapıldı. İdrar ve kan örneklerinde birşey görülemedi. Acil servisinde bizimle ilgilenen doktor darbe almış olabilir. Acil bir durum yok diye bizi bu şekilde hastaneden gönderdi. Ancak evdeyken görmediğim şişlikler ve morluklar hastanede kaldığımız sürece oluşmaya başladı. Ben yumurtalıktaki şişlik ve morlukların varlığını doktora söylemeye rağmen darbe almasından kaynaklanmış olabilir diye bizi gönderdi. Bu arada kardeşim aldığı ağrı keçilerin etkisi ile ağrısından kurtulmuş gibiydi, Ancak hastaneden ayrılırken uzman bir hekimin görmesini düşündüğün için ertesi sabah saat 09.00'da randevu aldım. Sabah 9.00 da randevumuzu geldik. Ancak her iki ürolog hekim ameliyatta olduğunu söylediler. Ameliyattan çıkmalarını bekledik. Tahminen saat 12.00 den sonra olacağı görmez hemen ultrason istedi. Hemen ameliyat olmasını istedi. Ben ne ameliyatın ne zaman olacak nasıl olacak dediğimde derhal acil ameliyat olması gerektiğini söyledi. Aileme ve aile doktorumuza haber verdim, ameliyat izni verdik ve kardeşim ameliyat oldu

SAVUNMA

Davalı vekili: Davacı, acildeki doktorumuza verdiği ilk anamnezde şikâyetlerinin 4-5 gündür devam ettiğini beyan etmiştir. Davacı, acil servise geldikten sonraki süreci tekrar ilk gün olarak mı başlatmıştır? Anlaşılamamıştır. Üroloji Anamnez raporu da hastanın tamamen beyanıdır. Hastanın testisindeki morarma bulgusu hastane kayıtlarının acil servis kayıtlarında mevcut değildir. Davacının tüm itirazları, sadece kendi beyanlarından ibarettir. Bu beyanların doğruluğunu kanıtlayacak herhangi bir doktor raporu tetkik sonucu vs. yoktur. Doktorumuz davacı ve davacı yakınlarına şikâyetlerinde bir artma ve değişiklik olursa tekrar hastaneye gelmelerini ve üroloji polikliniğine müracaat etmesini belirtmiş ve kayıt altına almıştır. Davacının hastaneye yani acil servise ilk müracaatında sağ testiste morarma bulgusu yoktur. Davacı ertesi gün geldiğinde üroloji Uzmanı tarafından sağ testisin sert ve ağrılı olduğu muayenede tespit edilerek testis torsiyonu teşhisi konulmuş ve ameliyat edilmiştir. Radyoloji Raporunda da görüleceği üzere, "testiste ağır hiperemi, ödem ve diffüz İnterstisyel taze kanama" bulgusu tespit edilmiştir. Bu durumda gösteriyor ki davacının, acil servise yapılan ilk müracaatında bu tür bulgular mevcut olmadığından ertesi gün içinde oluşmuş ve kötü sonuçlanmış bir bulgudur.

BELGELER

Özel Hastanenin acil servis hekim izlem formu: Saat 20.45 kayıtlı; acil servis hekimi tarafından yapılan muayenesinde; karın ağrısı, kasıklarında ağrı şikâyeti mevcut. 4-5 gündür şikâyetleri oluyormuş. KB:11/7, Nb:76, ateş:37.5°C tesbit edildi. Halsizliğinin olduğunu söyledi. Bilinci açık, sistem bulguları normal, sağ tertiküler bölge hassas, sağ testis palpasyonla hassas, herhangi bir şekilde bozukluk yok, normal pozisyon ve yerinde, diğer tarafa göre ödemli, şiş, palpasyonla ağrılı. Hemogram, CRP, TİT, gerekirse USG tetkiki istendi. (üroloji konsültasyonu ve sevk) ön tanı: orşitis +epididimitis.

WBC:12.6, idrar tetkikinde; bakteri: eser, dansite:1015, PH:8, nitrit:negatif, şeker:normal, keton:3+, ürolinojen :normal, bilirubin:negatif, eritrosit 2, lökosit 2 tesbit edildi. Uygulanan tedavi:Dikloran İM, İso-layte 500, Novosef 1gr, son tanı: orşitis (+epididimitis sağ)?, hastaya öneri: ağrı tekrarlırsa herhangi bir aciliyette veya şikâyetlerde değişiklik veya tekrarlama her an tekrar başvurusu, gereğinde ileri tetkik ürolojik konsültasyonun yapılacağı önemle belirtildi.

Epikriz raporu: Sağ testiste ağrı, dün gündüz saatlerinde, sağ testisinde ağrı başlamış, gece şiddetlenmesi üzerine acil servise başvurmuş, ağrı kesici yapılmış, ürolojiye başvurusu önerilmiş, hastanın yapılan fizik muayenesinde, sağ testis sert ve çok hafif ağrılı idi, İstenilen skrotal doppler USG'de sağ testiste kan akımının görülmemesi üzerine acil operasyon planılarak yatırıldı. ameliyata alındı, spinal anestezi altında skrotumda orta hattan cilt ve cilt altı açılarak sağ testise ulaşıldı. Testisin torsiyone olduğu görülerek detorsiyone edildi, ancak testisin rengi lodukça koyu idi ve epididim bölgesinde bölgesi

hemotumlu idi, 5 dk beklendi, testisin rengi hafif açılır gibi oldu, bunun üzerine per operatif doppler istendi ve USG'de hiç kanlanma görülmedi. Testis bistüri ile bir miktar açıldığında içinin tamamen hematomla dolu ve siyah olduğu görüldü, ardından orşiektomi yapıldı, ardından sol testis fiksasyonu yapıldı, komplikasyon gelişmedi.

BİLİRİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu (1): Hastanın ilk müracaatında acil servis hekimi tarafından yapılan muayenesinde, kişide sağ epididimitis +orsitis düşünerek tedavisinin planlanmış olduğu anlaşılmakla beraber genel tıp bilgilerine göre bu yaşta söz konusu şikayetler ile gelen bir hastada ayırıcı tanıda "testis torsiyonu" olma ihtimalini düşünerek scrotol doppler yaptırması gerekirken teşhise vardırıcaz tetkiki yaptırmamış olduğundan vakanın geciktirilerek testis tarsiyonuna bağlı kan akımının olmaması nedeniyle sağ scrotol orşiektomi operasyonuna maruz kalmış olduğu anlaşıldığından acil servis hekiminin eyleminin tıp kural-larına uygun olmadığı oy birliği ile mütalaa olunur.

Adli Tıp Kurumu (2): Hasta, testiste ağrı şikâyetiyle müracaat etmiştir. Klasik tıp bilgisine göre, testis ağrısı durumunda testis torsiyonu düşünölmeli, bu yönde değeriendirmeler yapılmalı veya üroloji konsültasyonu istenmelidir. Bunların yapılmaması tıbbi hata olarak değeriendirilmiştir. Ancak, testis torsiyonunun, testis kaybı ile sonuçlanmasında, ilk müracaattaki eksiklikler yanında, hastanın ve yakınlarının, 4-5 gündür ağırlara rağmen hastaneye geç müracaat etmesi ile nedensel ilişkisi mevcuttur.

DEĞERLENDİRME

Uz. Dr. Caner Baran, Çukurova Aşkıım Tüfekçi Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Skrotal ağrı/şişlikle gelen hastanın ayırıcı tanısında neler olmalıdır?

İlk başvurusunda skrotal şişlik yakınması olan hastanın değeriendirmesinde klasik tıbbi değeriendirme yöntemi olan anamnez, fizik muayene, laboratuvar ve görüntöleme yöntemleri sıralaması, mevcut patolojinin açığa çıkartılması için gereklidir.

Skrotal şişliklerin değeriendirilmesinde hastanın anamnezinde dikkat edilmesi gerekenler; şişliğine ne zaman başladığı, şişliğe sebep olabilecek herhangi bir dış etkenin varlığı, ağrı varlığı ve eğer ağrı var ise şekli, eşlik eden diğer semptomların varlığı ve süresi, hastanın diğer bulgu ve hastalıklarının skrotal şişlik ile birlikte değeriendirilmesidir.

Skrotumda ani şişliklere neden olan patolojiler genellikle acil değeriendirme gerektirirken, uzun vadede gelişen şişliklerde de tümör varlığının ekarte edilmesi için acil olmasa bile hızlı bir değeriendirme gerektirebilir.

Skrotumda şişlik ve/veya ağrı ile gelen hastalar öncelikle akut skrotum olarak kabul edilmeli, değeriendirmede patolojinin aciliyetini ortaya koyma konusunda gerekli adımlar atılmalıdır.

Skrotal şişlik/ağrı ayırıcı tanısında;

- Torsiyon (testis, appendiks, spermatik kord)
- Epididimit / Orşit
- Skrotal ödem, eritem
- Travma
- Herni / Hidrosel
- Varikosel
- İntraskrotal kitle (tümör, epididim kist, spermatosel, vs.) akla gelmelidir.

(Campbell Urology 11th Edition. Chapter 146; Management of Abnormalities of the External Genitalia in Boys)

2- Testis torsiyonu şüphesi nasıl yönetilmelidir?

Testis torsiyonu uygun tanı ve tedavisi yapılmadığı takdirde, organ kaybı ile sonuçlanabilen ürolojik acil bir durumdur. Bu nedenle torsiyonu da içeren akut skrotum vakalarının mutlaka üroloji uzmanı tarafından değeriendirilmesi gerekmektedir. Testis torsiyonu vakalarında ağrı ve şişlik akut başlangıçlıdır. Erken dönemde ağrının lokalizasyonu torsiyon tanısını güçlendirmede yardımcı olabilir. Epididimit ol-

gularında ağrı daha çok epididim palpasyonu ile artarken, torsiyonda testis palpasyonu daha ağrılıdır. Testisin anormal pozisyonda durması torsiyon şüphesini güçlendirir (Bell-clapper/ çan tokmağı deformitesi). Fizik muayenede testisin abdomene doğru elevasyonu ile ağrının azalması daha çok epididimit lehineyken torsiyonda ağrı değişmez (Prehn bulgusu). Laboratuvar bulguları olarak torsiyona spesifik bir tetkik yoktur. Bu nedenle sadece anamnez, fizik muayene ve laboratuvar bulguları ile torsiyonun kesin tanısı pek mümkün değildir.

Yapılan değerlendirmeler sonucunda akut skrotum mevcut olan tüm hastalar, renkli doppler usg ile değerlendirilmeli ve testiküler kan akımları gözlenmelidir. Torsiyon tanısı ile en çok karışan epididimoorşit olgularında testiküler kan akımları genellikle artmış olarak izlenirken, torsiyonda testiküler kan akımları azalmış ya da tamamen kaybolmuştur.

Kan akımının tamamen kesildiği olgularda acil cerrahi eksplorasyon gereklidir. Kan akımı azalmış olgularda ya da tanısız anlamda şüpheler devam ediyorsa yine cerrahi eksplorasyon yapılmalıdır. Ancak her iki durumda da cerrahi öncesinde manuel detorsiyon denenmesi önerilmektedir. Manuel detorsiyonun başarılı olması halinde hastanın ağrısında ani bir azalma ve doppler usg'de testiste kanlanma artışı izlenir. Manuel detorsiyon başarılı olsa dahi, cerrahi olarak testiküler fiksasyon yapılmalıdır. (EAU Guidelines- Paediatric Urology 2016 S. Tekgöl, H.S. Dogan, P. Hoebeke, R. Kocvara, J.M. Nijman, C. Radmayr, R. Stein, Guidelines Associates: E. Erdem, A.K. Nambiar, M.S. Silay, S. Undre).

3- Bu dosya hakkındaki bilirkşi raporunuz nasıl olurdu?

Acil servise başvuran hastaların tanı ve tedavisinde tüm sorumluluk tek başına acil hekiminde değildir. Bununla birlikte acil servis hekiminin, hastanın tanısının kesinleştirilmesi ve tedavisinin uygulanmasında yönlendirici sorumluluğu bulunmaktadır. Bu nedenle, tanısız anlamda üroloji uzmanlarının dahi fizik muayene ve laboratuvar tetkiklerini yeterli bulmadığı akut skrotum vakalarında, hastaların ileri inceleme amaçlı üroloji hekimine danışılması ya da en azından skrotal doppler usg tetkikinin yapılarak testis torsiyonu araştırıldıktan sonra gerekli tedavinin planlanması uygun olacağından, bu vaka özelinde, acil hekiminin, gerekli tetkikin yapılmaması veya ilgili uzmana danışılmaması anlamında ihmali söz konusudur.

Bununla birlikte hastanın acil servise, ağrı başladıktan ne kadar süre sonra başvurduğu dosyadan yada hasta ifadesinden anlaşılamamaktadır. Ürolojik kaynak kitaplara geçmiş olan bilgiye göre, torsiyon süresi orşiektomi riskini belirleyen ana faktördür. Torsiyon süresi 0-6 saat arasıdayken yapılan operasyonlarda orşiektomi riski %5 iken; 7-12 saatte %20, 13-18 saatte %40, 19-24 saatte %60, 24-48 saatte %90 ve 48 saatten daha uzun torsiyon olgularında %90'dır. (Campbell Urology 11th Edition. Chapter 146; Management of Abnormalities of the External Genitalia in Boys) Bu nedenle hasta acil servise ilk başvurduğunda gerekli tetkikler en hızlı şekilde yapılarak operasyona alınmış olsa dahi, torsiyone testisin kurtulma garantisi yoktur. Bu noktada acil servis hekimince vakanın geciktirilerek organ kaybına neden olduğu iddiası kesin olarak ispatlanamaz.

Olay tüm açılardan incelendiğinde, sonuçta ortaya çıkan organ kaybına, acil servis hekiminin vakayı geciktirmesinin neden olduğu iddiası kesin olarak ispatlanamaz. Ancak acil hekiminin görev ve sorumluluğunu ihmal ettiği maddi bir gerçektir.

7.2 HİPOSPADİA

7.2.1 SÜNNET SIRASINDA FARKEDİLEN HİPOSPADİA VE AMELİYAT SONRASI PENİSTE NEKROZ

İDDİA

Müvekkilim küçük çocuklarını sünnet ettirmek amacıyla davalı şirkete ait hastaneye gelerek diğer davalı doktor ile görüşülmüş ve sünnet yapılmasına karar verilmiştir. 28.06.2010 tarihinde operasyon için çocuk ameliyat odasına alınmış bir müddet sonra doktor dışarıya çıkarak müvekkillere "oğlunuz do-

ğuştan sünnetli, bununda düzeltilmesi gerekmektedir” şeklinde beyanda bulunarak operasyona devam etmiştir. Davalı doktor tarafından düzenlenen 28.06.2010 tarihli “anamnez ve fizik muayene formu” nda “hipospadias onarımı için yatırıldı, preop anestezi gördü, operasyona engeli yok, GAA hipospadias onarımı uygulandı, 10 Fr sonda konularak tespit edildi. İşlem sonrası takibinde sorunu olmadı, oral aldı, sondalı ve pansumanlı olarak taburcu edildi, 5 gün sonra pansumanı açılacak, pansumanı açıldıktan sonra sorunu olmaz ise sondası çekilecek” şeklindeki tedavi ve bakım planı uyarınca taburcu edildiği belirtilmiştir. Herhangi bir olumsuzluk bulunmadığı şeklinde düzenlen rapor uyarınca taburcu edilen çocukta bir kısım rahatsızlıklar başlamış ve 29.06.2010 tarihinde tekrar hastaneye gelmiştir. Hastanede yapılan tedavi sonucunda “Hastanın sondası yıkandı, USG’de sondanın mesane içerisinde, yaklaşık 5-6 cm’lik içerde olduğu görüldü, sonda sütür ile fixe edildi” şeklindeki teşhis ile tekrar taburcu edilmiştir. Davalılar tarafından yapılan bu tedavilere rağmen müvekkilimin penisinde küçülme, kangren başlangıcı ve peniste dolaşım bozukluğu ile birlikte ağrıları artmıştır. Bu şikâyetlere binaen yapılan 06.07.2010 tarihli yapılan muayene sonucunda “penis distal 1/2’inde nekrotik alanı mevcut. Demarkasyon hatı oturmamış. Hiperbarik oksijen tedavisi alacağı belirtildi. Pansuman aşamalarında hasta tekrar değerlendirilecektir” şeklinde teşhis ve tedavi yapılmıştır. Basit bir operasyon olan sünnet için gittiği hastanedeki operasyon sonucunda penisini kaybetme riski ile karşılaşan küçük için hastanede çeşitli tedaviler uygulanmış ancak bir sonuç alınamamış ve tedavisinin Üniversite Plastik Cerrahi bölümünde devam edilmesine karar verilmiştir. Penisini kaybetme, idrarını yapamama gibi şikâyetlerin yanında şiddetli ağrılar çeken küçük Tıp Fakültesinde uzman doktorlar aracılığı ile bir kısım ameliyatlara geçirmiş vücudunun başka bölümlerinden parçalar alınarak yapay penis yapılarak bir kısım şikâyetlerin önüne geçilmeye çalışılmıştır. Tıp Fakültesinde görevli uzmanların tüm çabalarına rağmen çocuğun penisini hiçbir zaman eskisi gibi olmamıştır. Penisin normallerine göre daha küçük ve işlevini tam olarak yapıp yapmayacağı ise netlik kazanmamıştır. Ayrıca görüntü olarak da bozukluk içeren penis nedeniyle hastanın yaşadığı tüm bu sıkıntılar, davalı doktorun ameliyat esnasında ve sonrasında yapmış olduğu hatalı eylemler nedeniyle oluşmuştur. Hatalı operasyon ve tedavi yapan davalı doktor, bu eylemleri nedeniyle sorumludur. Diğer davalı ise hatalı operasyon ve tedavi uygulayan doktoru çalıştırmaması nedeniyle sorumludur. Bu nedenledir ki davalı şirket, tedavi masraflarını karşılamıştır. Müvekkilimin yapılan bu ameliyatlara nedeniyle bugüne kadar çektiği acı ve üzüntülerin yanında penisinin normal boyutlarda olmaması, cinsel hayatının ve/veya karşı cins ile ilişkilerinin hiçbir zaman istenen düzeyde olma ihtimalinin bulunmaması ve evlilik hayatının dahi tehlikede olması nedeniyle 250.000,00.-TL manevi tazminat talep ediyoruz.

SAVUNMA

Hastane avukatı: Davacılar, çocuklarının sünnet operasyonu için müvekkil hastaneye başvurmuşlar ve kendilerinin de ismini ve başarısını yakından bildikleri doktorumuz davacılar tarafından bilhassa tercih edilmiştir. Başvurularından 2-3 saat sonra operasyona alınmıştır. Operasyon akabinde ve gelişen komplikasyon sebebi ile de ihtiyaç duyulan tüm imkanlarda sonuna kadar sağlanmış, hatta hastane bünyesinde bulunmayan bölümlerin müdahalesine ihtiyaç duyulması nedeni ile dışarıdan, uzman doktorlar ve müdahale ekipmanı temin edilmiştir. Ancak, doktor, sünnet zannı ile operasyona girdiği zaman karşı karşıya olunan hipospadias durumu karşısında üzerine düşen görevi ifa ederek, sünnet operasyonuna başlamadan dışarı çıkarak, davacılar, çocuklarının doğuştan olan bu hastalığı ile ilgili bilgilendirmiş, durum tüm ayrıntısı ile davacılar anlatılmış, sünnet yapılamayacağı, idrar deliğinin yerinde olmadığı bildirilmiş ve gerekli onamlar alınmıştır. Doktor, operasyonu başarı ile tamamlamış ve nekahat döneminde yapılması gerekenler ve bunlara riayet edilmemesi durumunda oluşabilecek komplikasyonlar hakkında da aileye gerekli bilgiyi vermiştir. Davaya konu operasyonlarda hasta genelde aynı gün yapılan uyarılar ve yazılan ilaçları ile aynı gün taburcu edilmesine rağmen, hastanın özellikle kendisine, operasyonun gereği olarak sonda takılması nedeniyle verdiği tepki, duyduğu ajitasyon ve gösterdiği asabiyet gözlerden kaçmadığı için ısrarla 1-2 gün hastanede kalması önerilmiş ama davacıların ısrarlı talepleri ve gerekli özeni göstereceklerini beyan etmeleri karşısında hasta taburcu edilmek durumunda kalmıştır. Taburcu edilmesinin arkasında 2. günde ağrı ve sonda şikâyeti ile hastaneye gelen davacılar, aceleleri olduğu gerekçesi ile ondanını çıkartılmasını, ağrı olduğunu beyan etmişlerdir. Üroloji servisinde bulunan uzman doktor sondada bir problem olup olmadığını kontrol etmiş ve davacıları ameliyat yapan hekime uzvetmiştir. Davacılar ise Çocuk Cerrahisine gitmek yerine hastaneyi terk etmeyi tercih etmişlerdir. Nihayetin-

de operasyondan 5 gün sonra pansuman için Hastaneye gelen hasta pansumana alınmış, pansumanı açan doktor penisteki komplikasyonu görmüş ve derhal gerekli müdahaleye başlamıştır.

Müvekkil şirket hastanesi, tüm yaşanan süreçlerde kanunen üzerine düşen tüm sorumlulukları eksiksiz bir şekilde yerine getirmiş, Hipospadias onarımı ve sonrasında gelişen tedavi sürecinde, tüm imkânları ile davacılara yardımcı olmuştur. Davacıların dilekçelerinde belirtmiş olduklarının aksine, davacılaran para alınmamasının nedeni, tamamı ile davacı ailenin, müvekkil şirket yönetimi ile olan yakın ilişkisidir. İyiniyet ile yapılan tüm bu işlemlerin dahi, davacılar tarafından dilekçelerinde sanki bir suç gibi gösterilmeye çalışılmasına müvekkil şirket tarafından bir anlam verilememektedir. Kaldı ki, müvekkil şirket hastanesi tarafından, aileden tüm onam formları, hasta bilgilendirilmeleri yapılmış, uygun ameliyat koşulları sağlanmıştır. Müvekkil şirket tarafından, komplikasyon sonrası tedavisi için, maddi ve manevi anlamda her türlü fedakarlık gösterilmiş, hastanın ihtiyacı olan bazı tedavi yöntemlerinin, müvekkil şirket hastanesinde bulunmaması nedeni ile diğer sağlık kuruluşlarında tedavisi alması sağlanmış (Hipobarik Oksijen Tedavisi), tedavinin Üniversite Hastanesinde devamına karar verildiğinde dahi, davacı ailenin çocuklarını o ildeki şirketin diğer Hastanesinde yatmasını istemeleri üzerine, hasta müvekkilin hastanesinde yatırılmış, tedaviler için ambulans ile Üniversite Hastanesi gönderilmiştir.

Hastanın doktor vekili: Ameliyata hazırlık evresi tamamlandıktan sonra sünnet operasyonu yapacağı zannı ile ameliyathaneye giren müvekkilim, o an vakıf olduğu tıbbi rahatsızlığın içeriğini hastanın yasal temsilcileri ile (davacılar ile) paylaşmak üzere sünnete başlamadan dışarı çıkmış, "Her ne kadar sünnet talebi ile hastaneye başvurmuş ve sünnet için kendilerinden onam alınmış olsa da, çocuklarının Hipospadias olduğunu, yani idrar deliğinin yerinde bulunmadığını, bunun için bir onarım yapılarak idrar deliğinin yerine getirilmesi gerektiğini, bu hali ile peniste sünnet yapma imkanı bulunmadığını tüm ayrıntıları ile anlatılmış ve davacıların onayı ile (sözlü ve yazılı) müvekkilim tekrar ameliyata girerek, başarı ile operasyonu tamamlamıştır. Yapılan bu görüşme esnasında, görsel olarak da fark edilen bu rahatsızlıktan davacıların habersiz olma şansı olamayacağını bilen müvekkilem, merak binaen, daha öncesinde bu durum ile ilgili olarak bir doktor ile görüşüp görüşülmediğini, kendilerine ameliyat önerilip önerilmediğini sorduğunda, davacıların evveleimde bu durumdan haberdar olduklarını ama bu operasyonu yaptırmadıklarını öğrenmiştir. Oysaki bu operasyonun yapılmaması ileride ciddi problemlere sebep olabileceği gibi, hiçbir doktorun farklı bir beyanda bulunma şansı da bulunmamaktadır.

Bu tarz operasyonların akabinde normalde aynı gün veya ertesi gün hastalar taburcu ediliyor olmasına rağmen, operasyonun yapısı gereği sonda takılan hastanın sondaya psikolojik olarak verdiği tepkiler nedeniyle müvekkilem tarafından hastanede kalınmasının doğru olacağı, pansumanlarının da daha düzenli yapılabileceği, sonda çıkar veya çıkartılır ise idrarın ameliyatlı bölge ile teması nedeni ile ciddi komplikasyonlar yaşanabileceği, keza pansuman ereksiyona bağlı sıkma yapar ise yine problem ile karşılaşılabilmesi uyarısı yapılmış olsa da, hem hastanın hem de davacı anne ve babanın ısrarları ve kendilerinin gerekli özeni gösterebileceklerinin teminatını vermeleri karşısında hasta aynı gün taburcu edilmiştir. Hastanın taburcu edileceği gün, müvekkilem davacı anne ve baba ile uzun bir konuşma yaparak, sondanın kesinlikle çıkartılmaması gerektiğini, pansuman gevşek yapılmış olsa da, çocuğun yaş itibarıyla bilinç dışı erekte olması durumunda pansumanın sıkıştırma yapabileceğini bunun da kan dolaşımını etkileyip başka komplikasyonlara sebep olabileceğini ve bu durumun da ağrı ile ortaya çıktığını, çocuğun sakinleşmesi ve erekte olmaması için diazem isimli sakinleştirici ilacı mutlaka düzenli kullanması gerektiğini, yazılan diğer 2 ilacın da düzenli kullanılması gerektiğini (Ibufen ve suprax) , eğer bir şikâyetleri olmaz ise 5 gün sonra pansuman için gelmeleri gerektiği hususları itina ile anlatmıştır.

Davacı, taburcu edildiğinin ertesi günü ağrı ve ıkınma şikayeti ile diğer davacılar ile birlikte hastaneye başvurmuş, müvekkilem, hastanede olmasına rağmen, o anda ameliyatta olduğu için diye tahmin ediyoruz, 15 dakika müvekkilemi beklemek yerine (ki müvekkileme ameliyat anında da ulaşmak mümkün iken) üroloji servisine giderek şikayetlerini dile getirmişlerdir. Branşı itibarıyla kendi alanında gerekli tetkikleri yapan üroloji servisindeki uzman doktor, sonda irritasyonuna bağlı bir şikâyet olabileceği kanaati ile sondayı kontrol etmiş, sondayı yıkamış, sondanın yerinde olduğunu tespit ettikten sonra, bu anlamda bir problem olmadığını anlayınca hastaya rahatlaması için bir ilaç yazarak, hastanın tıbbi geçmişi de kayıtlardan gördüğü için, hasta ve yakınlarını Çocuk Cerrahisine sevk etmiştir. Buna rağmen müvekkilemi aramayan ve bu ilaç ile nasıl olsa geçer diye düşündüklerini tahmin ettiğimiz davacılar hastaneden ayrılmış ve müvekkileme de pansuman gününe kadar böyle bir şikâyetleri olduğunu beyan

etmemişlerdir. Nihayetinde operasyondan 5 gün sonra pansumanı açan müvekkilem, başarılı bir ameliyatla iyileşme sürecine bırakılan penisteki dolaşım bozukluğunu görünce ilk tepkisi "Hiç ağrı olmadı mı?" olmuştur. Bu tepki üzerine davacılar üroloji servisine başvurdukları, ilaçları da çocukları kullanmak istemediği ve diazem isimli ilacın ağır olduğunu düşündükleri için vermedikleri gerçeği öğrenilmiştir. Müvekkilemin tüm uyarılarına rağmen ilaçları düzenli kullanmayan/kullandırılmayan, ağrı şikâyeti uyarısı yapılmasına rağmen müvekkilime başvurmayan, pansuman sıkıştırmasının yaratabileceği sıkıntılar kendilerine hatırlatılmasma rağmen bu durumu göz ardı eden, sondanın gerekliliğine rağmen tüm rahatsızlığı sondanın psikolojik tepkilerine bağlayan davacılar, neticeten müvekkilimin yapmış olduğu operasyonun yanlışlığından ya da hatasından dem vurarak dava açmayı tercih etmiş olsalar da, şu andaki durum tamamen davacıların kendilerine operasyon öncesi ve sonrasında bildirilen uyanlara riayet etmemelerinin ve ihmalkârlıklarının neticesidir. Bu sebeple açılan davanın kabulü de mümkün değildir. Hastasının iyi olması için elinden gelen çabayı gösteren müvekkilem, pansumanı açtığında komplikasyonu görmüş ve acilen hiparbarik oksijen tedavisine başlamış, Plastik Cerrahi bölümüyle bağlantı kurarak, tedaviyi yönlendirmiştir.

Davacıların dava dilekçesinde belirtmiş oldukları tüm iddialarını ispat etmeleri gerekmekte olup, bu iddiaların tarafımızca kabulü de mümkün değildir. Huzurdaki davayı ve iddiaları kesinlikle kabul etmemekle birlikte, sayın mahkemeniz de aksi kanaat hâsıl olması ihtimaline binaen, davacıların tazminat taleplerinin hangi davacı için ne kadar talep edildiği dava dilekçesinden anlaşılmadığından, her bir davacı için talep edilmiş olan tazminat rakamının açıklattırılması gerekmektedir. Davacıların manevi tazminat taleplerine karşı beyanda bulunma hakkımız saklı kalmak kaydı ile, davacıların her biri için istenilen tazminat miktarının mahkemeniz tarafından davacılar açıklattırılmasına karar verilmesini saygılarımızla talep ederiz. Davacılar tarafından 250.000,00 TL manevi tazminatın dava tarihinden itibaren işleyecek ticari avans faizi ile tahsili talep edilmiş olsa da, talep edilen manevi tazminatı ancak yasal faiz talep edilebileceği gerekçesi ile itiraz ettiğimizi ve davacıların iddiaları karşısında müvekkilem yönünden atfi kabil herhangi bir kusur bulunmaması nedeni davayı kabul etmediğimizi ve davacıların davasının reddine karar verilmesini talep etmek mecburiyeti hâsıl olmuştur.

BELGELER

Özel hastane 28.06.2010 Giriş ve Çıkış Tarihli Çocuk Cerrahisi Servisi Epikriz Raporunda; "İdrar deliğinin yerinde olmaması şikayeti ile başvurduğu, muayenesinde haricen erkek, sünnetsiz, eksternal üretral mea subcoronal seviyede, glans yarık şeklinde ventralde aralık ve testisler bilateral skrotumda palpable edildiği, hipospadias tanısı konulduğu, hipospadias onarımı için yatırıldığı, preop anestezi gördüğü, sonrasında GAA hipospadias onarımı uygulandığı, ameliyat raporunda; "GAA subcoronal üretral mea çevresinden ters U şeklinde insizyon yapıldı. Subcoronal mea hazırlanan üretral flep ile glans ucuna taşındı. 10 Fr üretral feeding konularak tespit edildi. Üretral feeding üzerinden 6/0 PDS ile üretral kanal oluşturuldu. Sonrasında glans dokusu orta hata 5/0 caprosyn ile yaklaştırıldı. Sonrasında parsiyel prepietium eksize edilerek circumcision hattı caprosun 5/0 sütün ile sütünre edildi. Coban bandaj ile pansuman uygulandı. Sondalı olarak servise çıkarıldı." kayıtlı olduğu, işlem sonrası takibinde sorunu olmadığı, oral aldığı, sondalı ve pansumanlı olarak taburcu edildiği, 5 gün sonra pansumanı açılacak ve pansumanı açıldıktan sonra sorunu olmaz ise sondası çekilmesine karar verildiğinin kayıtlı olduğu,

Özel hastane 29.06.2010 Giriş ve Çıkış Tarihli Üroloji Polikliniği Epikriz Raporunda; Hipospadias nedeni ile Çocuk Cerrahisi bölümünde opere olduğu, tenezm şikayeti ile başvurduğu, hasta sondadan rahatsız sonda hareketi nedeni ile mesanede irritasyon tariflediği, hastanın sondası yıkandığı, USG'de sondanın mesane içersinde olduğu yaklaşık 5-6 cm lik içerde olduğu görüldüğü, hastaya Üropan şurup reçete edildiği ve Çocuk Cerrahisine yönlendirildiğinin kayıtlı olduğu görülmüştür.

Özel hastane 06.07.2010 Tarihli Plastik Cerrahi Konsültasyon Notunda; "Hasta sedasyon anestezisi altında pansumanı değiştirilirken değerlendirildi. Penis distal 1/2 inde nektorik alanı mevcut. Demarkasyon hatı oturmamış. Hiperbarik oksijen tedavisi alacağı belirtildi. Pansuman aşamalarında hasta tekrar değerlendirilecektir. Aynı şekilde pansumanının devamı uygundur." Kayıtlıdır.

Özel Hastane 06.07.2010 Giriş ve 23.07.2010 Çıkış Tarihli Çocuk Cerrahisi Servisi Epikriz Raporunda; Hasta 28.06.2010 tarihinde Hipospadias onarımı yapıldıktan sonra Diazem 3x5 mg oral, İbufen 4x2 mg oral Suprax şurup 2x1 ölçek oral ile ayaktan sondalı ve pansumanlı takip için taburcu edildiği, 1. gün

ağrı yakınması ile başvurduğu, sonda irritasyonuna bağlı olduğu düşünülerek Üropan başlandığı, 5. gün pansuman açılması için başvuran hastanın coban bandajı açıldığı, pansuman açılmasını takiben venöz konjesyon ve peniste dolaşım bozukluğu bulguları nedeniyle Rheomakiodex İV uygulama ve antibiyotik, antiinflamatuvar tedavi düzenlenerek 24 saatlik yıkama ve pansumanlar ile takip edildiği, takibinde penis dolaşım bozukluğunda artış nedeniyle Plastik cerrahi görüşü istendiği, sedasyon anestezi altında günlük pansumanlar, İV Reomekrodex infüzyon tedavisi ve Hiperbarik Oksijen tedavisi planı ile yatırıldığı, 06.07.2010 tarihinde Hiperbarik Oksijen tedavisine başlandığı ve çinko tedavisi başlandığı, 07.07.2010 tarihinde iki seans Hiperbarik Oksijen tedavisi uygulandı, sedasyon anestezi altında yapılan pansumana hiperbarik tıp uzmanı ve plastik cerrahi uzmanının eşlik ettiği, glans üzerinde bulunan nekrotik doku altında canlı doku olabileceği, penil shaftın 1/3 distal cildinin ödeminin ve renginin daha iyi olduğu düşünüldüğü, Bactigras ve Fucidin krem ile pansuman kapatılarak işlem sonlandırıldığı, hastaya anaerobik enfeksiyon açısından Metranidazol başlandı, 08.07.2010 tarihinde iki seans Hiperbarik Oksijen tedavisi uygulandı, sedasyon anestezi altında pansumanı yapıldığı, pansumanında penis 1/2 proksimali hafif ödemli, distalinde ise nekrotik alanlar ve dolaşımı bozulmuş cilt görüldüğü, plastik cerrahi bölümünden doktor ile görüşülerek anestezi altında pansuman uygulandı, Doppler ile kanlanma kontrolü yapıldığı, proksimal penil seviyede arteriyel akım (+) penis dorsal yüz akımı yaklaşık 3 cm kadar devam ediyor, ventral yüzde akım zayıf olduğu, glansın nekrotik olduğu, canlı dokuların erken debridman ile zarar göreceği ve acele edilmesinin doku kaybını artıracığı görüşünde bulunulduğu, Reomacrodex 10 ml/saate sürekli infüzyona geçildiği, Trental 3x1/2 başlandı, hastanın debridman ve greftleme işlemine kadar günlük pansumanlarının devam etmesinde sakınca görülmediği, bu sürecin hastanın psikolojik hazırlığı bakımından daha uygun olacağı düşüncesi ile ailenin de isteği doğrultusunda hasta serviste takibe alındığı, 09.07.2010 tarihinde iki seans hiperbarik oksijen tedavisi uygulandı, sedasyon anestezi altında pansumanı yapıldığı, pansumanında penis proksimali hafif ödemli, distalinde ise dolaşımı bozulmuş cilt görüldüğü, 10.07.2010 tarihinde sedasyon anestezi altında pansumanı yapıldığı, pansumanında penis proksimalinde ödem devam ediyor, distalinde ise dolaşımı bozulmuş cilt görüldüğü, glansta bulunan sonda tespit sütürü tabanından sızıntı tarzında pansumanında hemorajik geleni olduğu, enfeksiyon bulgusu yok, teramicin göz pomadı penise uygulandıktan sonra Furacin pomad uygulandı, steril krep ile gevşek pansuman uygulandı, tek seans hiperbarik oksijen tedavisi düzenlendiği, 11.07.2010 tarihinde sedasyon anestezi altında pansuman uygulandı, plastik cerrahi uzmanı ile görüşüldüğü, bulgular aktarıldığı, pansumanlara aynı şekilde devam edilmesi ve 1 hafta sonra debridman ve greftleme işlemi yapılması planlandığının ifade edildiği, 12-13-14.07.2010 tarihlerinde sedasyon anestezi altında pansuman uygulandı, 15.07.2010 tarihinde iki seans hiperbarik oksijen tedavisi uygulandı, sedasyon anestezi altında yapılan pansumana hiperbarik tıp uzmanının eşlik ettiği, penis proksimali hafif ödemli, distalinde ise dolaşımı bozulmuş cilt mevcut, glans bölgesinde ağrı yakınması olan hastanın glansta sonda tespit sütür tabanından sızıntı tarzında kahverengi kırmızı sızıntı (+) dolaşımı bozuk alan ile ödemli cilt sınırından pansuman sırasında sızıntı tarzında kanama görüldüğü, glans nekrotik, enfeksiyon bulgusu yok, pansuman bulguları plastik cerrahi öğretim üyesi ile görüşüldüğü, pansuman aynı şekilde devam edilmesi dışında ek önerisi olmadığı, 16-17-18-19-20-21-22.07.2010 tarihlerinde sedasyon anestezi altında pansuman uygulandı ve tedavisine devam edildiği, 23.07.2010 tarihinde plastik cerrahi bölümüyle görüşüldüğü, sevkinin yapılması uygun görüldüğü, penis dolaşım bozukluğu distal 2/3 peniste nekroz olan hasta debridman ve rekonstrüksiyon planı ile Plastik Cerrahi Böümüne sevk edildiğinin kayıtlıdır.

Üniversisi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Plastik ve Rekonstiktif Cerrahi Anabilim Dalı 23.07.2010 Giriş ve 14.08.2010 Çıkış Tarihli Epikriz Raporunda; Dış merkezde hipospadias nedeni ile opere edilen hasta peniste meydana gelen total nekroza nedeni ile operasyon planlanarak yatırıldığı, rutin kan tetkikleri yapıldığı, lokal anestezi uygulanarak yara pansumanı yapıldığı, takipleri sırasında mevcut olan debresif davranışları nedeni ile çocuk psikiyatrisi ile görüşüldüğü, psikiyatri değerlendirme seanslarına alındığı, ailesini yönlendirmek açısından aile programına alındığı ve psikiyatri ile görüştürüldüğü, dış merkezde yapılan ultrasonda mesanede taş saptanan hasta üroloji görüşü istendiği, hastanın direkt üriner sistem grf. ve renal us, abdomen us istenerek tekrar üroloji tarafından değerlendirildiği, hastaya önerilerde bulunuldu, hastanın mevcut olan nekrotik alanları genel anestezi altında altında monitörize edilerek debride edildiği, hastanın mevcut olan pansumanı sedo-anestezi altında açıldığı ve tekrar yara pansumanı yapıldığı, hastanın debridman sonrası oluşan doku defektleri FTSG ve STSG ile onarıldı-

ği, postop klinikte günlük pansuman ile izlendiği, takipleri sorunsuz olan hasta polk kontrol önerisi ile taburcu edildiğinin kayıtlıdır.

Üniversite Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Plastik, Rekonstiktif ve Estetik Cerrahi Polikliniği 27.02.2015 Tarihli Durum Bildirir Raporunda; Hasta 2010 yılında sünnet ve hipospadis nedeniyle dış merkezde öpere edilmiş olup akabinde kliniğimize peniste totale yakın nekroz nedeniyle aşvurmuştur. Penis kökünde yaklaşık 1,5 cm viabil penis dokusu kalmış olduğu görülmüştür. Mevcut yaralar debride edilerek cilt greftleri ile apatılmıştır. Daha sonra peniste deformasyon ve kısalık nedeniyle radixten serbestleştirme yapılarak penis uzatılmış ve cilt grefti ile rekonstrüksiyon yapılmıştır. Hasta kliniğimizde takip edilmektedir. Karar: Hastanın yapılan son muayenesinde normal bir penis görünümünün olmadığı görülmüştür. Penisin istirahatteki uzunluğu yaklaşık 5,5 cm ölçülmüştür. Glans deforme görünümündedir, eksternal meatus, penis distalinde ventral 1/3'e açılmaktadır. Penis cildi total skarlı olup daha önceden adapte edilen greft dokuları görülmektedir. Penil fonksiyonların değerlendirilmesi açısından Çocuk Ürolojisi tarafından değerlendirilmesi uygundur.

Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Üroloji Polikliniği 19.03.2015 Tarihli Durum Bildirir Raporunda; Hasta aralıklı ereksiyon olduğunu ifade ediyor. Penisin istirahatteki uzunluğu yaklaşık 5.5 cm ölçülmüştür. Glans deforme görünümündedir. Eksternal meatus penis distalinde ventral 1/3'e açılmaktadır. Penis cildi total skarlı olup daha önceden adapte edilen greft dokuları görülmektedir. Total testesteron: normal. Serbest testesteron: normal. Obstrüktif miksiyon problemi izlenmedi. Hastanın erektil fonksiyonlarının değerlendirilmesi için penil doppler USG istenmiştir. Hasta mevcut riskler nedeniyle işlemi yaptırmak istememiştir. Hastanemizde NPT cihazı olmaması ve penil doppler USG yapılmaması nedeniyle hastanın ereksiyonu hakkında görüş bildirilememiştir.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Tıp fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Öğretim Üyeleri: Hastanın hikayesinden anlaşıldığı kadarı ile distal hipospadias onarımı için sık tercih edilen bir yöntem ve pansuman tekniği uygulanmıştır. Hipospadias cerrahisi uygulayan çoğu merkez postoperatif dönemde birkaç güne kadar uzayan kalıcı pansumanı tercih etmektedir. Bu süre içerisinde penisin ancak glans kısmı (başı) kısmen izlenebilmekte ve penisin kanlanması hakkında sınırlı ipucu verebilmektedir. Ama çoğu olguda bu gözlem pansumanın öne kayması, dışarıdan topikal antibiyotik krem uygulaması ve sonda varlığı nedeniyle güç olmaktadır. Kanlanması kısmen ya da tamamen bozulan penis ağrı ile bulgu vermektedir. Bu dönemde kalıcı sonda varlığının yaptığı mesanedeki kasılmalar da sık rastlanılan bir bulgudur. Erken iskemiye (kanlanma bozulması) bağlı ağrı bu kasılmalar nedeniyle gölgelenebilir yada atlanabilir. Penil iskeminin (kanlanma bozulması) bir diğer nedeni bazı cerrahlar tarafından ameliyat sırasında kanamayı sınırlamak için kullanılan damar kasıcı ajanlardır (ör/Epinefrin). Hastada hikayeden ve ameliyat notundan anlaşıldığı kadarı ile böyle bir ajan kullanılmamıştır. Erken dönemde rastlanan penil iskeminin bir diğer nedeni cerrahi sırasında uzun süreli turnike kullanılmasıdır. Ameliyat sırasında turnike aralıklı olarak gevşetilmeli ve daima penis cildi tamamen sıyrıldıktan sonra penis cildinin altına penis gövdesine yerleştirilmelidir. Bu bilgi dosya ve ameliyat notundan elde edilememiştir. Ancak hipospadias cerrahisi ile uğraşan pek çok cerrahın bunu rutin olarak yaptıkları için ameliyat raporunda ayrıca belirtme gereği duyması normal kabul edilebilir. Oluşan bu komplikasyonun daha sonraki tedavisi multidisipliner bir şekilde ve ideal bir yaklaşımla gerçekleşmiştir ve uzun dönemde kozmetik ve fonksiyonel açıdan oldukça kabul edilebilir bir şekilde sonlanmıştır. Hastanın üroflow sonucu fonksiyonel olarak işemenin normal olduğunu göstermektedir. Özet olarak: Hipospadias tedavisi için uygulanan tedavi ve pansuman şekli doğrudur. Pansumanın ameliyattan sonra 5 gün açılmaması sık uygulanan bir yaklaşımdır. Bu dönemde kanlanma bozukluğu olabileceği göz önünde bulundurularak hasta yakın izlenmelidir. Olası bir kanlanma bozukluğuna bağlı ağrı erken dönemde sondanın sebep olduğu şikayetler ile karışabilir. Bu tür ameliyatlarda da benzeri komplikasyonlar daha önceden de bildirilmiştir ve klasik kitaplarda da yer almaktadır.

Adli Tıp Kurumu: Küçükte hipospadias ameliyatı sonrası ortaya çıkan tablonun her türlü özene rağmen oluşabilen her hangi bir tıbbi kusur ya da ihmal izafi edilemeyen "komplikasyon" olarak nitelendirildiği, küçüğe konulan tanı, yapılan ameliyatın ve oluşan komplikasyonun yönetiminin tıp biliminin genel kabul görmüş ilke ve kurallarına uygun olduğu cihetle küçüğün ameliyatında görev alan sağlık çalışanlarına atfi kabil kusur tespit edilmediği oy birliği ile mütalaa olunur

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Kaya Horasanlı, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Sünnetten önce muayene yapılması şart mıdır? Sünnet esnasında oğlunuz doğuştan sünnetli ifadesi tıp ve etik alanında nasıl yorumlarsınız?

Sünnetten önce muayene yapılması şarttır. Bu şekilde hem fimozis açılabilir hem de hipospadis ya da mea darlığı gibi bir patoloji tespit edilebilir.

2- Hipospadias ameliyatında pansuman nasıl olmalı kaç gün sonra açılmalıdır. (Olayda 5 gün sonra açıldığı ve komplikasyonun görüldüğü belirtiliyor)

Hipospadias ameliyatlarında uygulanması gereken standart bir pansuman şekli ve standart bir pansuman süresinden söz etmek mümkün değildir. Ancak en azından 24 saat boyunca bir pansumanın olması hem hemostaz hem de enfeksiyonlara karşı koruma açısından doğru olacaktır. Baskılı pansuman uygulamalarında penis ödemi gözlemek ve bandaj sıklığını ayarlamak düşünülebilir

3- Hipospadias ameliyatlarında penis nekrozunun nedenleri nelerdir Nasıl kaçınılmalıdır?

Hipospadias ameliyatlarında penil nekroz çok sıra dışı bir tablodur. Hangi cerrahi teknik uygulanırsa uygulansın penisin tüm arteriyel yapısını bozacak bir zarar verilemez. Penil arterlerin end arterler olması sebebiyle adrenalın içeren lokal anestetiklerin sünnet öncesinde ve sonrasında kullanılmaması önerilen klasik bir bilgidir. Ancak tüm penil beslenmeyi kalıcı olarak bozabilecek bir adrenalini lokal anestetik uygulamasını anatomik bilgileri göz önüne alarak izah (hayal) etmek zordur.

4- Hipospadias sonrası penis nekrozu tedavisi nasıl yönetilmelidir?

Gelişen penis nekrozu ve bu tabloya eklenecek ya da daha öncesinden eklenmiş olan enfeksiyon sebebiyle tedavinin enfeksiyon hastalıkları ve plastik cerrahi uzmanlarınca birlikte oksijenizasyonu artırıcı ve enfeksiyonu önleyici tarzda düzenlenmesi gerekir.

5- Bu dosya hakkında bilirkşi görüşünüz nasıl olurdu?

Cerrahi ekibin uygulamaları konusunda kusurlu olduklarını düşünmüyorum.

7.2.2 HİPOSPADİA AMELİYATI SONRASI PENİS NEKROZU VE FALLOPLASTİ ENDİKASYONU TARTIŞMASI

TALEP

Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 20.11.2000 tarihinde hasta hipospadia tanısı ile ameliyat edilmiş, ameliyattan sonra komplikasyonlar gelişmiş, çeşitli hastanelerde komplikasyonlarla ve asıl hastalığı ile ilgili ameliyatlar yapılmış ve nihayetinde de hastaya penis rekonstruksiyonu ameliyatı uygulanmıştır. Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılan ameliyatta hizmet kusuru işlendiği iddiası ile ilgili olarak inceleme yapılması istenmektedir.

SAVUNMA

Üroloji Uzmanı: Hasta hipospadias teşhisiyle değerlendirilmiş, hasta yatırılmış, fakat mikropenis (penis küçüklüğü) nedeniyle bir yıl sonrasına operasyonu ertelenmiştir. Bu dönemde ben hastayı görmedim. Ertesi yıl hasta tekrar gelmiş, o zamanki şefimiz penisin halen küçük olduğunu belirterek operasyonu bir yıl daha ertelemiş. Daha sonraki yıl gelen hasta yatırılmış, penisin halen küçük olduğu görülmüş, fakat penisteki eğriliğin düzeltilmesi ve asıl hipospadias ameliyatının daha sonra yapılması planlanmıştır. Hasta yatışında 6 yaşındaymış. Bizim kliniğimizdeki çalışma sistemi de diğer tüm eğitim kliniklerinde olduğu gibidir. Hastanın yatışına karar verildikten sonra tüm hekimlerin katıldığı toplantıda şefin kararıyla hangi ameliyatın yapılacağına karar verilir ve hastanın ameliyat sırası geldiğinde de şef tarafından liste yapılır, hangi hastanın hangi doktor tarafından ameliyat edileceğine şef karar verir. Ben bu hastayı ameliyattan bir gün önce, ameliyat listesi belli olup benim ameliyata gireceğim kesinleştikten

sonra tam değerlendirdim. Bu yaşanan olaylardan dolayı hastayı çok iyi hatırlıyorum. Hastanın penisinin çok küçük olduğunu ve de glans penisinin normalde fötr şapka gibi olması gerekirken bir takke gibi küçük penise göre daha da uyumsuz küçük olduğunu gördüm. Asıl hipospadias ameliyatın şu an için yapılamayacağına sadece penis eğriliğinin düzeltilmesine karar verdim. Hipospadias ameliyatının penis gelişimini takip ederek daha sonra yapılmasının doğru olduğunu düşündüm. Ameliyatı da bu yönde gerçekleştirdim. Ameliyat sırasına hiçbir aksilik olmadı. Zaten yaptığım işlem, sadece penisin eğriliğine neden olan bantların temizlenmesi ve penisin sırtındaki sünnet derisinin daha sonra idrar yolunun yapımında kullanılmak üzere penis alt yüzeyine sarılmasından ibaretti. Ameliyat zaten çok kısa sürdü. Ameliyatın biliminde de kıdemli asistana penisi bir minare tarzında ve gevşekçe sarmasını söyledim. Hasta servise alındı. Hastanın yakınlarına ameliyatın sorunsuz olduğunu ve pansumanın 4-5 gün sonra açılacağını söyledim. Bu ameliyat ve pansumanın yapılış şekli ve pansumanın açılma zamanı tüm klasik üroloji kitaplarına geçmiş, tüm kliniklerde kullanılan yöntemdi. Pansumanı 4. gün açtığımızı ben net hatırlıyorum. Asistanla beraber pansumanı kendim açtım. Penisin normale göre renginin üzerindeki kurumuş kan pıhtılarından dolayı koyu olduğunu gördüm. Hafta sonuna girildiği için pansuman açtığımız günün Cuma olduğunu hafta sonunda kapalı kalmasin, kapalı kalma süresi uzar diye Cuma günü açıldığını net hatırlıyorum. Hafta sonu ve pazartesi serum fizyolojikle yıkanan penisin glans penis bölümünde renkle düzleme görülmemesi üzerine hastanemiz plastik cerrahi konsültasyona çağırdım. Pansumanlara devam ettik. Daha sonra hastada parsiyel (kısmi) glans nekrozu, penis cildinde beslenme bozukluğu tanısıyla hiperbarik oksijen tedavisine gönderildi. Hastaya 120 saat hiperbarik oksijen tedavisi önerilmişti. Hasta kliniğimde yatarken hiperbarik oksijen tedavisi için gidip geldi. Bu tedavi hastanın taburcu olduğu tarihe kadar devam etmiştir. Hasta 4 ay sonra kontrol edilmek üzere taburcu edilmiştir. Hasta taburcu edildiğinde peniste parsiyel glans nekrozu vardı. Penis gövdesine sardığımız sünnet derisinde de glansa yakın olan kısımlarda skar halinde iyileşmiş deri vardı. Hastanın pansumana ihtiyaç duyulan açık bir yarası yoktu. Penisin eğriliği düzelmişti. Penisin gövdesinde kısılma, noksanlaşma gibi hiçbir zarar yoktu. Sadece idrar deliği yapılan düzeltme işleminden dolayı penisin köküne yakındı. Hastanın penisi, ameliyat öncesine göre, eğriliği düzelmiş, idrar deliği alt yüzde aşağıya kaymış, küçücük olan glans penisinin de yaklaşık yarısı nekrozdan dolayı fibrotik haldeydi. Hastayı ben daha sonra telefonla aradım. İkinci arayışında Ankara'da Tıp Fakültesinden ameliyat günü aldıklarını söylediler. Fakat daha sonra İstanbul'a hastanemize geldiler. Tıp Fakültesinde ameliyat yapmadıklarını söylediler. Tıp Fakültesinden getirttiğim epikrizde ise "Hastanın ailesine planlanan operasyon ve sonucu açıkça anlatıldı. Hastanın ailesi kendi istekleriyle tedaviyi kabul etmeyerek taburculuklarını istedi" ibareleri yer almaktaydı.

Bizden sonra başaka bir hastanede ameliyat edilmiş, hasta başka bir tıp fakültesinde daha ameliyat hazırlıkları yapılmış ancak burada ameliyattan vazgeçmişler. Ancak burada yapılan hazırlık formlarındaki ifadeler durumun açığa kavuşmasına yardım edecektir. Burada hipospadias ameliyat günü vermişler. Penis halen gövdesi sağlam hipospadiaslı bir şekilde durmaktadır ki onlar da hipospadias ameliyat günü vermişlerdir ve iki aşamalı hipospadia onarımı birinci seans buccal mukoza uretroplasti önermişler. Eğer bu penis falloplastiye (penis oluşturma ameliyatı) ihtiyacı duysaydı yapılacak ameliyata falloplasti denirdi ve teşhis kısmına da penis yokluğu diye eklenirdi. Hasta bir gazete haberi üzerine başka bir ildeki Tıp Fakültesine gitmiş, burada plastik cerrahi kliniğinde, penis deformitesi tanısıyla, serbest radial ön kol flebi ile penis rekonstruksiyonu uygulanmıştır. Burada önemli olan nokta, penis rekonstruksiyonu yapılan hastanın yaşı 10 dur ve kendi ifadelerine göre de yaklaşık 3 cm penisi vardır. Büyüme döneminde olan ve daha ergenliğini bile tamamlamamış bir çocuğa bu ameliyat uygun olmadığı gibi bu klinik epikrizlerinde bu ameliyatı neden yaptıklarını da belirtmemişlerdir. Çünkü parsiyel glans nekrozundan dolayı penis rekonstruksiyonu ameliyatı bu ameliyatın gerekçeleri arasında dünyanın hiçbir yerinde yoktur. Çünkü, glans yapılıma ameliyatı her kes tarafından bilinmekle ve plastik cerrahlar, androloglar tarafından başarıyla uygulanmaktadır. Zaten bu ameliyatı yaparken ki savları eğer küçük penis olması ise, bu durum bu ameliyatın gerekçeleri arasında yer almakta olup gene de 18 yaşına kadar beklenmesi gerektiği klasik bilgidir.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Ön incelemeci: Hastanın ameliyattan önce penisinin küçük olduğu belgelerden anlaşılmaktadır. Ameliyattan sonra hastayı gören Tıp Fakültesinin epikrizinde fizik muayene kısmında "peniste gelişim anomalisi mevcut, hipospadia mevcut, glans nekrozu mevcut" denmiştir. Diğer raporlarda da hastanın

penisinin küçük olduğu anlaşılmaktadır. İlk ameliyat, gelişim anormalliği olan. mikropenisli bir çocuğa yapılmıştır. Ameliyattan sonra glans nekrozu gelişmiştir. "Erkeklik uzvunun yarısının koptuğu" veya "uzvunun gangren olduğu" iddiaları doğru değildir. Penisin uç kısmı olan glansta nekroz olmuştur. Bu komplikasyon devlet hastanesinde gelişmiştir. Ameliyat ekibi, hasta, ameliyathane gibi birçok sorumlusu olabilir. İlk planda komplikasyondan sorumlu olanın ameliyatı yapan cerrah olduğu düşünülse de cerrahın da elinde olmayan bir çok sebebin komplikasyonlarda rol oynadığı bilimsel kabul edilen bir gerçektir. Komplikasyon sonunda hastaya gerekli bakım ve ilgi gösterilmiştir. İlgisizlik ve ihmâl söz konusu değildir. Hipospadias ameliyatlarının özelliği olarak maalesef daha sonraki ameliyatlarda da başarı elde edilememiştir. Penis rekonstruksiyonu ameliyatı düşünülebilecek en son çare olduğu ve erişkin yaşlarda yapılması gerektiği kanaatindeyim. Buluş öncesi bir çocukla çok büyük ve travmatizan bir ameliyatın yapılmış olması olayın boyutlarını çok büyütüştür.

Hastanın ilk ameliyatında gelişen "glans nekrozu" bir komplikasyondur. Komplikasyon ile uygun biçimde mücadele edilmiştir. Daha sonraki ameliyatların başarısız olmasında ilk ameliyatın rolü olsa da mutlak değildir. Penis rekonstruksiyon ameliyatının erken yapıldığı kanaatindeyim. Bu nedenle devlet hastanesi ve doktorlarının gelişen olayların sorumlusu olarak gösterilmeleri doğru değildir.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Tarkan Soygür, Dr. Onur Telli,

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji AD, Çocuk Ürolojisi Bilim Dalı

1- Hipospadias ameliyatlarında penis nekrozunun sıklığı ve nedenleri hakkında bilgiler nasıldır?

Hipospadias ameliyatlarında flap veya greftin devaskülarizasyonu %6-7 oranında görülebilmektedir. (Bhat A, Mandal AK. Acute postoperative complications of hypospadias repair. Indian J Urol. 2008;24(2):241-8.)

Nekroz; cerrahi sırasında olabilecek vasküler hasar, vasküler spazm, enfeksiyon ve sıkı pansumana bağlı oluşabilir.

2- Bu dosya hakkında bilirkşi raporunuz nasıl olurdu?

Tüm hipospadias ameliyatlarında cilt nekrozu gelişme olasılığı vardır. Nekroz, ameliyat sırasındaki diseksiyona bağlı doku beslenmesinin bozulmasına, hemostaz amaçlı cilde turnike uygulanmasına ya da vazokonstriktör ajan kullanılmasına bağlı olabileceği gibi bazen de post-operatif dönemde yapılan baskılı cilt pansumanının etkisi ile de ortaya çıkabilmektedir.

Verilen bilgiler ışığında, tartışılan olguda;

Mikropenis ile birlikte proksimal hipospadias ve ciddi kordi olduğu anlaşılmaktadır. Bu nedenle de ameliyat bir süre ertelenmiş ve penisin büyümesi beklenmiştir. Ameliyat aşamasında ise, 2 aşamalı düzeltici cerrahi uygulanmasına karar verilmiş ve 1. aşamada kordi düzeltilmiş ve dorsal prepisyum, (anlaşıldığı kadarı ile) Byars flepleri oluşturularak ventrale taşınmış ve böylelikle 2. aşamada üretral plak olarak kullanılacak ventral doku oluşturulmak istenmiştir.

Pansuman açıldıktan sonra ise hemî glans ve ciltte nekroz tepsi edilmiş ve bunun yönetiminde de plastik cerrahi konsültasyonu istenerek, hiperbarik oksijen tedavisi başlanmış ve hasta takibe alınmıştır.

Sonraki süreç çok açık olmasa da, hastaya başka bir merkezde radial ön kol flebi ile penis rekonstrüksiyonu yapılmıştır. Bu işlem ve sonucuna ait ayrıntılı bilgi mevcut değildir.

Yorum;

Özellikle proksimal hipospadias ile birlikte, penis boyunda kısalık ya da gömülü penis durumu söz konusu olabilmektedir.

Prepubertal dönemde, yaşla birlikte peniste belirgin bir boy artışı olmayacağı için (Puberteyte kadar testesteron ve dihidrotestesteron seviyeleri ölçülemeyecek düzeydedir), çocuğun yaş alması ve penisin büyümesinin beklenmesi bilimsel dayanağı olmayan bir uygulamadır.

Gerekli görülürse preoperatif dönemde parenteral ya da topikal testesteron ya da dihidrotestesteron uygulamaları ile penis büyütülebilir.

Böylelikle ameliyat, geciktirilmeden, bakımı ve takibi en kolay olan ve çocuğun psikolojik olarak etkilenmeyeceği ilk 6-12 aylık döneminde yapılabilir.

Cilt Nekrozu ile ilgili olarak,

Cilt fleplerinin kullanılacağı olgularda, diseksiyon sırasında cilde turnike uygulamasından kaçınılmalıdır (Olguda bu konuya ait bir bilgi yoktur).

Byars fleplerinin kullanıldığı olgularda, flep oluşturulurken dorsal prepisyumunun vaskülarizasyonu-na çok dikkat edilmeli, diseksiyon sırasında, prepisyal damarlar korunmalıdır.

İki aşamalı hipospadias operasyonlarında, ventral doku transfer edilmeden önce, glans orta hattın insize edilerek 2 glans kanadı birbirinden agresif olarak ayrılır, ve ventrale transfer edilen prepisyum araya yerleştirilir.

Bu olguda glans diseksiyonuna ait bir bilgi yoktur.

Eğer bu şekilde aşırı bir diseksiyon yapıldı ise, bu, glans gibi aslında kanlanması çok iyi olması beklenen bölgedeki parsiyel nekrozu açıklayabilir.

Ameliyat sonrası baskılı pansuman, hipospadias cerrahilerinde çok sık başvuru olan bir uygulamadır.

Ancak baskılı pansuman yapılırken, baskının distalden (glans bölgesinden), proksimale doğru (peno-pubik ve peno-skrotal bölgeye doğru) giderek gevşetilmesine çok dikkat edilmelidir.

Tersi uygulamalar, distalde kompartman sendromu etkisi yaparak, beslenme bozukluğuna yol açabilmektedir.

Postoperatif dönemde, pansuman açılıp cilt nekrozunun saptanması sonrasında, plastik cerrahi konsültasyonu istenmesi ve takibinde hiperbarik oksijen tedavisi başlanması ile, komplikasyonun yönetimi doğru ve başarılı bir şekilde gerçekleştirilmiştir.

Daha sonraki süreç ile ilgili ayrıntılı bir bilgi bulunmamasıyla birlikte, preoperatif dönemde, henüz penisin erişkin boyuta ulaşması beklenmeden, radial ön kol flebi kullanılarak yapılan penis rekonstrüksiyonu, zamanlama açısından hatalı bir uygulama olarak kabul edilmelidir.

Bu olguda, cerrahi sırasında, yukarıda özetlemeye çalıştığım tüm basamakların hatasız gerçekleştirilmesi sonucunda dahi, benzer bir komplikasyonun ortaya çıkma olasılığı sıfır değildir.

Bu bağlamda, cerrah hastadan birinci derecede sorumlu olan kişi olarak olayın yükümlülüğünü taşısa da, cerrahın da elinde olmayan birçok sebebin komplikasyonda rol oynamış olabileceği kabul edilmelidir.

Kanımcı, ihmal söz konusu değildir ancak tecrübesizlik olayın tezahüründe rol oynamış olabilir.

Hastaya komplikasyon sonrası gerekli bakım ve ilgi gösterilmiştir ve komplikasyon ile uygun biçimde mücadele edilmiştir.

7.2.3 HİPOSPADİA OLGUSUNDA KONJENİTAL ADRENAL HİPERPLAZİ: TANI GECİKMESİ?

TALEP

Davalıların eylemlerinin küçükde herhangi bir zarar verip vermediği, özellikle tedavide herhangi bir gecikmenin olup olmadığı varsa bu gecikmenin maddi bir zarara neden olup olmadığı ve varsa bu gecikmenin meydana gelmesinde kimlerin hangi oranda kusurlu olduğu hususlarında Genel Kurul'ca aydınlatıcı ve açıklayıcı rapor düzenlenmesi istenmektedir.

İDDİA

Hamileliğin 4. ayına kadar olan kontrol ve takiplerini davalı hastanede (1. Hastane) yaptırmıştır. Hamilelik süreci normal seyretmiştir. Nitekim doktorumuz kontrol ve takiplerinde kendisinde ve bebeğinde hiçbir problem olmadığını dile getirmiştir. 22.08.2011 tarihinde sezeryan ameliyatı gerçekleştirilmiş ve müvekkile sağlıklı bir erkek bebeği olduğu söylenmiştir. Bebeğin cinsel organında küçük bir problem olduğu ve 6 ay sonra ameliyat ile düzeltileceği, bunun dışında hiçbir problemin bulunmadığı ve sağlıklı bir erkek çocuğu olduğu kendisine ifade edilmiştir. Müvekkil anne, doğumdan sonra iki gece davalı hastanede gözetim altında tutulmuş ve bu süre zarfında bebeğin sürekli huzursuzluğu olmuştur. Ancak buna rağmen 4-5 gün sonra kontrole gelmesi söylenerek 24.08.2011 tarihinde müvekkil anne ve

bebek taburcu edilmiştir. Kontrole kadar geçen süre zarfında bebeğin huzursuzlukları devam etmiştir. Her emzirmeden sonra kusmaya başlamış, deri rengi normale göre daha koyu olan bebek ayrıca zaman zaman da morarma yaşamıştır. Müvekkil anne, bebeğinde meydana gelen şikayetleri davalı hastanede Çocuk hastalıkları uzmanına aktarmış ve doktoru tarafından kendisine bebeği besleyemediği, bu nedenle bebeğin kilo kaybına uğradığı, şikayetlerin nedeninin bundan kaynaklı olduğu söylenmiştir. Ayrıca bebeğin kalbinde üfürüm olduğunu belirterek EKO yapılması için göndermiştir. Ekokardiyografi sonucunda bebeğin kalbinin gayet sağlıklı olduğunu belirtmiştir. Bebekte meydana gelen şikâyetlerin artarak devam etmesi üzerine 09.09.2011 tarihinde davalı hastaneye tekrar başvurmuştur. Ancak çocuk doktoru tarafından kendisine yine aynı cevap verilmiş, bebeği uygun besleyemediği, şikayetlerin devam etmesi halinde ise 3-4 gün sonra tekrar getirmesi söylenerek yine eve geri gönderilmişlerdir. Müvekkil davalı hastanenin bebeklerinin şikâyetine cevap vermeyeceğini ve bebeğin dış etkenlere cevap vermeyecek duruma gelmesiyle ertesi gün Özel Sağlık Merkezi'ne (2. Hastane) müracaat etmişlerdir. Hastanede bebeğe acil müdahale edilmesi gerektiği, biraz daha geç kalınması durumunda bebeğin hayatını kaybedeceği söylenmiş ve bebek derhal yoğun bakıma alınmıştır. İlk muayene sonrasında çift cinsiyetli olabileceği ve bunun araştırılması gerektiği söylenerek bebekte adrenal yetmezlik (böbreküstü bez yetmezliği) saptanmıştır. Yoğun bakımda kalmasının ardından taburcu edilmiş ve tedaviye üniversite hastanesinde devam edilmesi gerektiği söylenmiştir. Nitekim 26.09.2012 tarihinde ameliyat ile bebeğin dış görüntüsünü kız bebeğe dönüştürücü ameliyat yapılmıştır. Bebeğin hastalığı tam 18 gün boyunca davalı hastanede teşhis edilememiştir. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı ile Üroloji Uzmanı bu konuda müştereken kusurludurlar. Bebeğin doğum öncesi ve sonrasında takiplerini çocuk hastalıkları uzmanı, testis ve genital muayenesini ise üroloji uzmanı gerçekleştirmiştir. Ancak bebeğin durumunu teşhis edememişlerdir.”

SAVUNMALAR

Davalı Çocuk hastalıkları uzmanı (1. Hastanede) vekilinin ifade dilekçesi: “Davacı annenin çocuğunda bulunan hastalık genetik bozukluğa bağlı bir hastalık olup herhangi bir şekilde tıbbi uygulama sonucu ortaya çıkan bir sonuç değildir. Kaldı ki, bebeğin hipospadiyası tıbben fark edilmiş buna ilişkin tıbbi tedavi yapılması ve davacılar tarafından bu sürecin takip edilmesi gerektiği söylendiği, davacıların dava dilekçesi ile de sabittir. Davacı annenin doğum sonrası hipospadiyası olan bebeği hastane gözetiminde tutulmuş bebekte meydana gelen şikayetler müvekkil tarafından fark edilmiş gerekli konsültasyonlar yapılmıştır. Davacıya kontrole gelmesi söylendiği halde davacı tarafından bebeğin, süresi içerisinde kontrole getirilmediği; kontrol süresi aşıldıktan sonra ise başka bir sağlık kuruluşuna başvurdukları dava dilekçelerindeki ikrarlarıyla anlaşılmaktadır.”

BELGELER

Özel Sağlık Merkezinin 23.09.2011 tarihli epikrizinde; “Kilo kaybı, kusma şikayetiyle gelen hastanın yapılan muayenesinde kilo 3168 gr, boy:51 cm, BÇ: 36 cm ölçüldüğü, dehidrate görünümde, ön fontanel çökkük, dil kuru, kardiyak oskültasyonda pulmoner odakta 2/6 sistolik üfürüm alındığı, pulmoner oskültasyon normal olduğu, genitalya meme başları hiperpigmente, testisler palpe edilemediği, hipospadyoas görüldüğü, özel bir hastanede annenin 4. gebeliğinden 3660 gram, Boy: 51 cm, BÇ:35,5 cm , 9/10 Apgarla doğduğu, anne sütü ile beslendiği, 3 gün VA: 3325 gram, TB:10 mg/dl ile taburcu edildiği, üfürüm nedeni ile EKO yapıldığı, normal olarak değerlendirildiği, hipospadiyası nedeni ile yapılan üroloji konsültasyonunda 6. ayda sünnet olması önerildiği, 1 hafta sonra kusmaya başladığı, kilo almamış yapılan kontrolde Na: 113 mmol/L, K:8,8 mmol/L bulunması üzerine acil olarak yatırıldığı, yapılan skrotal ve pelvik USG'de bilateral testisler scrotal kesede izlenmediği, pelvik bölgede uterus ile uyumlu görünümünün olduğu, overler visualize edilemediği ve ambigu genitalite için ileri tetkik önerildiği, 10-09-2011: Hb: 17,9 gm/dl, Hct: 46,7, BKH: 13,240 mm³, PLT: 891000 mm³, BUN: 36,7 mg/dl, Kreatinin: 1,27 mg/dl, Na: 113 mmol/L, K:8,8 mmol/L, Cl:82 mmol/L, Ca: 11,9 mg/dl, Testesteron: 1270 ng/dl, androstenedion: 163,20 ng/dl, 17-OH progesteron: 17,57 ng/ml, Kortizol: 20,75 mcg/dl, LH: 0,10 mIU/ml, FSH:0,25 mIU/ml, pH. 7,367, HC03: 20,5 bulunduğu, sıvı replasmanı yapıldığı, Na açığı hesaplanarak tamamlandığı, hiperpotasemi için NaCO₃, Ca, ventolin uygulandığı, Hidrokortizon bulunmadığından Metilprednizolon 3x 1 mg IV verildiği, 24 saat sonra BUN: 17 mg/dl, Kreatinin: 0,75 mg/dl, Na: 126 mmol/L, K:6,4 mmol/L,

Cl:92 mmol/L. Ca: 10,4 mg/dl ölçüldüğü, Hidrokortizon ve Fludrokortizon bulunduğu, Hidrokortizon 2x2 mg(20 mg/m²), Florinef tab 0,1 mg x3 başlandığı, 15-09-2011 günü Na: 132 mmol/L, K:6,5 mmol/L, Cl:96 mmol/L, Ca: 11.4 mg/dl, 19-09-2011: günü Na: 132 mmol/L, K:5,2 mmol/L, Cl:95 mmol/L, Ca: 11,5 mg/dl, EKO: Periferik pulmoner stenoz görüldüğü, Hasta şu an Hidrokortizon 2x2 mg, Florinef tab 0,3 mg ve Na 30 mEq/G aldığı, kromozom analizi 46 XX, Çocuk Cerrahisi tarafından sisto-genitogram yapıldığı, Yüksek tip vaginal atrezi saptandığı, 6 aylık dönemden sonra aşamalı veya tek seans operasyon şeklinde feminizan genitoplasti işlemi planlandı.”

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Sabim'e yapılan şikayeti inceleme raporu: Bebek doğduktan sonra yapılan ilk yenidoğan muayenesinde hipospadiyas tespit edilmesine rağmen testisleri ile ilgili gerekli muayenenin yapılmadığı ve notlarda herhangi bir kaydın olmaması. 5/09/2011 tarihinde ki kontrollerinde kilo kaybının beslenme bozukluğuna bağlanması sonrasında şikayetlerin devam etmesine rağmen ve kilo alımı olmaması tespit edilen bebek 09/09/2011 tarihli ailenin başvurusunda bir gün sonra Özel Sağlık Merkezi'ne başvurusunda, yapılan muayenesinde; 3168 gr kilo, 51 cm boy, baş çevresi 36 cm, dehidrate görünümde, ön fontanel çökük, dil kuru, kardiyak öskültasyonda pulmoner odakta 2/6 sistolik üfürüm saptanmış, genital bölge ve meme başları hiperpigmente, testisler tespit edilememiş, hipospadiyas saptanmış ve bir gün önce ki muayene ile bir günde değişmeyecek kadar ciddi bulguların olması nedeni ile;

1. Bebek doğum sonrası Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı tarafından yeterli itina ile yapılmadığı, sonraki kontrol ve müracaatlarda yapılan muayeneler sonucu kilo alımı olmayan ve şikayetleri değişmeyen bir gün sonra Özel Sağlık Merkezi'nde tespit edilen ciddi fizik muayene bulgularını tespit edilememiştir.

2. Hasta hipospadiyas özellikle Urogenital anomali nedeni ile muayene eden Üroloji Uzmanı testis muayenesi ve genital muayeneyi yeterli itina ile yapmadığı incelemem, araştırmalarım ve bilirkişi raporları ile de teyit edilmiştir.

Bu itibarla Çocuk Sağlığı Hastalıkları Uzmanı takip ve tedavisinde kusurlu olduğu kanaatine varılarak, ilgili mevzuatlar çerçevesinde işlem yapılması uygun olacağı sonucuna varılmıştır.

Ayrıca Üroloji Uzmanı yeterli genital muayene yapmayarak tanı ve tedaviye gecikmeye neden olduğu kanaati nedeni ile gerekli mevzuatlar çerçevesinde işlem yapılması kanaatine varılmıştır.”

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı imzalı bilirkişi raporu: KAH ' li bu hastalarda doğumdan sonraki 2.-3. haftalarda ortaya çıkan su ve tuz krizleri hiponatremi, hiperkalemi, asidoz ve şoka kadar ilerleyen tablolar görülebilir. Erkek hastalarda ise intrauterin dönemde fazla androjene maruz kalırsa da doğumda bu bebeklerde penis normal veya büyük, genital bölgede hiperpigmentasyon, hızlı büyüme, kaslarda hipertrofi, tüylenme artışı görülür. Su ve tuz kayıplarıyla birlikte dış genital farklılaşma ile hastalıktan şüphelenilir. (Güncel Pediatri Dergisi 2008 volume 6)

Sonuç olarak kuşku genitalyası olan hasta çocuk hastalıkları uzmanı tarafından doğumda farkedilmiş ve gerekli konsültasyon istenmiştir. Hastaya erkek yenidoğan, hipospadiyas + inmemiş testis tanısı konulmuş ve bu nedenle başka patolojik durumu da olmayan yenidoğan kontrole gelmek üzere taburcu edilmiştir. Kontrole geldiğinde kilo alamama şikayeti olan hastanın, fizik muayenesinde patolojik olarak 175 gr kaybı olduğu, kalbinde üfürüm olduğu tespit edilmiş ve 4 gün ek gıda takviyesi ile kardioloji konsültasyonu istenmiştir. Hastanın ailesi çocuk hastalıkları uzmanının istediği kontrol süresinden 1 gün sonra başka bir Sağlık Merkezi'ne başvurmuştur. Klasik tip KAH tam belirtileri aşikar olduğunda; yani hasta tuz krizine girdiğinde hangi merkeze başvurursa bu tanıyı alırdı ki bu hastalar genelde tuz krizi; dehidratasyon belirtileri ortaya çıktığında tanı almaktadırlar Hastanın 14. gündeki kontrolünde sadece kilo kaybı olması dehidratasyon belirtilerinin olmaması doktora ek gıda takviyesini uygulatmıştır ki patolojik bulgusu olmayan yenidoğanlara yaklaşım bu şekilde olur. Bu nedenle çocuk hastalıkları uzmanının yanlış teşhis koyduğunu düşünmüyorum ve hastanın ilk muayenesinin itina ile yapılmadığına katılmıyorum. Hasta, klasik tuz kaybettiren tip 21.hidroksilaz tanısını, klasik kitaplarda ve makalelerde yazılan, tuz krizi yaşadığı anda tanı almıştır.

Adli Tıp Kurumu İhtisas Kurulu'nun 11.02.2015 tarihli mütalaası: 22.08.2011 doğumlu bebek hakkında düzenlenmiş adli ve tıbbi tahkikat dosyasının incelenmesinde çocuğu muayene eden çocuk hastalıkları uzmanı ile üroloji uzmanının yaptıkları doğum sonrası muayenesinin eksik olduğu ancak bu eksikliğin çocukta bir zarar ile hali hazır bir sakatlığa yol açmamış olduğu oy birliği ile mütalaa olunur.

Davalı hastane (1. Hastane) vekilinin itiraz dilekçesinde;“Adli Tıp Kurumu raporunda;“... çocuğu muayene eden çocuk hastalıkları uzmanı ile üroloji uzmanının yaptıkları doğum sonrası muayenesinin eksik olduğu ancak bu eksikliğin çocukta bir zarar ile hali hazır bir sakatlığa yol açmamış olduğu oy birliği ile mütalaa olunur...” şeklinde görüş bildirmiştir. Ancak Adli Tıp Kurumu raporu düzenlenirken, dava dilekçesini ve sadece davalılardan Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı cevap dilekçesini göz önüne almış dosyaya sunmuş olduğumuz cevap dilekçemiz ve açıklamalarımızı dikkate almamıştır

Yine Adli Tıp Kurumu raporunda Tabip Odasının soruşturması için alınan bilirkişi raporuna yer vermiş ve rapor sonucunu bu raporda sözü edilen “muayenedeki eksiklik” üzerine inşa etmişlerdir. Bu sebeple eksik inceleme ile hazırlanan raporun kabulü mümkün olmayıp, tıbbi kayıtlarda yer alan ve rapora dahil edilmeyen cevap dilekçemizde detaylı olarak söz edildiği üzere; Davalı hekimin yaptığı muayeneler sırasında bebekte, henüz hastalığın tanısını koymayı gerektirecek patoloji oluşmadığından bu yönden araştırmaya girilmemiştir. Çocuk doktoru kilo alamayan bebek tıp kurlarına uygun olarak takviye beslenme önererek takibe almıştır. Neticede bebekte kilo alımının da gözlemlendiği anlaşılmıştır. Bu süreç tıp kuralına uygun olup eksik ve hatalı herhangi bir uygulama bulunmamaktadır. Yine üroloji uzmanı tarafından yapılan muayene ve değerlendirme uluslararası kabul gören tıbbi kriterlere uygun olup. uluslararası skalalara uygun erkek bebek genital görünüşü olan bebeğin mevcut patolojisine uygun tanı konulmasında ve ileri tetkik yapılmamasında tıbbi herhangi bir ihmal ve hata bulunmamaktadır.

Tıbbi kayıtlarda; 22.08.2011 tarihinde çocuk hastalıkları uzmanı tarafından yapılan yeni doğan muayenesinde erkek bebek, Apgar 9-10. Urogenital anomali? kayıt edilerek Üroloji konsültasyonu istenilmiştir. Üroloji uzmanı tarafından yapılan muayenesinde interskrotal yerleşimli hipospadyas saptandığı not edilerek 6-12 ay sonra onarım planlandığı, 05.09.2011 tarihinde çocuk hastalıkları uzmanı rutin çocuk sağlığı muayenesinde, kilo kaybı şikayeti mevcut olduğu, bebeğin ağırlığının 3.150 gr olduğu not edilmiş, Muayenede özellik tespit edilmemiştir. 09.09.2011 tarihinde hekim tarafından kilo kaybı şikayeti ile yapılan muayenede, son kontrolden bu yana (4 günde) 10 gr. aldığı, ağırlığının 3.160 gr olduğu not edilmiş, kilo takibi için kontrole çağırıldığı kayıt altına alınmıştır. Cevap dilekçemizde ayrıntılı olarak açıkladığımız üzere ; Kongenital Adrenal Hiperplazinin 21-Hidroksilaz eksikliği tipi. tuz kaybettirici tipte olup, bu tabloda kriz ortaya çıkmadan tanı koymak çok zordur.

Tıbbi literatürde de tanımlandığı üzere bir haftadan sonra başlayan ve ağırlıklı olarak bebeğin 2. ile 3. Hafta da ortaya çıkan su ve tuz krizleri, hiponatremi hiperkalemi, asidoz tablolarına yol açar ve tanı bu kriz sonrasında konulabilir. Bu dönemde bebek tarafımıza muayene için getirilmemiştir. 09.09.2011 tarihinden sonra hasta bir daha kontrol amaçlı olarak hastanemize gelmemiştir.

Bebekte kusmanın başlaması üzerine başvurdukları diğer sağlık kuruluşunda bebeğin ağırlığının 3.168 gr tespit edildiği, burada da bebeğin dehidrate olduğu, ambigu genitalite, testisleri palpe edilememiş hipospadyas ön tanısı ile yatırıldığı ve daha sonra yapılan tetkikler sonucunda Konjenital Adrenal Hiperplazi (KAH) tanısı aldığı anlaşılmıştır. Yani kusmaya bağlı dehidratasyon ile yatırılmış ve ancak ileri tetkiklerle tanıya varılmıştır. İlk muayenede bizden farklı bir tespit söz konusu olmamıştır. Yapılan fiziksel muayene neticesinde bebeğin yatıştaki ön tanısı Hipospadyas ve Ambigius Genitale olup üroloji uzmanımızın tespitleri de aynı yöndedir.

Bebeğin davalı hastaneye başvurusu durumunda da aynı incelemelerin hastaneye yapılacağı bilinen bir gerçektir. Tıbbi kayıtlar davalı hekim yeni doğan muayenesini tıp kurallarına uygun olarak eksiksiz yaptığını açıkça ispatlamaktadır. Hekim, dış genital organlarında yapılan muayenede patoloji tespit etmiş ve bunun üzerine derhal tıp kurlarına uygun olarak gerekli konsültasyonu istemiştir. İzah edildiği üzere zararın dayanağı olarak gösterilen bebekteki genetik rahatsızlığın, davalı hekimlerin teşhis ve tedaviyi geciktirmesi sebebiyle ortaya çıkmadığı ortada olup bilirkişi raporunda çocukta zara ya da sakatlık oluşturmadığı açıkça belirtilmiştir.

Arz ve izah edilen nedenlerle; Adli Tıp kurumunun eksik inceleme neticesinde varmış olduğu bu hatalı sonucu hüküm kurmaya elverişli olmadığından rapora itirazlarımızı bildirir, dosyanın itirazlarımız doğrultusunda yeniden inceleme yapılmak üzere ek bilirkişi raporu alınması için Adli Tıp Genel Kurulu'na gönderilmesine karar verilmesini bilve kale arz ve talep ederim.”

Adli tıp Genel kurul: KAH olan bebeklerde klinik tablonun doğumdan sonraki erken dönemde klinik belirtiler oluşmadığından tanı konulamaz. Çocuk hastalıkları uzmanının hastaya tıbbi yaklaşımında eksiklik olduğu, üroloji uzmanının muayene ve değerlendirmelerinde eksiklik olmadığına karar verildi.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Selçuk Yücel, Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Çocuk Ürolojisi Bilim Dalı

1- Konjenital adrenal hiperplazili bebeklerin ürolojik yansıması nasıldır? Üroloji uzmanları hipospadislı çocukları değerlendirirken nelere dikkat etmelidirler?

Şüpheli genitalya ile doğan çocuklar çoğunlukla çocuk hekimleri tarafından posterior hipospadias veya testislerin skrotumda palpe edilememesi nedeniyle üroloji hekimlerine konsulte edilmektedir. Her üroloji hekiminin görevi öncelikle cinsel farklılaşım hastalıklarını ekarte etmek olmalıdır. Hayatı tehdit eden cinsel farklılaşım hastalığı (DSD-Disorder of Sexual Differentiation) olan tuz kaybettirici konjenital adrenal hiperplazi yenidoğanlarda ilk hafta içinde teşhis edilmesi zorunlu olan bir bozukluktur ve genellikle birinci hafta sonunda yenidoğanlar şiddetli hiponatermi ve dehidratasyon ile kaybedilebilirler.

Konjenital adrenal hiperplazi sıklıkla kendini kız bebekte virilizasyon ile gösterse de erkek bebekler de aşırı virilizasyonu da görülebilir. Dolayısı ile virilizasyona bağlı aşırı tüylenme, meme uçları, skrotum veya labyalarda koyulaşma ve rugalaşma, skrotumun boş olması, vulva da tek delik olması, anogenital uzaklığın artması akla mutlaka vücutta androjen miktarının artmasını getirmelidir.

Dolayısı ile hipospadias ile başvuran hastanın birincil değerlendirilmesinde testislerin skrotumda ya da inguinal kanalda olup olmadığı fizik muayenede özellikle araştırılmalıdır. Inguinal bölgede ya da skrotumda palpe edilen gonadlar hemen her zaman testis dokusu içeririler. Palpe edilemeyen testisler ya hiç gelişmemiş testis, ya yokolmuş testis, ya intraabdominal testis ya da zaten cinsiyet farklılaşma hastalığına bağlı over ya da ovo-testis olarak ayırıcı tanıya alınmalıdır. Hipospadias olsun olmasın çift taraflı palpe edilemeyen testis mutlak olarak cinsel farklılaşım hastalığı olarak değerlendirilmeli ve tuz kaybettirici konjenital adrenal hiperplaziyi ekarte etmek amaçlı tıbbi aciliyet içerdiği için acil şartlarda serum elektrolitleri ile birinci basamakta kontrol edilmelidir. (https://uroweb.org/guideline/paediatric-urology/#3_2)

Ayrıca ileriki zamanda sonuçların alılabileceği şekilde periferik kandan karyotipleme, idrar ve kanda ise gerekli hormon ve metabolit testleri yapılmalıdır. Bu testlerin başında 17 hidroksi progesteron gelmelidir ama virilizasyonu sağlayan diğer enzim eksiklerinde de tuz kaybı nadir de olsa olabileceği için diğer metabolitlerde taranmalıdır.

Ayrıca mozaisim olabileceği ya da 5 alfa reduktaz eksikliği olabileceği düşünülerek tek taraflı inmemiş testis ile beraber olan her sınıf hipospadiasin endokrinolojik ve karyotipik olarak araştırmaya alınması akılcı olacaktır ancak yine tıbbi aciliyet içermez. Her iki testisi yerinde olan ama şiddetli posterior hipospadiası olan hastalarda olabilecek endokrinolojik anormallik 5 alfa reduktaz eksikliğidir ve tanısı tıbbi aciliyet gerektirmez.

Üroloji hekiminin görevi Çocuk Hekimini uyarmak, Çocuk Endokrinolojisi konsültasyonunu ve gerekli tetkiklerin yapılmasını önermektir. Ancak çocuğun asıl Çocuk Hekimi kendi inisiyatifli ile tetkikleri ve Çocuk Endokrinolojisi konsültasyonu erteleyebilir veya yapılmasına gerek duymayabilir.

Hipospadiası olan bir yenidoğanda Üroloji Hekiminin hiçbir tıbbi aciliyet sorumluluğu ve yükümlülüğü yoktur. Sadece bazı hipoapdias olgularında verumantanum hipertrofinin şiddetli olduğu ve işemenin obstrükte olup çocuğun idrar retansiyonunda olabileceği akılda tutulmalıdır ve fizik muayenede buna da dikkat edilmelidir.

Tedavi planlanmasında hastaya ideal cerrahi yaşının 6-18 ay arası olduğu özellikle anlatılmalı ve çocuğun cerrahisinin geç yaşlara bırakılmaması özellikle tavsiye edilmelidir.

2- Bu dosya hakkında bilirkışı raporunuz nasıl olurdu?

Olgu çocuk hekimi tarafından hipospadiası nedeniyle hastanın ürolojiye konsülte edilmesi ancak her iki hekiminde bilateral palpe edilemeyen testisin ayırıcı tanısına tuz kaybettirici KAH hastalığının koymaması ve buna bağlı komplikasyonların gelişmesi üzerinedir.

Çocuk hastalar her zaman birincil olarak Çocuk Hekiminin yani konsültasyonu isteyen Hekimin sorumluluğundadır. Çocuk Hekimi hastanın genital muayanesini tam ve eksiksiz yapmak ile mükelleftir. Muayenesinde yeterli olmadığını düşünürse radyolojik yöntemlere de başvurabilir veya farklı uzmanlık alanından yardım talep edebilir. Konsültasyon istediği Hekimler kendi dalları ile ilgili olan muayene, ileri

değerlendirme ve tedaviyi yapmak ile mükellef olsa da bunları asıl hekimine sadece tavsiye edebilir. Bu tavsiyelere uyup uymama tamamen asıl hekimin insiyatifindedir.

Bu olguda çift taraflı palpe edilmeyen testis hipospadiastan bağımsız olarak zaten ileri değerlendirmenin acil olarak elektrolit kontrolü ile yapılmasını gerektirmektedir. Diğer hormon ve karyotipleme testlerinin sonuçları çıkana kadar tuz kaybettirici durumunun olup olmadığı acil olarak hemen araştırılmalıdır.

Üroloji hekiminin görevi Çocuk Hekimini uyarmak, Çocuk Endokrinolojisi konsültasyonunu ve gerekli tetkiklerin yapılmasını önermektir. Ancak çocuğun asıl Çocuk Hekimi kendi insiyatifi ile tetkikleri ve Çocuk Endokrinolojisi konsültasyonu erteleyebilir veya yapılmasına gerek duymayabilir.

Bu olguda Çocuk Hekimi çift taraflı inmemiş testisi ve şüpheli genitelyası olan yenidoğanın öntanısına DSD tanılarında öncelikli olan KAH koymadığı ve acil ik basamak yeterli değerlendirme yapmayıp aileyi bilgilendirmediğinden dolayı asli kusurludur. Üroloji Hekimi ise genital muayanesini özensiz ve eksik yapıp çift taraflı palpe edilemeyen testisi muayenede atlayıp Çocuk Hekimi ne gerekli uyarı yapmasa da çocuğun genel sağlığından asıl sorumlu olan Çocuk Hekimi olduğu için sorumlu tutulmamalıdır.

7.3 VEZİKOURETRAL REFLÜ

7.3.1 VEZİKO ÜRETERAL REFLÜ AMELİYATLARI GEREKSİZ Mİ?

İDDİA

Kızımı henüz 4 yaşındayken Tıp Fakültesi Hastanesi'ne büyüme geriliği şikayetiyle muayene ve tedavi olması için götürdüm. Bu hastanede hekim tarafından muayene edildi. Kendisine şikayetlerimizi bildirdik. Kan, idrar ve gaita tahlilleri yapıldı. Sağ VUR saptandığı belirtilerek operasyon için kızım hastaneye yatırıldı. Bana kızımın mesanesinde yırtık olduğunu, ameliyat olması gerektiğini söylenmişti. Adı geçen şüpheliler tarafından kızımın ameliyatlar yapıldı. Bu tarihten sonra kızımın durumunda iyileşme olmadığı gibi, sağlığı giderek kötüleşti, böbreklerinde rahatsızlık baş gösterdi. Kızımın sağlık durumu ile ilgili aydınlatılmadık, hastalığın nedeni hakkında bilgilendirilmedik. Kızım ameliyat olduğu günden bu yana hastadır. Hayatı hastalığıyla mücadele içinde sürmektedir. Ailesi olarak yıllardır tedavisi için uğraşmaktayız.

Daha sonra Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden aldığım raporda, kızımın böbrek fonksiyonlarına sol böbreğinin %66, sağ böbreğinin %34 katkısı olduğu saptandı. Kızımın durumuyla alakalı olarak görüştüğüm doktorlar tarafından; mesanesinde yırtık olduğu söylenerek yapılan ameliyatın lüzumsuz bir operasyon olduğu, sorunun ilaç tedavisiyle giderilebilecek türden olduğu, kızımdaki böbrek fonksiyon kaybının sebebinin geçirdiği ameliyat olduğu söylendi. İyileşme ümidiyle ameliyat olan kızımın sağlığı; şu an çok kötü durumdadır. Kendi hayatını; yardım ve bakım olmaksızın sürdüremeyecek haldedir. Kızımın sağlığı ve geleceği ile oynamıştır. Mağduriyetimizin ve üzüntümüzün telafisi yoktur. Ayrıca; büyüme geriliği şikayetiyle başvurduğumuz doktorlar vitamin yazılarak gönderilen kızıma; aynı hastanenin Pediatrik Nöroloji Bilim Dalı'nda yapılan psikometrik değerlendirmesinde; hafif zeka geriliği tanısı konmuştur. Kızım, her bakımdan büyük bir ihmale uğramış, bu ihmaller neticesinde sağlıklı yaşam sürmesi imkansız hale gelmiştir.

BELGELER

Pediatric AD'na Ait Hasta Anamnez Forumunda; "4 yaşında olduğu, büyüme gelişme geriliği şikayeti bulunduğu, yemek yemesinin çok iyi olduğu halde zayıf olduğu ve boyunun uzamadığı, kemiklerinin çok ince olduğu, 4 aylıkken kalbinin delik olduğunu söylediklerini ama kalp hastalığının bunun nedeni olmadığını söylendiği, vitamin ve demir kullandığı ancak büyümediği, idrar kaçırdığı ve geçgündüz olduğu, USG yapıldığı ve normal bulunduğu, TIT'de kum olabileceğinin söylendiği, büyüme ge-

riliği ön tanısı düşünüldüğü, TİT:13-15 eritrosit, kontrol TİT: bol bakteri ve hematüri, 1500 kcal diyet, multivitamin, Fe, Zinc, suprax başlandığı (5 mg/kg/gün), sağda grade IV VUR saptandığı, Supraxın profilaktik başlandığı, büyüme geriliği için diyet ve multivitaminine devam edeceği, yılda bir kardiyoloji kontrolü ve pediatrik nefroloji kontrolüne alındığı" belirtilmiştir.

Tıp Fakültesi Nükleer Tıp Anabilim Dalı'nın Sintigrafi raporunda; "sol böbreğin düzgün kontürlü olduğu, radyofarmasötüğün parenkimal tutulumu ve dağılımının normal sınırlarda izlendiği, Sağ böbreğin; normal büyüklükte üst pol ve alt polde, medial dış kenarda düzensiz aktivite tutulumları ve kortikal aktivite dağılımlarının irregüler olduğu, ektopik dağılım gösterdiği, Total fonksiyona katkı yüzdeleri; sağ böbrek için % 47, sol böbrek için % 53 olarak hesaplandığı (N: % 45-55), Solda parankimal tutulumu ve dağılımı normal sınırlarda böbrek, Sağ böbrekte konjenital varasyon ve normal fonksiyon telkin ettiği" belirtilmiştir.

Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nın Epikrizinde; "doğduğundan beri büyüme gelişme geriliği olan hastaya yapılan tetkiklerde sağ VUR saptandığı, opere edilmek üzere yatırıldığı, GAA sistoskopi, üreteroneosistostomi (tek taraflı) yapıldığı, postop 2. gün sondasının çekildiği, genel durum iyi olduğu ve önerilerek taburcu edildiği" kayıtlıdır.

Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nın ameliyat notunda; "sistoskopiyi takiben GAA suprapubik yaklaşık 8 cm lik insizyonla girildiği, ureter çıkımı ve peritonun oldukça yapışık görünümde olduğu, peritonda oluşan bir açıklığın 4/0 vicryl ile onarıldığı, ardından ureterin 3-4 cm kadar serbestlenerek mesane detrusorlarının soyulduğu, detrusorun 4/0 vicryl ile tek tek sütüre edildiği, ureterin altının serbestleştirildiği, submukozal tünel yapılarak ureterin implante edildiği, katların usulüne uygun kapatıldığı ve işlemin sonlandığı" kayıtlıdır.

Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nın belgeleri (ilk ameliyattan 3 ay sonra): Hasta drar kaçırma devam ediyor. İlaç kullanmıyor. Pediatrik sistoskop ile girildi, uretranın oldukça dar olduğu, mesane mukozasının trabeküle hiperemik ve zorlanmış görünümde olduğu görüldü. Perivezikal divertikül, sağ orifisin normalden geniş görünümde, sol orfisin doğal, sol UNS yapmak üzere hastanın düz pozisyon alındığı, ve sol VUR ameliyatı yapıldı.

Eğitim Araştırma Hastanesi'nin (üreteroneosistostomilerden 5 yıl sonra) çıkış tarihli Çocuk Cerrahi Evrakında; Üropati ile birlikte Vezikoüreteral-reflü tanısı aldığı, hikayesinde; doğduğundan beri idrar kaçırma şikayetinin olduğu, opere sağ UNC, VCUG (30.05.2013) sağ VUR grade 3, lumbosakral MR doğal olduğu, uropan, duphalec, bactrin kullandığı, ürodinamide aşırı aktif mesane olduğu, uropan faydasız olduğu, detrusitol başlanacağı, 06.01.2014 tarihinde yapılan sistoskopide sağ ureter ofisine 4 dizyem dextral enjeksiyonu yapıldı, ek sorunu olmadı.

Eğitim Araştırma Hastanesi'nin Çocuk Cerrahi Evrakında; Üropati ile birlikte Vezikoüreteral-reflü tanısı aldığı, hikayesinde; gelişme geriliği mevcut olduğu, mental retarda olduğu, sol VUR nedeniyle ekstravezikal UNS yapıldığı, phannelstiel eski insizyon skarı olduğu, ürodinamide detruser aktivitenin arttığı, işerken sfinkterin aktif olduğu, üropan 1 ve akşam ½ ölçek, bactrim akşam 1 ölçek, duphalec sabah akşam 2 ölçek verildiği, 1 ay sonra kontrol önerildiği,

Eğitim Araştırma Hastanesi'nin Ürodinamik test sonuçları; Dolum fazı sonuçları: Gönderilen hacim: 388 ml, Kaçak ile kaybedilen hacim:115 ml, Mesane doluluğu: 273 ml, Maks vezikal basınç: 79cmH2O, Maksimal abdominal basınç: 173 cmH2O, Maksimal detrusor basıncı: 42 cmH2O, Gönderilen sıvı: 1009 g/l, İşeme fazı sonuçları: Toplam mesane kapasitesi: 273ml, Maks akış hızı: 10ml/sn, Maks hıza ulaşma süresi:13 sn, Maks akımda Pdet:74cmH2O, işenen hacim:284ml, Akış süresi:50s, İşeme süresi:52s, Gecikme süresi:1 s, Ortalama akış hızı:6 ml/sn, Hesaplanan rezidü idrar:-11ml, İşeme endeksi:-, Açılma basıncı Pves:61cmH2O, Açılma basıncı Pdet:-52 cmH2O , Maks vezikal basınç:93 cmH2O, Maksimal abdominal basınç:140 cmH2O, Maksimal detrusor basıncı:104 cmH2O olarsak ölçüldüğü, kayıtlıdır.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli tıp kurumu: Hastanın VUR tanılarının, bu hastalığı tedavi etmek için yapılan ameliyatların, ameliyatlardan sonra hastanın takibinin tıbbi kurullara uygu olduğu, tıbbi hata tespit edilmediğine karar verildi.

DEĞERLENDİRME

Uz. Dr. Cevper Ersöz, Bezmialem Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Bu dosya hakkında tıbbi yaklaşımları değerlendiriniz?

Dosyanın incelenmesini takiben anlaşıldığı üzere, 4 yaşında kız hastanın yapılan muayenesinde büyüme gelişme geriliği, gece gündüz idrar kaçırma şikayeti olan hastanın yapılan USG sinin normal saptandığı, tam idrar incelemesinde bol bakteri ve eritrositi saptanması üzerine yapılan ileri incelemelerinde, sağ vezikoureteral grade 4 reflü saptanması üzerine antibiyotik profilaksisine alınmasını takiben istenen muhtemelen DMSA sintigrafide Sağ böbrek üst pol, alt polde ve medial dış kısmında düzensiz aktivite tutulumları olduğu ve fonksiyonun % 47 olarak, sol böbreğin ise normal parankimal tutulumu olduğu ve fonksiyonunun % 53 olduğu belirtilmiştir.

Hasta 3. ay kontrolünde ameliyat kararı alınarak sağ grade 4 reflü için sağ üreteroneosistostomi operasyonu yapıldığı, postop 2. ay nükleer tıp incelemelerinde sol böbrek % 66, sağ böbrek % 34 fonksiyona sahip olduğu, ameliyatı takiben 3. ayda idrar kaçırma semptomları devam eden hastanın yapılan sistoskopisinde mesanenin trabeküle, perivezikal divertikülü olduğu, sağ üreter orifisinin normalden geniş olduğu, sol üreter orifisinin normal gözlendiği ve aynı seansta sol üreteroneosistostomi yapıldığı anlaşılmaktadır.

Hastanın beş yıl sonra yapılan kontrolünde mental retarde olarak belirtilmiş ve yapılan VCUg de Sağ grade 3 nüks reflü saptanmış, ek olarak çekilen Lomber MRG da patoloji gözlenmemiş, yapılan ürodinamik incelemede ise detrusor aşırı aktivite ve yüksek işeme basıncı gözlendiği bunu takiben sağ üretere endoskopik olarak subüreterik madde enjeksiyonu yapıldığı belirtilmiştir. Hastaya detrusor aşırı aktivite nedeniyle uropan şurup, profilaksi amaçlı bactrim suspansiyon ve konstipasyon nedeniyle duphalac şurup verilmiştir.

2- Hastanın tedavi endikasyonunda iddia edildiği üzere gereksiz bir girişim var mıdır?

Vezikoureteral reflüde tedavi gerektiren durumlar arasında yüksek grade reflü ve renal skar saptanması bulunmaktadır. Bu haliyle dosya konusu hastada tedavi endikasyonu vardır. (Tekgül S, Dogan HS, Erdem E, Hoebeke P, Kocvara R, Nijman JM, Radmayr C, Silay MS, Stein R, Undre S. EAU Guidelines, Paediatric Urology 2015).

3- Hastanın primer tedavisini takiben diğer üriner sisteme yapılan girişim hakkında değerlendirmeniz nedir?

Özellikle işeme disfonksiyonu olan çocuklarda sonradan kazanılmış üst sistem reflüleri görülmektedir. Bu daha çok primer reflü olan tarafın tedavisini takiben pop off mekanizması ortadan kalkmakta ve sağlam sisteme reflü görülebilmektedir. Yüksek işeme basıncının tedavi edilmesiyle birlikte reflü tedavisi yapılabilir (Paediatric Urology Web Book-ESPU, 2015).

4- Hastanın takiplerinde primer reflü ameliyatlarına rağmen görülen nüks reflü ve antikolinergik tedavi hastanın prognozuna bir etkisi olmuş müdür?

Hastanın takiplerinde işeme basıncını düşürme amaçlı verilen Oksibutinin HCL, FDA tarafından pediatrik hasta grubunda aşırı aktif mesane tedavisi için onayladığı tek antikolinergiktir ve özellikle yüksek işeme basıncı olan hastalarda önerilmektedir. Post miksiyonel rezidünün olmaması nedeniyle hastaya ek bir tedavi önerilmediği anlaşılmaktadır. Buna karşın nüks reflü nörojen mesane olgularında sık görülmektedir ve tedavi seçenekleri arasında subüreterik madde enjeksiyonu vardır.

5- Yapılan tedavilerin iddia edildiği üzere hastanın mental retardasyonuna ve gelişme geriliğine doğrudan etkisi olmuş müdür?

Dosya içeriğindeki bilgilerden anlaşıldığı üzere hasta gelişim geriliği ve ek patolojileri ile birlikte, çocuk kardiyoloji ve çocuk nöroloji tarafından takip edilmektedir. Tedavi öncesinde yapılan nükleer tıp incelemelerinde sağ böbrek fonksiyonu % 47 iken ilk tedavi sonrası bu oran % 35 e düşmüştür. Yapılan incelemenin DMSA, DTPA yada MAG3 yöntemlerinden hangisi olduğu ayrıca belirtilmemiştir. Bununla birlikte hasta eğer aynı tetkik ile takip edilmişse araya giren üriner enfeksiyonlar, nörojen mesane

bulgularıyla birlikte böbrek fonksiyonlarını kötüleştirme olasılığı görülmektedir. Hastanın 6. yıl poliklinik kontrolünde sintigrafik inceleme bulguları bulunmamaktadır. Hastanın gelişim geriliği ve mental retardasyonu ile üriner patolojileri arasında bir ilişki bulunmamıştır. Konjenital ya da sonradan kazanılmış patolojileri de göz önüne alınarak bu durumu hakkında ek bilirkişi raporları gerekmektedir.

6- Bu dosya hakkında bilirkişi raporunuz nasıl olurdu?

Hastanın ürolojik patolojisi olan vezikoüreteral reflü hastalığının cerrahi tedavileri, sonrasında gelişen nüks ve karşı taraf vezikoüreteral reflü girişimlerinin tedavi endikasyonlarında tıbbi bir hata gözlenmemiştir. Ayrıca işeme disfonksiyonu takip ve medikal tedavileri açısından tıbbi bir hata düşünülmemiştir.

7.4 İNMEMİŞ TESTİS

7.4.1 İNMEMİŞ TESTİS AMELİYATI SONRASI ATROFİNİN SEBEBİ NEDİR?

TALEP

Müştekiler çocuklarının Devlet Hastanesinde görevli doktor tarafından inmemiş testislerin inmesi için ameliyat edildiğini, 2006, 2007, 2008 ve sonrasındaki yıllarda çocuklarının aynı doktor tarafından muayene edildiğini iyileşmemiş olduğunun söylendiğini, 2011 Devlet Hastanesinde ve Üniversitesi Araştırma hastanesinde çocuklarının testislerini tamamen kaybettiğini öğrendiklerini beyanla müracaatta bulunmuşlardır. Tedavi evrakları ve soruşturma dosyası gönderilmiştir. İnceleme yapılarak; Şüpheli doktorun kusuru olup olmadığı (varsa hangi yönlerden olduğunun belirtilmesi) hususunda rapor düzenlenmesi, mağdur çocuğun TCK'nın 89 anlamında raporunun düzenlenmesi istenmektedir.

İDDİA

Müştekiler 12.09.2011 tarihli ifadelerinde; "Benim 11 yaşında bir oğlum vardır. Benim oğlumun 1,5 yaşında iken yumurtalıklarının yerinde olmadığını fark etmem üzerine doktora götürdüm ve 5 yaşında ameliyat olması gerektiği bize söylendi. Bizde oğlum 5 yaşına geldiğinde Devlet Hastanesine götürerek 07.07.2005 tarihinde ameliyat yaptırıldı, ameliyattan sonra sürekli olarak kontrollere gittik ve her gittiğimizde bu doktor bize iyileşme olduğunu ve ameliyat nedeniyle zamanla yumurtalıkların oluşacağı bize söyledi. Biz ameliyattan sonra her 6 ayda bir oğlum kontrolde götürdük ve bize her şeyin yolunda olduğu söylendi. Ancak kızım doktor olarak göreve geçen yıl başlayınca kardeşine ait film ve grafileri görev yaptığı İzmir iline götürdü ve orada yapılan kontroller sırasında oğlumun ameliyatının başarısız olduğu ve tamamen iki taraflı olarak kanalların ameliyat sırasında kapatılmış olduğu bize söylendi. Bunun üzerine bizde oğlum İzmirde Üniversiteye götürdük ve orada yeniden yani 28.06.2011 tarihinde ameliyat oldu, ancak daha önce yapılmış olan ameliyat eksik ve yanlış daha doğrusu hatalı olarak yapıldığından dolayı tam olarak iyileşmedi. Oğlum, doktorun yapmış olduğu ameliyat nedeniyle uzuv kaybına uğramış ve aynı zamanda ömrü boyunca tedaviye muhtaç duruma gelmiştir. Tüm bu nedenlerden dolayı oğlum ameliyat eden doktordan davacı ve şikayetçiyim.

SAVUNMA

Üroloji Uzmanı: Ben 2005 yılında Devlet Hastanesinde görev yapmaktaydım. Müştekilere ifadelerinde bahsetmiş oldukları şikayete konu olayı hatırlıyorum, olay tarihinde müşterilerin çocuğu bana çocuk doktoru tarafından testislerinin olmaması nedeniyle sevkle gönderildi. Bende yapmış olduğum muayeneler sonucunda çocuğun testislerini olmadığını tespit ettim, daha sonrasında USG çekirdim, çekilen USG'de çocuğun testislerinin görülemediği rapor edildi, bende bunun üzerine hastaya çocuğun ameliyat için yaşının geç kalındığını, bu ameliyatın 18 aylık oluncaya kadar yapılması gerektiği, aksi takdirde testislerin zarar göreceği hususunu müşterilere anlattım. Testislerin ameliyat ile varsa bulunup yerine indirilmesi gerektiğini müşterilere söyledim. Onlarda bu durumu kabul ederek ameliyat yapılması konusunda izin verdiler. Ve ben gerekli gördüğüm ameliyatı yaptım, ancak ameliyat sırasında ameliyat

notunda da belirttiğim gibi çocuğun her iki testisinin ileri derece atrofik olduğu (yani küçük) ve her iki tarafta fıtık olduğu görüldü, iki taraflı fıtık onarımı yapıldı, her iki kord scrotuma indirildi. Yok denecek kadar olan testis parankimi scrotuma tespit edilerek ameliyat sonlandırıldı ve tüm bu hususlar konusunda aile bilgilendirildi. Daha sonrasında çocuğun takipleri gerektiği ergenlik çağına geldiğinde bu testislerin yetersiz kalacağı ek tedaviler gerekebileceği aileye anlatılarak taburcu ettim. Bir hafta sonra çocuk tarafıma getirildi ve ameliyat dikişlerini aldım, bundan sonra hasta bir daha kontrol için yanıma herhangi bir şekilde getirilmedi. Ayrıca müştékilerin beyanlarında bahsettikleri kanal bağlanması fıtık ameliyatı yapıldığında zaten tıbbi olarak uygulanan bir işlemdir, tüm ifadelerimden de anlaşılacağı gibi zaten çocuk bana ameliyata geldiğinde testisleri yoktu, ayrıca tüm ameliyat öncesinde ve sonrasında benim görevimde ihmalim kesinlikle söz konusu değildir, üzerime atılı bulunan hiçbir suçlamayı kabul etmem.

BELGELER

Devlet Hastanesi Tıbbi Belgelerinde; Skrotaol USG'de her iki testis skrotumda izlenmediği, fizik muayenede sol testis bulunmadığı, sağ testis inuinal kanalda? atrofik? olduğu, 28.06.2005 tarihinde bilateral inmemiş testis tanısı ile yatışının yapıldığı, aynı gün izinli olarak gönderildiği, ameliyat öncesinde anestezi ve çocuk hatalıkları konsültasyonunun yapıldığı, 07.07.2005 tarihinde genel anestezi altında ameliyata alındığı, ameliyat notunda; "Her iki testis oldukça atrofikti belli belirsiz parankim izleniyordu. Bilateral orşipeksi ve herni onarımı yapıldı" kayıtlıdır.

Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı 28.06.2011 Tarihli Epikriz Notu: 2007 yılında doğuştan beri olan inmemiş testis nedeniyle dış merkezde opere edilen ve izlemde testisleri skrotumda izlenemeyen olgu operasyon amacıyla yatırıldı, fizik muayenesinde haricen erkek, sünnetli, testisler skrotum ve inguinal kanalda palpe edilemedi, bilaterai oblik operasyon skarı görüldü, 20.06.2011 tarihli USG'de her iki testis skrotum ya da inguinal kanalda izlenemedi, 28.06.2011 tarihinde genel anestezi altında laparoskopik eksplorasyon uygulandı, bilaterai testis kord ve damar yapıları izlendi, damar yapılarının bağlanmış olduğu görüldü, operasyon sekonder atrofik testis olarak tanımlandı.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Devlet Hastanesinde 07.07.2005 tarihinde bilateral inmemiş testis nedeniyle ameliyat olduğu, ameliyat esnasında testislerin atrofik olduğunun görüldüğü, bilateral orşipeksi ve herni onarımı yapıldığı, Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalında 20.06.2011 tarihinde yapılan skrotal USG'de her iki testis skrotum ve inguinal kanalda izlenemediği, 28.06.2011 tarihinde genel anestezi altında laparoskopik eksplorasyon uygulandığı, bilateral testis kord ve damar yapıları izlendiği, damar yapılarının bağlanmış olduğu görüldüğü, operasyon sekonder atrofik testis olarak tanımlandığı anlaşılan 2000 doğumlu çocuk hakkında düzenlenmiş adli ve tıbbi belgelerin incelenmesi sonucunda;

Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı tarafından 28.06.2011 tarihinde yapılan laparoskopik eksplorasyonda operasyon sekonder atrofik testis tanımının doğru olmadığı, çünkü 07.07.2005 tarihinde Devlet Hastanesinde yapılan ameliyatta testislerin atrofik olduğunun ameliyat notunda kayıtlı olduğu, bu nedenle küçükte tespit edilen atrofik testislerin ameliyat sonrası oluşmadığı, testislerin 07.07.2005 tarihinde Devlet Hastanesinde yapılan ameliyattan önce de atrofik olduğunun anlaşıldığı cihetle hekime kusur atfedilmediği oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Uz. Dr. Turgut Alp, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- İnmemiş testis ameliyatının testis atrofisine sebep olma ihtimali ne kadardır ve sebepleri nelerdir?

Kaynak kitapların ilgili bölümlerinde inmemiş testis ameliyatlarından sonra, gelişebilecek komplikasyonlar arasında testis atrofisinin nadiren görüldüğü belirtilmektedir. Literatür gözden geçirildiğinde ise inmemiş testis ameliyatlarından sonra testis atrofisi görülme oranlarının %1-%9 arasında olduğu, testisin yerleşimi ile ilgili olarak oranların değiştiği görülmektedir. İntraabdominal testislerde operasyon

sonrası %9 civarında olan atrofi gelişme oranının, inguinal kanal distaline doğru %1'e kadar düştüğü gözlenmektedir. Bahsedilen %9 gibi yüksek oranların Fowler-Stephens prosedüründe standart olan korda ait vasküler elemanların bağlanarak kesilmesine sekonder olduğu bilinmektedir. Inguinal yerleşimli testislerde ise herni onarımı, kord disseksiyonu sırasında vasküler yaralanmalar, aşırı koter kullanımına bağlı termal hasar veya testisin skrotuma yerleştirilmesi sırasında torsiyoine olması nedeniyle oluşabileceği belirtilmektedir. (Testicular atrophy after attempted pediatric orchidopexy for true undescended testis; Journal of Pediatric Surgery 49(2):317-22, February 2014) (Campbell-Walsh Urology ninth edition volume 4: section 17; 3771-3787) (Reoperative Urology Cohen-Resnick section 22: 254-257)

2- İnmemiş testis ameliyatından sonra testis atrofisinin, testisin gelişme geriliğine mi yoksa yapılan ameliyata mı bağlı olduğu nasıl anlaşılır?

İnmemiş testis ameliyatlarında sonra testis atrofisinin, testisin kendine ait gelişme geriliğine mi yoksa operasyona ait bir komplikasyon sonucu mu olduğu kararına varmak oldukça güçtür. Böyle bir sonuca varabilmek için öncelikle hastanın operasyon esnasındaki yaşı, testislerin yerleşimi, palpabl olup olmadığı, ultrasonografi ile saptanan testis boyutlarının bilinmesi, nonpalpabl testislerde Manyetik Rezonans Görüntüleme(MRI) gibi parametrelerin birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca operasyon sırasında her iki testisin de atrofik olduğunu saptamasına rağmen orşiopeksi prosedürünü tamamlamaya karar veren cerrahın operasyon esnasında alacağı testis biyopsisi materyalinin patolojik değerlendirilmesi önemli katkıda bulunacaktır. Biyopsi materyalinin olmaması karara varmada ciddi bir eksiklik yaratmaktadır. Skrotal Doppler Ultrasonografik inceleme ile atrofik olsa da testise ait görüntüleme sağlanabilir ise kanlanmasının olup olmadığı, vasküler yaralanma ya da peroperatif torsiyon açısından yol gösterici olabilir.

3- Dosyadaki hastanın hastalığı nasıl yönetilmeliydi?

Hastanın 1,5 yaşında iken inmemiş testis ön tanısı ile götürüldüğü doktor tarafından 5 yaşına kadar beklenmesi söylenmeyip ileri tetkik ve tedavisi için ilgili doktora yönlendirilmesi gerekirdi. Güncel tıbbi bilgilerimiz ışığında inmemiş testis olgularının post-term 6. Aydan itibaren en erken ve uygun zamanda tedavi edilmeleri gerektiği bilinmektedir. 5 yaşında iken başvurdukları doktorun hastaya ait tıbbi dökümanları incelendiğinde ultrasonografik olarak testislerin skrotumda görülemediği, fizik muayenede sağ inguinal kanalda atrofik testise ait şüpheli oluşumun palpe edildiği bilgilerine ulaşılmıştır. Bu bilgiler ışığında bilateral non-palpabl testis olarak kabul edilmesi gereken olguda ileri tetkik olarak her ne kadar %100 tanı koyduracak spesifite ve sensitiviteye sahip olmasa da noninvazif olması sebebiyle manyetik rezonans (MRI) görüntüleme tercih edilmeliydi. MRI sonucunda intraabdominal ya da ektopik yerleşimli testise ait bulgu saptanmadığı takdirde yapılması gereken laparoskopik eksplorasyon olmalıydı. Laparoskopik inceleme ile böbrek hilusları hizasından inguinal kanal ağızlarına kadar testisler aranmalı, daha da önemlisi vas deferens ve korda ait vasküler elemanların inguinal kanallara girip girmedikleri gözlenmeliydi. Eğer bilateral vas deferens ve vasküler elemanların inguinal kanallara girdikleri saptanır ise inguinal eksplorasyon yapılmalıydı. Inguinal eksplorasyon sırasında ameliyat raporunda belirtildiği gibi atrofik\vanishing testisler ile karşılaşıldığında biyopsi alınabilecek testis dokuları var ise biyopsi alınmalı, bu esnada (perop) hasta yakınları ile iletişim kurulup, durum ve olası riskler hakkında bilgi verilerek operasyona devam edilme kararı anlatılmalıydı.

4- Bu aşamada çocuk nasıl takip edilmelidir?

Bu aşamada çocuğun takibi onkolojik, endokrinolojik ve fertilizasyon olmak üzere 3 ana konuda değerlendirilmelidir.

Onkolojik değerlendirme: İnmemiş testislerde testis kanseri gelişme oranının %0,05-%1 arasında olduğu bilinmekte olup bu oranların atrofik testislerde arttığı göz önüne alınmalıdır. Bu nedenle hasta veya aile bilgilendirilmeli, çocuğun veya ailenin en az ayda bir kez inguinal bölgeyi kontrol etmesi, olası değişikliklerde hekime müracaat etmesi salık verilmelidir. Ayrıca 6 ay gibi sık aralıklarla hekim muayenesi önerilmelidir.

Endokrinolojik değerlendirme: Hasta testiküler yetmezlik sonucu gelişebilecek endokrinolojik etkiler açısından (fizik gelişim, seks karakter gelişimi, metabolizma vs.) çocuk endokrinolojisi ile kollabere takibe alınmalıdır.

Fertilizasyon: Aile, gelişecek infertilite ve sebepleri hakkında bilgilendirilmelidir.

5- Bu dosya hakkında bilirkşi görüşünüz nasıl olurdu?

Hasta yakınını şikayet dilekçesi ve ilgili doktorun savunması incelendiğinde; hastanın 1,5 yaşında iken bilateral inmemiş testis tanısı aldığı ancak 5 yaşında iken tedavi için ilgili doktora götürüldüğü, yapılan fizik muayene ve ultrasonografik inceleme ile bilateral inmemiş testis tanısı konularak, bilateral inguinal eksplorasyon yapıldığı anlaşılmıştır. Operasyon notunda her iki testisin atrofik olduğu ayrıca bilateral herni onarımı yapıldığı belirtilmiştir. Hekimin savunmasında operasyon sonrasında testislerinin atrofik olduğu ve ileride ek tedaviler gerekebileceğinin aileye anlatıldığı belirtilmektedir. Ancak ailenin şikayet dilekçesinde hastanın ameliyat sonrası altı ayda bir olmak üzere aynı hekime kontrole götürüldüğü, kontroller esnasında zamanla iyileşme göstereceği ifade edildiği iddia edilmektedir. Elimizde ilgili hekimin çalıştığı hastane kayıtları olmadığından bu iddianın gerçek olup olmadığı hakkında fikir edilememektedir.

Hastanın 11 yaşında iken götürüldüğü tıp fakültesi hastanesi çocuk cerrahisi kliniğince düzenlenmiş olan tıbbi dökümanlar incelendiğinde; ilk operasyon notuna kesinlikle inanılmadığı görüşüne varılmıştır. Bu görüşün nedeni ise bilateral inguinal eksplorasyon yapılmış, vas deferenslerin sonlandığı noktada atrofik de olsa testis dokusu gözlenmiş ve herni onarımı yapılmış olguda hala abdominal testis olabileceği düşüncesiyle laparoskopik eksplorasyon yapılması over treatment olarak değerlendirilmelidir. Bu konuda yapılabilecek non invazif görüntüleme yöntemleri dikkate alınmamıştır. Yapılan laparoskopik eksplorasyona ait raporda her iki testise ait kord ve vasküler elemanların inguinal kanallara girdiği belirtilmiştir. Ancak konu ile ilgili tüm branş hekimlerinin bileceği üzere abdominal eksplorasyon ile korda ait yapıların inguinal kanal iç ağzına kadar olan kısmının görülebileceği, hastaya yapılan inguinal eksplorasyonunun inguinal kanal ile sınırlı olduğu, abdominal yapılara ait bir müdahalenin olamayacağı aşikardır. 2005 yılında yapılan ilk ameliyat raporunda da abdominal eksplorasyona ait not bulunmamaktadır. Bilateral kordların abdominal kısımlarındaki vasküler yapıların bağlandığının nasıl tespit edildiği anlaşılamamıştır. Sehven yazılmış olduğu düşünülmüştür.

Bu değerlendirmeler sonucunda hasta yakınlarının şikayet dilekçesinde ifade ederek üniversite hastanesinde yapılan ikinci ameliyat notu ile destekledikleri testislerin ilk operasyon sonrası atrofiye uğradığı iddialarının doğru olmadığı görüşüne varılmıştır.

7.5 SÜNNET

7.5.1 SÜNNET SONRASI PENİSTE NEKROZ: NEDENİ?-1

İDDİA

5 yaşındaki oğlumu sünnet etmek üzere 17/04/2013 günü Devlet Hastanesine götürdüm. Doktor çocuğu ameliyat etmeye başladığı zaman çocuk bayıldı. Ben dedim ki "hocam çocuk bayıldı". Doktor dedi ki "sen bilmiyorsun ben biliyorum, sessiz ol". Eşim ağlamaya başladı. Amcası dedi ki hocam bu çocuk öldü, bunun üzerine doktor sinirlenip, ameliyatı bırakarak aşağı indi. Biz de aşağı inerek çocuğun ameliyat masasında kaldığını ameliyatı yapması için doktora söyledik. Doktor yaklaşık 20 dakika sonra tekrar geldi. Lazerle ameliyata başladı. Sonra yanık et kokusu geldiğini doktora söyledik. Doktor bir şey olmaz diyerek ameliyata devam etti. Ameliyatı bitirerek bizi servise gönderdi. Sabahleyin taburcu etti. Çocuğum taburcu edildiğinde doktor bir merhem ismini reçeteye yazdı. Ben eve gittikten sonra merhemi aldım. Merhemi günde 2 defa penisine sürmemiz gerektiğini söyledi. Çocuğu eve götürdük. Çocuğu 3 gün sonra tekrar devlet hastanesine götürdük. Hastanede 3 gün yattı. Çocuğumu başka bir genel cerrah tedavi etti. Çocuğun karnı evde şişmeye başlayınca 10 gün sonra yeniden Devlet Hastanesine gittik. Çocuğumu 3 gün daha yatırdılar çocuk iyileşmeyince doktor bey ildeki devlet hastanesine sevk etti. Devlet Hastanesinde 1 gün yatırdılar. Sonra taburcu ettiler. 7 gün sonra kontrole getirmemi istediler. 7 gün sonra yeniden Devlet Hastanesine geldik. Çocuğumu 1 gün hastanede yatırdılar. Doktor bizi Bölge Devlet hastanesine sevk etti. Bölge hastanesi de Üniversite hastanesine sevk etti. Hastanede 18 gün

kaldı, 2 sefer ameliyat ettiler. Bana 6 ay sonra çocuğumu yeniden getirmemi isteyerek taburcu ettiler. Çocuğum şu anda sakat kalmıştır. Çocuğumun tedavisini yanlış sünnet ederek yaralanmasına sebep olan doktordan davacı ve şikayetçiyim.

SAVUNMA

Genel Cerrahi Uzmanı: Hasta sünnet operasyonu amacıyla Devlet Hastanesi'ne başvurdu. Hastanın muayenesi yapıldıktan sonra dosyası düzenlendi. Hastadan onam belgeleri imzalatıldı. Hastaya yapılacak operasyon anlatıldı. Hastanın operasyondan sonra karşılaşılabileceği riskler anlatıldı. Hasta aynı gün izinli olarak eve kendi isteği ile gitti. 18 Nisanda küçük müdahale odasında baticonla uygun cilt temizliğini takiben steril olarak hasta örtüldü. Hastaya glans penis çevresine lokal anestezi yapıldı. Daha sonra hastaya yeterli mukoza parçası bırakılarak uygun cerrahi sirkumsizyon uygulandı. Bu işlem yapılırken absorbable sütür materyali kullanılmıştır. İşlem bittikten sonra hasta servis yatağına alınmıştır. Hastaya antibiyoterapisi ve analjezi uygulandı. Hasta post op 1. gün yara yeri temiz, ödem yok, kanaması yok, ciltte nekroz yok, akıntı yoktu. Hasta cerrahi şifa ile taburcu edildi. Hasta taburcu edilmeden hastanın reçetesi düzenlendi. Hasta yakınına mutlaka iki günde bir kontrol ve pansuman amaçlı getirmesi öğütüldü. Hasta yakınına acil bir durumda (kanama, ateş yüksekliği vb gibi durumlarda) hemen acile başvurusu anlatıldı. Hasta bu tarihten itibaren 30 nisan tarihine kadar takip ve pansuman amaçlı Devlet Hastanesine ya da herhangi bir sağlık kurumuna başvurmamıştır. 30 Nisan tarihinde (operasyondan sonra 12 gün sonra) Devlet Hastanesi'ne başvurmuştur. Devlet Hastanesi'nde hastayı değerlendiren Genel Cerrahi Uzmanı hastayı cerrahi alan enfeksiyonu tanısı ile interne etmiş ve 3 Mayıs tarihinde medikal şifa ile taburcu etmiştir. Hasta bu süreden yaklaşık iki hafta sonra (20 Mayıs tarihinde) Çocuk Cerrahisine başvurmuştur. Hasta değerlendirilip Çocuk Cerrahisine sevk yapılmıştır. Görev yaptığım süreden 1 ay sonra Çocuk Cerrahisi'nden arkadaşım beni durumdan haberdar etmiştir. Hastanın yatırılıp tedavilerine devam ettiğini beyan etmiştir. Hasta, annesi ve abisi ile 22 Mayıs tarihinde yanıma geldiler. Hastanın eriyip, bittiğini, hastalarını Van'a götürmek istediklerini ifade ettiler. Birkaç gün sonra şu anda ismini hatırlamadığım bir beyefendi beni aradı. Bana kendisinin şu anda savcılıkta olduğunu ve on çocuğu aynı bıçakla kestiğimi, bu yüzden beni Savcılığa vereceklerini söylediler. Ben de telefondaki beyefendiye böyle bir durumun imkansız olduğunu, her hasta için ayrı steril malzeme kullandığımı ve beni dava etmek istiyorlarsa bu onların doğal hakkı olduğunu beyan ettim. Bunun üzerine telefonu kapattılar. Bu olayla ilgili, ifadeye çağırıldığım zamana kadar da hasta hakkında kimseden haber alabilmiş değilim. Hasta yakınlarının savcılığa beyan etmiş buldukları iddialar ile ilgili olarak yanlış tedavi uyguladığımı kabul etmiyorum.

BELGELER

Devlet Hastanesinin 17.4.2013 tarihli müşahade evrakı ve epikrizinde; Fimozis tanısıyla sünnet edilmek üzere yatırıldı, aydınlatılmış onam formu imzalandı, fimozis açıldı ve sünnet yapıldı, tedavisi düzenlendi ve 19.4.2013 tarihinde taburcu edildi.

18.4.2013 tarihinde kullanılan ilaçlar: Gerofen 100ml süspansiyon, Jetokain 2 ml 3 ampul, Furaderm %0,2 pomad, İzodeks 500 ml, Ampisid iv. 1gr flakon, Bactroban %2 lik 15gr krem.

19.04.2013 tarihinde kullanılan ilaçlar: Neofleks %0,9 izotonik sod. klorür sudaki sol. 100 ml, Ampisid iv. 100ml, İzodeks 500 ml, Gerofen 100 ml süspansiyon.

Devlet Hastanesinin 20.5.2013 tarihli müşahade evrakı ve epikrizinde; Dış merkezde yapılan sünnet sonrası peniste şişlik ve enfeksiyonu olan hasta yara iyileşmeyince başvurdu. Çocuk Cerrahisi Uzmanı tarafından sünnet komplikasyonu düşünülerek yatırıldı. Peniste özellikle ventral yüzde cilt defekti ve nekroz, sekonder gelişen granülasyon dokusu ve enflamasyon mevcut, insizyon hattı tamamen açık, yanlış iyileşmeler ve yapışıklıklar mevcut, glans ventral yüzde kayıp, subcoronal hipospadias mevcut olduğu görüldü. Hastaya duocid başlandı, günlük pansuman ve debridmanları yapıldı, glansta kayıp ve hipospadias mevcudiyeti nedeniyle ileri bir merkeze sevk planlandı, mesh ile sargı yapıldı ve sevk edildi.

Üniversite Tıp Merkezinin 24.5.2013 tarihli müşahade evrakı ve epikrizinde; Sünnet sonrası idrar yapamama şikayetiyle başvurdu, sünnet komplikasyonu (hipospadias + hipertrofik scar) tanısıyla yatırıldı, medikal tedavi ve pansumanları yapıldı, 31.5.2013 tarihinde GAA da ameliyata alındı, penis üzerindeki nekrotik dokular temizlendi, glansın yaklaşık 3/4 ünün epitel ve glans dokusuna kısmi kaybı gözlemlendi, üretra

ventralde koronal sulkusa kadar uzanmakta, glansa ait kısmı mevcut olmadığı görüldü, (primer hipospadias veya iatrojenik?). Penis shaftındaki cilt penisin 1/2'sini sarmakta olduğu, distal kısmında cilt mevcut olmadığı görüldü, nekrotik dokular ve skar dokuları debride edildikten sonra cilt tüm penis shaftını kaplayacak şekilde ilerletilerek tespit edildi, üretra onarımı yapılmayarak daha ileriki döneme ertelendi, üretra kataterize edildi, medikal tedavi ve pansuman yapıldı, kontrol önerisiyle taburcu edildi.

Adli Tıp Kurulunca sorulması üzerine Genel Cerrahi uzmanının mahkemeye alınan 3.12.2015 tarihli ifadesinde, özetle; Sünnet operasyonunda damarları yakmak için bipolar koter kullandım. Adrenalinsin lokal anestezi yaptım. Yani citanest prilocain adrenalinsiz anestezi kullanarak yaptım. Elektrokoter'in bipolar versiyonunu kullandım. Bununla penisi yakmadım. Sadece kanayan damarları durdurmak için kullandım.

Tıp Fakültesi Hastanesinin 26.8.2015 tarihli Üroloji raporunda; 2013 de dış merkezde sünnet olmuş.1.5 ay sonra tıp fakültesi çocuk cerrahi bölümünde koronal hipospadias (iatrojenik distal uretral kayıp) nedeniyle hipos onarımı yapılmış bundan 3 ay sonra yine aynı çocuk cerrahi kliniğinde penis rekonstruksiyonu uygulanmış. FM: Penil deri glansa yapışık ve subcoronal hipos fistülü izlendi. Kordi izlenmedi. Glans bütünlüğü kısmen bozulmuş olduğu görüldü.

Karar: Glans bütünlüğü kısmen bozulmuş. Penis ve scrotum bütünlüğünde bozulma yok. Hastanın operasyonlar öncesi raporları olmadığından subkoronal hiposunun konjenital olup olmadığı hakkında sağlıklı değerlendirme yapılamamaktadır.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Ön inceleme raporu: Sünnet operasyonu diğer cerrahi işlemler gibi asepti ve cerrahi disiplin gerektiği ve de belli oranlarda komplikasyon riski taşıyan bir işlemdir. Gerekli sterilite hassasiyeti gösterilmediği veyahut yanlış cerrahi uygulamalar neticesinde ciddi boyutlu sorunlar oluşturabilir. Lakin kimi zaman tüm şartlar uygun ve usulüne uygun iken de belli oranda komplikasyonu görülebilir. İşlem sırasında penis ucunun yaralanması, ameliyat bölgesinde kanama olması, skar dokusu oluşması, enfeksiyon gelişmesi gibi komplikasyonlar nadiren oluşa da görülebilir. Bu sebeple cerrahi sirkumsizyon (sünnet) işlemi öncesi ailelerin aydınlatılmış onam belgesi ile bilgilendirilmesi ve onam imzalarının alınması, oluşan komplikasyonlara karşı derhal gerekli müdahalenin yapılması veya bir üst merkezde yaptırılması gerekmektedir. Olaya konu sünnet işleminde cerrahın iatrojenik yaralanmaya neden olduğu, ancak gelişebilecek bu komplikasyonla ilgili hasta yakınlarını aydınlatılmış onam belgesi ile yeterli düzeyde bilgilendirmediği, onam imzalarını almadığı ve gelişen bu komplikasyonun tedavisi için akut dönemde gerekli işlemin yapılmadığı kanısına varılmıştır. Bununla birlikte mevcut tablonun agreve olarak ileri boyutlu enfeksiyon ve skar doku oluşumunda hasta velisinin yeterli hassasiyeti göstermemesi de etkili olmuştur. Komisyonumuz Genel Cerrahi Uzmanı hakkında soruşturma izni verilmesine karar verilmesi kanaatindeyiz.

Adli Tıp kurumu: 17.4.2013 tarihinde yatırmak suretiyle aydınlatılmış onam formu imzalandıktan sonra 2008 doğumlu çocuğa cerrahi sünnet uyguladığı, hastaya reçete verip önerilerle 19.4.2013 tarihinde taburcu ettiği, hastada bilahare gelişen yara enfeksiyonu sonucu ortaya çıkan klinik tablonun komplikasyon olarak değerlendirildiği, hastanın nekahat döneminde adı geçen hekimin asıl görev yerine dönmesi nedeniyle hastada gelişen komplikasyonu yönetme ve ilgilenme imkanının olmadığı, zaten bu süreçte kendisine müracaat edilmediği, hastanın gecikme ile 20.5.2013 tarihinde götürüldüğü Devlet Hastanesinde ve daha sonra Üniversite Hastanesinde yara bakımı ve tedavisinin yapılmış olduğu, sorulduğu üzere davalı Genel Cerrahi Uzmanına somut olarak atfedilebilecek ihmal ya da kusur bulunmadığı, oybirliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Bundan sonraki dosyadaki çocuk da aynı doktor tarafından aynı gün sünnet edilmiştir. Birincisinde glansın ¾ ünde ikincisinde de penis ventralinde nekroz gelişmiştir. Bu iki dosya birlikte değerlendirileceklerdir.

7.5.2 SÜNNET SONRASI PENİSTE NEKROZ: NEDENİ?-2

İDDİA

5-6 yaşlarındaki oğlum 18/04/2013 tarihinde Devlet Hastanesinde sünnet edilirken doktor ile birlik-teydim. Çocuğumun ellerini tuttum ve gözlerini kapattım. Sünnete başlamadan önce doktorun yanında 7 tane iğne vardı. Bu iğneleri en fazla 2 dakikada çocuğumun penisine vurdu. Ameliyata başladığı zaman çatalla penisin iki tarafından tutturmuştu. Bu çatalları başka personel tutuyordu. Doktor ameliyata baş-larken çocuk bağarmaya ve ağlamaya başladı. Ben doktora "doktor bey biraz bekleyelim çocuk uyuşsun, acı vermesin" dedim. Doktor beni dinlemedi. Bana çocuk yalan söylüyor diyerek beni ve çocuğu dinle-meyerek lazerle ameliyata başladı. Ben çocuğun büyük olduğunu ve acı çektiğini söylememe rağmen doktor. uyuşmasını beklemeden ameliyata devam etti ve 10-12 dakika içerisinde bitirdi. Sonra çocu-ğu servise çıkardı. Çocuğu servise çıkarırken çocuğa iğne yaparak servise çıkardılar. Çocuk hastanede 1 gece yatırıldı. Sabahleyin bizi taburcu ettiler. Ben doktora kontrol için ne zaman gelmem gerektiğini söyledim. Doktor bana dedi ki "kontrole gerek yok. 4 gün sonra evde bir leğen içerisine ılık su koy, suyun içine şampuan bırakacaksın, çocuğu leğen içerisine oturtacaksın, penisine sarıllı bez yumuşayacak ve bı-rakacak" dedi. Sonra bu merhemi günde 2 sefer sürün dedi. Bana bir merhem ve şurup için reçete verdi. Bende doktorun yazdığı merhemi ve şurupu eczaneden aldım. Bende doktorun söylediği şekilde yap-a-rak çocuğun penisindeki bezi doktorun söylediği şekilde çıkardım. Doktorun verdiği merhemi günde 2 defa sürdüm. Merhem bitene kadar kullanmaya devam ettim. Bittikten sonra Sağlık Ocağına giderek durumu anlattım. Oradaki doktor, "benim yapacak bir şeyim yok, merheme devam edin, dedi. Yeni bir merhem alıp kullanmaya başladım. Yaklaşık olarak 10 gün merhem sürmeye devam etmeme rağmen çocuğun yarası iyileşmeyince Devlet Hastanesine götürdüm. Çocuk Cerrahi Uzmanı muayene etti ve hastaneye hemen yatırıp tedavisine başladı. 2 gün sonra ameliyat etti. Ameliyattan sonra 6 gün daha yatırıp sonra taburcu etti. Bizi taburcu ettiği zaman çocuğun penisinde eski ameliyattan kalan delikler vardı. Doktor bana "eğer bu yaralar iyileşmezse 6 ay sonra yeniden ameliyat olması gerekir" dedi. Bende çocuğumu alıp hastaneden ayrıldım, yolda çocuğun çışı gelip çışını yapamadığı için ağlamaya başladı. Çeri dönerek yeniden devlet Hastanesine geldim, gece olmuştu ve mesai bittiği için acile götürdüm. Acilde durumunun iyi olduğunu, doktorum ile görüşmem gerektiğini söylediler. Bende hastanenin ya-tış bölümüne giderek doktoru aradım, bulamayınca servisteki hemşireye söyledim. Hemşire doktoru telefonla aradı. Doktor Bey hemen geldi. Çocuğu yeniden muayene ederek çocuğumun penisine sonda taktı. O gece hastanede yatırarak sonraki gün bizi Bölge Hastanesine sevk etti. Van'a götürdüm. Bölge Hastanesi çocuğumu Üniversite Hastanesine sevk etti. Ben oğlumu yanlış sünnet ederek yaralanmasına sebep olan doktordan davacı ve şikayetçiyim.

SAVUNMA

Genel Cerrahi Uzmanı: Hasta sünnet operasyonu amacıyla 18/04/2013 tarihinde Devlet Hastanesi'ne başvurdu. Hastadan onam belgeleri imzalatıldı. Hastaya yapılacak operasyon ve operas-yondan sonra karşılaşılabileceği riskler anlatıldı. Hastaya küçük müdahale odasında baticonla uygun cilt temizliğini takiben steril olarak hasta örtüldü. Daha sonra hastaya lokal anestezi yapıldı, hastaya ye-terli mukoza parçası bırakılarak uygun cerrahi sirkumsizyon uygulandı. Bu işlem yapılırken absorbable sütür materyali kullanıldı. İşlem bittikten sonra hasta servis yatağına alındı. Hastaya antibiyoterapisi ve analjezisi uygulandı. Hastanın yara yeri temiz, ödem yok, kanaması yok, ciltte nekroz yok, akıntı yoktu. Hasta cerrahi şifa ile taburcu edildi. Hasta yakınına mutlaka iki günde bir kontrol ve pansuman amaçlı getirmesi öğütlendi.

Hasta Çocuk Cerrahisi'ne 21 mayıs tarihinde başvurmuş, burada 28 mayıs tarihine kadar medikal ve cerrahi tedavi almıştır. Hastayı sünnet tarihten itibaren Çocuk Cerrahisi Uzmanı ile görüşene kadar hiçbir bilgi alamadım. Hasta yakınlarının savcılığa beyan etmiş buldukları iddialarla ilgili olarak yanlış tedavi uyguladığımı kabul etmiyorum.

Çocuk Cerrahisi Uzmanı: Hasta sünnet olduktan sonra sünnet iyileşmemesi nedeniyle başvurdu. Penis ventral yüzde granülasyon ve enfeksiyon dokusu mevcuttu hasta yatırıldı, günlük debridman ve pansuman yapıldı, sonda takıldı. Hasta operasyona alındı ve greft olması nedeniyle üretrotutanöz fistül olmuş olup, ailesinin istemi üzerine sevk edildi.

BELGELER

Devlet Hastanesinin 18.4.2013 tarihli müşahade evrakı ve epikrizi: Fimozis tanısıyla sünnet edilmek üzere yatırıldı, aydınlatılmış onam formu imzalandı, fimozis açıldı ve sünnet yapıldı, antibiyotik ve analjezik verildi, hastanın yara yeri temiz, şikayeti olmadı ve kontrolü önerilip reçete verilerek 19.04.2013 tarihinde taburcu edildi.

18.4.2013 tarihinde kullanılan ilaçlar: Caprosyn polyglitone 26 mm 3/0 keskin, Gerofen 100ml süspansiyon, Jetokain 2 ml 20 ampul, Furaderm %0,2 pomad, İzodeks 1/3 PVC 500 ml, Ampısıv iv. 250mg flakon x4.

19.04.2013 tarihinde kullanılan ilaçlar: Neofleks %0,9 izotonik sod. klorür sudaki sol. 100 ml, Ampısıv im 1 gr 1flakon, İzodeks 1/3 PVC 500 ml, Gerofen 100 ml süspansiyon.

Devlet Hastanesinin 21.5.2013 tarihli müşahade evrakı ve epikrizi: 4 hafta önce dış merkezde yapılan sünnet sonrası peniste şişlik ve enfeksiyon olan hasta yara iyileşmeyince başvurdu, Çocuk Cerrahisi Uzmanı tarafından yatırıldı, peniste özellikle ventral yüzde cilt defekti ve nekroz, sekonder gelişen granülasyon dokusu ve enflame doku mevcut, insizyon hattı tamamen açık, yanlış iyileşmeler ve yapışıklıklar mevcut, hastaya duocid başlandı, günlük pansuman ve debridmanlar yapıldı, mesh ile sargı yapıldı, yapışıklıklar yavaş yavaş açıldı ve debridmana devam edildi, 23.5.2013 tarihinde operasyona alındı, penis ventral yüzde cilt defekti ve iatrojenik kordee mevcut, hastanın penisinde sekonder gelişen granülasyon dokusu ve nekrotik doku mikropenset ile debride edildi, cildin deglove edilmesiyle düzeltildikten sonra mokoza az kalmış olup glansdan ayrıştırıldıktan sonra primer sütüre edildi, ventral yüzdeki defekt primer onarılarak işleme son verildi, perop komplikasyon olmadı ve furasinli mesh ile sarıldı, tedavisi düzenlendi, polk önerisiyle 28.5.2013 te taburcu edildi.

Kullanılan ilaçlar: Silverdin 40 g pomad, Furacin pomad %2, Cezol 1m/iv 1 gr 1 flk-3 adet, Gerofen 100 ml süspansiyon.

Çocuk Cerrahisi Uzmanı tarafından düzenlenmiş epikriz: 1 ay önce dış merkezde sünnet olup sünnet sonrası pürülan akıntı ve iyileşmeme şikayetiyle başvurdu, antibiyotik başlandı ve foley sonda takıldı, günlük pansumanları yapıldı, enfeksiyon düzeldikten sonra primer sütüre edildi, mokazada defekt mevcut, postop 7.gün Foley çekilip taburcu edildi, hasta insizyon yerinden idrar gelmesi üzerine ileri bir merkeze sevk edilmesi planlandı.

Üniversite Tıp Merkezinin epikrizi: 30.5.2013 tarihinde idrar yapamama şikayetiyle başvurdu, 1 ay önce dış merkezde yapılan sünnet sonrası üstten ve alttan idrar çıkışı tarifliyor, hipospadias ve penis çevresinde yoğun scar dokusu saptanarak yatırıldı, medikal tedavi ve pansumanları yapıldı, rahatladı ve kontrol önerisiyle 3.6.2013 tarihinde taburcu edildi.

Adli tıp Kurulunca sorulması üzerine mahkemece alınan ifadesi: Sünnet operasyonunda damarları yakmak için bipolar koter kullandım. Adrenalinsin lokal anestezi yaptım. Yani citanest prilocain adrenalinsiz anestezi kullanarak yaptım. Elektrokoter'in bipolar versiyonunu kullandım. Bununla penisini yakmadım. Sadece kanayan damarları durdurmak için kullandım.

Tıp Fakültesi Hastanesinin 26.8.2015 tarihli Üroloji raporu: 2013 de devlet hastanesinde genel cerrahi uzmanı tarafından sünnet yapılmış. Sünnetten 3 hafta sonra sünnet derisi glanstan ayrılmış. Fistül? darlık? oluşup idrar retansiyonu olmuş. Bunun üzerine 3 hafta sonra sünnet onarımı (hipos fistül onarımı?) yapılmış.

FM: Mid penil hipos fistül traktı izlendi. Penis ve mea doğal izlendi. Hasta yakınının ifadesi ile kurvature yok İşeme gözlemlendi. Fistül hattından bir kaç damla idrar geleni oldu. İşemenin kalibrasyonu ve projeksiyonu doğaldı.

Karar: Penis ve scrotum bütünlüğünde bozulma yok. Hastanın eski raporları olmadığından midpenil hiposunun operasyonlar öncesi olup olmadığı hakkında sağlıklı değerlendirme yapılamamaktadır.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Ön inceleme raporu: Sünnet operasyonu diğer cerrahi işlemler gibi asepti ve cerrahi disiplin gerektiren ve de belli oranlarda komplikasyon riski taşıyan bir işlemdir. Gerekli sterilite hassasiyeti gösterilmediği veyahut yanlış cerrahi uygulamalar neticesinde ciddi boyutlu sorunlar oluşturabilir. Lakin kimi zaman da tüm şartlar uygun ve usulüne uygun iken de belli oranda komplikasyon görülebilir. İşlem sırasında penis ucunun yaralanması, ameliyat bölgesinde kanama olması, skar dokusu oluşması, enfeksiyon

gelişmesi gibi komplikasyonlar nadiren oluşsa da görülebilir. Bu sebeple cerrahi sirkumsizyon (sünnet) işlemi öncesi ailelerin aydınlatılmış onam belgesi ile bilgilendirilmesi ve onanı imzalarının alınması, oluşan komplikasyonlara karşı derhal gerekli müdahalenin yapılması veya bir üst merkezde yaptırılması gerekmektedir. Olaya konu sünnet işleminde cerrahın iatrojenik yaralanmaya neden olduğu ancak gelişebilecek bu komplikasyonla ilgili hasta yakınlarını aydınlatılmış onam belgesi ile yeterli düzeyde bilgilendirmediği, onam imzalarını almadığı saptanmıştır. Ancak gelişen bu komplikasyonun tedavisi için akut dönemde hasta yakınlarının gerekli hassasiyeti göstererek bir sağlık kuruluşuna başvurmadığı kanısına varılmıştır. Bu sebeple mevcut tablonun agreve olarak ileri boyutlu enfeksiyon ve skar doku oluşumunda hasta velisinin yeterli hassasiyeti göstermemesi de etkili olmuştur. Komisyonumuz Genel Cerrahi Uzmanı hakkında soruşturma izni verilmesine karar verilmesi kanaatindeyiz.

Adli Tıp Kurumu: Genel Cerrahi Uzmanının 18.4.2013 tarihinde 2007 doğumlu çocuğa uyguladığı cerrahi sünnet sonrasında hastaya reçete verip önerilerde bulunduğu, hastada gelişen yara enfeksiyonu sonucu ortaya çıkan klinik tablonun komplikasyon olarak değerlendirildiği, hastanın nekahat döneminde adı geçen hekimin asıl görev yerine dönmesi nedeniyle hastada gelişen komplikasyonu yönetme ve ilgilenme imkanının olmadığı, zaten bu süreçte kendisine müracaat edilmediği, hastanın gecikme ile götürüldüğü Devlet Hastanesinde ve Üniversitesi Hastanesinde yara bakımı ve tedavisinin yapılmış olduğu, sorulduğu üzere davalı Genel Cerrahi Uzmanını somut olarak atfedilebilecek ihmhal ya da kusur tespit edilmediği, oybirliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. M. İhsan Karaman, Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Rektör

1- Sünnette anestezi nasıl olmalıdır? Olaydaki sünnet sahnesini de gözönüne alarak değerlendiriniz?

Öncelikle sünnet cerrahi bir işlemdir. Bu nedenle her cerrahi işlemde olduğu gibi sünnette de gerekli sterilizasyon koşulları sağlanmalı ve ardından anestezi işlemi yapılmalıdır. Anestezi hastanın yaşı, ailenin ve cerrahın tercihi gibi durumlar göz önüne alınarak lokal anestezi veya lokal+genel anestezi şeklinde gerçekleştirilebilir. Lokal anestetik maddelerden kısa veya uzun etkili anestetikler tercih edilebilir. Her lokal anestetik kendisine göre bazı yan etkileri olabilmektedir.

Sünnet esnasında lokal anestetik madde genellikle penis köküne sirkumferensiyel olarak ciltaltına enjekte edilir ve o maddenin etkin olduğu ana kadar beklenir. Ardından sünnet işlemi gerçekleştirilir. Lokal anestezi uygulamanın amacı hastanın ağrı duyusunu azaltmak ve işlem esnasında cerrahinin rahat uygulanabileceği bir ortam hazırlamaktır.

İlk vaka özelinde bakıldığında çocuğun ailesinin hastanın yanında olduğu ve çocuklarının bayıldığı ve hatta öldüğünü söyledikleri görülmektedir. Cerrahi işlemler esnasında birinci derecede yakınların hastanın yanında olması önerilmemektedir. Ancak ülkemiz özelinde ve sosyokültürel yapısı gerçeğinde sünnet esnasında hastanın yakınları çocuğa destek amaçlı olabilecek şekilde hastanın yanında bulunabilmektedir. Bu aslında yanlış bir yaklaşımdır. Ameliyat notuna bakıldığında ve cerrahın yaptığı savunmada hastanın lokal anestezi esnasında klinik durumunun kötüleştiği yönünde bir bulgu belirtilmemiştir. Burada hasta yakınlarının doğru söylediği varsayılırsa acilen anestezi uzmanının çağırılması gerektiği ve hastanın daha uygun bir ortamda vital bulgularının monitorize edilmesi gerektiği açıktır. Doktorun hastayı masada bırakıp 20 dakika sonra gelip tekrar işleme başlaması ise hastanın klinik olarak bir sıkıntıda olmadığını ortaya koymaktadır. Yani bir başka deyişle hasta yakınları durumu abartarak yanlış bir izlenimi yansıtmışlardır.

Aynı durum ikinci vakada da izlenmektedir. Aile lokal anestezi uygulanması sonrası çocuğun ağlaması nedeniyle 'uyuşma olmadığı'ni, buna rağmen cerrahın sünnet işlemine geçtiğini ifade etmektedir. Burada da gerçekten uyuşma olmadığı durumlar olabileceği gibi tamamen uyuşmasına rağmen çocuğun içinde bulunduğu ortam stresi nedeniyle ağlayabileceği de düşünülebilir. Netice olarak, sünnet işlemi esnasında çocuğun ağlaması veya çırpınması, anestezinin gerçekleşmediğine bir delil olarak göste-

rilemez. Bununla beraber, lokal anestezi tam olarak uyuşma sağlamasına rağmen, psikolojik veya sosyal sebeplerle bu tür tepkiler gösteren bir çocuğun sünnetinin genel anestezi altında yapılması gerektiği açıktır. Ama, bazı aileler buna rıza gösterip onay vermemektedir.

2- Sünnet endikasyonlarında sıklıkla fimozis tanısı konulmaktadır. Fimozis tanı kriteri nelerdir. Sık fimozis tanı konulmasını yorumlayınız?

Avrupa Üroloji Kılavuzlarına bakıldığında fimozis iki ana gruba ayrılmaktadır. Fizyolojik (primer) ve patolojik (sekonder) fimozis (Tekgul S, Dogan HS, Hoebeker P, et al. Guidelines on Paediatric Urology. European Association of Urology 2016. Available at <http://uroweb.org/individual-guidelines/non-oncology-guidelines/> Accessed November 01 2016.). Fizyolojik fimozis 1 yaşına gelen çocukların yaklaşık olarak yarısında izlenmekteyken her geçen yıl bu oran azalmakta ve 6-7 yaşlarında %8'ler civarında izlenmektedir. Patolojik fimozis ise balanitis xerotica obliterans gibi olgularda izlenmektedir. Primer fimoziste tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu olması, idrar yaparken zorlanma, işeme esnasında sünnet derisinde balonlaşma gibi durumlarda tedavi önerilebilmektedir. Tedavi seçenekleri lokal steroid kremler veya cerrahi olarak sünnet uygulanmasıdır. Sekonder fimoziste ise tedavi cerrahidir. Bu amaçla sünnet yapılabilmektedir.

Ülkemiz genelinde ise uygulanan sünnetlerin tamamına yakını dini ve sosyal endikasyonlar nedeniyle yapılmaktadır. Yani aslında burada fimozis birçok hastada söz konusu değildir. Sık fimozis tanı konulmasının nedeni ise aslında klinik olarak hastaya fimozis tanısı konulması değil hastaya yapılan işlemi ICD kodu olarak tanı girilmesi gerekliliğinden kaynaklanmaktadır. Yine birçok hekim, sünnet öncesi muayenede çocuğun canı yanmasın ve ağlamasın diye sünnet derisini yeterince geri çekerek meatusu görmeye gayret etmemekte ve bu da daha kolay ve yanlış olarak fimozis ifadesinin kullanılmasına yol açmaktadır.

3- Çocuklarda glansta ve penisin ventral yüzünde nekroz meydana gelmiştir. Bu durumun sebepleri neler olabilir? Vakalar üzerinden de değerlendirme yapınız?

Glansta ve penis cildinde nekroz sebebi olarak birkaç teori öne sürülebilir. Birincisi burada kullanılan lokal anestetik maddenin içeriğidir. Adrenalin içeren jetokain çok nadir de olsa teorik olarak vazokonstriksiyona sebebiyet verip kan dolaşımını bozarak bu olaylara yol açmış olabilir. Ancak ameliyat notlarına bakıldığında adrenalin kullanıldığından bahsedilmemektedir.

İkinci sebep kullanılan enstrümanların steril olmamasına bağlı olarak bir enfeksiyon gelişmiş olmasıdır. Ailenin işlem sonrası antibiyotik içerikli lokal kremleri yeterli kullanmaması, temizliğe dikkat etmemesi de bu durumu ortaya çıkaran sebeplerdendir.

Son olarak ise, eğer koterizasyon amacı ile bipolar koter değil de monopolar koter sistemi kullanıldıysa bu da glansta ve penis cildinde nekroza yol açabilir.

4- Enfeksiyon glansta nekroz yapar mı? Nasıl bir enfeksiyon?

Enfeksiyon vücutta pek çok dokuda nekroza yol açabileceği gibi glans peniste de nekroza yol açabilir. Enfeksiyon sebebi olarak ise iyi sterilize edilmemiş cerrahi enstrümanlar, cerrahi bölgesinin iyi temizlenmemesi veya sonrasında kullanılan pansuman malzemeleri bu duruma yol açabilir. Özellikle anaerob bakterilerin nekroz sebebi olabileceği düşünülmektedir.

5- Hekime sorulduğunda elektrokoter'in bipolar versiyonunu kullandığını belirtmiştir. Bipolar koter penis nekrozuna sebep olur mu?

Monopolar koterlerin özellikle prepsiyumu keserken kullanıldığı takdirde peniste nekroza yol açabileceği bilinmektedir. Bu nedenle de sünnet esnasında monopolar koter kullanımı kontrendikedir. Kullanıldığı takdirde malpraktis olarak da kabul edilmektedir. Ancak bipolar koterlerin özellikle noktasal kanamaları durdurmak amaçlı kullanılmasından herhangi bir sakınca yoktur. Bipolar koterlerin penis nekrozuna yol açtığı ile ilgili literatürde bir bilgi bulunmamaktadır. Bunların haricinde ayrıca yine sünnet derisinin kesildiği esnada kullanılan ve bipolar enerji sistemi ile çalışan 'diatermik bıçak' veya daha bilinen ismi ile 'havya' etkinliği ve güvenilirliği kanıtlanmış bir cihazdır. Özellikle kanama bozukluğu olan çocuklarda da güvenle kullanılabilirliği literatürde bildirilmiştir (Karaman MI, Zulfikar B, Öztürk MI, Koca O, Akyüz M, Bezgal F. Circumcision in bleeding disorders: improvement of our cost effective method with

diathermic knife. Urol J. 2014;11:1406-1410) Bu yöntem, guideline bilgisi olarak da literatüre geçmiştir (EAU-ESPU Guidelines on Paediatric Urology, 2015). Bu vakalar özelinde aile sünnetin lazerle yapıldığını ifade etmektedir. Ancak cerrah, standard cerrahi yöntemi kullandığını söylemektedir. Ameliyat notunda da monopolar cihazın veya diatermik bıçağın kullanıldığı yönünde bir ifade yoktur. Aksine bipolar koter ile kanama kontrolü yapıldığı ifade edilmektedir.

6- Doktor dedi ki “4 gün sonra evde bir leğen içerisine ılık su koy, suyun içine şampuan bırakacaksın, çocuğu leğen içerisine oturtacaksın, penisine sarılı bez yumuşayacak ve bırakacak, sonra bu merhemi günde 2 sefer sürün” Bu pansuman şekli konusunda yorumlarınız nasıldır. Sünnette pansuman nasıl olmalıdır?

Sünnet sonrası cerrahın tercihinine göre çok farklı şekilde pansuman yapılabilir. Bunlardan ilki temiz bir sünnet sonrası lokal antibiyotikli krem sürerek hiç gazlı bez kullanılmamasıdır. İkincisi yine lokal kremler sürüldükten sonra glans ve meatus açıkta kalacak şekilde penisin çevresel olarak steril gaz ile kapatılmasıdır. Bir diğer yöntem kanamayı engellemek amaçlı elastik bandajların kullanılmasıdır. Aslında hipospadias cerrahisi, penil kurvatur gibi daha major cerrahiler sonrasında kullanılan elastik bandajlar, nadiren de olsa cerrahlar tarafından sünnet sonrasında tercih edilebilmektedir. Bir diğer yöntem ise yine sünnet sonrası lokal kremler sürüldükten sonra suprapubik bölgeye bir steril gaz yapıştırıp penisin üstüne doğru basitçe kapatılmasıdır.

Buradaki kritik nokta şudur. Hangi pansuman yöntemi uygulanırsa uygulansın, hasta en geç ertesi günü görülerek pansumanın çıkarılması gerekmektedir. Sünnet sonrası kanaması olmayan bir çocukta pansumanın uzun süre tutulmasını gerektirecek bir endikasyon yoktur. Dahası pansuman malzemelerinin uzun süre kalması, ailenin de hijyene işlem sonrası yeterince dikkat etmemesi gibi nedenler enfeksiyona zemin hazırlayabilir.

Bu vaka özelinde önerilen pansuman şeklinin yanlış olduğu görülmektedir. Hiçbir sünnet pansumanı 4 gün kalmamalıdır.

7- Bu vakalar hakkında bilirkişi raporunuz nasıl olurdu?

Bu vakalar özelinde meydana gelen komplikasyonların kesin nedenini belirlemek oldukça güçtür. Ancak hem hekimin hem de ailenin bazı yanlış uygulamaları bu durumlara yol açmış olabilir. Öncelikle sünnet cerrahi bir işlemdir ve her cerrahi sonrası olduğu gibi sünnetin de komplikasyonları olabileceği unutulmamalıdır. Aynı gün yapılan iki sünnette peşpeşe iki major komplikasyon gelişmesi cerrahın bazı hataları (malpraktis) olabileceğini düşündürmektedir. Mevcut adli tıp kurum raporları ve bilirkişi raporlarının aksine, özellikle sünnet sonrası hastaların erken dönemde (1. Gün) kontrole çağırılmaması, uygulanan pansuman yönteminin doğru bir uygulama olmaması hekimin hataları gibi görünmektedir. Ailelerin kontrole gelmemeleri de mevcut durumu ağırlaştırmıştır.

Öte yandan her iki olguda da iatrojenik hipospadias gelişmesinin iki açıklaması olabilir. Birincisi enfeksiyon sonrası bu durumun gelişmiş olması, ikincisi ise sünnet esnasında iatrojenik olarak uretranın kesilmesi. İkinci ihtimal literatürde komplikasyon olarak belirtilse de cerrahi standartlarda beklenmeyen bir durumdur.

Mevcut deliller eşliğinde cerrahın bu sünnetler özelinde hatalı olduğu kanaatindeyim.

7.5.3 TOPLU SÜNNETTE GLANS NEKROZUNUN NEDENİ ENFEKSİYON MU?

İDDİA

Müvekkiller çocuklarını 2 yaşına girerken sünnet edilmesine karar vermişlerdir. Bu arada oturdukları beldede Belediye Başkanlığı toplu sünnet merasimi düzenlemiştir. Müvekkiller de belediyeye kayıtlarını yaptırmışlardır. Davalı Belediye Başkanlığı, çocukların sünnet yapılması işini, diğer davalı Hastaneye ihale etmiştir. Ancak yapılan sünnet hatalı yapıldığından çocuğun penisi zayı olmuştur ve penisinin işlevini görme ihtimali bulunmamaktadır. Netice olarak doktorların bir hatası yüzünden çocuğun hayatı kararmıştır. Pensinin işlevini yitirmesi sebebi ile ömrü boyunca cinsel hayatı olmayacaktır. Bu durumun vahameti sayın mahkemece de takdir edileceği üzere izahtan varestedir. Ayrıca idrarını da yapmakta zorlanmaktadır.

SAVUNMA

Özel Hastane kuruluşundan itibaren gerek kendi bünyesinde gerek ihale yoluyla çeşitli belediyele-
rin sünnet ihalesini alarak binlerce çocuğun sünnetini gerçekleştirmiştir. Sünneti yapılan 78 çocuktan
davacı hariç hiçbirinde komplikasyon gelişmemiştir. Müvekkilim hastanenin sünnet tekniği öncelikle
bir doktor çocuğun lokal anesteziisini yapar. Lokal anesteziide adrenalinsiz jetocain (lidocain %1 lik) veya
citanest 1-2 cc penis köküne ring tarzında cilt altına uygulanır. 10-15 dakika beklenilip anestezi oluşunca
diğer bir doktor ve yardımcısı tarafından cerrahi teknik ile sünnet yapılır. Cerrahi tekniğimiz: Cerrahi alan
steril solüsyonlarla silinerek örtüldükten sonra yapışıklık varsa eğer prepisyum (penisin üstündeki deri)
derisi glans (penis başı) penisten sıyrılır. Prepisyum derisi dorsal ve ventral kısımdan klemp ile asılır,
glans penisini koruyarak prepisyuma dik olarak bir klemp ile de deri sıkıştırılır, klempin üstünden sünnet
derisi kesilir. Daha sonra kanayan yerlere bipolar koterle hemostaz yapılır. Sonra 4/0 rapid vikril ile muko-
za ve deri karşılıklı suture edilir, üzeri antibiyotikli pomad sürülmüş steril gazlı bez ile sarılarak kapatılır.
Sünnetten sonra çocuklara enfeksiyon olmaması için antibiyotik ve ağrı kesici şurup verilir. (klamoks
süspansiyon ve İbufen süspansiyon verilmiştir.) Sünnetten sonra bütün çocuklar ikinci gün hastaneye
kontrol ve pansumana çağırılmaktadır. Nitekim Davacı da ikinci gün kontrole çağırılmıştır. Ancak davacı
anne baba, çocuğu ikinci gün değil dava dilekçesinde belirtildiği üzere 4. gün kontrole getirmişlerdir.
Kontrolü ve pansumanı yapılan çocuğun durumu normal değerlendirilerek evine gönderilmiştir. Dava
dilekçesinde de belirttikleri gibi çocuğun penisinde o güne kadar herhangi bir problem olmamıştır. Sün-
netten bir hafta sonra aile çocuğun penisinin ucunda siyahlaşma olduğu fark etmiş ve çocuğu önce sağ-
lık ocağına daha sonra Eğitim Hastanesine sonra da Tıp Fakültesine götürmüşlerdir. Hastaneye geldiğin-
de glans penis derisinde siyahlık ve penis köküne doğru yayılan enfeksiyon görülmüş, doku beslenme
sorunu ve enfeksiyon olduğu düşünülerek hiperbarik oksijen tedavisi ve antibiyotik tedavisi önerilmiştir.
Bu tarihten sonra müvekkilim hastane çocuğu Tıp Fakültesi ile birlikte takip etmiştir. Müvekkilim hastanede
yapılan son muayenede doku beslenmesinin iyi olduğu, enfeksiyonun düzeldiği, penis korpusunun pu-
pis yağ dokusu içine gömüldüğü, yara iyileşmesi sürecinde sağlam cilt dokusunun korpus ve glansın üs-
tünü kapattığı görülmüştür. Hastaya ailesinin de belirttiği gibi her türlü destek sağlanmıştır. Sünnetten
sonra komplikasyon olması sık görülen bir durumdur. Ekte Türkiye'de ve dünyada çeşitli üniversiteler
tarafından yapılan yayınlarda sünnet sonrası gelişen sünnet komplikasyonları gösterilmiştir. Yayınlarda
görüldüğü gibi sünnet komplikasyonları ile sıklıkla karşılaşmakta, bununla birlikte tamamına yakını şifa
ile sonuçlanmaktadır. Davacı tarafın iddialarının aksine, sinir kesisi olması olanaksızdır. Çünkü sünnet
esnasında herhangi bir sinirin kesilmesi söz konusu değildir. Sünnet esnasında damarın kesilmesi veya
anestezi ilacına bağlı olarak damarın tıkanması olabilir fakat bu durum da belirtiler hemen sünnet son-
rası, ikinci en geç sünnetin ertesi gününden 8 güne kadar ortaya çıkar bir hafta sonra çıkması olası değildir. Davacı tarafın
belirttiği üzere sünnetin ertesi gününden 8 güne kadar sünnet derisinde veya glansda herhangi bir
problem olmamıştır. Dolayısı ile cerrahiye bağlı bir sorun olmadığı ortadadır. Gelişen komplikasyonun
nedeninin sünnet sonrası bir travma ya da enfeksiyon olma olasılığı yüksektir. Peniste var olan değişik-
likler bir sünnet komplikasyonudur. Öte yandan davacıların yarayı yeterince temiz tutmamaları sonucu
enfeksiyonda gelişmiş olabilir. Neticeten müvekkilimin sorumluluğunu gerektirir hiçbir fiili yoktur. En
yüksek özenle sünnet cerrahisi için bütün kurallara uygun olarak gereken tüm tıp kurallarının uygun ya-
pılan müdahale nedeni ile müvekkilim sorumlu değildir. Günümüzde klasik cerrahi kitaplarında tanımla-
nmış olan bir komplikasyondur. Bir hata ve ihmali yoktur. Cerrahi teknik kusursuzdur. Sünnet sonrası
biyopsel hijyen, bakım ve kişiye ait biyolojik ve immünolojik bir tepkimedir. Davacı tarafın çocuğun cinsel
yaşamının olamayacağı, evlilik hayatının olamayacağı, çocuğunun olamayacağı iddiaları bilimsel gerçek-
likten uzak soyut ve mesnetsizdir. Bu iddialar ancak çocuk buluş çağını geçtikten sonra testlerle ve ileri
ürolojik değerlendirmelerle anlaşılabilir niteliktedir. Bilimsel temelden uzak söz konusu iddialar ileri
sürülerek talep edilen tazminat talebinin de adalet ve hakkaniyet duygusuna aykırı olduğu açıktır. Da-
vayı hiçbir şekilde kabul anlamına gelmemekle birlikte talep edilen manevi tazminat miktarı çok fahiştir
ve kabul edilemez niteliktedir. Hukukumuzda manevi tazminatın zenginleşme aracı olarak kullanılması
mümkün değildir. Üstelik adli yardım talebi ile ikame edilen işbu davadaki tazminat taleplerinin davacı
tarafın ekonomik sosyal durumu ile kıyaslandığında büyük bir zenginleşmeye sebep olabileceği açıktır.
Müvekkil şirketin meydana gelen olayda herhangi bir kusuru bulunmamaktadır. Sayın Mahkemenizde
müvekkil aleyhine ikame edilen işbu dava haksız hukuka aykırı ve iyi niyetten uzak olup mesnetsiz hak-
sız ve yasal dayanaktan yoksun olup reddi gerekmektedir.

BELGELER

Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Belgeleri: 2 yaşında erkek hasta glansta renk değişikliği ve ağrı nedeniyle acil polikliniğimize başvurmuştur. Anamnezinde 10 gün önce toplu sünnet etkinliğinde sirkumsizyon olduğu öğrenilmiştir. İki gün önce glansta renk değişikliği, sertlik başlayan hastanın medikal tedavisi düzenlendi (zimaks süsp lxl, pedifen süsp. 2x1 trental tb 200 3xl). Hastanın ileri tetkik ve tedavisi amacıyla Tıp Fakültesi Üroloji Abd Çocuk Ürolojisi servisine sevki uygun görüldü.

Tıp Fakültesi Tıbbi Belgeleri: 12 gün önce dış merkezde lokal anestezi ile sünnet olduğu, 4 gün önce penis ucunda siyahlaşma şikayeti başladığı anlaşılan çocuğa pansuman yapıldı, Trental, Zimaks ve Pedifen başlandı. Fizik muayenede, glans penis nekrotik glans ile radix penis arasındaki cilt açık, hasta sualtı hekimliği ile konsülte edildi, dış merkezde hiperbarik oksijen tedavisi önerildi.

Adli Tıp Kurumu muayenesi (4 yıl sonra): Tıp Fakültesi yanığından parça alınarak peniste operasyon yapıldığı babasından öğrenildi, glans penisin dersinin mukoza görünümde ve normalden kısa, meanın ilk inspeksiyonda zorlukla fark edildi.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu (1): Toplu sünnet merasiminde sünnet yapıldığı, 4 gün sonra yapılan kontrolünde durumunun normal olarak değerlendirildiği, bir hafta sonra penis tepesinde siyahlaşma şikayeti ile hastanelere başvurduğu, peniste sünnet sonrası beslenme bozukluğu ve enfeksiyon tanısı konulduğu, hiperbarik oksijen tedavisi uygulandığı, sonrasında yanığından parça alınarak peniste operasyon yapıldığı anlaşılan 2 yaşındaki çocuk hakkında düzenlenmiş adli ve tıbbi belgelerin incelenmesi sonucunda

Sünnet sırasında kullanılan lokal anestetik maddelere, iğnenin veya cerrahi işlemin travmasına, kullanılan kotere, pansumana veya gelişen enfeksiyonlara bağlı olarak penis dolaşımının bozulması peniste nekroz gelişebileceği bilinmektedir ve tüm önlemlere rağmen bu zararların komplikasyon olarak gelişebilmektedir. Toplu sünnet uygulamalarında sünnet yapan ekibin her biri sünnetin çeşitli aşamalarında uygulama yapması, lokal anestezi, sünnet, dikiş, pansuman gibi aşamaların farklı kişilerce yapılabilmesi, çocukların bireysel kayıtlarının tutulmaması nedeniyle oluşan zararın nedenleri belirlenememektedir ve bu olayda da neden belirlenememiştir. Çocuğun oluşan zarar nedeniyle penisinin sağlıklı olmadığı, penisin ileride işlevlerini yerine getirip getiremeyeceği hakkında yorum yapmak için erken olduğu, bunun ergenlik dönemi sonrasında ve yapılacak ek tedavilerden sonra ancak tespit edilebileceği, küçükte oluşan rahatsızlığın doğuştan olmadığı ve sünnet işlemi sonrasında geliştiği, zararın tıbbi uygulama hatası mı yoksa komplikasyonun mu olduğu ayrımının yapılamadığı oy birliği ile mütalaa olunur.

Adli Tıp Kurumu (2): Tüm cerrahi operasyonlardan sonra olduğu gibi sünnet sonrasında da yara yeri enfeksiyonu bir komplikasyon olarak gelişebileceği, oluşan bu enfeksiyon nedeniyle penis başının kan dolaşımında sorunlar oluşabileceği, penis başının kan dolaşımındaki bozulma nedeni ile nekroz dahi gelişebileceği, sünnet işleminin yapıldığı tarihi ile penis tepesinde siyahlaşma şikayeti ile başvurduğu tarih arasında(1 hafta) küçüğün kontrole getirildiğine dair tıbbi belgenin bulunmadığı, küçüğün tedavi sonrasında penisinin sağlıklı ve her işlevini yerine getirip getiremeyeceği husunda yorum yapmak için erken olduğu, bunun ergenlik dönemi sonrasında ancak tespit edilebileceği, küçükte oluşan rahatsızlığın doğuştan olmadığı ve sünnet işlemi sonrasında gelişen enfeksiyon komplikasyonundan oluştuğu oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. M. İhsan Karaman, Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Rektör

1- Enfeksiyonun sünnet sonrası glansta nekroz yapma ihtimali nedir. Glans nekrozunun enfeksiyondan olup olmadığı nasıl anlaşılır?

Sünnet sonrası glansta nekroz gelişmesi çok nadir olarak görülse de sünnetin daha önce rapor edilmiş komplikasyonları arasında yer almaktadır. Sünnet sonrası komplikasyonların değerlendirildiği ve 100.157 çocuğun incelendiği bir çalışmada sünnet sonrası enfeksiyon %0.06 oranında bildirilmiştir (Wiswell TE, Geschke DW. Risks from circumcision during the first month of life compared with those

for uncircumcised boys. Pediatrics. 1989; 83(6):1011-5). Bunların ise daha az bir kısmında glansta nekroz oluşabileceği öngörülebilmektedir.

Enfeksiyon, sünnet sonrası görülen komplikasyonlar içerisinde geç dönem komplikasyonlar arasında yer almaktadır. Bu nedenle sünnet esnasında veya sünnetten hemen sonra glans nekrozu oluşursa genellikle enfeksiyona bağlı olmayabileceği düşünülmelidir. Enfeksiyon sebebi olarak ise iyi sterilize edilmemiş cerrahi enstrümanlar, cerrahi bölgesinin iyi temizlenmemesi veya sonrasında kullanılan pansuman malzemeleri bu duruma yol açabilir.

2- Bu vakada glans nekrozunun nedenleri neler olabilir?

Glans nekrozuna yol açabilecek birden çok durum mevcuttur. Adrenalin içerikli lokal anestetikler, enfeksiyon ve koterizasyon amaçlı monopolar sistemin kullanılması glans nekrozuna yol açabilmektedir.

Bu vaka özelinde bakıldığında sünnet esnasında adrenalin kullanılmadığı rapor edilmektedir. Ayrıca koterizasyon sistemi olarak bipolar sistem kullanılmıştır. Hastanın sünnet sonrası 4. Gün kontrol edildiği ve peniste herhangi bir anormallik olmadığı rapor edilmiştir. Bir başka deyişle glans nekrozu erken dönemde ortaya çıkmamıştır. İlerleyen dönemde sünnetten sonra 8. Gün hasta başvurduğu hastanede glans nekrozu teşhisi konulmuştur. Mevcut senaryoya bakıldığında en muhtemel nedenin lokal enfeksiyon olduğu düşünülmelidir.

3- Toplu sünnet konusunda görüşleriniz nelerdir. Toplu sünnetler hangi yönlerde (tıbbi ve etik boyutlarıyla) risk taşır?

Toplu sünnet ülkemizde çok sayıda çocuğun aynı gün veya ardışık birkaç gün içerisinde sünnet edildiği bir uygulamadır. Ülkemiz şartlarında, sünnet edilen çocukların çok büyük bir oranı Müslüman bir toplumda dini ve kültürel amaçlı olarak yapılan sünnet kategorisinde ele alınmaktadır. Medikal nedenle yapılan sünnet çok az bir oranda izlenmektedir. Bu durum sanki toplu sünnete sosyal bir dayanak hazırlanmış gibi görünse de, toplu sünnetler pek çok nedenden dolayı terkedilmesi ve hatta yasaklanması gereken uygulamalardır.

Öncelikle toplu sünnet birçok yerde belediye salonlarında, okullarda, camide veya çok nadiren hastane şartlarında uygulanmaktadır. Hastane harici ortamlarda yapılan sünnet uygulamaları aseptik şartlarını taşımadığından enfeksiyon açısından büyük risk taşırlar. Öte yandan toplu sünnet hastanede dahi yapılmış olsa hasta yükünün çok fazla olduğu bu girişimde çoğu zaman yeterli steril ortam sağlanamamakta ve her çocuk için ayrı bir cerrahi set açılmamaktadır. Bir diğer deyişle aynı klemler kullanılarak toplu sünnet yapılabilmektedir. Bu da yine enfeksiyon için risk taşımaktadır.

Aynı zamanda çocuğun anksiyetesi düşünüldüğünde de uygun bir ortam olmadığı açıktır. Örneğin her çocuğa, yaşına ve psikolojik durumuna bakılmaksızın lokal anestezi uygulanmaktadır ki bu da yeterli analjezi veya anksiyete giderilmesi sağlanamayacağı anlamını taşır. Yine toplu sünnet esnasındaki karmaşa içerisinde, lokal olarak sünnet edilmesi önerilmeyen 2-5 yaş arası çocuklar yani fallik dönemdeki çocuklar da çoğu zaman lokal anestezi ile sünnet edilmektedir. Bu esnada çevrede bulunan sağlık görevlileri veya aile fertleri çocuğu zor kullanarak tutmaya çalışmakta ve hiç de hoş olmayan görüntüler ortaya çıkmaktadır.

Bir diğer husus ise, toplu sünnet esnasında penis anomalisi olan çocukların yeterli değerlendirilemediği ve gömük penis, mikropenis, hatta hipospadiaslı olguların sünnet edilebildiği izlenmektedir. Bu durum komplikasyona davet çıkarmaktadır. Ayrıca inmemiş testisli olgular da gözden kaçabilmektedir.

Cerrah açısından düşünüldüğünde ise, bir günde yapılan işlem sayısı çok fazla olduğundan cerrahın etkin bir şekilde sünnet yapması zorlaşmakta ve cerrah yorulduğu için de yeterli konsantrasyonu sağlayamayabilmektedir. Yine bu durum komplikasyon için zemin hazırlar.

Tüm bu faktörler düşünüldüğünde toplu sünnet ülkemizde yasaklanması gereken yanlış bir uygulamadır.

4- Bu dosya hakkında bilirkışı görüşünüz nasıl olurdu?

Bu dosya özelinde değerlendirildiğinde sünnet edilen çocuk işlem sonrası ertesi gün kontrole gelmemiştir. Bu ilk yanlıştır. Ancak 4.gün kontrole geldiğinde de peniste herhangi bir problem saptanmadığı rapor edilmiştir. Dolayısı ile erken dönemde bir komplikasyon izlenmemiştir.

Cerrahi nota bakıldığında lokal anestezi uygulanmış, sonrasında giyotin yöntemi ile sirkumsizyon yapılmış ve kanama kontrolü ise bipolar koter ile gerçekleştirilmiştir. Bu tarz bir sünnet, metod açısından yanlış değildir. Öte yandan uygun steril şartların sağlanıp sağlanmadığı bu vakada belirlenemez. Hastane şartlarında yapılması enfeksiyon riskini azalttığı düşünülse de kullanılan enstrümanlar ve toplu sünnet esnasındaki karmaşa, enfeksiyon açısından zemin hazırlamış olabilir.

Ailenin işlem sonrasında lokal antibiyotikli kremleri yeterli kullanmaması ve hijyen şartlarına da yeterince dikkat etmemesi bu duruma sebebiyet vermiş olabilir.

Sonuç olarak ortada bir komplikasyon olduğu açıktır. Ancak malpraktis olduğu yönünde bir izlenim yoktur. Bu nedenle cerraha suç atfetmenin doğru olmadığı kanaatindeyim.

7.5.4 GLANS AMPUTASYONU

KONU-İSTEK

Dosyada mevcut belgeler ile Yargıtay bozma ilamı, itiraza uğrayan Adli Tıp Kurulu raporu, davacı vekilinin itirazları ve tüm dosya kapsamı ayrıntılı bir şekilde incelenerek, zararın oluşumunda davalının kişisel kusuru olup olmadığı, meydana gelen zararın sadece hizmet kusurunda kaynaklanıp kaynaklanmadığı, buna göre kusur oranlarının denetime açık şekilde tespiti açısından Genel Kurul'ca rapor düzenlenmesi,

İDDİA

Mağdurun ifadesi: "Olay günü ben 11 yaşındaydım. Beni sünnet ediyorlardı. Pipimi uyuşturmuşlardı. Bu nedenle hiç bir şey duymuyordum. O arada aletler ile uğraşıyorlardı. Kestiler. Çok kan akıyordu. Sardılar ve beni kucakladılar, hastaneye götürdüler, ameliyathaneye götürdüler. Acı duymuyordum. Sünnet olurken de hiç kıpırdamamıştım".

SAVUNMA

Davalı sağlık memurunun ifadesi: "Ben İl Sağlık Müdürlüğünde görev yaparım, ayrıca uzun yıllar sağlık memurluğu yaptığımdan sünnet etme yetkim bulunmaktadır. İlimiz Hastanesinde yapılmakta olan toplu sünnet merasiminde beni de sünnet yapmam için görevlendirdiler, ben bu sünnet merasiminde 4 gün içerisinde tahminen 50-60 sünnet yaptım. Bahsî geçem çocuğun sünnetinden sonra ben anormal bir durum hissettim ve kesmiş olduğum parça ile birlikte çocuğu hastanenin ameliyathanesine çıkarttım, burada gerekli müdahale yapıldı. Şu anda çocuğun durumu iyidir, gerek sünnet sırasında gerekse sonradan yapılan tıbbi müdahale neticesi, şu anda çocuk açısından herhangi bir sakınca yoktur, sünnet esnasında çocuğun ani hareketi neticesi veya fizyolojik bir nedenden dolayı bu kaza meydana gelmiştir, sünnet esnasında kesilen parça ameliyatla dikilmiştir.

Devlet Hastanesi Baştabipliği'nin belgeleri: Toplu sünnet esnasında penis kanaması ile getirilen hastanın yapılan muayenesinde kesilen parçanın glansı içerdiği, parçanın yerine dikildiği, operasyon notunda kopan parça yıkanıp antiseptik işlemi takiben yapılan eksplorasyonda parçanın glans penis içerdiği ve sulkus coronarius hizasından ampute edildiği gözlemlendi. Prepitium eksize edilip sonda takibi ile 6/0 PDS ile tek sıra üretra anastomozu yapıldığı, daha sonra yine 6/0 PDS ile kavernöz cisim fasiya üzerinden anostomoze edilipo deri 4/0 kromikle yaklaştırıldığı, glans üzerine iğne batırılıp kanama gözlemlendiği, postop tedavisine devam edildiği, daha sonraki günlerde pansuman açıldığı, glansın siyanoze olduğu, nekrotik dokular temizlendiği, penis derisi glans üzerine sütüre edilip sonda değiştirildiği, taburcu edildi.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Yüksek Sağlık Şurası raporu: "...Dosyadaki bilgi, belge ve bulgular değerlendirildiğinde; sünnet işlemi sırasında sulcus coronarius hizasından glans penis kesisinin meydana gelmesine sebep olan sağlık memuru 4/8 (sekizde dört) oranında kusurlu olduğuna şuramızca oy birliği ile karar verildi".

Adlı Tıp Raporu

“...davalı sağlık memuru tarafından yapılan sünnet operasyonu esnasında glans penis amputasyonu geliştiğinin anlaşıldığı, yapılan işlemde sünnet tekniğine bağlı olarak istenmeyen bir durum oluşmakla birlikte, dava konusu olayın niteliği itibarıyla, toplu sünnetlerde her türlü dikkat ve özene rağmen söz konusu sünnet zararlarının oluşabildiğinin tıbben bilindiği, dolayısıyla işlemin istenmeyen sonuçları ön görülerek toplu sünnet uygulamalarının yapılmamasının hem sünnet olan çocuk, hem de sünnet işlemini gerçekleştiren sağlık personeli açısından daha uygun görüldüğü cihetle; sünnet olan küçükte oluşan zararın kişisel kusurdan ziyade, hizmet kusuru olarak değerlendirilmesi gerektiği oy birliği ile mütalaa olunur.

RÜCÜ DAVASI

Davacı Sağlık Bakanlığı vekilinin dilekçesi: “İl Sağlık Müdürlüğünce düzenlenen toplu sünnet kapsamında Devlet Hastanesinde sağlık memuru tarafından sünnet edilen çocuğun hatalı sünnet edilmesi nedeniyle, anne ve babası tarafından Sağlık Bakanlığı aleyhine, manevi tazminat davası açılmıştır. Yargılama sonucu, 160.000 YTL manevi tazminatın yasal faizi, yargılama giderleri ve vekalet ücreti ile birlikte davacılar aleyhine karar verilmiştir. Söz konusu ilama istinaden idarece ödeme yapılmıştır. Sünnet işlemini yapan davalı Asliye Ceza Mahkemesinin dikkatsizlik sonucu yaralamaya sebebiyet vermek suçundan cezalandırılmıştır. Kusurlu eylemi ile idarenin tazminat ödemesine sebebiyet veren sağlık memurundan idarece ödenen miktarın rücu tahsiline karar verilmesi için dava açılmış bulunmaktayız”.

Somut olayda sünnet işlemi Devlet Hastanesinde davalı Sağlık Memuru tarafından gerçekleştirilmiştir. Devlet Hastanesinde yapılan bu sünnet işlemi, temel hususlar göz önüne alınarak yapılmıştır. Görüleceği üzere; dava konusu olayda, İdarenin planlamada, iş akışında, kullanılacak araç-gereç ve donanım durumunda, sünnet yapmakla görevlendirilen personelin mesleki ve hukuki yeterliliğinde ve sünnet işleminin devamı süresince kontrol altında bulundurulmasında hiçbir kusuru bulunmamaktadır.

Bilirkişi raporunda yer alan “Davalı sağlık memurunun 07.06.2000 tarihli ifadesinde..... şahsın sünnetinden sonra ben anormal bir durum hissettim ve kesmiş olduğum parça ile birlikte çocuğu ameliyathaneye çıkardım...” demıştır. Görüleceği üzere davalı yaptığı hatayı ancak hissettiğini söyleyerek tedbirsiz ve dikkatsiz davrandığını kendisi de açıkça olmasa da itiraf etmiştir. Kaldı ki idarenin toplu sünnet düzenlemesi davalının yaptığı hatanın kişisel bir kusur olduğu gerçeğini de değiştirmemektedir. Müvekkil davacı idarenin sırf toplu sünnet düzenlemesinden ötürü kusurlu görülmesi hukuka ve hayatın gerçeklerine uygun değildir. Ayrıca bu durum davalının işlediği kişisel kusur yönünden bir mazeret teşkil etmemektedir. Davalı ayırmış ise hata işleyebileceğini düşünüyorsa gerektiği takdirde daha uzun süreler dinlenmeli ya da idareye bu yönde yazılı bir başvuru vs. yapmalı idi. Zira bu durumda görevden kolayca ayrılabilen ve görev dışında kalan kusurlu eylem ile kamu görevi arasındaki bağ kesilerek salt memurun ya da kamu görevlisinin kişisel kusuru ile karşı karşıya kalınmaktadır. Davalının vekil olarak sünnet işlemini gerçekleştirdiği düşünüldüğünde; sağlık memuru olan davalının meslek alanı içinde olan bütün kusurlar sorumluluğun unsuru olarak kabul edilmelidir.

Sonuç olarak, bilirkişi raporunun sonuç kısmında “...sünnet olan küçükte oluşan zararın kişisel kusurdan ziyade hizmet kusuru olarak değerlendirilmesi gerektiği..” yönündeki tespite ve bilirkişi raporunun tümüne yukarıda izah ettiğimiz nedenlerle itiraz ediyor ve itirazlarımız doğrultusunda Adli Tıp Kurumu Genel Kurulundan yeniden rapor alınmasını talep ediyoruz.”

Yargıtay bozma ilamında; “Hükme esas alınan ve idari dava yargılaması sırasında düzenlenen Yüksek Sağlık Şurası raporunda; genel değerlendirmeler yapılmak suretiyle davalı sağlık memurunun 4/8 oranında kusurlu olduğu belirtilmiştir. Dosya kapsamından, zararlandırıcı olayın meydana geldiği tarihte, davalının çok sayıda çocuğun sünnet edilmesi ile görevlendirildiği anlaşılmaktadır. Hükme esas alınan raporda bu yön irdelenmemiştir. Mahkemece, açıklanan olgu da değerlendirilmek suretiyle Adli Tıp Kurumu ihtisas Kurulu'ndan rapor alınması ve sonucuna göre bir karar verilmesi gerekir. Karar, bu bakımdan yerinde görülmemiş ve bozmayı gerektirmiştir.”

Üniversite Hastanesi'nin 24.06.2015 tarihli yazısında; “İlgi yazınıza konu olan hastaya Penil Renkli Doppler US tetkiki yapılmıştır. Buna göre; penil renkli doppler ultrason ile penil ereksiyon testi uygulaması penisin organik erektil fonksiyonları hakkında yeterli bilgi vermektedir. NPT testi ile aynı

özellikle bir test değildir ve kliniğimizde bulunan NPT cihazı halen arızalıdır. NPT testi organik ve psikojen erektil disfonksiyonu ayırt etmede daha faydalıdır. Hastanın yapılan Penil Renkli Doppler Ultrason testinde ereksiyon (+) olarak değerlendirilmiş ve kavernoze kan akımları olağan izlenmiştir. Kişinin sünnet sonucundaki yaralanma penil ereksiyon üzerine negatif etki göstermemiştir.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Selçuk Sılay, Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Sünnet esnasında glansta kesi olmasının teknik nedenleri hakkında görüşleriniz nelerdir? İdeal sünnet nasıl yapılmalıdır.

Herşeyden önce sünnet basit bir işlem gibi görünse de cerrahi bir işlemdir ve birçok komplikasyon görülebilmektedir. Sünnet komplikasyonları erken ve geç dönem komplikasyonlar olarak iki farklı sınıfta değerlendirilebilir (Weiss HA, Larke N, Halperin D, Schenker I. Complications of circumcision in male neonates, infants and children: a systematic review. BMC Urol 2010;10: 2). Glansta kesi olması da erken dönemde tespit edilen bir komplikasyondur.

Glan yaralanmaları cerrahi teknik olarak en sık 'giyotin' yöntemi ile yapılan durumlarda görülmektedir. Sünnet esnasında glans prepisyumdan yeterince ayrılmadan ve glans korunmadan, klempin yerleştirilmesi sonrası prepisyumun kesilmesi sırasında glansın parsiyel ya da tamamen kesilmesi ile olabilir. Eğer glans ampute olursa glans ıslatılmış gazlı bez ile sarılıp buza direk temas etmeyecek şekilde buzla doldurulmuş kaba konarak hızlıca büyük bir merkeze getirilmelidir. Eğer sünnetin hemen sonrasında glans getirilip cerrahi işlem saatler içerisinde gerçekleştirilirse kozmetik ve fonksiyonel açıdan başarılı sonuçlar elde edilebilir. Çoğu vakada antibiyotikli pansumanlarla konservatif tedavi yeterli olacaktır.

İdeal sünnet açısından belli bir yöntemi söylemek doğru olmaz. Birçok yöntem başarı ve etkinliğini kanıtlamıştır. Bu nedenle cerrahın en tecrübeli olduğu yöntemi uygulaması doğru olacaktır. Teknik haricinde ise dikkat edilmesi gereken noktalar, sterilizasyon şartlarına uymak ve anatomiye hakim olmaktır. Sünnet hiçbir zaman küçümsenmemelidir. Çok tecrübeli cerrahlar dahi sünnet esnasında komplikasyon yaşayabilirler. Bu nedenle her vaka ciddiye alınmalıdır.

2- Toplu sünnetler konusunda değerlendirmeleriniz nelerdir? Mevzuatımızda toplu sünnet konusunda nasıl bir usul belirlenmiştir.

Sünnet ülkemizde ve dünyada en sık uygulanan cerrahi işlemlerden bir tanesidir. Avrupa ve birçok Hristiyan nüfusun yoğun olarak yaşadığı ülkelerde sünnet medikal nedenlerle yapılmaktayken ülkemiz gibi Müslüman ülkelerde ise sünnet uygulamaları çok daha yoğun olarak ve 'dini nedenlerle yapılmaktadır. Sünnet talebinin fazla olması neticesinde ülkemizde 'toplu sünnet' adı altında yeni bir gelenek türemiştir. Burada belediyeler, hayır kuruluşları vs ailelere yardımcı olmak amacı güderek aynı gün içerisinde onlarca hatta yüzlerce sünnetin yapıldığı bir organizasyon söz konusudur.

Sünnet cerrahi bir işlem olması sebebiyle her cerrahi işlemde gösterilmesi gereken özen burada da gösterilmelidir. Sterilizasyon koşullarına dikkat edilmeli, cerrahi ekip bütün dikkatini toplamalıdır. Ancak toplu sünnet koşullarında her ikisi de sağlanamamaktadır. Öte yandan hangi koşullarda olursa olsun sünnet işlemi bir 'tıp hekimi' tarafından yapılmalıdır. 2015 yılından itibaren ülkemizde de sünnet işleminin sadece hekimler tarafından yapılması gerekliliği kararı alınmıştır.

Glans kesisinin yaşandığı bu olayda sünnet işlemi bir doktor tarafından değil bir 'sağlık memuru' tarafından yapılmıştır. Günümüz mevzuatına bu aykırıdır. Ancak komplikasyonun ne zaman geliştiği mevcut vakada bildirilmemiştir. Eğer 2015 yılı sonrası geliştirse bu durumda hem sünnetin yapıldığı devlet hastanesinin yöneticileri hem de sağlık memuru hukuki yaptırımlara maruz kalmalıdır.

Toplu sünnetlerde yapılan sünnet sayısı ayrı bir tartışma konusudur. Yine mevzuatımıza göre bir hekim günde 8'den fazla sünnet yapamaz. Ancak toplu sünnetlerde bu rakamların çok üstüne çıktığı görülmektedir.

Aynı zamanda çocuğun psikolojisi düşünüldüğünde de uygun bir ortam olmadığı değildir. Her çocuğa, yaşına bakılmaksızın lokal anestezi uygulanmaktadır. Yine toplu sünnet esnasında fallik dönem-

deki çocuklar da sünnet edilmektedir. Halbuki medikal bir sebep olmadığı sürece bu yaş grubunda (3-6) sünnet yapılması çocuklarda kastrasyon anksiyetesine yol açabileceği bilinmektedir.

Bu nedenler bir araya geldiğinde toplu sünnet birçok açıdan sakıncalıdır ve ülkemizde de yasaklanması gereken bir uygulama olduğu kanaatindeyim.

3- Olaydan sonra ereksiyon kabiliyeti için doppler usg yapılmış ve ereksiyon kabiliyetinin kaybolmadığı belirtilmiştir. Bu görüşü değerlendirir misiniz? Bu olayda kişinin ereksiyon ve cinsel fonksiyon bozukluklarının ne derecede kayıp olabileceğini düşünmeliyiz.

Mevcut olayda hastane raporları incelendiğinde glans penisin, sulkus coronarius hizasından ampüte edildiği sonrasında ise bir üretral kateter üzerinden anastomozun yapıldığı bildirilmiştir. Sonrasında ise nekroz gelişmesi üzerine nekrotik dokuların çıkarıldığı ve penis derisinin glansa sütüre edildiği ifade edilmiştir. Tablo bu raporlara göre değerlendirildiğinde hasta en azından glansın bir kısmını kaybettiği ifade edilebilir. Ancak bu durum erektil disfonksiyona yol açacak diye bir kaide yoktur. Eretil disfonksiyon değerlendirilmesi için pek çok test yapılabilir. Bunlardan ilki nokturnal penil tümesans testidir. Bir diğeri intrakavernöz enjeksiyon ve sonrasında penil renkli doppler USG çekilmesidir. Bu vakada doppler USG ile bakılmış ve kavenozal kan akımlarının doğal olarak izlendiği rapor edilmiştir. Buna göre erektil disfonksiyon gelişmediği ifade edilmiştir. Bu açıdan bakıldığında organik neden ekarte edilmiştir. Tabi yine de hastanın geçirmiş olduğu bu cerrahi işlemler ve travmatik hadise neticesinde psikolojik olarak olumsuz etkilenmiş olabilir ve bu durum da ereksiyonu teorik olarak negatif yönde etki edebilir. Bir başka deyişle sadece penil renkli doppler USG yaparak hastanın cinsel yaşamının olumsuz yönde etkilenmediği anlamı çıkarılamaz.

4- Olay hakkında verilen raporda kişisel kusurdan ziyade toplu sünnetlere ithafen hizmet kuru olduğundan bahsedilmektedir. Bu konuda görüşünüz nasıldır.

Toplu sünnetin kendisi hizmet kusuruna yol açan bir durumdur. Asepsi koşulları yeterince sağlanamaz, optimal analjezi ve anestezi ortamı sağlanamaz, çocuğun ve cerrahın konforlu bir şekilde işlemi tamamlaması mümkün değildir, komplikasyon riski elektif koşullardan daha fazladır. Bu anlamda verilen rapora katılmaktayım. Dahası bu raporun bir örnek teşkil edip ülkemizde toplu sünnet geleneğinin ortadan kaldırılması gerektiği kanaatindeyim.

7.5.5 SÜNNET SONRASI PENİS NEKROZU: METHEMOGLOBİNEMİYE Mİ BAĞLI?

İDDİA

Ben oğlum 20 günlük iken sünnet ettirmek için ilçemizde bulunan Özel Tıp Merkezine götürdüm. Doktor çocuğun cinsel organına ve bacağına iğne yapmış. Çocukta morarma ve soğuma gibi anormal belirtiler oluşmuş ben eşimle aynı gün öğleden sonra Tıp Merkezine gittim. Burada doktor bize önemli bir şey olmadığını söyledi. Ancak daha sonrada çocuğu ildeki başka bir özel hastaneye sevk etti. 3 gün boyunca çocuğa tedavi uygulandı çocuk hastanede kaldı. Bu süre boyunca sünneti yapan doktor da hastaneye gelip çocuğun durumunu kontrol etti. Ama biz onu görüp sorduğumuzda problem yok rahat olun diyordu. Oğlum buradan da Tıp Fakültesine sevk edildi. Ancak orada sıra olduğu için ben oğlum Özel Hastaneye götürdüm. Tedavi ettirdim. Oradaki hekimler bize çocuğun tedavisinin uzun bir süreç gerektirdiğini ve durumun ciddi olduğunu söylediler. Zaten oğlumun cinsel organı ilk hatalı müdahaleler sebebiyle çürümüş ve düşmüştü. İstanbul'daki hekimler bu durumu normale döndürmek için uğraşacaklarını söylediler. Şuanda çocuğumun tedavisi devam etmektedir. Biz çocuğumuzun bu hale gelmesine sebep olan doktordan davacı ve şikayetçiyiz.

SAVUNMA

Özel Hastane de Genel Cerrahi Uzmanı olarak görev yapmaktaydım. Yapılmış müdahale tamamen tıbbi ve bilimsel kurallar çerçevesinde yapılmıştır. Bu konuda hasta yakınları bilgilendirilmiştir. Hasta da

işlem sonrasında gelişen methemoglobinemi nedeniyle penisinde nekroz oluşmuştur. Çocuk küvezde takip edilmek amacıyla sevk edilmiştir. Hasta burada da tarafımdan takip edilmiş ve yara yeri bakımı günlük tarafımdan yapılmıştır. Hastanın daha sonra İstanbul İline sevk edildiğini hasta yakınlarından öğrendim. Bu süreden sonra meydana gelen gelişmelerden herhangi bir bilğim yoktur ve Hasta kontrole çağırıldığım halde gelmemiştir. Bana isnad edilen suçlamayı kabul etmiyorum.

BELGELER

Tıp merkezi: Çocuk sünnet yapılması isteği ile getirildi, bebeğin 20 günlük olduğu ve herhangi bir probleminin olmadığı öğrenildi. Muayenesinde minimal fimozis görüldü ve testisler skrotumda palpe edildiği, aynı gün sedasyon desteği (0.5 mg dormicum, 15 mg ketamin ve atropin 0.25 mg im) ve lokal anestezi altında sünnet edildi, citanest % 50 sulandırılarak 1.5 ml lokal anestezi için yapıldı.

Sünnet işlemi sonrasında bebek yatağında değerlendirildi, periferik siyanoz geliştiği ve ağladıkça siyanozun arttığı görüldü. Oksijen verilmeye başlandı, sünnet insizyonu glans sol lateralinde minimal koter yanığı olduğunun görüldüğü, ıslak ve furasinli pansuman başlandı, periferik siyanozu ve uyarılara azalmış yanıtı da göz önünde bulundurularak, methemoglobinemi düşünüldü. Devlet hastanesi ile görüşüldüğü ve acil olarak sevk edildi.

Devlet Hastanesi Tıbbi Belgeleri: Doğumdan sonra çocuk kliniğinde annede EMR ve idrar yolu enfeksiyonu olduğundan sepsis başlangıcı nedeniyle yatırılmıştı. Dört günlük yatış sürecinden sonra akut faz reaktanları gerilemiş, emmesi ve aktivitesi oldukça iyi bir şekilde taburcu edilmişti. 20 günlüğe kadar bir yakınması yokken sünnet için Genel Cerrahi Uzmanına götürülmüş, uygulanan anestezi sonrası genel durumunun kötüleşmiş, siyanoz gelişmiş. Hastada methemoglobinemi gelişmiş olabileceği düşünüldü ve yatışı yapıldığı, muayenesinde siyanotik, deri gri renkte, %100 oksijen verilmesine ve solunum sıkıntısı olmamasına rağmen satürasyonlarında yükselme olmadı, pulse oksimetre ile satürasyonları %80-85 arasında seyretti, öykü de dikkate alınarak bu bulgularla methemoglobinemi düşünüldü, damar yolu açılarak %10 dektröz ile idame sıvısı, iv metilen mavisi ve %100 oksijen uygulandı, yaklaşık 12-14 saat zarfında satürasyonlarında yükselme olmaya başladı, sünnet yerinin siyanotik olduğu gözlemlendi, sünneti gerçekleştiren Genel Cerrahi Uzmanı da hasta kliniğe geldikten yaklaşık 1 saat sonra geldi, kendisine sünnet yerinde siyanozun olduğu belirtildi, kendisi bu durumun geçici olduğunu belirtti ve lokal kremlerle takip önerdi.

Ertesi gün siyanozunda azalma oldu, satürasyonlar %90-92 lere seyretti, alınan tetkiklerde AST, ALT değerlerinin 50-60 IU/L olduğu saptandı, diğer rutin değerleri (hemogram, CRP, Üre, Kreatinin, kan şekeri ve iyonlar) normal sınırdıydı. Gün içi izlemlerde satürasyonlarının giderek daha iyi oldu ve % 95'lerde seyrettiği görüldü, yavaş yavaş beslenmeye başlandı, ancak sünnet yerindeki siyanoz artarak devam etti, sünneti yapan Genel Cerrahi Uzmanı tarafından tekrar kontrol edildi, tekrar kremlerle takip önerdi.

Oksijen satürasyonlarında iyileşme devam etti, %98 lere seyrettiği için almakta olduğu oksijen kademeli olarak azaltıldı, beslenme kademeli olarak arttırıldı, izlemlerde oksijen ihtiyacı kalmayan ve oksijensiz %95-96 larda seyreden satürasyonları olan olgunun almakta olduğu oksijen kesildi. Sünnet yerindeki siyanoz yine artarak devam etti, sünneti yapan Genel Cerrahi Uzmanı tarafından tekrar kontrol edildiği ve yine kremlerle takip önerdi.

Ertesi gün genel durum oldukça iyi, emme aktif, canlı, yenidoğan refleksleri iyi, oksijen satürasyonları %96 larda seyretti, penisteki siyanoz oldukça artmış ve ilerlemiş durumdaydı. Bu durum için genel cerrahi ve üroloji uzmanlarının görüşü alındı, olgucun penisinin nekroza gittiği, acilen hiperbarik oksijen tedavisinin başlanması gerektiğinin belirtildi, bunun üzerine olgu acilen üroloji uzmanının önerisiyle ileri bir merkeze gönderildi.

Özel Hastane Tıbbi Belgeleri: Sünnet sonrası penis nekrozu tanısı ile Plastik Cerrahi Servisine yatırıldı, muayenesinde pensin kalan kısmında cilt altında gömülü durumda olduğu ve üretral açıklıkta ileri derecede daralma gözlemlendi, hasta gömülü kavernöz bodylerin açığa çıkarılması ve meanın açılması için ameliyata alındı, penis rekonstrüksiyonu sonrasında daralmış meaya posterior meatotomi uygulandı, ameliyat sonrası takiplerinin yapıldı ve kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

Üroloji Anabilim Dalı Raporu: Bebek sünnette bir yıl sonra tarafımızca muayene edilmiştir. Muayenede penis gömülü olarak tespit edildi. Glans penis atrofikti, mea tam olarak görülemedi.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu (1): Prilokain (Citanest) tıpta pek çok alanda kullanılan lokal anestezi bir ilaç olduğu, yaygın kullanımının yanında potansiyel hayatı tehdit edici bir komplikasyon olan methemoglobinemiye neden olabileceği, methemoglobinemi değişen derecelerde periferik siyanoz olduğu, oluşan periferik siyanoz vücudun uç bölgelerde bulunan dokuların oksijenlenmesini azalttığı, küçüğün sünnet işleminden sonra methemoglobinemi geliştiği, bu nedenle başka bir merkeze yoğunbakım şartlarında takip edilmesi için gönderildiği, sünnet işlemi sonrası gelişen methemoglobineminin sünnet uygulanan penisin oksijenlenmesini azalttığı, aynı zamanda tıbbi belgelerde sünnet esnasında glans sol lateralinde minimal koter yanığı olduğunun görüldüğünün kayıtlı olduğu, bunun için furasinli gaz ve ıslak pansuman başlandığı, methemoglobinemi sünnet sonrası küçükte gerçekleşen penis nekrozunda en önemli faktör olduğu, sünnet işlemi esnasında methemoglobinemi ve bunun sonunda peniste oluşan doku oksijenlenmesinin azalmasını bir komplikasyon olarak kabul etmek gerektiği, sünnet işlemi gerçekleştiren Genel Cerrahi Uzmanın sünnet sonrası takip takiplerini ve pansumanlarını yaptığı cihetle kusur atfedilmediği oy birliği ile mütalaa olunur.

Adli Tıp Kurumu (2): Sünnette kullanılan Prilokain (Citanest) tıpta pek çok alanda kullanılan lokal anestezi bir ilaç olduğu, methemoglobinemiye neden olabileceği, küçükte methemoglobinemi geliştiği ve tanısının konulduğu ve tedavisinin zamanında başlandığı, ancak sünnetten sonra nekroz gelişiminin gelişen methemoglobinemiye mi bağlı yoksa sünnetin yapılışı esnasında teknik hatalara mı bağlı olduğunun ya da hata olmaksızın peniste nekrozun komplikasyon olarak mı geliştiğinin eldeki mevcut verilerle kesin ayrımının yapılamayacağı, tıbbi hatayı gösteren bulgu olmadığından zararın komplikasyon olarak değerlendirildiğine karar verildi.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Deniz Demirci, Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Sünnet ne zaman yapılmalıdır?

Sünnet için her yaş uygun olsa da yeni doğan ve 3 yaş arası ideal gibi değerlendirilebilir (Karaman İ, Androloji Bülteni). Özellikle cinsel bilincin oluşmaya başladığı 3 yaş ve zirve yaptığı 5 yaş arasında yapılmasının uygun olmadığı vurgulanmaktadır. (Mesut Yavuz, Türk Psikiatri Dergisi 201: 63-70).

2- Sünnette anestezi nasıl olmalıdır. Bu olayda anestezi yöntemini yorumlayınız?

Yaşa bağlı olarak değişmekle beraber sünnetin genel anestezi altında yapılması gerektiği kabul edilmektedir (American Academy of Pediatrics, Task force on circumcision: Circumcision policy statement. Pediatrics. 103: 686-693, 1999). Yenidoğan döneminde lokal anestezi ile de sünnet yapılmakla beraber nadiren de olsa bu vakada olduğu gibi komplikasyon gelişebilmektedir.

3- Bu vakada sünnet sırasında methemoglobinemi düşünülmüş ancak uygulanması gereken metilen mavisi ve diğer tedaviler daha sonra gönderildiği özel hastanede uygulanmış. Methemoglobinemi santral siyanozu neden olur. Şüphelenilip tanısı kesinleştirilebilir. Vakada methemoglobinemi olup olmadığının değerlendirilmesi gereklidir. Bu görüş hakkında yorumlarınız nelerdir?

Yenidoğanlarda ve altı ay altı süt çocuklarında methemoglobinemi gelişimine yatkınlık vardır. Bu yaş grubu hastalarda methemoglobini hemoglobine çeviren sitokrom b-5 redüktaz aktivitesinin az olması, gastrik pH'nın yüksek olması nedeniyle bağırsakta nitratı nitrite çeviren bakteri çoğalmasının fazla olması, hemoglobin F'nin hemoglobin A'ya göre oksidasyona daha duyarlı olması gibi faktörler methemoglobinemi gelişimini kolaylaştırır. Prilokain, metaboliti olan orto-toluidin ile methemoglobinemiye yol açan bir anestezi ilaçtır. (Özgencigil, Türk Anes Rean Dergisi, 2006,34:327-332). Kandaki methemoglobin düzeyi %10'un altındayken asemptomatiktir. %10'u geçtiğinde en sık karşılaşılan bulgu periferik siyanoz, %20'de kanın çikolata rengine dönmesi, %30'u geçtiğinde yorgunluk, taşikardi, takipne, bulantı ve kusma gibi sistemik bulgular, %55'i geçtiğinde aritmi, kalp yetmezliği, konvülsiyon, asidoz, stupor, letarji ve

senkop görülürken, %70'in üzerinde ise fatal seyirlidir (Ergül Y. Türk Kardiyoloji Drn Arş, 2011;39: 64-67). Dolayısıyla bu vakada olduğu gibi sünnet sonrası gelişen tablonun uygulanan lokal anestezi madde olan prilokaine bağlı olduğu düşünülerek öncelikle tedavisinin bu yönde düzenlenmesi gerekirdi.

4- Vaka methemoglobinemi olup olmadığı tartışılabilir. Öyle bile olsa sünnetten sonra nekrozu tek başına açıklayabilir mi? Sünnette koter kullanıldığı belirtilmiş hatta glansta koter yanığından bahsedilmektedir. Sünnetle nekrozun nedeni hakkında yorumlarınız nelerdir?

Vakada temel olarak sorun methemoglobinemi ve buna bağlı gelişen klinik tablodur. Ancak hikâyede yer alan glans sol lateralinde minimal koter yanığından bahsedilmesi nedeniyle elektrokoterin uygunsuz kullanımı yukarıda bahsedilen nekroz gibi komplikasyonlara sebep olmaktadır. Elektrokoter asla kesim için kullanılmamalı sadece bipolar koter cihazı noktasal koagülasyon amacıyla kullanılmalıdır.

5- Bu dosya hakkında bilirkşi görüşünüz nasıl olurdu?

Sünnette kullanılan prilokain tıpta pek çok alanda kullanılan lokal bir anestezi ilaçtır. Özellikle yenidoğanlarda sünnet yapıldığında prilokain kullanılıyorsa methemoglobinemi gelişme riski olduğu literatürde vakalarla sabit olarak sunulmuştur. Dolayısıyla yenidoğandan başlayarak küçük yaş grubunda yapılan sünnetlerde ortaya çıkan periferik veya penis ağırlıklı siyanotik başlangıçlı tablonun methemoglobinemiye bağlı olabileceği öncelikle düşünülmeli ve tedavisi bu yönde planlanmalıdır. Çocuğun ailesine de gerek sünnet öncesi gerekse sünnet sonrası bu konular hakkında bilgiler verilerek onamları alınmalıdır. Mümkünse bütün sünnetler genel anestezi altında yapılmalı ve lokal anestezi uygulamalardan kaçınılmalıdır.

Bu vakada sünneti yapan hekimin bu konuları içeren bilgilendirme yapıp yapmadığı ve onamlarını alıp almadığı net değildir. Takibinde ise gelişen tabloyu methemoglobinemi doğrultusunda tam olarak yorumlayamadığı aşıkardır. Bu nedenle önce başka bir özel hastaneye ve oradan da devlet hastanesine gitme nedeniyle tedavide gecikme söz konusudur. Bu veriler ışığında sünneti yapan hekimin Genel Cerrahi Uzmanı olması ve pediatrik ürolojik uygulamalardan uzak olması nedeni ile tabloya hâkim olmasını beklemek çok mümkün gözükmemektedir. Sonuç olarak gelişen tablo ilaca bağlı bir komplikasyon olarak değerlendirilmekle beraber hekim vakanın takibinde ve tedavisinin düzenlenmesinde yetersiz kalmıştır.

7.5.6 SÜNNET SONRASI URETAL FİSTÜL

İDDİA

Oğlum ücretsiz toplu sünnet için kayıt ettirdim. Suç tarihinde oğlum sünnet yaptırmak üzere anılan hastaneye götürdüm. Burada oğlum diğer çocuklar ile birlikte şüpheli hastanede sünnet edildi. Ancak doktor sünnet sırasında deriyi fazla çektiği için oğlumun pipisinin hortumunu kesmiş, yani yanlış kesme yapmış bu sünnet olayından sonra tam iki defa mağdur oğlum aynı şüpheli doktor tarafından ameliyat edilmesine rağmen iyileşmedi, oğlumun rahatsızlığı halen devam etmektedir. Yukarıda arz ettiğim gibi şüpheli doktor oğlumun sünnetinde yanlış tedavi uygulamıştır.

SAVUNMA

Ben müştekiyi tanıyım üzerime atılı suçlamayı anladım. Ben mağdur çocuğu ben sünnet etmişim. Bölge halkının hijyenik konularda çok dikkatli olmaması ve sünnetten sonra bizim bütün tembihlerimize rağmen çıplak bırakılması sonucu enfekte olmakta ve bu hastalığıda aynı şekilde enfeksiyon geliştiği gözlenmiştir. Enfeksiyon sonucu fistül oluştuğu yada dosyada muayene bulgusunda mevcut olduğu üzere fistül ün 1 mm olması nedeniyle sünnet öncesi gözden kaçtığı, yani konjenital olabileceği mümkündür. Buna rağmen hasta mağduriyetinin giderilmesi için ayrı ayrı zamanlarda iki kez fistül onarımı yapılmış olup ancak dosyada mevcut olduğu üzere annenin bu tüp çocuğumu rahatsız ediyor diyerek normalde bir hafta sonra çıkarmamız gereken üretral tüpü postop birinci gün makas ile keserek çıkarılması sonucu yara yeri idrarla ıslanmış fistül ün çok küçük olmasına rağmen fistül bir türlü kapanmamıştır.

Ameliyatın başarılı olabilmesi için tüpün bir kalıp gibi bir hafta kalarak dikişlerin ıslanmasına engel olmak suretiyle iyileşmeyi sağlayacağı ancak tüp çıkarılınca bunun mümkün olmadığı hastaya anlatılmış ama maalesef hasta sahibinin bağırıp çağırıp olay çıkarması ve üzerime gelmesi ancak çevredekilerin yardımıyla engellenmiştir. Ancak bir babanın duygusal davranışlarını bir hekim olarak anlayabildiğim için şikayetçi değilim 30 yılı aşkın süredir binlerce ameliyat ve sünnet yapmış birisi olarak olayda tıbbi hata olduğunu düşünmüyorum ifadem bundan ibarettir.

BELGELER

Özel Hastane Epikriz Raporu (1): Çişini yaparken ağlama şikayeti ile başvurdu, fimozis tanısı konuldu ve sünnet için yatırıldı, ameliyat raporunda; "Genital bölge batikon ile temizlendikten sonra penisin dorsal ve ventral kısmına bir er cc jetokain yapılarak lokal anestezi sağlandı. Penis cildi distalden 2 adet klemple tutularak asıldı. Uygun uzunlukta kesildi. Mukoza aynı şekilde 4 adet klemple tutuldu. 2 mm kalacak şekilde çepecevre kesildi. Kanama kontrolü yapılarak freniluma U sütürü konuldu. Penis dorsoline ve yanlarına toplam 3 adet sütür daha konularak işleme son verildi.

Özel Hastane Epikriz Raporu (2): Yaklaşık 1 ay önce sünnet olmuş, idrarın farklı bir yerden gelme şikayeti ile başvurdu, yapılan muaynesinde subcoronal fistül (1-2 milimetre) görüldüğü, tedavi için yatırıldı, genel anestezi altında üretraya 8 F feeding tüp konularak, fistül usulüne uygun olarak 4/0 vicryl ile primer kapatıldı, bu primer dikişinin üzerine penis cildi kapatıldı, feeding tüp glansa 3/0 vicryl ile tesbit edilerek işleme son verildi, hasta aynı gün kontrol önerilerek taburcu edildi. Ameliyat sonrası 1. gün feeding tüpün çıkması üzerine yakınlardaki bir hastaneye gidip tüpü tekrar taktırdırmışlar, ertesi günü tekrar çıkması üzerine tekrar başvuruldu, tüpün çıkması ve yara yerinin idrarla ıslanması sonucu dikişler açıldı, tekrar ameliyat etmek üzere 3 ay sonra gelmesi istendi.

Özel Hastane Epikriz Raporun (3): Yaklaşık 1,5 ay önce subcoronal fistül tamiri yapılan hasta re operasyon için yatırıldı, genel anestezi altında uretraya 6 F feeding tüp konularak, fistul deri altı dokudan kaydırılan pediküllü fleple 4/0 vicryl ile dikilerek kapatıldı, üzerine cildi kapatmak suretiyle ile ikinci bir koruma sağlandı, üretraya konulan feeding 3/0 vicryl ile glansa tespit edildi, yakınlarına tüpün çıkmaması gerektiği anlatılarak taburcu edildi. Ameliyat sonrası 2. gün tüpün çıktığı gerekçesiyle getirildi, tespit için glansa koyulan dikişin yerinde olduğu ancak ucunun düzgünce makasla kesilmiş olduğunun görüldü, özellikle annenin tüpü istemiyorum takmayın ifadeleri kullandı.

Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahisi Servisi Epikriz Raporu: İki yıl önce özel bir hastanede normal sünnet olduğu, fistül olduğu ve bu nedenle ameliyat olduğu, ancak yeniden açılma olunca başvurduğu anlaşıldı. Hasta ameliyat için yatırıldı, genel anestezi altında ameliyata alındı, 8 Fr meadan ilerletilerek fistül kenarları ortaya kondu, eski fibrotik dokular uzaklaştırıldı, plate insize edildi, mea ve köprü bozulmadan 6/0 vikryllerle onarımı yapıldı, ardından ventral flep hazırlatılıp konuldu ve daha sonra cilt kapatıldı, ameliyat sonrası takiplerinin yapıldı ve 7.günde sondasının çekildi, önerilerde bulunularak taburcu edildi.

Adli Tıp Kurumu Muayenesi: Fizik muayene ve inspeksiyonda penis ve mea normal olarak değerlendirildi.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Küçüğe Üroloji Uzmanı tarafından sünnet işlemi uygulandığı, sünnet sonrası takiplerinde subcoronal fistül geliştiğinin tespit edildiği, oluşan bu fistülün onarımı için Özel Hastanede sünneti yapan ürolog tarafından opere edildiği, şikayetlerinin tekrarlaması üzerine Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tekrar opere edildiğinin tıbbi belgelerde kayıtlı olduğu, sünnet işlemi sonrası enfeksiyona bağlı subcoronal fistül oluşabildiğinin tıbben bilindiği, küçükte sünnet sonrasında subcoronal fistül oluşmasının her türlü özene rağmen oluşabilen her hangi bir tıbbi kusur ya da ihmal izafe edilemeyen "komplikasyon" olarak nitelendirildiği, küçüğe uygulanan sünnet işleminin ve sonrasında oluşan komplikasyonun yönetiminin tıp biliminin genel kabul görmüş ilke ve kurallarına uygun olduğu, küçüğün sünnet işlemini gerçekleştiren Üroloji Uzmanına atfı kabil kusur tespit edilmediği oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Ali Ayyıldız, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1. Sünnette üretral fistül oluşmasının nedenleri nelerdir? Cerrahi teknik olarak nelere dikkat edilmelidir?

Üretral fistüller üretral cerrahinin bir komplikasyonu olarak ya da periüretral enfeksiyonlara bağlı inflamatuvar darlıklara sekonder ya da üretrada büyüyen bir kitlenin (Kondilom ya da papiller tümör) tedavisine bağlı gelişebilir (Campbell, Walsh Üroloji, 10. Baskı. Güneş Tıp Kitabevleri. Ayrıntı Basım ve Yayın Matbaacılık. Sertifika no:13987. Ankara. Bölüm;36. Sayfa:1007).

Sünnet sonrası fistüller ise sünnetin geç dönem komplikasyonları arasında sayılır. (Androloji Bülteni 2013;15(53):75-78. Derleme. Erkek Cinsel Sağlığı)

Sünnet küçük bir cerrahi girişim olarak görülse de, her cerrahi girişim gibi yeterli deneyim olmadan, özensiz ve uygun şartlar sağlanmadan yapıldığında azımsanamayacak oranda komplikasyon riski taşımaktadır. Sünnet komplikasyonu tanımlaması net olmadığı için ve sünnetin yapıldığı ortam, yapan kişinin deneyimi, sünnet yaşı ve seçilen yöntemle göre komplikasyon ihtimali değiştiği için kesin bir oran vermek mümkün değildir. Dolayısıyla literatürde %0.1-35 gibi geniş bir aralıkta sünnet komplikasyonu görüldüğünü bildiren yayınlar vardır (Pippi Salle JL, Jesus LE, Lorenzo AJ, Romão RL, Figueroa VH, Bağli DJ, Reda E, Koyle MA, Farhat WA. Glans amputation during routine neonatal circumcision: Mechanism of injury and strategy for preventio. J Pediatr Urol 2012;5131: 231-5.)

Sünnet genellikle temel birkaç yöntem ve bunun modifikasyonları kullanılarak yapılmaktadır. Giyotin tekniği, Free hand veya sleeve tekniği gibi klasik cerrahi yöntemlerin yanısıra Mogen klemp, Gomoo klemp ve Plastibel cihazı kullanılarak da yapılabilir. Bunlara ilave olarak daha az sıklıkta kullanılmakla birlikte, kesme işlemi termal enerji veya lazer ile yapmakta sütür yerine yapıştırıcı kullanmak gibi farklı teknikler bildirilmiştir (Karaman MI, Zulfikar B, Caskurlu T, Ergenekon E. Circumcision inhemophilia: a cost-effective method using a novel device. J Pediatr Surg 2004;39: 1562-4, Vaos G. Circumcision with the Nd:YAG laser contact technique compared with conventional surgery. Photomed Laser Surg 2004;22:318-22, Subramaniam R, Jacobsen AS. Sutureless circumcision: a prospective randomised controlled study. Pediatr Surg Int 2004;20: 783-5.26, Elemen L, Seyidov TH, Tugay M. The advantages of cyanoacrylate wound closure in circumcision. Pediatr Surg Int 2011;27: 879-83.)

Glansın tümüyle görülmeden yapılan tekniklerde glans ampütasyonu riskini azaltmak için eksizyon öncesinde yapışıklıkların tümüyle temizlenmesi önem taşımaktadır. Bu tip yaralanmaların genellikle hekim olmayan kişiler tarafından ve sıklıkla hastane dışında yapılan sünnetlerde meydana gelmesi nedeniyle, sünnet eğitimi verilen kişilere bunun önemi, üzerinde özellikle durularak anlatılmalıdır (Coşkunfirat OK, Sayilkan S, Velidedeoglu H. Glans and penile skin amputation as a complication of circumcision. Ann Plast Surg 1999;43:457.)

Toplu sünnetlerde komplikasyon oranının arttığı açıkça gösterilmiştir. (Ozdemir E. Significantly increased complication risks with mass circumcisions. Br J Urol 1997;80: 136-9.)

Elektrokoterin uygunsuz kullanımı da sıklıkla komplikasyona neden olmaktadır ve bizce elektrokoter kesme işlemi için kullanılmamalı, sadece bipolar koter cihazı veya sadece noktasal koagülasyon amacıyla kullanılmalıdır (Uzun G, Ozdemir Y, Eroglu M, Mutluoglu M. Electrocautery-induced gangrene of the glans penis in a child following circumcision. BMJ Case Rep. 2012 Oct 29;2012).

Daha önemlisi bu komplikasyonların çok önemli bir kısmı dikkatli bir cerrahi ve özenli postoperatif bakım ile engellenebilir. Komplikasyon gelişen vakaların önemli bir kısmının yeterli penil cerrahi eğitimi almamış kişilerin (Kadın doğum uzmanı, çocuk hastalıkları uzmanı, pratisyen hekim, asistan, sünnetçi gibi) yaptığı sünnetler olması, bu kişilerin eğitiminin daha özenli yapılması ile komplikasyon oranlarının azalacağını düşündürmektedir.

Bazen, fazla miktarda cilt çıkartıldığında ya da klemp ile üretra da tutulduğunda fistül gelişebilir. Fazla miktarda cildin çıkarıldığı vakalarda, agresif frenuloplasti ve kalan cildin transpozisyonu ile yine de kapama gerçekleştirilebilir (Campbell- Walsh Üroloji, 10. Baskı. Güneş Tıp Kitabevleri. Ayrıntı Basım ve Yayın Matbaacılık. Sertifika no:13987. Ankara. Bölüm;36. Sayfa:1007).

2- Bilirkişi raporunda fistül ile enfeksiyon ilişkisi kurulmuş. Bu konuda yorumlarınız nelerdir?

Enfeksiyon ile üretral fistüller arasında ilişki olabileceği temel text book'larda belirtilmiştir. (Campbell-Walsh Üroloji, 10. Baskı. Güneş Tıp Kitabevleri. Ayrıntı Basım ve Yayın Matbaacılık. Sertifika no:13987. Ankara.Bölüm;36. Sayfa:1007.) Eğer dikkatli bir postoperatif bakım yapılmaz ve hijyen kurallarına dikkat edilmezse oluşacak enfeksiyon, balanit ya da periüretral bir apse oluşumunun fistül ile sonuçlanabileceği kanaatindeyim. Sünnet esnasında kanama kontrolü için sıklıkla freniluma U sütürleri konulmaktadır. Bu sütürasyon esnasında üretradan geçilmiş olma ihtimali de göz önünde bulundurulmalıdır. Yani sadece enfeksiyon ilişkisiyle fistül oluşmamış olabilir.

3- Bu dosya hakkındaki bilirkişi görüşünüz nasıl olurdu?

Öncelikle toplu sünnet uygulamalarında komplikasyonların arttığını gösteren yayınlar mevcuttur (Ozdemir E. Significantly increased complication risks with mass circumcisions. Br J Urol 1997;80: 136-9).

Savunmayı yapan hekim sünnet öncesi fistülün 1 mm olması nedeniyle konjenital olabileceğini belirtmiştir. Eğer ciddi bir fimozis var ise bu durum fizik muayenede net değerlendirilemeyebileceğinden fistülün konjenital olabilmesi ihtimalinin olabileceğini düşünmekle birlikte kesin kanaat bildirilememektedir. Bu vakada sünnet öncesinde konjenital üretrokütanöz fistül olabileme ihtimali bulunduğu gibi sünnet sonrası enfeksiyon yada periüretral apse sonrasında da gelişmiş olabilir. Sonrasında yapılan tıbbi müdahaleler ve postop bakımın dosyadaki hali ile "çocuğun annesinin; tüpü, bu tüp çocuğumu rahatsız ediyor diye düşünerek postop birinci gün makasla kesip çıkarması" fistül operasyonunun postop bakımına riayet edilmediğini düşündürmektedir. Kanımca; sonuç olarak bu tür komplikasyonların sünnet esnasında ve sünnet sonrasında gelişebilme ihtimali dahilindedir. Uygulanan sünnet işleminin ve sonrasında oluşan komplikasyonun yönetiminin tıp bilimince genel kabul görmüş ilke ve kurallarına uygun yapılmış olduğu, sünnet işlemini gerçekleştiren hekimin kusuru, tecrübelerimiz ve text book bilgilerine göre, bulunmamaktadır.

7.5.7 SÜNNET SONRASI MEATUS DARLIĞI

İDDİA

Müvekkil oğlunu sünnetini yaptırmak amacıyla Devlet Hastanesine başvurmuşlardır. Operasyondan bir süre sonra idrar yapamama, yanma ve ağrı gibi çeşitli sorunlar baş göstermesi üzerine operasyonu yapan hastaneye ve doktora defalarca başvurulmuş, her seferinde operasyonu yapan doktor tarafından bu gibi sonuçların olağan ve geçici olduğundan bahisle özensiz ve baştan savmacı davranılmaya devam edilmiştir. Müvekkiller Üniversite Hastanesine başvurmuşlardır. Burada "Üretral darlık" tanısı konularak "Üretral dilatasyon" yapılmış, bu durumun sünnetin yanlış yapılmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Yanlışlığın ise önceki operasyonda penis ucunun gereğinden fazla kesilmesinden kaynaklanan penis ucu darlaşmasından meydana geldiği belirtilmektedir.

SAVUNMA

Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşavirliğinin Savunması: Hasta penisinde şişme olması sebebiyle ile Bakanlığımıza bağlı Devlet Hastanesi çocuk cerrahisi polikliniğine getirilmiş, fiziksel muayenesinde prepisyum ve glans penis ödemli olduğu görülmüş ve hastanın değerlendirmesi neticesinde sünnet derisinin fazlalığı, fimozis ve parafimozis ön teşhisi konularak aynı gün çocuk cerrahisi servisine yatışı yapılmıştır. Ameliyatın başarılı geçmesi için ameliyat öncesi hazırlıklar tamamlandıktan sonra parafimozis redüksiyonu yapılmış, ameliyatta ve sonrasında herhangi bir problem gelişmemiş, ilaç tedavisi yapıldıktan sonra şişliğin geçmesi üzerine önerilerle, kontrole gelmek üzere salah ile taburcu edilmiştir. Fimozis teşhisi ile poliklinikte izlenen hasta, adı geçen Hastaneye tekrar müracaat etmiş ve üretral kordi teşhisi konulmuş ve ameliyat öncesi hazırlıkları yapıldıktan sonra üretrol kordi onarımı yapılarak bir hafta sonra kontrole gelmek üzere taburcu edilmiştir. Tekrar çocuk cerrahisi polikliniğine müracaat etmiş, ameliyat randevusu verilmiş, ancak hasta çocuk ameliyata getirilmemiştir. Hasta daha sonra idrar yaparken zor-

lanma ve idrarını ince yapma şikayeti ile Üniversiteye müracaat etmiş, burada dilatasyon yapılmıştır. Nitekim konunun incelenmesi sırasında görüşüne başvuru alan çocuk hastalıkları uzmanlarıca tanzim edilen Tıbbî Mütalaa Raporu'nda özetle; "meatal stenoz sünnet olmuş çocuklarda özellikle daha önceden fimozisi olan bebeklerde idrar deliğinin alt bezinin nemli ortamıyla (amonyok dermatidi) uzun süre temasta kalmasıyla tekrarlayan inflamasyon ve meatitler sonucu oluşabilen çok nadir bir komplikasyondur. Aynı durum sünnet olmayan çocuklarda da görülebilir. Bunun sonucu olarak idrar deliği hassaslaşır ve kızarıklık bir hal alır. İdrar deliğinin her iki yaprağı birbirine yaklaşarak yapışır ve çocuklarda idrar yaptığı alan iğne deliği kadar kalabilir. Bu durumda idrar yaparken zorlanma ve ağrı olabilir. Tedavisi ameliyatsız idrar deliğinin genişletilmesidir. Hasta parafimozis ve üretral korde nedeniyle iki kez yatırılarak tedavi edilmiş. İkinci tedavi yani sünnet sonrasında çok nadir bir komplikasyon olan ancak beslenen ve küçük yaşta sünnet olan çocuklarda daha sık görülen meatal stenoz gelişmiş." olduğu belirtilmiştir. Yine konu hakkında Üniversite Çocuk Cerrahisi Ana Bilim Dalı Başkanlığı'nın bilirkişi raporunda özetle; "Bebekte Devlet Hastanesi çocuk cerrahisi kliniğinde tıbbî müdahale ilmi kaidelere uygun olarak yapılmış, ancak hastanın düzenli olarak kontrolle gitmesi gerekirken, gerek Devlet Hastanesi'ne ve gerekse Üniversite Çocuk Cerrahisi Kliniğine kontrollerine düzenli olarak gitmemiştir. Bir ameliyatın başarılı olabilmesi için ameliyatın iyi yapılmasının yanında ameliyat sonrası bakımının da iyi olması gerektiği tartışmasızdır. Zira hasta düzenli olarak kontrole gitmiş olsaydı söz konusu komplikasyonun ortaya çıkması büyük oranda engellenebilecekti. Dolayısıyla dâvâ konusu hadisede dâvâcının kusur ve ihmâlinin olduğu açık olup, dâvâcı kendi ihmâl ve kusurunu Bakanlığımıza atfetmeye çalışmaktadır. Dâvâcı "sünnet ameliyatında tedbirsiz ve acemi davranıldığını, defalarca dâvâlı kuruma gittiğini, Üniversitenin rahatlıkla kolayca tespit ettiği bir husus tespit edemediği örtbas etmeye çalıştığı" gibi iddiaları yersizdir. Zira dâvâcı ikinci ameliyattan sonra kontrole gelmesi söylendiği hâlde Bakanlığımız hastanesine uzunca bir süre hiç uğramamıştır. Bu durumda dâvâcının meydana geldiğini iddia ettiği rahatsızlık ile Bakanlığımız personeline yapılan tıbbî tedâvisi arasında kabul edilebilir bir illiyet bağının olup olmadığının açıkça tespit olunması gerekmekte ve hastada meydana gelen istenmeyen neticenin adı geçen hastanede verilen hizmetin kusurlu işlemeden kaynaklandığına dair ortada verilmiş kesin bir tıbbî rapor mevcut değil iken tazminat talep edildiği görülmektedir. Bu itibarla, tazminat ödeme mükellefiyetinin doğması için gereken şartlardan, hukuka aykırılık, hizmet kusuru ve uygun illiyet bağının dâvâ konusu olay bakımından gerçekleşmediği açık olduğundan, kusurlu ve kusursuz mesûliyet prensiplerine göre tazmini gerektirici bir husus bulunmamaktadır.

BELGELER

Devlet Hastanesi Tıbbi Belgeleri: Çocuk cerrahisi tarafından fimozis ve parafimozis tanıları ile yatırıldı, aynı gün lokal anestezi altında parafimozis redüksiyonu yapıldı, ameliyatta ve sonrasında herhangi bir problem gelişmedi, ilaç tedavisi yapıldıktan sonra şişliğin geçmesi üzerine önerilerle, kontrole gelmek üzere taburcu edildi, daha sonra üretral kordi tanısı ile yatırıldı, genel anestezi altında üretral kordi onarımı yapıldı, ameliyat sonrası sorun olmayan hasta bir hafta sonra kontrol önerisi ile taburcu edildi, üretral darlık şikayeti ile çocuk cerrahisi polikliniğine başvurdu, ameliyat randevusu verilerek taburcu edildi.

Tıp Fakültesi Tıbbi Belgeleri: Üretral darlık nedeniyle genel anestezi altında dört kez dilatasyon yapılmıştır.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Küçük parafimozis ve üretral korde nedeniyle iki kez ameliyat edildiği, uygulanan bu ameliyatlardan sonrasında meatal stenoz geliştiği, oluşan bu meatal stenozu bir komplikasyon olarak kabul etmek gerektiği, küçüğün geçirdiği tıbbî müdahalelerin ilerleyen dönemde çocuk sahibi olma ve penisinin normal işlevini yerine getirmesi üzerine etkisinin bulunmadığı, küçüğün tedavisinde görev alan sağlık çalışanlarına kusur atfedilmediği oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Yrd. Doç. Dr. Ercan MALKOÇ,

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan Abdulhamid Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği

1. Hastanın tıbbi muayenesi ve tedavi süreci hakkında bilgiler yeterli midir?

Hasta ilk olarak parafimozis tanısıyla yatırılmış ve hastaya parafimozis redüksiyonu yapılmış. Sonrasında fimozis tanısıyla takip edilen hastaya üretral kordi tanısında konularak genel anestezi altında üretral kordi onarımı adı altında sünnet yapıldığı anlaşılmaktadır. Bu tedaviden sonra hastanın mea darlığıyla tekrar aynı merkeze başvurduğu ve çocuk cerrahları tarafından ameliyat randevusu verildiği ancak hastanın randevuya gitmediği belirtilmiştir. Parafimozis sünnet derisinin glans penisin arkasında sıkışmasıdır ve manuplasyonla, dorsal slit insizyonla veya sünnet yapılarak tedavi edilebilir. Bu hastada ise parafimozis redüksiyonu yapılmış ve sonrasında fimozis tanısıyla hasta takip edilmiştir. Takip esnasında aynı zamanda üretral kordi tanısında konularak hasta opere edilmiştir. Fimozis, sünnet derisinin uçundaki açıklığın dar olması nedeniyle sünnet derisinin geriye doğru çekilememesi durumudur. Bu durumdaki bir hastada üretral kordi tanısının nasıl koyulduğu anlaşılamamıştır. Ayrıca hasta yakınlarının sünnet öncesinde bilgilendirilmiş onam formu verilerek bilgilendirildiği savunmada belirtilmemiştir.

2. Üretral mea darlığının sebepleri nelerdir. Bu olayda mea darlığının sebeplerini nasıl yorumlarsınız?

Meatal stenoza neden olabilecek birçok teori ortaya sürülmüştür. Sünnet derisiyle glans penis arasındaki yapışıklık açıldıktan sonra başlayacak inflamatuvar reaksiyonun meatal stenoz ile sonuçlanabileceği teorisinin yanında bebek bezlerinin yapabileceği irritasyon da suçlanmaktadır. Parafimozis ve fimozis mevzubahis inflamasyon sürecini tetikleyebilmektedir. Bunun dışında sünnet esnasında kanama kontrolü için yapılan koagülasyonunda frenular kanlanmayı azaltarak stenozu neden olabileceği bu nedenle frenular arterin korunması gerektiği bir çalışmada gösterilmiştir (Persad R, Sharma S, McTavish J ve ark. Clinical presentation and pathophysiology of meatal stenosis following circumcision. Br J Urol. 1995 Jan;75(1):91-3). Ek olarak sünnet esnasında frenilumun korunmasında üretral mea riskini düşürebileceği bildirilmiştir. Ayrıca etiyojisi net olmayan ve kronik inflamatuvar bir hastalık olan balanitis xerotica obliterans (BXO), fimozisi olan çocukların %9-50'sinde görülebildiği farklı serilerde gösterilmiştir. BXO'su olan hastaların yaklaşık %7'sinde sünnetten 1 ay sonra meatal stenoz geliştiği saptanmıştır (Celis S, Reed F, Murphy F ve ark. Balanitis xerotica obliterans in children and adolescents: a literature review and clinical series. J Pediatr Urol. 2014 Feb;10(1):34-9).

3. Bu dosya hakkında bilirkşi görüşünüz nasıl olurdu?

Çocuk cerrahisi kliniğinde tıbbî müdahale ilmi kaidelere uygun olarak yapılmış ancak hasta yakınlarının cerrahi işlem sonrası gelişebilecek komplikasyonlar hakkında yeterince bilgilendirildiği savunmada belirtilmemiştir. Fimozis, parafimozis ve üretral kordi gibi mea darlığı için risk taşıyan hastalarda sünnet öncesi bilgilendirme ekstra önem arz etmektedir. Yeterince yapılacak bilgilendirme ile hasta takibinde yaşanabilecek sıkıntılar en az seviyelere indirgenebilirdi. Hasta yakınlarına cerrahi öncesi bilgilendirilmiş onam formu onaylatılıp onaylatılmadığı mevcut bilgilere göre eksiktir. Bu konunun sorgulandıktan sonra görüş bildirilmesi uygun olacaktır.

7.5.8 ALİS KLAMP İLE SÜNNET SONRASI YARA AÇILMASI

İDDİA

Müvekkil Tıp Merkezi'ne götürülmüş ve burada Uzman Doktor tarafından sünnet olmuştur. Sünnet işleminden önce Doktor operasyonu "alisklamp" adı verilen yeni bir teknikle yapacağını, söz konusu tekniğin daha ağrısız sızısız sonuçlar doğuracağını belirtmiştir. Sünnet işlemi sırasında yönleme özgü bir aparat takılmış ve bu aparatın 3 gün boyunca kalması gerektiği, üç gün sonunda aparata ihtiyaç

olmayacağı ve kanamanın duracağı aileye bildirilmesine rağmen, 3 günün sonunda aparat aynı hastanede ve aynı hekim tarafından çıkartılmış ve fakat kanama durmamıştır. Ateş baş gösterince ailesi tarafından Devlet Hastanesine götürülmüş ve burada 2 gün müşahede altında kalmıştır. Burada, ateşin söz konusu operasyondan kaynaklandığı kendilerine bildirilmiştir. Bunun üzerine aile, Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı'na başvurmuştur. Burada; yapılan operasyonda, çocuğun penisinin usulüne uygun kesilmediği ve normalden daha fazla kesildiği ifade edilmiştir. Yazılı raporda, sünnetin üzerinden 1 ay geçmesine rağmen söz konusu bölgedeki yaranın hala kurumadığı 5 mm boyutlara ulaşan yaraların mevcut olduğu belirtilmiştir. Aile, çocuklarının daha iyi ve acısız bir sünnet operasyonu geçirmesi için, doktorlarına güvenmişler ve fakat sonucunda, çocuklarının penisinin normalden daha fazla kesildiğini öğrenmişlerdir. Söz konusu bu durumun çocuğun, özellikle ilerleyen dönemde, hayatına çok büyük etkileri olacaktır. Psikolojik açıdan ise, özellikle cinsellik açısından çok büyük problemler yaşayacağı ortadadır.

SAVUNMA

Alis klamp adı verilen tek kullanımlık steril bir cihazı uygulayarak sünnet yapmıştım. Bu yöntemin dikişsiz, pansumansız, sünnet sonrası işeme, yürüme fonksiyonlarında rahatlık sağlayan, uzun vadede olumsuz etkileri bulunmayan avantajlarını anne ve babasına, üretici firmanın broşürünü de vererek bütün detayları ile anlattım. Onaylarını aldıktan sonra lokal anestezi altında babasının gözü önünde sünnet derisinin kesim hattını özel sabit kalemlerle işaretledikten sonra cihazı uygulayıp işlemi tamamladım. bu nedenle iddia edildiği gibi sünnet derisinin fazla kesilmiş olması mümkün değildir. Hiçbir kanama ve komplikasyon görülmesizin normal yürüyüş tirendinde evine gönderilmişti. Üç gün sonra Tıp Merkezi-mize getirildiğinde cihaz tekniğine uygun olarak çıkarıldıktan sonra yine; ne kanama ne de şikayetlerine sebep olacak komplikasyon görülmesizin teşekküllerini ifade ederek evlerine dönmüşlerdir. Ancak klampın alındığı günün gecesinde çocuğun derin uykusu esnasında uyarılarımıza rağmen ailenin ihmali sonucu kontrolden uzak tutulan çocuğun muhtemelen penis bölgesinin sürtünme gibi travmaya maruz kalması nedeniyle sünnet derisinin penisin dorsal yüzeyinde bakiye kalan bölümü dikişsiz olarak kaynamaya bıraktığı için yapışma hattından 5 mm kadar bir alanda elastikiyet nedeniyle geriye doğru çekilip hafif derecede kanama ile birlikte açık yara ve ödem adımı verdiğimiz geçici (yara şişmesi) meydana gelmiştir. İddia edildiği gibi o güne kadar hiçbir kanama ve nahoş bir durumla karşılaşılma olmup bana veya Tıp Merkezine bir şikâyet başvurusunda bulunulmamıştır. Esasen o bölgede büyük çaplı bir damar bulunmamaktadır. Kılcal damar açılmasından meydana gelen ve paniğe kapılan Aile tarafından abartılarak bahsedilen kanama spontan hemostaz (pıhtılaşma) mekanizması ile kendiliğinden durucu karakterdedir. Ailenin sabahleyin çocuğu gördüğünde penis bölgesinde gördüğü manzara hematoma dediğimiz pıhtılaşmış kan materyalidir. Bu beklenilmeyen durumu gören aile evlerine çok yakın olan Tıp Merkezine başvurduklarında hafta sonu tatiline rastlaması nedeniyle telefon ile bana hastaneden durumu bildirmişlerdir. Ertesi gün evlerine muayene için ziyarete gittim. Durumunu gördüm. Tekrarlayan bir kanama yoktu. Pansumanı kansız ve temizdi. Açmadım. Endişe etmemelerini, önemli bir sorun meydana gelmeyeceğini, açılan yaranın tıpkı diğer yüzeysel basit yaralarda görüldüğü gibi sekonder yara iyileşmesi sürecinde birkaç gün içinde iyileşebileceğini bu süre tamamlanıncaya kadar Tıp merkezinde tedavisini takip edeceğimi, ödem çekildikten sonra gerekirse geriye doğru çekilen derinin basit bir müdahale ile 4-5 mm. kadar elastik oluşu nedeniyle uzatılarak açık olan bölgenin kapatılabilineceğini ifade ettim. Sünnetten 13 gün sonra çocuğun yüksek ateşle seyreden rahatsızlığının sünnet bölgesinden kaynaklanmadığını, yarasının iltihapsiz temiz bir şekilde iyileşmekte olduğunu hem babası hem de gittikleri doktor ifade etmişlerdi. Endişeleri sona ermiyen aile "kanama durmadı, ateşi yükseldi, yarası bir türlü iyileşmedi, çocuğumuza tekrar ameliyat yapıldı" gibi gerçek dışı suçlamalarda bulunarak tazminat talebinde bulunmak amacı ile davacı vekiline başvuruda bulunmuşlardır. Son birkaç seneden beri çeşitli aşamalardan sonra geliştirilerek sünnet dünyasının hizmetine sunulan ALIS KLAMP yöntemi ile sünnet uygulaması ülkemizde ve birçok diğer ülkelerde gittikçe artan tercihlerle yukarıda arz ettiğim avantajları nedeniyle birçok Doktorlar ve öğretim üyeleri tarafından uygulanmaktadır. Yaptığım sünnet operasyonunda; gerek uygun tedavi metodunu seçmemde, gerekse uygulamam esnasında göstermem gereken azami dikkat ve özende herhangi bir ihmali ve kusurum olmamıştır.

BİLİRKiŞİ RAPORLARI

Prof. Dr. Üroloji uzmanı Tabip Odası Başkanlığına yazdığı yazı: Sünnet için kullanılan cihaz üretici firmanın verdiği isim ile "Ali's Klamp" diye isimlendirilen bir cihazdır. Bu cihazın Türkiye'deki distribütörü Ankara adresli bir firma gözükmemekte, firma internet sitesinde cihazın telif hakkının kendilerinde olduğunu belirtmekte ve cihazın FDA onayı için başvurulduğu belirtilmektedir. Ancak Sağlık Bakanlığının onayından söz edilmemektedir. Ancak cihaz daha detaylı olarak araştırıldığında, cihazın orijinalinin "SmartKlamp" adı ile Merkezi Hengelo, Hollanda'da bulunan Circumvent BV adlı şirket tarafından üretildiği ve FDA onayının alındığı belirtilmektedir. Bu cihazla ilgili "Ali's Klamp" ve "Smart Klamp" olarak PubMed'de yaptığım literatür taramasında tek bir makaleye ulaşabildim. Türkiye kaynaklı bu makalede Ali's klemp ile sünnet edilmiş 7500 hastanın verileri geleneksel yöntemle sünnet edilmiş 5700 hastanın verileri ile karşılaştırılmakta ve sonuçta Ali's klemp ile yapılan sünnetin daha az komplikasyon oranları ile daha avantajlı olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmada denek sayısı çok olmakla birlikte çalışmanın retrospektif olması, Ali's klemp ile ilgili herhangi bir referansın bulunmaması, makalede kullanılan fotoğrafların firmanın internet sitesinde de kullanılması çalışmanın kanıt değerini düşürmektedir. Bir Genel Cerrahi Uzmanı'nın herhangi bir cerrahi aleti kullanmak için sertifikaya ihtiyacı yoktur. Kaldı ki ekteki sertifikanın Türkiye'deki firmanın logosunu ve bilgilerini içermesi bu kursun promosyonel amaçlı bir kurs olduğunu düşündürmektedir. Sonuç olarak; Ali's klemp, Smart Klamp olarak FDA onaylı bir ürün olarak görünmekle birlikte kullanımında ortaya çıkabilecek sorunlarla ilgili yeterince kanıt yoktur. Bir Genel Cerrahi Uzmanının kullandığı cerrahi yöntem ve aletlerle ilgili çıkabilecek komplikasyonlar kendi sorumluluğunda olmakla birlikte bu veriler ışığında Ali's klemp ile sünnetin kanıta dayalı, iyi klinik uygulamalar arasında sayılamayacağını düşünüyorum.

Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi: Tıbbi kurallara uygun olduğunu, Sünnet işlemi sırasında dikkatsizlik, özensizlik veya ihmal olarak değerlendirilebilecek bir kusur olmadığına, Sünnet sonrası yara yerinde oluşan açılmanın her türlü özen gösterilse ve başka teknikle sünnet yapılsa bile görülebilecek bir komplikasyon olduğunu, olgudaki klinik muayene bulgulara dayanılarak fonksiyon kaybı meydana gelmeksizin iyileşmesinin beklendiğine; Daha önce Tabip Odası soruşturması sırasında görüşüne başvurularak bilirkişinin kullanılan klempin kullanımı ile ilgili yeterince kanıt bulunmadığının ve bunun iyi hekimlik uygulaması olarak sayılamayacağı görüşüne karşın, bu tür cihazların kullanımına engeller bir mevzuat olmaması, şahısta gelişen komplikasyonun doğrudan cihazın hatalı olduğuna bağlanmasının tıbben mümkün olmadığını bildirir kanaat raporudur.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Zeki BAYRAKTAR, İstanbul Medipol Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- İnsan üzerinde kullanılan alet ve cihazların kullanılabilmesi izin veren merci/merciler nedir? Bir cihazın CE belgesine veya FDA onayına sahip olması bu cihazın Türkiye'de kullanım izni var anlamına mı gelir? Bu konudaki mevzuat nasıldır?

Tıbbi cihazlar, Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan Beşeri Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği (19/1/2005/25705) ve Tıbbi Cihaz Yönetmeliği (07/06/2011/27957) kapsamında ruhsatlandırılarak kullanılabilir. 07/06/2011 tarih ve 27957 sayılı Tıbbi Cihaz Yönetmeliği'nin 5. Maddesinde 'Tıbbi cihaz ve aksesuarları, kullanım amacı da dikkate alınmak suretiyle, Ek 1'de kendisiyle ilgili belirtilen temel gerekçelere uygun olmak zorundadır' ifadesi yer alır. Ama aynı yönetmeliğin 6. Maddesinde ('Serbest dolaşım, özel amaçlı cihazlar' başlığı altında) 'Bu Yönetmeliğin hükümlerine uygun olarak uygunluk değerlendirme işlemlerine tâbi tutulan ve CE işareti iliştilen tıbbi cihazların piyasaya arzı veya hizmete sunulması engellenmez' denilmektedir. Keza 7. Maddesinde de ('Uyumlaştırılmış standartlara uygunluk' başlığı altında) 'Avrupa Birliği tarafından yayımlanan uyumlaştırılmış standartlara uygun olarak imal edilen tıbbi cihazların, 5 inci maddede belirtilen temel gerekçelerin ilgili hükümlerini karşıladığı kabul edilir' ifadesi yer almaktadır. Anılan yönetmeliklerde FDA onayı ile ilgili herhangi bir ifade bulunmamaktadır.

Buna göre 'Avrupa Birliği Uygunluk Belgesi' olarak bilinen CE belgesine sahip bir cihaz bu yönetmelik kapsamında serbest dolaşım hakkına kavuşmuş olur. Bir başka ifade ile söylersek bu yönetmelik kap-

samında ruhsatlandırılmış olur. Mevzubahis vakada kullanılan 'Ali's klamp' adlı ürünün de CE belgesine sahip olduğu görülmektedir. Ürün tanıtımı yapılan internet (web) sayfalarında 'Avrupa Birliği Uygunluk Belgesi (CE), Patent Belgesi, Endüstriyel Tasarım Tescil Belgesi, Marka Tescil Belgesi mevcuttur. ABD Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) onayı alınmak üzeredir' ifadeleri bulunmaktadır. Eğer bu ifadeler doğru (anılan ürün cerrahi işlem esnasında CE belgesine sahip) ise; yasal kullanımı konusunda herhangi bir eksikliği bulunmuyor demektir.

2- Bu dosya hakkında bilirkışı görüşünüz nasıl olurdu?

Tarafların müşterek beyanları ve muayene bulgularından anlaşıldığına göre sünnet işlemi Ali's klamp yardımı ile yapılmış olup işlem esnasında ve sonrasında herhangi bir komplikasyon görülmemiş ama işlemden 3 gün sonra klampın alınmasını takip eden süreçte penis dorsalinde kanama ve hematoma gelişmiştir. Ardından da safahati dosya münderacatında görülen süreç yaşanmıştır. Üzerinde durulması gereken iki husus bulunmaktadır; 1) Yapılan sünnet operasyonunda tercih edilen teknik ve malzemenin tıbbî-bilimsel ilkelere aykırılığı var mıdır ve anılan komplikasyonlar bunlara bağlı olarak mı gelişmiştir? 2) İşlemi yapan hekimin işlem esnasında ve sonrasında-hekimlik mesleğinin sorumluluklarını yerine getirme konusunda- herhangi bir kusuru ve/veya özensizliği olmuş mudur?

Gelişmiş ülkelerde yapılan konvansiyonel sünnet işlemlerinde bile %0,2 ile %5 arasında komplikasyon görülmekte ve hatta bu komplikasyonların bir bölümü cerrahi revizyon ihtiyacı göstermektedir (Brisson, 2002). Dolayısıyla bu vakada meydana gelen komplikasyonun sünnet işlemi esnasında kullanılan Ali's klamp'a bağlı olarak geliştiği -kesin olarak iddia edilemez. Kaldı ki Ali's klamp ile yapılan sünnetlerde geleneksel tekniğe göre daha az komplikasyon görüldüğünü rapor eden çalışmalar bulunmaktadır (Senel, 2010; Senel, 2011; Senel, 2012). Benzer ürünlerin (klamp) kullanıldığı prospektif çalışmalarda da buna paralel sonuçlar elde edilmiştir (Concodora, 2016; Peng 2008). Hatta bu tür araçlar yardımıyla yapılan sünnetlerde konvansiyonel sünnetlere göre daha az intraoperatif kan kaybı, daha az ameliyat süresi ve daha az kanamanın tespit edildiğini bildiren metaanalizler vardır (Fan, 2016).

Dolayısıyla bu komplikasyonun Ali's klampa özgü olarak geliştiği söylenemez. Kanamanın penis cildi ile mukozanın sütüre edilmemiş olmasına (Ali's klamp kullanımına) bağlı olarak geliştiği düşünülebilir. Ama bunun kesin olarak söylenebilmesi için bu iki olay arasında kesin bir illiyet bağının kurulabilmesi gerekir. Bunun ise kesin olarak yapılabilmesi mümkün değildir. Çünkü kanama-sadece cilt ile mukozanın sütüre edilmediği tekniklerde değil-sütüre edilen konvansiyonel tekniklerde de meydana gelmektedir. Konvansiyonel tekniklerde kanamanın daha az geliştiğini bildiren bir veri de bulunmamaktadır. Buna karşı sütürsüz sünnet tekniklerinin sütürlü tekniklerle karşılaştırılabilir komplikasyon oranlarına sahip (güvenli bir alternatif) olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Voznesensky, 2015).

Aslında, yapılan işlemin modifiye edilmiş bir konvansiyonel sünnet olduğu söylenebilir. Çünkü neticede klasik bir 'sirkumzasyon' yapılmaktadır. Hatta kullanılan klamp sayesinde glans penis ve üretra gibi önemli anatomik yapılar korunmaya alınmakta ve kesme ve/veya hemostaz amacı ile termik veya elektrokoter gibi herhangi bir enerji modülü de kullanılmamaktadır. Yani aslında güvenli bir sirkumzasyon yapılmaktadır. Tek fark, penis cildi ile mukozanın sütüre edilmeden bırakılması (hemostazın klamp yardımı ile mekanik olarak sağlanması)dır. Literatür verileri, bu şekilde yapılan sünnet komplikasyonlarının konvansiyonel tekniklerle karşılaştırılabilir nitelikte (hatta daha iyi) olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla Ali's klamp yardımı ile yapılan sünnetin kullanılan malzeme ve cerrahi teknik açısından bilimsel ilkelere aykırı olduğu söylenemez.

İşlemi yapan hekimin hekimlik mesleğinin gerektirdiği özeni göstermediği de iddia edilemez. Zira her şeyden önce hasta yakınının böyle bir beyanı/iddiası olmamıştır. Hasta yakını anılan komplikasyonun kullanılan malzeme ve/veya teknik nedeniyle meydana geldiğini iddia ederek sonucun kendilerine taahhüt edildiği gibi olmadığını, vaad edilenden daha çok zahmet çektiklerini beyan etmiştir. Ne var ki, işlemin yapan hekimin, işlem esnasında ve sonrasında kendisinden beklenen özeni göstermediğine dair bir bulgu/beyan bulunmamaktadır.

Sonuç itibarı ile Ali's klamp yardımı ile yapılan sünnet sonrasında gelişen bu komplikasyonun anatomik veya fonksiyonel bir kayıp meydana gelmeksizin iyileşmesi beklendiği, bu tür komplikasyonların tıbbi ilkelere uygun olarak yapılan tüm cerrahi tekniklerde meydana gelebileceği, işlem esnasında kullanılan malzemenin CE belgesine sahip olduğu, bu nedenle kullanımının tıbbi ilkelere aykırı olmadığı,

meydana gelen komplikasyonun bu cihaza özgü olmadığı, literatürde, bu ve benzeri cihazlarla yapılan çalışmaların yayınlanmış olduğu, işlemi yapan hekimin özensiz davrandığına dair bir bulgunun bulunmadığı, dolayısıyla kullanılan cihaz, tercih edilen teknik ve yapılan işlemlerin tıbbi ilkelere uygun olduğu, işlemi yapan hekime herhangi bir kusurun atfedilemeyeceği kanaatindeyim.

Kaynaklar

- Brisson PA, Patel HI, Feins NR. Revision of circumcision in children: Report of 56 cases. J Pediatr Surg.2002 Sep;37(9):1343-6.
- Senel FM, Demirelli M, Oztek S. Minimally invasive circumcision with a novel plastic clamp technique: a review of 7,500 cases. Pediatr Surg Int. 2010 Jul;26(7):739-45. doi: 10.1007/s00383-010-2632-3. Epub 2010 Jun 8.
- Senel FM, Demirelli M, Pekcan H. Mass circumcision with a novel plastic clamp technique. Urology. 2011 Jul;78(1):174-9. doi: 10.1016/j.urology.2010.12.018. Epub 2011 Feb 18.
- Senel FM, Demirelli M, Misirlioglu F, Sezgin T. Adult male circumcision performed with plastic clamp technique in Turkey: results and long-term effects on sexual function. Urol J. 2012 Fall;9(4):700-5.
- Concodora CW, Maizels M, Dean GE et al. Checklist assessment tool to evaluate suitability and success of neonatal clamp circumcision: A prospective study. J Pediatr Urol.2016 Aug;12(4):235.e1-5. doi: 10.1016/j.jpuro.2016.05.028. Epub 2016 Jun 11.
- Peng YF, Cheng Y, Wang GY, et al. Clinical application of a new device for minimally invasive circumcision. Asian J Androl. 2008 May;10(3):447-54. doi: 10.1111/j.1745-7262.2008.00411.x.

7.5.9 GÖMÜK PENİSTE SÜNNET VEYA SÜNNET SONRASI GÖMÜK PENİS

İDDİA

Çocuğumun penisinin özel hastanede yapılan ameliyat sonrası derisinin fazla kesildiği ve penisin kafasından da kesildiğini hem devlet hastanesindeki tedavisinden hem de Üniversitesindeki tedavisinden öğrendik, çocuğum 3 kez ameliyat oldu, 5 ay içerisinde bir kez daha ameliyat olacak, yapılan bu tedaviler ve raporlar ile ilgili belgeleri C. Savcılığına verdim, olay ile ilgili olarak çocuğumun ameliyatını yapan genel cerrahi doktorundan çocuğumun geleceğini tehlikeye attığından, belki de kalıcı bir sorun yaratacağından, bizleri maddi ve manevi yıpratığından, çocuğumun 3 kez ameliyat olmasına sebep olduğundan dolayı şikayetçiyim.

SAVUNMA

Genel Cerrahi uzmanı: Çocuğun sünnet işlemini ben yaptım, çocuğun gömük bir penis yapısı ve aşırı derecede yapışık bir penis derisi mevcuttu. Yapışıklıkları açma sonunda penis derisinde ödem oluştu ve deri dolaşımı nazlı idi. Sünnet sonrası aileye bilgi verdikten sonra hastayı iki kez tedbiren kontrole çağırdım, kontrolde ödem dışında problem yoktu, sünnet bakımını tekrar anlattım. Bu tarihten 15 gün sonra doğum iznine ayrıldım, o tarihe kadar hastanın tekrar başvurusu olmadı, herhangi bir şekilde penis derisini fazla kesmem ya da glans penisten kesi yapmam söz konusu değildir, hastanın sıkıntıları 15. günden sonra başlamış görünmektedir, cerrahi iyileşme cerrahi teknik dışında hasta ile ilgili faktörler ve yara bakımı gibi birden çok durum ile ilişkilidir, bir hekim olarak herhangi bir hastaya bilerek veya isteyerek zarar vermem mümkün değildir, her sünnet bir cerrahi işlem olup, her cerrahi işlemin komplikasyon riski mevcuttur, aynı dönemde yaklaşık 100 sünnet işlemi yaptım, şu ana kadar yaptığım hiçbir sünnette komplikasyon gelişmemiştir, olayda kusurum yoktur.

BELGELER

Özel Hastane tıbbi belgeleri: Hastanın sünnet için getirildi, lokal anestezi eşliğinde usulünce sirkumsizyon yapıldı, hemostazı takiben prepsium artığı penis derisine 5/0 rapid vicryl ile separe dikildi, pansuman yapıldı, aynı gün taburcu edildi.

Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin tıbbi belgeleri: 3 hafta önce başka bir merkezde sünnet olmuş, yarasının iyileşmemesi şikayetiyle geldi, sistemik muayene bulguları normal, gömük penis mevcut. Yara yeri iyileştikten sonra operasyon önerildi.

Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin tıbbi belgeleri: Sünnet revizyonu amacıyla servise yatırılan hasta aynı gün ameliyata alındı, GAA sünnet revizyonu ve üretra dilatasyonu işlemi yapıldı, pomadlı klemp ile glans etraf yapışıklıklardan ayrılarak penis ortaya çıkarıldı, glansın altında deri yapısı gözlenmedi, fibrin kaplı olduğu görüldü, üretranın dar olduğunun gözlendi ve üretral dilatasyon yapıldı, 6Fr foley sonda ile üretra kateterize edildi ve işleme son verildi, postop analjezik etkisinden faydalanmak için caudal blok yapıldı, perop ve erken postop komplikasyon olmadı, postop 3 saat sonra oral verildiği, takibinde oral alan, ateş, bulantı ve kusması olmayan hasta önerilerle taburcu edildi.

Adli Tıp Muayene: Penis shaft ile glans penis ayrımının net olarak gözlemlenemediği, glansın üzeri ve dorsali boydan boya skar dokusu ile kaplı olduğu, mea gözlenemediği, ventraldeki orfisten idrarını yaptığının söylendiği tespit edildi.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Ön incelemeci: Sünnet edilmesi amacıyla başvurusunu takiben elektif koşullarda lokal anestezi eşliğinde sünnet edilen, Tıp Fakültesi Hastanelerinin hasta dosyası içinde bulunan Çocuk Cerrahi ve Plastik Cerrahi uygulamalarına yönelik kayıtlara göre glans altında deri yapısı gözlenmeyen, glansı fibrin kaplı, üretrası dar izlenen, glansta ve penis derisinde defekt (derinin fazla alınması nedeniyle) izlenen, penis derisindeki defekti uyluktan alınan grefit ile onarılan çocuk hakkında düzenlenmiş soruşturma dosyası içerisinde bulunan dilekçe, ifadeler, tıbbi evrak ile konunun adli-tıbbi değerlendirilmesinden elde edilerek yukarıda kayıtlı olan bilgi, bulgu ve yorumlar birlikte değerlendirildiğinde; Genel cerrahi uzmanının gömük penis, penis derisinde yapışıklıklar, bu yapışıklıkların açılması sırasında penis derisinde ödem ve beslenme bozukluğu saptanmasına, dolayısıyla artmış riske rağmen acil olmayan girişimi gerçekleştirdiği, gerek normal olmayan anatomik yapı gerekse yapışıklıkların açılması sırasında oluşan ödem nedeniyle greft konulma ihtiyacı doğuracak şekilde penis derisini fazla aldığı, dolayısıyla dikkat ve özen yükümlülüğünü tam ve eksiksiz yerine getirmedeği, kusurlu olduğu kanaatini bildirir rapordur.

Adli Tıp Kurumu (1): Sünnet sonrası penis ve glans derisi ile ilgili ortaya çıkan sorunların gömük penislerde yapılan sünnetlerde görülebilen bir komplikasyon özelliğinde olduğu tıbbi hata olmadığına karar verildi.

Adli Tıp Kurumu (2): Genel Cerrahi Uzmanı tarafından 'küçüğün gömük bir penisi yapısı, aşırı derecede yapışık bir penis derisi olduğu, tespit edilmesine rağmen yapılan sünnet işleminin güncel tıbbi uygulamalara uygun olmadığı, dolayısıyla ilgili hekimin kusurlu olduğu oy birliği ile mütalaa olunur

Adli Tıp Kurumu (3): Gömülü penislerde lokal anestezi ile sünnet yapılmasının güncel tıbbi uygulamalara uygun olmadığı, ancak hastanın Kurulumuzca yapılan muayenesinde tespit edilen bulguların (penil shaft ile glans penis ayrımının net olarak gözlemlenememesi, glansın üzeri ve dorsali boydan boya skar dokusu ile kaplı olması, meanın gözlenememesi, ventraldeki orfisten idrarını yaptığının belirtilmesi) hatalı cerrahiden ziyade dolaşım (kanlanma) bozukluğu sonucu gelişebileceği kanaatine varıldığı ve bu durumun sünnet işleminin bir komplikasyonu olarak kabul edilmesi gerektiği, tıbbi belgelerde sünnet işlemi sırasında koter kullanılıp kullanılmadığı, kullanılan lokal anesteziğin cinsi ve uygulanan teknikle ilgili bilgi mevcut olmadığı, bu nedenle ortaya çıkan sonucun cerrahi işlem kusurundan mı, yoksa sünnet işleminin bir komplikasyonu olan dolaşım bozukluğu sonucu mu geliştiğinin ayrımının tıbben yapılamadığı oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Haluk Emir, İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Ürolojisi Bilim Dalı

1- Gömük penis tanımı nasıldır? Bu çocuklar nasıl izlemelidir?

Doğumsal gömülü penis penis cildinin "fiksasyon" sorunu nedeni ile penis gövdesinin cilt altına gömülü kalması ve bunun sonucu olarak inspeksiyonda penisin küçük olarak görülmesidir. Dikkatli fizik muayenede yaşa uygun penil shaft ve korpu kavernozumların varlığı belirlenerek gerçek mikropenisten ayrımı yapılabilir. İzlem ve tedavi ile ilgili görüş birliği olmamakla birlikte cerrahi penil cilt rekonstrüksiyonu teknikleri tanımlanmıştır.

2- Gömük peniste sünnet konusunda yorumlarınız nasıldır?

Doğumsal gömülü penislerin çoğunda penis gövdesini saracak yeterli cilt dokusu olmaması nedeni ile prepusyumdan da yaralanarak ve genellikle fazla doku eksizyonu yapılmadan penil cilt rekonstrüksiyonu gerekmektedir. Dolayısı ile bu anomalide sünnet yapılmamalı anestezi altında penil rekonatrüksiyonu yapılmalıdır.

3- Bu dosya hakkında bilirkşi görüşünüz nasıl olurdu?

Adli tıp kurumu (3. Görüş) raporundaki görüş benim de onayladığım görüştür.

8.1 KADIN-DOĞUM AMELİYATLARINDA ÜRETER-MESANE SORUNLARI

8.1.1 RADİKAL HİSTEREKTOMİDE ÜRETER HASARI

İDDİA

Müvekkilimiz 2008 yılı başlarında vajinal kanama şikayetiyle, Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi'ne başvurmuş ve Cervix kanseri tespit edilmiştir. Kanser ameliyatının hatalı yapılması sonucu idrar yolları kesilmiştir. Hastanede tıbbi müdahalelerden sonra müvekkilimiz, tam olarak iyileşmediği halde taburcu edilmiştir. Bu müdahalelerin ardından bir gece müvekkilimiz, idrar zehirlenmesine bağlı olarak acilen Ankara'da başka bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi başvurmuş ve yapılan tetkikler neticesinde, iki üreterinin de tıkanmış olduğu tespit edilerek, müvekkilimize iki yanlı hortum takılmıştır. Bu müdahaleden sonra devam eden tedavi sürecinde, müvekkilemin ameliyatını yapan hastane tarafından müvekkilimize, ömür boyu bu hortumlarla yaşamak zorunda olduğu bilgisi verilmiştir. Bu şartlarda yaşamaya daha fazla dayanamayan müvekkilimiz, 2008 yılı sonlarına doğru, başka bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvurmuş ve bu Hastanede yaklaşık 4 yıldan fazla süren tedavi ve bir dizi ameliyatların ardından, eskisinden daha iyi bir hale gelse de, sağlığına tam olarak kavuşamamıştır. Zira yapılan tıbbi hatalar neticesinde müvekkilimizin böbreklerinde kalıcı hasara yol açıldığı gibi, halen idrar kaçırma sorunuyla yaşamaktadır. Tıbbi uygulama hataları neticesinde beş yıl kadar idrarını iki hortumla boşaltmak zorunda kalmış, böbreklerinde tedavisi imkânsız tahribata yol açılmış, bugüne kadar eşi ile hiçbir şekilde cinsel ilişkiye girememiş, şu an için hortumlarından kurtulmuş olsa dahi, idrar kaçırma devam ettiği için hazır bezle ve ağır kokuyla yaşamaya mahkûm edilmiş, bu süreçte kokudan dolayı onlarca yatak atmış, eşi, çocukları ve çevresindeki arkadaşları ve akrabalarından uzaklaşmış, ruhen ve bedenen cismani ve psikolojik yıkıma uğramıştır.

SAVUNMA

Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (1. Hastane) Klinik Şefi: Hastaya Tıp 3 histerektomi +BSO+pelvik lenf nodu diseksiyonu uygulanmıştır. Ameliyattan sonra sorunu olmayan hastanın bakımları yapılmıştır. Yapılan ultrasonografide "sağda üreteropelvik bileşkede üreter çapı 3,5 cm ölçülmekte, sipina iliaka-pelvik girim düzleminde 2 cm çapa inmektedir. Sol üreter ise pelvik girim düzleminde 9 mm çapta ölçülmüştür" şeklinde raporlanmış ve bunun üzerine üroloji konsültasyonu istenmiştir. Üroloji konsültasyonunda hastanın taburcu edilebileceği, üroloji polikliniğinde hastanın takib edilemesi gerektiği belirtilmiştir. Hasta bunun üzerine taburcu edilmiştir. Hasta 1 ay sonra poliklinik kontrolüne

çağrılmıştır. Ancak hastanın bu işlemde sonra yapılan herhangi bir kontrol muayene kaydına rastlanmamıştır. Ayrıca hastanın kliniğimizdeki yatış dosyasında idrar kaçırması ile ilgili herhangi bir şikayetine rastlanmamıştır. Daha sonraki yapılan tedavi ile ilgili bilgimiz bulunmamaktadır.

Üroloji Uzmanı: Hastayı konsulte ettiğimde yaklaşık post operatif 10. günündeydi. Genel durumu iyi olan hastanın ultrasonografisinde sağ ureterin 2 cm çapında, sol ureterinde 9 mm çapında olduğu rapor edilmişti. Hastanın idrar çıkışı mevcuttu. Mevcut ureter genişlemesinin ameliyat sırasında ureter hasarı neticesinde değil daha önceden olduğunu düşündüm. Çünkü, bağlanan ureter 10 günde bu derece genişlemez. Hastanın idrar çıkışının olması ve genel durumunun da iyi olması nedeniyle poliklinik takibi önerdim. Bundan sonra hastayı görmedim. Sorumluluğum yoktur.

Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin (2. Hastane) Üroloji Kliniği Şefi: Hastaya çekilen İntravenöz Pyelografide (IVP) iki böbreğin de süzme yapmadığı görülmüştür. Her iki ureterin tıkalı olduğuna karar verilerek 2 taraflı nefrostomi takılmıştır. Bu dönemde yapılan incelemelerde hastada Üriner enfeksiyon (E.Coli), Sağ Böbrekte grade 2, sol böbrek de grade 1 parankim bozuklukları mevcut idi. Ayrıca mesanede taş vardı. Endoskopik girişimde mesanede 8x8 mm lik taş kırılarak temizlendi, sağ ureter kateterizasyonu yapıldı, ancak sadece 5 cm ilerletilebilindi, sonra skopi altında radyopak madde verilerek bakıldığında ureter kateterinin proksimalinde yaklaşık 5 cm lik dar ve pasaj vermeyen segment tespit edilmiştir. Sonra, sol uretere kateterle girildiğinde 10 cm den fazla ilerlemediği görüldü. Sonra metilen mavisi yukarıdan verildiğinde çok ince bir sızıntının varlığı tespit edilmiştir. Bunun üzerine hastanın sağ tarafına açık cerrahi ile müdahale edildi ve ureterin daralmış olan yaklaşık 2,5-3 cm'lik bölümü çıkarılarak mesaneden tüp yapılıp bağlantısı yeniden sağlandı. Takiplerine devam edilen hastaya en son endoskopik girişimle sol ureterdeki darlık alanına müdahale edildi ve 2 darlık alanı endoskopik olarak genişletildi.

Bütün bu bulgular hastanın geçirdiği ilk Kadın-Doğum Cerrahisi esnasındaki girişimler sonucunda idrarı böbrekten mesaneye taşıyan ureter sistemleri boyutunda zarar gördüğü ve bu zararın sonucunda ureterlerde meydana gelen hasar münasebetiyle de böbrekleri şişmeye maruz kalarak hasar gördüğü anlaşılmaktadır. Böbrekteki hasarın tespit edilmemiş olması tıbben kabul edilemez bir hata ve son derece sorumsuz bir yaklaşımdır. Hasta çok sıkıntılı bir noktaya geldiğinde nefrostomi takılmış ancak bu durumda hastanın konforunun bozulmasına, akıntı ve kokudan dolayı sosyal izolasyonuna neden olmuştur. Hastaya ömür boyu böyle yaşayacağı ve başka çözüm olmadığını söylenmesi de hastada tam bir psikolojik çöküntüye yol açmıştır. Açıklanan nedenlerle, hastanın şikâyet konusu olan tıbben kabul edilemez hatalı tedavi, eksik ve gereksiz ameliyatların hastanemizden değil, önceki hastanelerde yapıldığı, hastanemizde ise tedavisinin yapılarak şifa bulmasına yol açıldığı, böylece Üroloji Kliniğimize izafe edilecek herhangi bir kusurun bulunmadığı açıktır.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Servis kanseri nedeniyle yapılan ameliyatlar (histerektomi + bilateral salpenjektomi + ovarian transpozisyon+ paraaortik ve bilateral pelvik lenfadenektomi) sırasında ureter yaralanmasının görülebilen komplikasyonlardan biri olduğu, her iki ureterde tam olmayan daralma nedeniyle zamanla böbrek ve ureterlerde genişlemenin meydana geldiği, tam daralma-tıkanma olmuş olsaydı hiç idrarın çıkamayacağı, kesilme olsaydı drenlerden veya yaradan idrara kaçığın olacağı, tam olmayan daralma bulgu verdiğinde nefrostomi yapılması endikasyonunun uygun olduğu, ameliyat sonrası ortaya çıkan ureter daralmasının komplikasyon olduğu, söz konusu hastanelerde yapılan uygulamalarının tıp kurallarına uygun olduğu oy birliği ile mütalaa olunur.

BOZMA VE TALEP (Danıştay)

Danıştay bozma kararında; Adli Tıp İhtisas Kurulu'nun raporunda; söz konusu hastanelerde yapılan uygulamaların tıp kurallarına uygun olduğu idareye yönelik hizmet kusuru tespit edilmediği belirtilmiş de davacıda gelişen komplikasyonların sebeplerinin ne olduğu ve komplikasyon olarak ifade edilen durumu engelleme adına gereken dikkat ve özenin gösterilip gösterilmediği doyurucu şekilde açıklanmamış, soyut ifadelerle yetinilmiştir. Durum böyle olunca; taraf iddiaları ile bilirkişi raporuna itiraz dilekçesindeki hususlar ve şikâyet konusu olayla ilgili, Hasta Hakları Birimi tarafından olayla ilgili düzenlenen rapordaki idareye kusur atfedici nitelikteki açıklamalar değerlendirilmek suretiyle, Adli Tıp Genel Kurulu'nca açıklanmalı ve gerekçeli yeni bir düzenlenme talep edilmektedir.

GENEL KURUL RAPORU

Serviks kanseri nedeniyle yapılan ameliyatlarda (histerektomi + bilateral salpenjektomi + ovarian transpozisyon+ paraaortik ve bilateral pelvik lenfadenektomi) sırasında üreter yaralanması hertürlü dikkat ve özene rağmen önlenemeyen, her hangi tıbbi kusura atfedilemeyen bir zarar yani komplikasyon olduğu, çünkü adı geçen ameliyatta kanserden kurtulabilmek için geniş bir lenf disseksiyonunun şarttır ve bu işlem sırasında dikkat ve özene rağmen üreterlerin beslenmesinin bozulması, zarar görmesi riski mevcuttur. 17/02/2008 tarihinde yatışı yapılan ve ameliyatı yapılmış hastanın 11/03/2008 tarihinde tetkiki yapılmış "sağda ureteropelvik bileşkede üreter çapı 3,5 cm ölçülmekte, sipina iliaka-pelvik girim düzleminde 2 cm çapa inmektedir. Sol üreter ise pelvik girim düzleminde 9 mm çapta ölçülmüştür" şeklinde raporlanmıştır. Bu durum komplikasyonun farkedilme sürecinin makul bir sürede olduğunu göstermektedir. Meydana gelen zararın kendiliğinden düzleme ihtimali olması öngörüsü ile bir süre izlem yapılması, düzleme olmayınca da müdalelerde bulunulması şeklinde komplikasyonun yönetimi tıbbi kurallara uygundur. Olayda tıbbi hata tespit edilmemiştir.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Ali İhsan Taşçı, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Histerektomide ve lenf disseksiyonlarında üreterlerin hasarlanma sebepleri nelerdir nasıl korunulur?

Pelvis ameliyatlarında, lenf disseksiyonları sırasında üreterler çeşitli şekillerde hasara uğrayabilmektedir.

- Uterusun servikal kısmının disseksiyonu ve çıkartılması sırasında üreter kesilebilir, sütür ile bağlanabilir
- Lenf disseksiyonu sırasında üreterler kesilebilir veya sütür ile bağlanabilir,
- Kanama kontrolleri sırasında üretere termal hasar verilmiş olabilir,
- Üreterlerin beslenmesi bozulurken üretere zarar verilmiş olabilir.

Üreter hasarından korunmanın birincil şartı tüm ameliyat aşamalarında üreterin gözlenmesi, gözetilmesi ve korunması için dikkattir. Bazı kadın doğum uzmanları üreteri korumak için ameliyat öncesi üreterlere kateter taktırmayı tercih etmektedirler. Ancak buna rağmen yukarıda belirtilen bir kısım hasarlar söz konusu olabilir.

2- Histerektomi, lenf disseksiyonu gibi ameliyatlarda üreter hasarının belirtileri nasıldır nasıl yaklaşım yapılmalıdır?

Üreter hasarı ameliyat esnasında tanınabilir. Üreterin bağlandığından şüphe ediliyorsa, üreterin peristaltizmi izlenerek boşalıp boşalmadığı üreterin durumu hakkında bilgi verebilir. Üreter kesilerinde cerrahi sahanın idrar ile ıslanması da şüphe uyandırmalıdır. Şüpheli durumlarda per op endoskopik veya direkt ameliyat sahasından üreter kateterizasyonu yapılmalıdır. Ameliyat alanındaki üreter bir yerinden insize edilip metilen mavisi verildiğinde foley kateterinden idrarın renklenişi açıklığı gösterebileceği gibi alanın renklenmesi kaçığı gösterebilir.

Ameliyat sonrası üreter kesilerinde kesi batın içindeyse batında hassasiyet, sıva artışı, üreter kesisi dışı açılıyorsa ureterovajinal veya vezikovajinal yolla idrar kaçırma meydana gelir.

Üreter bağlanmalarında yan ağrısı oluşsa da post operatif ağrılarla kolaylıkla karışabilir. Üreter zedelenmesi riski olan hastalarda ağrılara dikkat edilmeli, ultrasonografilerle kontrol yapılmalıdır.

3- Bu dosya hakkında bilirkşi raporunuz nasıl olurdu?

Hastada kadın hastalıkları kliniğinde yatarken ultrasonografi istenmiş ve bilateral hidro-ureteronefroz tespit edilmesi nedeniyle üroloji konsültasyonu istenmiştir. Üroloji uzmanının dilatasyonun bu kadar kısa sürede olmayacağını düşünerek takibe önerilerinde bulunması kısmen bir anlamı varsa da tubüler organlarda dilatasyon aksi kanıtlanıncaya kadar obstrüksiyon kabul edilmelidir kuralına aykırı davranmıştır. Hernekadar dilatasyonun tespit süresi makul görülse de hastaya müdahale edilmemiş olması eksiklik olarak kabul edilmelidir. Daha sonraki süreçte çekilen IVP sonrası durumun ağırlığının görülmesi üzerine gerekli müdahaleler tıbbi uygun olarak yerine getirilmiştir.

8.1.2 VAJİNAL HİSTEREKTOMİ SONRASI HİDRONEFROZUN TAKİP VE TEDAVİSİNDE EKSİKLİK

İDDİA

Müvekkilem postmenopozal kanama teşhisi ile Kadın ve Doğum Hastalıkları Araştırma ve Eğitim Hastanesine yatırılmış olup, şüpheli doktor tarafından muayene edilmiş, perine yırtığı, kısmi prolapsus normalden iri, myomlu uterus olduğu belirtilmiş, vaginal hysterektomi colpografi anterior, posterior ve Kelly operasyonu endikasyonu konmuştur. Yukarıda belirtilen bu operasyonlar uygulanmıştır. Bu ameliyat sırasında, müvekkilemin ureterinin bağlanması sonucu oluşan ureter darlığı, hidronefroza neden olarak, böbreğinin geriye dönüşümsüz olarak anatomik ve fonksiyonel kaybına yol açmıştır. Şüpheli doktorlar aynı zamanda, tam bir ihmal örneği göstererek müvekkilemi ameliyat öncesi bilgilendirmedikleri gibi, müvekkilemin ameliyata razı olduğunu gösteren yazılı bir muvafakatini dahi alma gereği duymamışlardır. İşin özünü ve deşsete düşüren yanı ise: ameliyattan hemen sonra müvekkilemin vajinasından sürekli iltihabi akıntı gelmeye başlamış, yine bunun yanında karın boşluğunda batma ve ağrı, vücudunda ise hâlsizlik, bitkinlik ve aşırı terlemeler meydana gelmiştir. Gerek ameliyat sırasında sağ ureterin bağlanması, gerekse de hastanın ameliyat sonrası takibinde yaşanan eksiklik ve ihmal (ki, standart takip ile böbrekteki fonksiyon bozukluğuna tam işlev kaybı olmadan önlenbilirdi) tedbirsizlik, dikkatsizlik ve özensizliğin en bariz örneği olarak karşımıza çıkmaktadır. Şüpheli doktorların bu suç teşkil eden eylemleri nedeni ile müvekkilem bir böbreğini kaybetmiştir.

SAVUNMA

Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşaviri: Davacı Kadın ve Doğum Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Menapoz Polikliniği'ne müracaat etmiş, II. Derece perine yırtığı, kısmi prolapsus, myomuteri olarak tespit edilen jinekolojik rahatsızlıkların kesin olarak tedavisi için tıbben "Vajinal Histerektomi, Colpografi Anterior, Posterior, ve Kelly operasyonu" olarak isimlendirilen cerrahi müdahalenin yapılmasına karar verilmiş ve 20.09.2012 tarihinde ameliyata alınmış ve yapılan ameliyat esnasında herhangi bir problemle karşılaşılmamış ve ameliyat komplikasyonsuz olarak tamamlanmış, postop bakım ve tedavi verilerle kontrolde gelmesi tavsiyeleriyle taburcu edilmiştir. Daha sonra, davacı tarafca şikâyet dilekçesi ile, bazı sağlık personeli aleyhine şikâyetle bulunmuş ve Ön İnceleme Raporu tanzim edilmiştir. Bu raporda "sağ ureter ve böbrekte gelişen hidronefroz sonucu sağ böbreğinin işlev kaybına uğramasında doktorlar yanlış teşhis ve hatalı ameliyat yapmamamış olup, doğrudan sorumlu değıllerdir. Ayrıca hastanın oğluyula birlikte ameliyat ve aneztezi için aydınlatılmış onam verdikleri belgelerden anlaşılmıştır." görüşlere yer verilmiştir.

BELGELER

Ultrasonografi 15.05.2012: Böbrekler normal verinde, normal şekil ve büyüklüktedir. Konturları düzgün, parankim kalınlıkları ve ekojeniteleri normal görünümündedir. Üst batın sahalarında kistik-sofid yer kaplayan oluşum, serbest mayi izlenmemiştir.

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hastanesi'nin 15.09.2012 tarihli belgesi: Vajinal kanama şikâyeti ile geldi. 2 yıldır varmış. Kısmi prolapsus, uterus corpusu normalden iri ve myom var. VAH+CAP+Kelly yapıldı. Ameliyat yanında "Hasta masaya alındı, collum aslan dişlisiyle tutuldu. Total prolapsus olduğu saptandı. Çepeçevre sirküler kesilerek mukoza sıyrıldı. Ön ve arka peritona girildi. Parasevikaller, uterin arterler, adnexler bilateral olarak tutuldu, kesildi, bağlandı. Vajen ön duvarı mesane reddedilerek ayrıldı. 2 adet Kelly suturu atıldı. Mesane burst suturu ile toplandı. Colporafi ant uygulandı. Adnexler ve paraserikaller vajen kafına asıldı. Cuff tek tek suture edildi. Vajen arka duvarı rektumdan uzaklaştırıldı. Levator suturleri atıldı. Colporafi posterior uygulandı.

Ürografik tetkik 11.07.2013: Her iki böbrekten itrah edilen kontrast maddenin yoğunluğu tabiidir. Sağ böbrekte grade 2 hidronefroz mevcuttur. Sağ ureter ektazik olarak distale kadar uzanmaktadır. Mesane normal bulunmuştur.

Epikriz, 23.07.2013: Şikâyet: sağ yanında ağrı vajinadan sürekli sıvı gelmesi (akıntı? İdrar?), 10 ay önce myom nedeni ile rahim alınmış (transvaginal), bundan sonra alt tarafından devamlı sıvı geliyor. Yapılan İVÜ'de sağ böbrek hydronefrotik çıkan hastada üro genital fistül düşünülerek yatırıldı. Mu-

ayene: özellik yok. Ameliyat: GAA litotomi pozisyonunda sistoskop ve 30 derece optikle mesaneye girildi. Sağ orifis biraz lateral ve geride görüldü. Sağ orifis medialinde tümsek , kabarıklık dikkat çekiyordu. Sağ böbreğe kateter gönderildi. Aynı zaman vajinaya tampon konuldu. Sağ böbreğe kateterden verilen metilen mavisi orifisden biraz geçikerek de olsa geldi. Tampon boyanmadı. Daha sonra kateter kılavuzluğunda üretroskopi yapıldı. Orifice birkaç cm mesafedeki hafif daralma bölgesi dışında özellik görülmedi. Double J kateter yerleştirildi. Üro genital fistül olmadığı kanaatine varıldı. Jinekoloji uzmanı çağırıldı. Vagina fornixinde pürülan sıvısının geldiği fistül ağzı görüldü. Buradan içeri gönderilen tüp yardımıyla poş antiseptiklerle yıkandı. Dren konulup tespit edildi. Ameliyata son verildi.

Epikriz, 03.09.2013: Yaklaşık 1,5 ay önce sağ böbrek hidronefroz ve vajinadan sürekli akıntı-sıvı gelmesi nedeniyle sağ böbreğe double J kateter tatbik edilmiş, vajina fornixinden de pürülan koleksiyon drenajı yapılmıştı. Double J kateterin çıkarılması için yatırıldı. Sistoskop ve yabancı cisim pensetiyle double J kateter çıkarıldı.

Ultasonografi, 08.09.2013: Sağ Böbrek botulan 118 x 57 mm, sol böbrek boyutları 120 x 50 mm olup normal sınırlardadır. Parankim kalınlıkları ve ekojenitesi tabiidir. Sağ böbrekte kistik dilatasyon gösteren grade 2 -3 ektazi ve kaliksiyel sistemde deformasyon saptanmıştır. Sol böbrekte kalkül veya pelvisiyel ektazi saptanmamıştır.

IVP, 30.08.2014: Sol böbrekten itrah edilen kontrast maddenin yoğunluğu tabiidir. Sol böbreğin kalıs pelvis sistemleri normal görünmektedir. Sol üreter engelsiz mesaneye kadar izlenmiştir. Sağ böbrek nefrogram ve pielogram fazları 240.dk'ya kadar yapılan çekimlerde izlenmemiştir, (nonfonksiyonel böbrek?).

Renal Sintigrafi, 04.09.2014: Sağ böbrek lojuna uyan alanda fonksiyonel böbrek dokusu ile uyumlu aktivite tutulumu izlenmemiştir.

BİLİRKİŞİ RAPORU

Uzman Bilirkişi: Postoperatif 3. günde sorunsuz olarak şifa ile taburcu edilmesi, operasyon tarihinden 2 yıl sonra Nefrektomi olmasının direkt olarak yapılan operasyonla bağlantılı olamayacağına işaret etmektedir.

Taraf (Davacı) Bilirkişisi: Kişide ameliyat sırasında sağ üreterin bağlanması sonucu oluşan üreter darlığı, o ana kadar sağlam olduğu tıbbi belgelerde belirtilen sağ böbrekte hidronefroza neden olarak böbreğin geriye dönüşümsüz anatomik ve fonksiyonel kaybına yol açmıştır. Gerek ameliyat sırasında sağ üreterin bağlanması gerekse de hastanın ameliyat sonrası takibindeki (hastanın ciddi yakınmaları olmasına rağmen) eksiklik (ki standart bir takip ile böbrekteki fonksiyon bozukluğu tam işlev kaybı olmadan önceki dönemlerde önlenbilirdi) özen eksikliğinden kaynaklanan tıbbi uygulama hatasını oluşturmaktadır. Hastadan ameliyatla ilgili rızasını gösterir ve standart bir uygulama olan bilgilendirilmiş onam formunda hastanın imzasının bulunmaması (bu formun olmadığı anlamına gelir) eksik ve hatalı bir işlem olarak kabul edilmelidir.

Adli Tıp Kurumu: Şahsın şikayetleri, muayene bulguları ve patoloji sonucunun leiomyoma uteri çıkmasından dolayı ameliyat endikasyonunun doğru olduğu, anatomik komşuluğundan ve prolapsustan ötürü mesaneye yapışıklık olmasından dolayı meydana gelen hasarın bu tip ameliyatlarda sık görülen komplikasyon olduğu, dolayısıyla idarenin uygulamalarının tıp kurallarına uygun olduğu oybirliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME-1

Prof. Dr. Ali İhsan Taşçı, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

Hasta 15.09.2012 tarihinde ameliyat olmuş. Ameliyat öncesi tetkiklerde hidronefrozun olmaması, hasarın ameliyata bağlı ortaya çıktığının göstergesidir. Bir zarara komplikasyon diyebilmek için muhtemel riskleri öngörmek, ona göre tedbirleri almak gerekir. Dosyada bunların olup olmadığına bakmalıyız. Hastanın 11.07.2013 tarihinde çekilmiş IVP si var ve burada hidronefroz görülmüş. 23.07.2013 de hasta-ya sistoskopi, üreteroskopi ve double J yerleştirilmesi yapılmış. Bu durum hidronefrozun tespit edildiğine

ve buna yönelik müdahale yapıldığını gösterir. Bu aşamaya kadar geçen 10 aylık sürede hidronefrozun tespit edilmiş olması eksiklik olarak düşünülebilir. Sadece hastanın kontrollere gelmemiş olması halinde bu eksiklik hastadan kaynaklanmış diyebiliriz. Aksi halde hekimin eksikliği olarak kabul edilmelidir. Hironefrozun tespiti, double J nin yerleştirilmesi sonrası kateter 3.09.2103 de çekilmiş ve hemen akabinde IVP çekilmiş. Bu durum obstrüksiyonun devam ettiğini gösterir. Bu tarihten yaklaşık 1 yıl sonraki tetkiklerde böbreğin kaybedildiğini göstermektedir ki hasta bu dönemde takipsiz kalmıştır. Bu dönemde de hastanın kontrollere gelmemesi söz konusu değilse takip eksikliğinden bahsedebiliriz.

Neticede cerrahiye bağlı oluşan zarar öngörülmüş ancak takip ve tedavisinde yetersiz kalmıştır. Bu durumda tıbbi uygulama hatasından bahsetmemiz gerekir.

DEĞERLENDİRME-2

Doç. Dr. Rahim Horuz, Medipol Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Bu dosyada hastaya yapılan tıbbi uygulamalar klasik ve klavuz bilgilerine uygun mudur? Yorumlayınız?

Postmenopozal vajinal kanama sebebiyle değerlendirilen hastaya myoma uteri, perine yırtığı, genital organ prolapsusu tanıları konulmuş. Bu patolojiler kadın doğum hekimlerince sık karşılaşılan, ancak cerrahi yöntemle düzeltilebilen ve tedavileri standart hale gelmiş patolojilerdir. Olgumuza Kadın Doğum hekimi tarafından Vajinal Histerektomi, Colpografi Anterio, Posterior, ve Kelly operasyonu uygulanmış. Literatürde histerektomi ve diğer jinekolojik veya obstetrik operasyonlar sırasında ureter ve mesane yaralanmaları %0,01 ila %10 gibi geniş bir aralıkta bildiren yayınlar ulunmaktadır (De Cicco, C., et al. Iatrogenic ureteral lesions and repair: a review for gynecologists. J Minim Invasive Gynecol, 2007. 14: 428.) (Kitrey ND et al. EAU Guidelines on Urological Trauma, European Association Of Urology. <https://uroweb.org/guideline/urological-trauma/>). Bu operasyonlarda cerrahi işlem sırasında, genital organlarla olan komşuluklarından dolayı mesane ve ureterlerin (bazen de uretranın) etkilenmesi, hasarlanması olasıdır. Gerekli önlem alınmazsa veya gerektiğinde uygun onarım yapılmazsa, mesane ve ureterde fistül oluşumu, veya ureterde kısmi ya da tam obstrüksiyon gelişebilir. Şüphelendirecek bir belirti ile karşılaşıldığında, bu olasılıklara yönelik değerlendirmeler yapılmalıdır. Rutin olmasa da, gerektiğinde perop üroloji konsültasyonu ve aynı seansta sistoskopik-ureterorenoskopik inceleme sağlanmalıdır.

Olgumuzda, operasyondan sonra hastada vajinal akıntı şikayetinin devam etmesi akla bir ürogenital fistül komplikasyonunu getirmeli idi. Bu aşamada üst üriner sistemin değerlendirilmesi ve fistül olasılığını açığa kavuşturmak üzere kontrastlı ürografik görüntülemeler ve endoskopik incelemeler yapılmalıydı. Oysa dosyadaki bilgilere göre, operasyon sonrasında üriner sisteme yönelik ilk değerlendirme olan IVP operasyondan ancak 10 ay sonra, 11 Temmuz 2013'te yapılmıştır. Bu tür operasyonların fistül ve/veya darlık gibi komplikasyonlarını akılda tutarak, hastanın daha erken dönemde uygun metodlarla tetkik edilmesi veya ürolojiye yönlendirilmesi süreci değiştirebilirdi.

Operasyondan önce (15 Mayıs 2012) yapılan USG'de hidronefroz mevcut değilken 11 Temmuz 2013'te yapılan IVP'de sağ grade 2 hidronefroz saptanması, bunun operasyonun bir komplikasyonu olduğunu göstermektedir. Sağ ureter operasyon ile ilişkili olarak (peroperatif veya postoperatif sekonder) hasarlanmış görünmektedir.

Hastaya 23/07/2013'te sistoskopik inceleme yapılmış, sağ orifis çevresinde anatomik yapının değişmiş olduğu saptanmış. Bu bulgu ilgili sahanın operasyondan etkilenmiş olabileceği ile ilgili dolaylı bir bulgu olarak kabul edilebilir. Ayrıca ureteroskopik incelemede, her ne kadar lümen pasajı açık görülse de alt ureter segmentinde rölatif bir darlık gözlenmiş. Bu bulgular ureterin ilk ameliyatla ilişkili olarak zarar gördüğünü göstermektedir ve böbreğin fonksiyonunu kaybetmemesi için önlem alınması gerekir. Nitekim doğru bir kararla hastanın böbreğine Double j kateter yerleştirilmiş.

Sistoskopi seansında vajinal akıntıyı izah edecek bir fistülü saptamak amacıyla metilen mavisi testi de yapılmış, fakat fistül lokalize edilememiş. Kadın doğum muayenesinde vajen güdüğünden operasyon lojuna açılan enfekte bir sinüs ? ağzı görülmüş ve lokal bakım uygulanmış. Bu enfekte boşluk, ürogenital fistül ile ilişkili bir ürinoma bağlı olarak gelişmiş olabilir.

03/09/2013'te Double j kateter çıkarılmış. Sonrasında USG'de hidronefrozun sebat ettiği gözlenmiş. Bu aşamada, Double J kateterin kalıcı bir tedavi olmadığı hatırlanarak, böbreğin progresif hasarını önlemek amacıyla, obstrüksiyonu kontrastlı ve dinamik görüntülemelerle (IVP, BT/MR ürografi, Sintigrafi) değerlendirmek ve kalıcı bir onarım uygulamak doğru olurdu.

Bu aşamadan sonra hasta yaklaşık 1 yıl takip dışı ve tedavisiz kalmış, son olarak 30/08/2014 te alınan IVP ve Sintigrafi görüntülerinde sağ böbreğin fonksiyonunu tamamen kaybettiği görülmüş. Üreter darlığı ve hidronefroza ait objektif bulgular mevcut iken, Double J kateter sonrasında USG'de hidronefrozun devam ettiği görüldüğünde hastaya mutlaka kalıcı bir onarım planlanmalıydı. Kontrol muayenesi bu kadar gecikmemeliydi.

2- Histerektomi ve diğer jinekolojik ameliyatlarda, ameliyat sırasında ve ameliyat sonrasında üreter hasarı olup olmadığı nasıl değerlendirilir?

Anatomik komşuluk nedeniyle jinekolojik operasyonlar sırasında üretra, mesane ve üreterlerde hasarlanma oluşabilir. Bu komplikasyonlar henüz operasyon aşamasında iken kolayca fark edilebilirler ve gerekli onarım o esnada uygulanabilir. Cerrah bu organların risk altında olduğunu bilerek, operasyon sırasında yaralanmaya karşı gerekli kontrolleri yapmış olmalıdır. Bu kontroller görecelik dokunarak, irigasyon sıvısı göndererek, metilen mavisi veya indigo carmin gibi renkli sıvılarla irigasyon yaparak, bazı kılavuz teller veya kateterler kullanarak kadın doğum hekimi tarafından da kolayca yapılabilir, fakat şayet şüphe var ise üroloji peroperatif konsültasyona davet edilmelidir. Bu durumda üroloji hekimi üretrosistostokopi ve/veya ureteroskopi yaparak travmanın lokalizasyonunu ve kapsamını belirleyecektir (Gilmour, D.T., et al. Rates of urinary tract injury from gynecologic surgery and the role of intraoperative cystoscopy. *Obstet Gynecol*, 2006. 107: 1366) (Kitrey ND et al. EAU Guidelines on Urological Trauma, European Association Of Urology. <https://uroweb.org/guideline/urological-trauma/>).

Bazen operasyon sırasındaki yaralanma peroperatif veya erken postoperatif dönemde belirti vermiyep sonraki aşamalarda klinik problemlere neden olabilir. Örneğin üreterde oluşmuş fakat idrar ekstrasvazasyonuna neden olmayan minimal bir kesi daralarak iyileşebilir. Veya üreter bütünlüğü bozulmamış olsa da periüreteral alanda yapılan aşırı diseksiyonlara bağlı devaskülarizasyon ve iskemi, ya da enerji yaralanmaları/termal hasarlar etkilenen sahanın genişliğine göre daha geç dönemlerde obstrüksiyona neden olabilir (Brandes, S., et al. Diagnosis and management of ureteric injury: an evidence-based analysis. *BJU Int*, 2004. 94: 277). Bu tür sorunları da göz önünde bulundurarak, özellikle onkolojik amaçlı aşırı diseksiyon gereken hastalarda, radyoterapi geçirmiş olanlarda ve postop dönemde operasyon lojunda enfeksiyon/abse gelişmiş olan kişilerde, üst üriner sistemin üreter obstrüksiyonu açısından USG ile daha uzun süreli takip edilmesi uygun olacaktır.

Özellikle üreterin tutulmuş olduğundan şüphelenilen onkolojik olgularda, üreter yaralanmasını önlemek için, ürolog tarafından operasyonun başlangıcında üretere kateter veya kılavuz tel takılması fayda sağlar (Chou, M.T., et al. Prophylactic ureteral catheterization in gynecologic surgery: a 12-year randomized trial in a community hospital. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 2009. 20: 689) (Schimpf, M.O., et al. Universal ureteral stent placement at hysterectomy to identify ureteral injury: a decision analysis. *BJOG*, 2008. 115: 1151).

Operasyon sırasında ürolojik bir komplikasyon gelişmiş ve onarılmış ise hastanın klinik ve radyolojik takibi yaralanmanın ve onarımın çeşidine göre yapılır. Esas sorun perop fark edilmeyen yaralanmanın operasyon sonrasında bir belirti veya bulgu ile şüphe oluşturmasıdır. Bu komplikasyonlar genelde ya vajenden idrar kaçığına neden olan fistüller, ya da hidronefroza neden olan daralmalar şeklinde ortaya çıkar. Bu yönde şüphe varsa, her iki durumda da üriner ultrason veya diğer radyolojik yöntemlerle üriner sistem görüntülenmelidir. Fistül varlığı kontrastlı incelemelerle, metilen mavisi testi ile, ve gerektiğinde endoskopik yöntemlerle araştırılmalıdır.

Fistül hastanın konforunu etkileyen bir durum iken, obstrüksiyon böbrek fonksiyonlarını bozacağı için daha önceliklidir. Bu nedenle üst üriner sistemde dilatasyon oluşmuşsa darlık seviyesini ve şiddetini kontrastlı görüntülemelerle belirlemek, vakit kaybetmeden üreter stenti veya perkütan nefrostomi ile üst sistemi drene etmek gerekir. Kalıcı onarım hemen yapılabileceği gibi geçici diversiyon işleminden sonra elektif şartlarda da yapılabilir. Hastaya perkütan nefrostomi kateteri talkılmışsa bu kateterden antegrad pyelografi çekilerek fistül ve/veya darlık daha net değerlendirilebilir.

Üreteri ilgilendiren fistüllerin daha sonradan darlıkla komplike olabileceği unutulmamalıdır.

3-Bu dosya hakkında bilirkşi görüşünüz nasıl olurdu?

Operasyondan önce (15 Mayıs 2012) yapılan USG'de hidronefroz olmadığı bilindiğine göre, sağ böbreğin kaybı ile neticelen sürecin kadın doğum operasyonu ile başladığı kanatindeyim. Operasyon sahasındaki diseksiyonlar ve sütür işlemleri mesane veya üreter alt bölümlerinde bir travmaya neden olmuş olabilir. Bu beklenebilecek bir komplikasyondur. Erken teşhis edildiğinde kalıcı hasar bırakmadan onarımı mümkün olduğu için, esas kusur hastanın gerektiği gibi takip edilmemiş olmasıdır. Hastanın vajinal ıslatma şikayeti önemli bir uyarıcıdır. Operasyondan sonra bu şikayetin devam etmesi akla bir ürogenital fistül komplikasyonunu getirmeli idi, bu yakınmanın önemsenmesi ve uygun tanıl sürecin yürütülmesi gerekirdi. Oysa dosyadaki bilgilere göre, operasyon sonrasında üriner sisteme yönelik ilk değerlendirme operasyondan ancak 10 ay sonra yapılmış olan IVP'dir. Hastanın daha erken aşamada ürolojiye yönlendirilmesi sorunun büyümesini önleyebilirdi. Dolayısıyla temel sorun hastanın takibindeki aksaklıktır.

Hastaya Temmuz 2013'te fistül olasılığına yönelik sistoskopi yapıldığında mesane salim bulunmuş. Aynı seansta operasyon lojunda kronik enfekte bir poş olduğu gözlenmiş ve sağ üreter alt bölümde kısmi darlık saptanmış. Bu işlemlerin daha erken dönemde yapılmış gerekirdi. Başta var olan bir fistül yada ürinom enfeksiyonla komplike olmuş olabilir. Fistül zaman içinde kapanmış veya darlığa neden olarak iyileşmiş olabilir. Bu ayırımı kesin olarak yapmak bu bilgilerle mümkün görünmemektedir.

Operasyondan sonra hasta fistül belirtilerinden şikayetçi olsa da, bu olguda böbreği hidronefrotik atrofiye götüren süreç sağ üreterde oluşmuş darlıktır. Bu darlık fistül zemininde veya çevredeki kronik enfeksiyon nedeniyle oluşabileceği gibi, peroperatif etkenlere (sütür, termal hasar, aşırı diseksiyona bağlı iskemi ?) bağlı da olabilir. Darlığın mutlaka ilk jinekolojik operasyon sırasında geliştiğini söylemeye yetecek kanıt yoktur. Bu komplikasyonun sebebi darlık tanısındaki tanıdaki gecikmedir. Örneğin, Temmuz 2013'te, yani operasyondan 10 ay sonraki IVP'de böbrek hidronefrotik olmakla beraber hala fonksiyone imiş ve üreter pasajının açık olduğu URS'de tespit edilmiş. Burada operasyon sırasında oluşan akut bir obstrüksiyon değil, kronik progresif bir obstrüksiyon düşünmek gerekir.

Hastaya takılan Double J çıkarıldıktan sonra hidronefrozun tekrarlaması açısından hasta yakın takip edilmeli, gerektiğinde kalıcı onarım düşünülmeli idi. Fakat takip yine aksamış, böbrekteki hidronefrozun artarak tam bir fonksiyon kaybına neden olduğu ancak 2014'te anlaşılabilmiş. Dolayısıyla sağ böbreğin fonksiyonunu kaybetmesine kadar giden süreç operasyonla başlamışsa da, bu kaybın doğrudan kadın doğum uzmanının operasyon sırasındaki bir ihmalden değil, operasyon sonrasındaki zaman kaybından kaynaklandığı kanaatindeyim.

Sonuç olarak, sağ böbreğin fonksiyonunu kaybetmesinde ilk ameliyatı yapan ve uygun takip yürütmeyen kadın doğum hekiminin ihmali olabilir. Fakat bu konuda, eğer bir takip planlanmış fakat kendisi riayet etmemişse bizzat hastanın ihmalden de bahsetmek gerekir. Hatta, belki de böbrek hidronefroza gitmiş olsa bile hala fonksiyonunu kaybetmemişken (03/09/2013) kendi takibine girmiş olan hastaya kalıcı onarım planlamayan (?) Ürolog dahi bu ihmale ortak edilebilir.

8.1.3 SEKSİYO SIRASINDA OLUŞAN ÜRETER LİGASYONUNA NE ZAMAN MÜDAHALE EDİLMELİDİR?

İDDİA

Hasta "17.01.2010 tarihinde 4. çocuğunu sezaryanla aldıklarını, ameliyattan sonra çok fazla sancısı olunca ultrasonografi yapıldığını, doktorun böbreğinde taş olduğunu söylediğini, hastaneden çıktıktan sonra sancısının daha da arttığını, çıkarken üroloğa muayene olması gerektiğini söylendiğini, üroloji uzmanı muayene edip Üniversite Hastanesine gönderdiğini, üniversitede böbreğinin çalışmadığını, büyüdüğünü, su topladığını, idrar yollarının tıkalı olduğunu söyleyip idrara yolların açmaya çalıştıklarını, sonra açık ameliyata aldıklarını, idrara yollarına tel taktıklarını söylediklerini, hala sancıları olduğunu, son kontrollerinde de böbreğin halen çalışmadığını söylediklerini, bu durumuna sebep olan herkesten şikayetçi olduğunu" ifade etmektedir.

SAVUNMA

Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanı: Hastayı fetal distres endikasyonu ile sezaryan ameliya aldım, bebeği çıkartırken uterusu sola doğru uzayan bir yırtık oluştu, usulüne uygun gerekli tıbbi müdahaleyi yaptım. Hastanın ameliyat sonrası 4-5. saatte sancısı oldu. Bu nedenle usg yaptırıldı. Usg de sol böbrekte hidronefroz saptandı. Hastanede üroloji uzmanı olmadığından Devlet Hastanesinden üroloji uzmanını çağırdım. Üroloğun muayene edip gerekli tedavisini düzenledi ve 7-10 gün sonra yeniden değerlendirilmesini önerdi. Ameliyat sonrası tüm tedavisini tamamlayıp iyi haliyle üroloji uzmanına mutlaka muayene olması gerektiğini belirterek çıkış işlemlerini yaptım.

BELGELER

Kadın Doğum Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nin 17.01.2010 giriş, 24.01.2010 çıkış tarihli epikrizi: "Doğum sancısı yakınması, Hb:9.53, WBC:17.54, Hct:27.33, üre:19, kreatinin: 0.79, ÇKS bakıldığı, NST ye bağlandığı, acil ameliyata alındığı, GAA sectio uygulanarak kız bebek doğurtulduğu, insizyon yerinden aşağıya sağ yan parametriumda olan yırtık sütüre edildiği, ES verildiği, 4 saat sonraki USG de hafif hidronefroz olduğu, ureter komplikasyonu şüphesi olan hastaya istenen 18.01.2010 tarihli üroloji konsültasyonunda sol yan ağrısı mevcut, sol KVAH +, sol böbrek toplayıcı sistemi ve ureteri dokümante edebilmek için 7-10 gün sonra USG sonra gerekirse İVP ile Üroloji polikliniğinde değerlendirileceği, bu süre içinde Buscopan plus tb 3x1, Purinol eff gran 3x1, Dicloron ampul 1x1 (LH) önerildiği, 20.01.2010 da şifa ile taburcu edildiği" belirtilmiştir.

Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin 01.02.2010 giriş, 22.02.2010 çıkış tarihli epikriz: Sol yan ağrısı şikayeti, yaklaşık 20 gün önce dış merkezde c/s op yapılan hastanın postop başlayan sol yan ağrısı nedeniyle başvurduğu, BT-taş protokolü raporunda; izlenebildiği kadarıyla sol ekstrarenal pelvis varyasyonu dikkati çektiği, sol proksimal ureter sağ ile karşılaştırıldığında hafif derecede genişlediği, bilateral ureter trasesinde mesanede üretrovezikal bileşke düzeylerinde taş ekojenitesi saptanmadığı, Sonuç: sol ekstrarenal pelvis varyasyonu ve proksimal ureterde sağ ile karşılaştırıldığında hafif derecede genişleme, tanı: hidronefroz, ureteropelvik bileşkede obstrüksiyon, tetkiklerinde sol hidroüreteronefroz saptanan hastanın sistoskopi + retrograd pyelografi amacıyla yatırıldığı, 02.02.2010 da GAA tanısal sistoskopi operasyonu yapıldığı, op esnasında sol ureteral darlık nedeniyle ureteral kateter ilerletilemediği, sol ureter orifisi normal lokalizasyondan daha lateralde izlendiği, geçirilmiş operasyona bağlı olduğunun düşünüldüğü, ureter kateteri sol uretere gönderildiği, 4 cm den itibaren proksimale ilerletilemediği, 16.02.2010 da sol ureteroneosistostomi ameliyatı yapıldığı, 1 Ü ES verildiği, önerilerle taburcu edildiği" belirtilmiştir.

Sintigrafı Raporu (15.09.2011): DMSA ile böbrek sintigrafisinde sol böbrek lojunda aktiviteye raslanılmamıştır.

Adli Tıp Kurumu yazısına cevap: Kişinin Üroloji ABD'nda çekilen IVP, üriner sistem USG istenmiş ise de Tıp Fakültesi idaresince yazılan yazı cevabından da anlaşılacağı üzere ellerinde film ve grafi bulunmadığı, hastada da bulunmadığı, onun dışında elde bulunan ve temin edilen evraklar gönderilmiş olup mevcut belgeler ışığında doğumu gerçekleştiren doktor veya doktorların kusurlarının olup olmadığı veya doğum esnasında mı gerçekleştiği hususu incelenerek rapor düzenlenmesi istenmektedir.

BİLİKİŞİ RAPORLARI

Ön inceleme: "Dosyadaki NST sonucuna göre fetal distres ve sezaryan kararının doğru olduğu, ameliyat defteri kaydı ve notundan insizyon yerinden parametrium-vajene uzanan yırtık tespit edilerek sütüre edildiği, bu işlemle de ureter obstrüksiyonu oluşabileceğinden üroloji konsültasyonları sağlandığı, yattığı süre içinde meydana gelen istenmeyen ama olması muhtemel bir komplikasyon olduğu, onam formunda bu durumdan bahsedildiğini, bu durum farkedilerek gerekli konsültasyonların sağlandığı, vizitlerinin yapılarak tedavisinin düzenlendiğinin anlaşıldığı, bu haliyle bu vakada ihmal olmadığı kanaatinde olduğu" belirtilmiştir.

Adli Tıp Kurumu: Kadın Doğum Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde 17.01.2010 tarihinde fetal distress endikasyonu ile sezaryen ameliyatı uygulanmasının tıp kurallarına uygun olduğu, meydana gelen ureter ligasyonunun her türlü dikkat ve özene rağmen ortaya çıkan, her hangi bir tıbbi hataya atfedilmeyen komplikasyon özelliğindedir, komplikasyon yönetiminin tıbbi uygun olduğu, hekime atfedilebilecek kusur olmadığına karar verildi.

Öğretim üyesi bilirkişi: Dosyanın incelenmesinde, hastaya 17.01.2010 tarihinde acil sekiyo yapıldığı, sol yan ağrısı nedeniyle ameliyattan hemen sonra ultrason yapıldığı ve sol böbrekte hidronefroz saptandığı, bunun üzerine ertesi gün 18.01.2010 tarihinde üroloji konsultasyonu istendiği, üroloji konsultasyonunda hastanın 7-10 gün sonra kontrole çağırıldığı, 29.01.2010 tarihinde yapılmış IVP de sol böbreğin çalışmadığının tespit edildiği, hastanın 01.02.2010 tarihinde tıp fakültesine yatırıldığı, 02.02.2010 tarihinde tanısız sistoskopi yapıldığı ve kateterizasyon denendiği ve sol üreterin sekiyo sırasında bağlanmış olduğunun tespit edildiği, buna rağmen tıp fakültesine yatıştan 14 gün sonra yani 16.02.2010 tarihinde ameliyat edildiği anlaşılmaktadır. Bu hastada sekiyo ameliyatındaki üreterin bağlanmasından 29 gün sonra düzeltici ameliyat yapılmıştır.

Üreterin tam obstrüksiyonlarında böbreğin ne kadar zaman sonra nonfonksiyone geleceği çok kesin olmamakla beraber 3 hafta olduğu konusunda klasik tıp bilgisi mevcuttur. Bunu her ürolog bilir ve bilmelidir. Hastayı post operatif birinci günde gören üroloji uzmanı bu durumdan şüphelenmiş olmasına rağmen hastayı 7-10 gün sonra kontrole çağırması bir dereceye kadar anlaşılabilirse de Tıp fakültesinde ureter obstrüksiyonu nedeniyle gelen hastayı 14 gün sonra opere etmesi (toplam sekiyodan sonra 29.gün) müdahalenin geç yapıldığı anlamına gelir. Ameliyat gecikecekse nefrostomi ile böbrek kurtarılabilir düşünlür.

Neticede, hertürlü dikkat ve özene rağmen sekiyo sırasında üreter hasarı meydana gelmiş olması ve post op. dönemde de hastayı üroloji uzmanına muayene ettirmesi nedeniyle kadın doğum uzmanı açısından meydana gelen zarar komplikasyon özelliğindedir. Ancak üroloji uzmanları açısından komplikasyonların tıp bilimine uygun yönetilmemesi ise tıbbi uygulama hatası olarak değerlendirilebilir.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Ali İhsan Taşçı,

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Ureter obstrüksiyonunu gidermek ne kadar acildir?

Obstrüksiyon acil bir durumdur. Tam obstrüksiyonlarda hızla nefron kaybı meydana gelecektir. Tam obstrüksiyona uğramış böbreğin ne zaman kaybedileceği konusu böbreğin ve kişinin özelliklerine göre değişse de 2-3 hafta böbreğin kendini koruyabileceği varsayılmaktadır. Ancak bu süre obstrüksiyona uğramış böbrekte beklenebilecek süreyi göstermez. Obstrüksiyon acil bir durumdur ve ilk fırsatta müdahale edilmelidir.

2- Bu hastalığı nasıl yönetirdiniz? Bu dosya hakkında bilirkişi raporunuz nasıl olurdu?

Kadın hastalıkları uzmanı üreter obstrüksiyonundan şüphelenmiş ve erken dönemde ultrasonografi yaptırap üroloji uzmandan konsültasyon istemiştir. Üroloji uzmanı hastayı kontrole çağırırken acil müdahalesini yapmamıştır. Bu nedenle üroloji uzmanının davranışı tıbbi kurallara uygun değildir. Üroloji uzmanı hastayı ilk gördüğünde obstrüksiyonu tespit etmiştir. Nefrostomi yapılabilir ve böbreği koruyabilirdi.

Hasta taburcu olduktan sonra 13-14 gün sonra IVP de böbreğin fonksiyone olmadığı bilinir halde Tıp Fakültesine müracaat etmiştir ve sistoskopi yapılarak tam obstrüksiyon bir kez daha teyid edilmiştir. Bu işlemde de tam 14 gün sonra üreteroneostomi yapılmıştır. Tıp Fakültesinde tam obstrüksiyona uğramış böbreğin 14 gün bekletilmesinin izah edilebilir bir yanı yoktur. Bu aşamada da nefrostomi yapılsaydı veya hemen operasyon yapılsaydı böbrek korunabilirdi. Bu nedenle tıp fakültesindeki uygulamalar da tıbbi kurallara uygun değildir.

Seksiyoameliyatını gerçekleştiren kadın hastalıkları ve doğum uzmanının ameliyatta üreter bağlanması bir komplikasyon niteliğindedir. Komplikasyonu uygun şekilde yönetmiş gerekli konsültasyonu istemiştir. Bu nedene kadın hastalıkları ve doğum uzmanının tıbbi uygulama hatası mevcut değildir.

8.1.4 OVER KİSTİ AMELİYATINDAN SONRA BATINDAKİ SIVI LENF Mİ İDRAR MI?

İDDİA

Patoloji raporları sonucu müvekkilimde dört yıl boyunca rutin kontroller ile takibi yapılan kitlenin müsinoz kistadenom olduğu kesinlik kazanmıştır. Farklı doktor muayeneleri neticesinde yaşam kalitesini etkilemeyen bu kistin gecikmesi durumunda bağırsaklara yapışabileceği ve cerrahi müdahale ile erken alınmasının tedbirli bir davranış olacağı belirtildiğinden müvekkil özel bir hastanede ameliyat olmaya karar vermiştir. Yapılan muayenede, genel cerrah ve jinekolog müvekkilime operasyonun basit olduğunu ve bir gün yatıp ertesi gün taburcu olabileceğini belirtmişlerdir.

03.03.2010 tarihinde kist ameliyatı olan müvekkilimin dönüş yolculuğu sırasında başlayan ağrılar dokuz gün süreyle şiddetlenerek devam etmiş, telefonla doktoruna danışan müvekkilime “ameliyat sonrası lenf sıvısı birikimi neden olmuş olabilir, bir ay tahammül gösterin” denilmiştir. Fakat durum tahammül edilemez boyutlara gelince müvekkilim Devlet Hastanesi’ne müracaat etmiştir. Devlet Hastanesinde yapılan tahliller ameliyatı yapan doktora bildirilmiş, yine bunun lenf sıvısı birikimi olduğu ifade edilince hastaneden eve gelinmiştir. Şiddetli ağrıları devam eden müvekkilim ağrılara 10 gün daha katlanmış, bu dönemde 9 kg zayıflamış ve aşırı iştahsızlık vb uykusuzluk meydana gelmiştir. Her geçen gün durumu daha kötüye giden müvekkilim 30.03.2010 tarihinde tekrar Devlet Hastanesine acilen müracaat etmiştir. Yapılan tetkikler sonrası hastanın hemen ameliyata alınması gerektiği belirtilerek, ameliyatı yapan hastaneye gidilmesi önerilmiş, bunun üzerine müvekkilim aynı gün İstanbul’a giderek davalı hastaneden randevu almıştır. Davalı hastanede tetkikten geçmiştir. Tahlil sonuçlarına göre karın bölgesinde biriken sıvıya dair teşhis koyamayan davalı hastane ve doktorlar sonraki dönemde veriye dayanmayan ve tamamen hayal mahsulü varsayımlarla yanlış tedavi yöntemleri uygulamaya başlamışlardır. 01.04.2010-15.04.2010 tarihleri arasında toplamda beş kez davalılarca müvekkilim karnından her defasında 1.5-2 litre sıvı çekilmiş, ağırlı geçen operasyonlar sonrası geçici rahatlama hisseden müvekkilim üçüncü günü eski sancuları tekrarlamıştır. Bu işlemler sırasında 3 günde 1-2 litre sıvıyı hangi sistemin üretebileceği, sıvıda yapılması gereken tahliller olup olmadığı, idrar olma olasılığı ısrarla davalılara sorulmasına rağmen “idrar kokusu almıyoruz, elimizden gelen budur, beklemekten başka bir şey düşünmüyoruz, isteneniz başka yerlere müracaat edin” demek suretiyle kayıtsız kalmıştır. Ameliyatın üzerinden 1.5 ay geçmesine rağmen ağrıları dinmeyen müvekkilim davalı doktorunun yönlendirmesi ile hocası olan Profesöre özel muayene olmuş, ameliyat sonrası gelişmeler izah edilerek davalı doktorunun kararı ile müvekkilimin karnında biriken ve şişkinlik ve ağrıya sebep olan bu sıvının müsinoz kist tarafından üretildiği ve bu kist duvarlarının lokal kemoterapi ilacı ile yakılarak yapışmasının yapılmasının sağlanması gerektiğine karar verilmiştir. Müvekkilime davalı hastanede lokal kemoterapi dahi uygulanması rağmen üç günde bir vücudunda 1.5-2 litre sıvı birikmeye devam etmiş, üstelik karnından sıvı çekme (aspirasyon) uygulamaları sebebi ile müvekkilimin fiziki direnci azaldığı gibi, kanser hastalarına uygulanan kemoterapi tedavisine maruz kalması sebebi ile ruh sağlığı da iyice bozulmuştur. Aslında davalı hastanede 01.04.2010 tarihinde yapılan tahlilde kreatinin değeri 17.13 mg/dl olarak rapor edildiği halde idrar kaçığı olduğu davalılarca fark edilmemiş ve bu nedenle bir dizi yanlış tedavi yöntemleri, kanser araştırmaları ile hasta psikolojik olarak çöküntüye sürüklenmiş ve yaşama sevinci tamamen kaybolarak, ölüm korkusu tüm benliğini sarmıştır. Bu durumda artık hasta-hekim ilişkisinin temeli olan güven ilişkisi zedelene davalı hastane ve diğer davalı hekimlere hiçbir güveni kalmayan müvekkilim başka bir özel hastaneye müracaat etmiştir. Bu hastanede yapılan tahliller neticesinde karnından çekilen sıvıda üre miktarı 179 mg/dL olarak saptandığından, idrar kaçığı olduğu anlaşılacak, ‘bu nasıl atlanır? Herhangi bir vücut sıvısında üre yanıtıcı olabilir, fakat kreatinin en fazla 1-1.5 değerlerde olur, bu değer doğrudan idrar belirtisidir” denilmiş, davalı hastane ve doktorlar tarafından konulamayan teşhis konulmuştur. Ameliyat hatası kesinlik kazandıktan sonra, artık bütün sorumluluğu üstleneceklerini düşünerek aynı gün Davalı Hastaneye giden müvekkilim tüm gelişmeleri davalılara aktarmıştır. Davalılar birinci kist ameliyatı esnasında hata yapıldığını ve sonrasında da kreatinin değerini “normal” kabul etmelerinin hata olduğunu bilmelerine karşın sorumluluk üstlenmemiş ve yapılacak ameliyatın bir üniversite hastanesinde masrafsız! yapılmasını tavsiye etmişlerdir. Sonuç olarak ameliyat olarak 28.06.2010 tarihinde taburcu olmuştur.

Müvekkilim isim yapmış bir jinekoloğun hastanesi olan davalı hastanede rahat ve temiz bir ortamda, ileride olabilecek olumsuzluklar, yaşanamamak için tedbiren ve bütçesini zorlayarak basit bir kist operasyonu yaptırmak isterken, beş aylık maddi ve manevi travmalar yaşadığı zorlu bir sürece girmiştir. Müvekkilim kist ameliyatından bir ay sonra acılar içerisinde Davalı Hastaneye müracaat ettiği dönemde yapılan ilk tahlilde (01.04.2010) kreatinin değeri 17.13 mg/dl olarak geldiği halde davalılar karın boşluğuna idrar kaçtığını fark etmeyerek bir dizi yanlış tedavi ve masraflara yol açmışlardır. Operasyonla ilgisi olmayan sağlam bir sistem olan idrar yolları davalıların mesleki kusuru nedeni ile ciddi bir şekilde hasar görmüştür. Sol böbrek delinmek zorunda kalmış, iltihaplanmış, bağlarından ayrılmış, üreter 8 cm kısalmış, mesane kesilerek formu değiştirilmiş ve yukarı doğru uzatılmıştır. İleride üreterde daralma ve tekrar müdahale gibi riskler halen mevcuttur. Halen mesaneden böbreğe kadar üreter içinde bir stent bulunmaktadır. Müvekkilimin yaşlılığında ne gibi sıkıntılarla karşılaşılacağı belirsizdir. Daha önceki operasyonlar mayo altında kesiler şeklinde iken, bu hata nedeniyle alttan yatay başlayıp böbrek hizasına kadar uzanan bir kesi ve ameliyat izi söz konusudur. Birinci kist operasyonunda ağrılardan ikinci planda kalan, sonrasında kendini hissettirmeye başlayan sol bacak üstünden kasıklara ve göbek hizasına kadar yayılan bir alanda uyuşma ve hissizlik söz konusu olup bu şekilde kalıcı hasar meydana gelmiştir. Müvekkilim halen dahi ameliyat sonrası eski sağlığına kavuşamamış olup, yaşadığı zorluklar ve sıkıntılar sebebi ile manevi olarak da çökmüştür. İlk ameliyatta hata yapılması, sonrasında bu hatanın anlaşılabilmesi ve hatalı ve varsayımsal teşhisler ile kanser olduğu düşüncesi ile kanser tedavisi bile gören müvekkilim tekrardan sağlığına kavuşma konusunda ümidini yitirecek noktaya gelmiştir.

SAVUNMA

Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı: Davacının sanki daha önce önemli bir sağlık problemi yokmuş, sağlıklı bir insanmış izlenimi bırakan açıklamalar bulunmaktadır. Oysa, 2006 senesinde Total Abdominal Histerektomi + Bilateral Salpingo-Ooferektomi ameliyatı geçirmiştir. Sonradan boşaltılan yerde yine kist birikimi olmuştur. Bu hastalık son derece inatçı, sık tekrar eden, kansere çevirme ihtimali çok yüksek olan, zor bir hastalıktır. Meydana gelen zarar hukukun hekimler bakımından izin verdiği risk anlamına gelen bir komplikasyondur. Batının daha önce açılmış olması, bu bölgede yapışıklıklar oluştuğu anlamına gelir. Bu yapışıklık nedeniyle bir komplikasyon ortaya çıkma ihtimali artar. Komplikasyonun giderilmesi için yapılan tedaviler de tıbbi gerekliliklere uygundur. Meydana gelen olumsuz sonuçta hekim hatası yoktur. Ameliyat başarı ile sonuçlanmıştır. Hastada 1 hafta boyunca su toplanması ve şişlik olmaması, ameliyat esnasında herhangi bir kist gelişmediğinin kanıtıdır. Davanın Kütahya'ya dönmelerini takiben başlayan ağrıları sebebiyle Kütahya Devlet Hastanesinde USG yapılmasını önermiş, ameliyat bölgesinde 5cmlik sıvı birikimi olduğu saptanmıştır. Ameliyat bölgesinde sıvı birikimi her ameliyat sonrası görülebilen, ilk etapta hiçbir hekimi endişeye sevk etmeyen bir durumdur. Sıvı birikiminin devam etmesi üzerine defalarca konsültasyon isteyen davalılar, bu uzmanlık alanının en yetkin isimlerinden görüş almışlardır. Prof. Dr. Hocanın önerileri doğrultusunda "kemoterapik bir ilaç ile" yapıştırma işlemi yapılmıştır. Sıvı birikimine neden olan asıl durumu 2. incelemede tespit eden diğer özel hastane dahi, ilk olarak davalı doktorlar ile aynı tanıyı koymuş ve alkol ile yapıştırma tedavisinin uygunluğuna karar vermiştir. Tüm hekimlerin tekrar tekrar sıvıyı alarak, yapıştırma tedavisi uygulamaları hayali bir yaklaşım değildir, patoloji raporları ile tanısı kesinleşen kist hastalığı için yapılan en önemli tedavi biçimidir. Bu uygulamalar modern tedavi yöntemleridir. Klinik bulgularla da biriken sıvının idrar olduğunun anlaşılabilmesi bir bilgi eksikliği, tanıda yanılma değil, ileride Adli Tıp Kurumundan alınacak raporlarda da teyit edileceğini düşündüğümüz üzere, kistle karışık bir sıvıdır. Aksi halde, bir an için hekimlerin tetkik sonuçlarını analiz edemediğini düşünsek bile, tekrar tekrar alınan sıvıdan idrar kokusunun hiçbir hekim tarafından alınabilmesi hayatın olağan akışına aykırıdır. Sıvı birikiminin üreterdeki hasardan kaynaklandığının diğer özel hastanede tespit edilip, davalı hastanede tespit edilememesinin sebebi, hastanın ilerleyen günlerde bu hastanede tedavi olmayı seçmesindedir. Bu hastane de başta aynı tanıyı koymuş, aynı yöntemlerle tedaviye çalışmış sonuçsuz kalınması üzerine mevcut sıvının idrar olması şüpheleri kuvvetlendiğinden, tetkik ve tedaviler farklılaştırılmış ve muhtemel üreter yaralanmasına konsantre olunmuştur. Davacının en büyük talihsizliği böylesi tehlikeli ve zor bir hastalığa yakalanmış olmasıdır. Her an kansere dönüşme, kanser bulgularıyla benzeşen değişimler gösterme gibi özellikler taşıyan bu

hastalık davalı hekimlerin asıl mücadele ettikleri sağlık problemidir. Şu an bu kistik yapıdan yapılan ameliyat ile kurtulan davacı, gelişen bir komplikasyonun tespitinin tıbben güçlüklerle dolu olması bakımından zor günler yaşamıştır. Ancak bu durumun müsebbibi davalı hekimler değil, bu tehlikeli hastalığın kendisidir. Üreterde oluştuğu ifade edilen zararın ne olduğu ve ne zaman, hangi mekanizma ile oluştuğu halen bilinmemektedir.

Hekimle hastası arasındaki hukuki ilişkinin biçimi vekalet sözleşmesidir. Hekim bir sonuç garanti etmemekte, arzulan sonuca sağlması mutlak olarak kendisinden beklenmemekte, sonuca giden yolda, tıp biliminin gereklerine, özen yükümlülüğüne uyarak çalışması sorumluluğunun sınırlarını oluşturmaktadır. İnsan fizyolojisinin bilinmezliği, tıp biliminin bilinmezliği ve derinliği, sağlık hizmeti verilmesi sırasında mutlak başarının beklenememesinin sebepleridir.

BELGELER

Sağlık Merkezinin belgeleri, 24.02.2010: Karında şişlik, ağrı, 2006 da TAH+BSO, suprapubik-intrapelvik yaklaşık 8x10 cm kitle, tanı; pelvik kitle (nüks over tm?) öneri; jinekoloji konsültasyonu.

Ameliyat raporu 03.03.2010: "GAA pñannensteil kesi ile batına girildiği, eksplorasyonda sigmoid kolon douglası dolduran kitle üzerinden mesane peritonuna yapışık olduğu, retroperitonda yaklaşık 10x15 cm kitle ele geldiği, sigmoid kolon arındaki kitleye ulaşmak için sol iliak arter üzerinden peritonun açıldığı, kitlenin total olarak ekstirpe edilerek çıkarıldığı, kitle, sıvısı ve batın yıkama sıvısı frozena verildi, benign olması üzerine kanam kontrolü yapılarak dren konularak kapatıldığı, idrar temiz olduğu, postop minör kanama dışında problem olmadığı, 05.03.2010 tarihinde taburcu edildiği" belirtilmiştir.

Sağlık Merkezinin 31.03.2010 tarihli doktor izlem formu: "Pelvik kitle nedeniyle opere edilen hastada karında şişlik, halsizlik, ateş ile geldiği, thorax ve batın BT istendiği, dahiliye ve göğüs konsültasyonu istendiği, parasentez yapılarak seröz mayi aspire edildiği, torasentez yapıldığı, incelenmek üzere gönderildiği, incelenen batın içi sıvıda; lökosit ve Gram pozitif koklar görüldüğü, aside dirençli basil görülmediği, Metisiline dirençli Staf. Haemolyticus ürediği, kültür-antibiyoqram yapıldığı, glukoz 28, total protein <0.2, albumin <0.2, LDH 24.4, kreatinin 17.13, hücre; lök 1800, eritrosit 800 olduğu, plevra sıvısında; albumin 3.1, hücre; lök 5680, eritrosit 1230, kültür; lökositler görüldü, aside dirençli basil görülmediği, üreme olmadığı, glukoz 95.2, total protein 5.3, LDH 380 olduğu, serum total protein 6.9, LDH 167, hemogram; lök 6200, eritrosit 4.07, Hb 11.7, Hct 36.8, PLT 400 olduğu" kayıtlıdır.

Batın BT, 31.03.2010: Sol böbrek kaudalinde diffüz dağılımlı serbest ve loküle sıvılar izlendiği, ayrıca sol böbrek alt kutbundan minör pelvise kadar uzanan 106x112x157 mm boyutlarında, iliak vasküler paket anteriorundan minör pelvise doğru uzanım gösteren ve yukarıda tanımlanan loküle sıvı ile iştirakli olduğu düşünülen 78x60x61mm boyutlarında sıvı koleksiyonu saptandığı, tanımlanan kistin bu 2. komponentinin arka duvarına yakın alanda septa veya sedimentasyon ile uyumlu çevreleyen sıvıdan daha hiperdens yapılar saptandığı, psoas kasının alt kesimini çevreleyen bu lokülasyonların ekspansil etkileri nedeniyle sol böbrek kraniale ve anteriora doğru deplase, loküle sıvılar vasküler yapılarda bası veya deplasman oluşturmamakta olduğu, tanımlanan bu koleksiyonlar düzeyine izlenen sol üreter ve sol böbrek toplayıcı sisteminde evre II dilatasyon görüldüğü, invazyon lehine bulgu saptanmadığı, paraaortokaval alanda büyüğü 14 mm çapında birkaç adet LAM görülmüş olduğu, sol overin görüntülenemediği, sağ over lojunda 18x35 mm boyutlarında ovoid yapı izlenmiş olduğu, bu lezyon nüks over kistik kitlesi açısından şüpheli olduğu, klinik bulgularla birlikte değerlendirilmesi önerildiği" kayıtlıdır.

Thorax BT, 31.03.2010: "Sağ akciğer alt lob laterobazal ve posterobazal segmentlerinde ait pulmoner arter dallarında emboli izlendiği, Sağ hemitoraksı dolduran belirgin pleval efüzyon, komşuluğunda lineer atelektazi alanları saptandığı, sağ akciğer orta lob medial segmentinde traksiyon bronşiektazileri dikkati çektiği, Sağ akciğer orta lob medial segmentin parakardiyal alanında 25x27mm boyutlarındaki lezyon izlendiği, olası kitlenin ekarte edilmesi için bronkoskopinin ve tedavi sonrasında kontrol BT incelemenin yapılması önerildiği" kayıtlıdır.

Doktor imzalı 17.04.2010 tarihli tetkik: "Hastanın dosyası incelendi ve US kontrolü yapıldı. Pelvis-ten başlayan ve sol parakolik uzanan yaklaşık 13cm çaplı kist gözlendi. Kistin kateterizasyonu ve sıvıdan tm markır, sitoloji ve müsın tespiti önerilir. Kistin neoplastik olmadığı sonucu saptanırsa etanol ile skleterapi önerilir" kayıtlıdır.

Doktor imzalı 01.05.2010 tarihli tetkik: "Periton (sol pelvis girimi) yerleşimli yaklaşık 15 cm çaplı kistik oluşum drenaj ve sklerotripsi işlemlerinde. Endikasyon: Müsinöz kist-adenom operasyonu sonrası kist oluşmuş. Defalarca drene edilip içine Bleomisin verilmiş. Her seferinde nüks etmiş. Kist sıvısı inceleme sonuçları lenfositik lehine Dr. MA ile konsültasyon sonucu işleme karar verildi. İşlem: US kılavuzluğunda kist ponksiyone edildi. Gelen sıvı biyokimya ve sitoloji incelemelerine yollandı. Kavite 8F locking pig-tail kateter ile kateterize edildi. Yaklaşık 1800 cc sıvı drene edildi. Kavite 100 cc etanol kullanılarak skleroze edildi. Pron, supin ve her iki dekubituas pozisyonlarında 20 dak beklendikten sonra drenaj torbası bağlanarak kavite serbest drenaja bırakıldı. 2 gün sonra kontrol için randevu verildi" kayıtlıdır.

Doktor imzalı 04.05.2010 tarihli tetkik: "Sol nefrostomi işleminde, Endikasyon: Sol pelvis girimindeki kistik kitleden yapılan aspirasyonda üre değerlerinin yüksek çıkması üzerine sol üretere endoskopik double pig-tail denenmiş. Başarılı olunmayınca nefrostomi ve antegrad double pig-tail denenmesine karar verildi. US incelemesinde sol böbrek toplayıcı sisteminde dilatasyon izlenmedi. US kılavuzluğunda sol böbrek alt minör kalil ponksiyonu ile toplayıcı sistem kateterize edildi, dilate olmadığı dokümanite edildi. Kateter, kılavuz tel manevraları ile üretere indirildi. S 2 seviyesinde ureterin içinde drenaj kateteri olan kistik oluşum ile devamlılığı olduğu görüldü. Distal ureter kateter -kılavuz tel manevraları ile arandı. Her seferinde kavite içine düşüldü. Distal ureter bulunamadı. Bunun üzerine böbrek pelvisi 10F locking pig-tail nefrostomi kateteri yerleştirildi. Kateter cilde tespit edilip drenaj torbası bağlanarak işlem sonlandırıldı. Üretere yönelik tamir ameliyatı önerildi" kayıtlıdır.

Özel Hastanenin 04.05.2010 tarihli ameliyat notu: Ameliyatın adı; transüretroskopik retrograd üreteroskopi, GAA de skopi eşliğinde sol ureter orifisine kateter yerleştirildiği, retrograd üreterografi yapıldığı, kontrast maddenin ureterin 7.9 cmden daha ilerisine geçmediği, ardından üreteroskopi sol üretere guide yardımıyla girildi, ureterin tamamen oklude olduğu görüldü, işleme son verildi.

Doktor imzalı 18.06.2010 tarihli tetkik: Nefrostomi kateterinden yaklaşık 20 cc kontrast adde enjekte edilerek grafi alındı. Bulgular; sol böbrek toplayıcı sistemi normal bulundu. Ureter normal kalibrede izlendi, S 1-2 seviyesinde metal cerrahi klipler komşuluğunda strüktür izlendi, distalinde ureter dolusu izlenmedi.

Özel Hastanenin 22.06.2010 tarihli ameliyat notu: Hasta operasyona alındı, psoas hitch ve boari flep yapıldı, aşırı yapışıklıklar mevcut, operasyon sırasında komplikasyon olmadı.

BİLİRKİŞİ RAPORU

Adli Tıp Kurumu: Hastaya yapılan ameliyat endikasyonunun, yapılan ameliyatın tıbbi kurallara uygun olduğu, bu tip ameliyatlarda ureter yaralanmasının beklenebilir bir komplikasyon olduğu, ancak hekimin muhtemel komplikasyonları ameliyatta ve sonrasında öngörmesi gerektiği halde, hastada gelişen zararın zamanında öngörülmediği ve buna yönelik tetkik tedavinin zamanında yapılmadığı bu nedenle meydana gelen zararın tıbbi hata olduğuna karar verildi.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Oktay Akça, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Bu vakada ureter yaralanması ameliyatta ve sonrasında farkedilmemesinin sebepleri sizce neler olabilir?

Ameliyatta fark edilememesinin muhtemel sebepleri:

- Operasyon sahasının sekonder olması.
- Operasyonda kullanılan cilt insizyonu, ureteri görmek için, yeterli expojuz sağlamamış olabilir.
- Ameliyat notundan anlaşıldığı kadarıyla anatomik lateral marker olarak iliak arterin kullanılmış olması ve belki bu esnada ureterin akla gelmemiş olması.
- Cerrahin vaka kapatılmadan önce ureteri kontrol etmemesi.
- Vaka kapatılırken ki idrar renginin temiz olması mesane ve ureter yaralanmasını değerlendirmek için yetersiz bir veri ancak cerraha 'işler yolunda gitti' şeklinde yanlış hissettirmiş olabilir. (Ameli-

yat yapıyor olmanın ameliyat esnasında vermiş olduğu psikolojik yönlendirmeleri göz ardı etmemek lazımdır)

- Cerrahın tecrübesizliği.

Ameliyattan sonra fark edilememesinin muhtemel sebepleri:

- Ovarian musinoz kistadenomun, dev kistler oluşturacak kadar sıvı salgılayabilmesi ve malignite ihtimali 'Kadın Doğum' uzmanı olan cerrahı öncelikle ana hastalık ile ilgili sebeplere yönlendirmiştir. (Pyeon SY, Park JY, Ki KD, Lee JM. Abnormally high level of CA-19-9 in a benign ovarian cyst. *Obstet Gynecol Sci.* 2015 Nov;58(6):530-2. doi: 10.5468/ogs.2015.58.6.530.), (Lee SH, Kim TH, Lee HH, Lee A, Kim YS, Jeon DS, Kwak JJ, Yang YS. Mucinous Borderline Ovarian Tumor in Very Old Aged Postmenopausal Woman. *J Menopausal Med.* 2015 Dec;21(3):160-4. doi: 10.6118/jmm.2015.21.3.160.), (Abbas AM, Amin MT. Brenner's tumor associated with ovarian mucinous cystadenoma reaching a huge size in postmenopausal woman. *J Cancer Res Ther.* 2015 Oct-Dec;11(4):1030. doi: 10.4103/0973-1482.151858.)
- Büyük damarlar etrafındaki disseksiyon ve belki geniş yapılmış bir lenf nodu disseksiyonu ilk etapta operasyon sahasında lenf sıvısı birikimini düşündürmüş olabilir.
- Ameliyattan yaklaşık 1 ay sonra operasyon lojundan yapılan aspirasyonda Kreatinin değerinin 17,13 gelmesi ve aynı zamanda yapılan görüntüleme sol böbrekteki grade II ektazinin operasyonu gerçekleştiren cerrah tarafından gözden kaçırılması ve bu vesileyle gerekli olan üroloji konsültasyonunun gecikmiş olması.
- Üreter yaralanmasının teşhisinin bir kere gözden kaçması sonucu 'musinoz kistadenom' dan kaynaklandığı düşünülen sıvıyı kemoteropatik ilaç enjeksiyonu ile tedavi yoluna gitmek, cerrahın ilgi odağını esas sebepten hepten uzaklaştırmıştır. (Otobanda giderken yanlış kavşaktan çıktığını bilmeyen sürücünün etraf yerleşkeyi tanıdığı yere benzetip yanlış yolda ilerleyip hepten kaybolması gibi!)
- Hastanın takibinin kısmen de olsa farklı merkezlerde yapılmış olması.
- Cerrahın hocasının da hastayı değerlendirdikten sonra, cerrahın fikri üzerine komplikasyonu ön görebilecek ekstra fikir üretmemiş olması.
- Cerrahın tecrübesizliği.

2- Batın sıvısının kaynağının ne olduğu nasıl araştırılmalıdır?

- Batındaki veya operasyon lojundaki serbest sıvının analizi hastanın klinik tanısı ve durumu önplana alınarak düşünülmelidir.
- Önceki yaklaşım olan 'transuda/eksuda' ayrımı artık kullanılmamaktadır. (Huang L-L, Xia HH-X, Zhu S-L. Ascitic Fluid Analysis in the Differential Diagnosis of Ascites: Focus on Cirrhotic Ascites. *Journal of Clinical and Translational Hepatology.* 2014;2(1):58-64. doi:10.14218/JCTH.2013.00010.) Bunun yerine biriken sıvı ve serum albümini arasındaki gradiyent kullanılmaktadır. Fakat operasyon geçirmiş olan bir hastada mevcut klinik duruma göre ek tahliller muhakkak gereklidir. Üreter yaralanmasını düşünüyorsanız 'kreatinin', pankreas yaralanmasını düşünüyorsanız 'amilaz, lipaz', malignite düşünüyorsanız 'ilgili tümör markerları'nı analiz etmek gerekir.
- En önemlisi sıvının analizini branş içi ve branş dışı başka bir meslektaş ile de konsulte etmek gerekir. (Akıl akıldan üstündür!).

3- Bu dosya hakkında bilirkişi raporunuz nasıl olurdu?

Adli tıp kurumunun raporunun aynısı beyan ederdim, fakat sadece bir cümle ekleyerek; 'Hastaya yapılan ameliyat endikasyonunun, yapılan ameliyatın tıbbi kurallara uygun olduğu, bu tip ameliyatlarda üreter yaralanmasının beklenebilir bir komplikasyon olduğu, ancak hekimin muhtemel komplikasyonları ameliyatta ve sonrasında öngörmesi gerektiği halde ve komplikasyonun tanısını koyabilecek gerekli laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri yapılmış olmasına rağmen hastada gelişen zararın zamanında öngörülmediği ve buna yönelik tedavinin zamanında yapılmadığı bu nedenle meydana gelen zararın tıbbi hata olduğuna karar verildi.' olurdu.

8.1.5 HİSTEREKTOMİDE MESANE YARALANMASINI KİM ONARMALIDIR?

İDDİA

Müvekkilem rahim kanaması şikayetiyle Devlet Hastanesine müracaat etmiş, ameliyat olmuştur. Devlet Hastanesinde yapılan işlemlerle ilgili olarak müvekkilemin elinde sadece patoloji raporu mevcut olup, kendisine başkaca bir belge verilmemiştir. Ameliyat esnasında tedbirsizlik ve dikkatsizlik nedeniyle (kanaatimize göre doktorun şahsi hatası nedeniyle) müvekkilemin idrar kesesi kesilmiş, aynı günkü operasyon esnasında ameliyatı yapan doktor tarafından idrar kesesindeki kesi dikilmiştir. Müvekkilimin beyanına göre ameliyatta üroloji uzmanı hazır bulunmamıştır. Rahim ameliyatı esnasında idrar kesesi kesilen müvekkilem, idrar kesesindeki operasyonun gereği gibi yapılamamış olması nedeniyle şikayetleri devam etmiştir. Bunun üzerine müvekkilem Tıp Fakültesi Hastanesine gitmiş, tetkikler yaptırmış, kendisine oradaki uzmanlar tarafından idrar kesesindeki hasarın giderilmesinde %7 şansının olduğu bildirildiğinden, hastanede yeniden ameliyat olmamıştır. Müvekkilem derdine derman aramak için İzmir'e gitmiş Üniversite Uygulama ve Araştırma Hastanesi Üroloji Servisine müracaat etmiş, tedbirsizlikle kesilen idrar kesesinden burada da ameliyat olmuştur. Müvekkilemin idrar kesesiyle ilgili şikayeti ameliyattan sonra da aynı seviye ve şekilde devam ettiğinden dolayı Ankara ilinde bulunan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine müracaat etmiş, orada yapılan bir kısım operasyonlar neticesinde kısmen de olsa sağlığına kavuşmuştur.

SAVUNMALAR

Hasta uterusu normalden az iri ancak rahim ağzı (serviks) ile mesane arasında yaklaşık altı cm bir tümör mevcuttu. Bu tümörde yaklaşık bir rahim kadardı. Hastanın tümör ile şikayetleri vardı, tümörün lokalizasyonu gereği ameliyatı gerekiyordu. Bu türden mesane ile komşuluğu olan tümörlerin ameliyatlarında meydana gelebilecek riskler konusunda hasta ve yakınlarına detaylı bilgi yazılı ve sözlü olarak verilmiş kendilerinden sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Mesane ile komşuluğu olan tümörlerin ameliyatlarında ameliyat anında tümör dokusu ile mesane birbirinden ayrılırken bu türden mesane yaralanmaları beklenir. Mesane yaralanması bu vakada olduğu gibi ureter orifisleri ve trigonla alakasız bir noktadan meydana geldi ise tüm kadın doğum hekimleri aldıkları eğitim gereği bunların tamirini kendi başına yapabilir. Hastane kayıtları incelenirse şahsımın bu gibi ameliyatları yaptığı ve genelde sorun olmadığı izlenebilir. Sonuç olarak mevcut ameliyat gibi yapılan cerrahi girişimlerde ameliyat sonrası vezikovajinal fistül oluşması salt cerraha bağlı değildir. Zira hastanın ameliyat öncesi kendi şartları geçirilmiş pelvik enfeksiyonlar, batın içinde meydana gelmiş yapışıklıklar, cerrahi işlemi zorlaştırıp fistül oluşumunu tetikleyebilir. Ameliyat sonrası enfeksiyon gelişimi de aynı sonucu yaratabilir. Ancak mevcut hastada durum ameliyat sonrası hastayla görüşüldüğü idrar sondasının çıkmaması, uzun süre kalması gerektiği hakkında bilgi verildiği halde sonda hekim bilgisi dışında çıkarılmış, henüz taze ve iyileşmemiş mesane yaralanması usulüne uygun tamir edildiği halde fistül gelişmiştir. Hastanın şikayetlerinin olması nedeni ile ameliyat sonrası hastaneye tekrar yatırılmış ve yapılan incelemelerde fistül tanısı konmuş üroloji bölümünden randevu alınıp yönlendirilmiştir.

BELGELER

Devlet Hastanesi tıbbi evrakı: Kanama şikayetinin olduğu, myome uteri tanılı, 2 normal doğum yapmış olduğu, operasyon öncesi histerektomi, her iki yumurtalığın alınmasına yönelik hasta onam formunun kişi tarafından imzalandığı, yapılan ameliyatında; genel anestezi altında suprapubik açıldığı, uterus myomatöz, bilateral ligamentum rotundum, sağ ligamentum overi, sol ligamentum overi proprium tutulduğu, bağlandığı, ön ve arka peritonun diseke edildiği, mesanenin red edildiği, colum dilate, myomatöz mevcut olduğu, yanlardan vajene girerken mesane duvarının lasere olduğu, mesane duvarının 3 kat vicryl ile suture edildiği, batın usulüne uygun kapatıldığı, total abdominal histerektomi, sağ ve sol salpinjektomi, iatrojenik mesane hasar onarımının yapıldığı kayıtlıdır.

Devlet Hastanesi tıbbi evrakı: Ağrı yakınması var, postoperatif vezikovajinal fistül şüphesi? İVP planlanacak, tıbbi tedavi uygulandı, fistül tespit edildi, mesane sonda uygulandı.

İzmir Üniversitesi Hastanesi'nin epikriz raporu: Vezikovajinal fistül nedeni ile yatırıldığı, genel anestezi altında yapılan sistoskopide sol ureter ağzı görülemedi, mesane tabanında yaklaşık 3 cm lik

vezikovajinal fistül ağzı görüldü, sağ orifisine üreter katateri takıldı, vajenden muayenede parmak mesanede görüldüğü, İVP ve USG çekim sonrasında dilatasyon saptanan hastaya girişimsel radyolojide pcn katateri takılarak antegrad pyelografi yapıldı, sonrasında antegrad djs takılarak nefrostomi çekildi, vezikovajinal fistül onarımı yapıldı, postoperatif takiplerde sıkıntının olmadığı, kataterleri, drenleri çıkarıldı, önerilerle taburcu edildi.

İzmir Üniversitesi Hastanesi'nin 27.09.2013 yatışı, 29.09.2013 çıkışı tarihli epikriz raporunda: 5 Ay önce total abdominal histerektomi yapılan postoperatif vezikovajinal fistül gelişen hastanın sistoskopesinde sol üreter orifisi görülmemesi üzerine sol pcn katater takılıp antegrad dj takılarak pcn kataterinin çekildiği, sonrasında vezikovajinal fistül onarımı yapılan hastanın postoperatif yara yeri akıntısı olması üzerine 1 ay önce yara yeri revizyonu yapılan hastanın dj çekilmesi amacıyla yatırıldı, genel durumunun iyi, koopere olduğu, batin rahat olduğu, litotomi pozisyonunda 20 F sistoskopa eksternal üretral meastan girildi, bilateral orifisler normal yer ve konumda, sol üreter orifisinde dj çekildi.

Hacettepe Üniversitesi Hastanesi'nin 10.05.2014 yatışı, 13.05.2014 çıkışı tarihli epikriz raporu: Vajenden idrar gelme, idrar kaçırma şikayetine olduğu, mesaneye verilen kontrast vajenden ekstravaze olmuş, sistoskopiye mesane torbasında yaklaşık 3 cmlik vezikovajinal fistül ağzı, sol üreter ağzının görülmemiş olduğu, sola djs konmuş, sonra çekilmiş, ameliyattan sonra hiç kuru döneminin olmamış, sürekli hasta bezi kullanmış olduğu, detrüsitol kullanmış, fayda görmemiş, ürge inkontinans, stres inkontinans, nocturi, ürgenci, PVR olduğu, hastanın vezikovajinal fistül onarımı planı ile yatırıldığı, muayenede vezikovajinal fistül ve G1 sistosel olduğu, yapılan operasyonda vajende ön duvarda 2 cm fistül ağzının görüldü, kataterize edildiği, fistül ağzı çepeçevre insizyon yapıldı, keskin ve künt diseksiyonla çevre dokulardan serbestlendi, fistül ağzı kapatıldı, sol labia major lateralinden insizyon yapıldı, cilt altı yağ dokusundan flap çevrildi, fistül ağzına yerleştirildi, 15 f sistofiks konuldu, postoperatif genel durumunun iyi seyretti, gerekli önerilerle taburcu edildi.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Kadın Doğum ve Hastalıkları Uzmanı: Hasta servikal myom tanısı nedeniyle yatışı olmuş. Uterus normal olup myomun mesaneye yapışık bölge olan serviksten kaynaklanması üzerine doktoru tarafından oluşacak komplikasyonlar konusunda bilgi verilmiş. Zaten bu bölgelerdeki myom ameliyatlarında bu tür komplikasyonlar daha sık görülür. Ameliyat sırasında mesane travması fark edilip onarımı yapılmış. Kadın doğum uzmanlık eğitiminde mesane onarımı eğitim verilmekte ve kadın doğum uzmanları bu ameliyatı yapmaktadır. Ameliyat sonrası mesane sondası hastanın kliniğe göre en az 7-10 gün tutulmaktadır. Ameliyatta mesane myom ilişkisi enfeksiyon ve hastaya bağlı yara iyileşmesi doktorun etkileyemeyeceği sorunlardır. Ayrıca bu hastada sonda hastaya bağlı olarak yeterli süre tutulmamıştır. Hastada yara yeri iyileşmesinin kötü olması ameliyat sayısını arttırmış ve bu hasta faktördür, ilk ameliyat sırasında onarım yapılmış ve hastanın tedavisi için yönlendirilmiştir. Tıbbi bir hata olmadığı kanaatindeyim.

Adli Tıp Kurumu: Total abdominal histerektomi ve sol salpenjektomi operasyonunun endikasyonunun bulunduğu, operasyon sırasında gelişen mesane hasarının yakın anatomik komşuluk nedeniyle gelişebildiğinin tıbben bilindiği, söz konusu mesane hasarına sekonder gelişen vezikovajinal fistülün her türlü özene rağmen oluşabilen, herhangi bir tıbbi ihmâl ve kusura izafi edilemeyen komplikasyon olarak nitelendirildiğinin tıbben bilindiği, gelişen bu komplikasyona ilgili hekim tarafından erken müdahale edildiği anlaşıldığından, ilgili hekimlere atfı kabul bir kusur tespit edilmediği oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Ercan Yeni, Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Kadın hastalıkları ve doğum uzmanları mesane yaralanmalarını kendileri tamir edebilirler mi yoksa üroloji konsültasyonu istemeli midirler? Bu konuda mevzuat nasıldır?

i- Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlığı ihtisas eğitiminde 03.05.2011 tarih ve 185 No'lu TUK Kararıyla kabul edilmiş olan 1 ay süreli Üroloji rotasyonu mevcuttur.

ii- Bu branş uzmanları kadın genital organları dışında; inkontinans cerrahisi, sistosel ve pelvik prolapsus onarımı, vezikovajinal ve vezikouterin fistul cerrahisi, mesane duvarına invaze olmuş plasenta (plasenta percrata) gibi cerrahi durumları yönetebilme ehliyetine sahiptirler.

Yorum: Yukarıda belirtilen operasyonları uygulayabilen bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanının, bu cerrahi müdahaleler esnasında oluşabilecek izole mesane yaralanmalarını da onarabileceği kanaatindeyim.

2- Vezikovajinal fistül ameliyatlarında sonda ne kadar kalmalıdır?

Üretral Foley kateteri yoluyla sürekli mesane drenajı postoperatif bakımın en hayati kısmıdır. Mesane boynunu içeren bir fistülü olan hastalarda, balon şişirilmemelidir, kateter yerinde tesbit edilmelidir. Sürekli mesane drenajı şarttır. Kateter tıkanır, onarımın başarısız olmasının en muhtemel nedeni budur ve asistan, hemşire vb hasta bakımında bulunanlara gece gündüz kateterin serbestçe boşalmasını sağlamak için talimat verilmelidir. Hastanın durumuna göre üretral kateterizasyon 2-3 hafta sürdürülmelidir. Onarımın bütünlüğü hakkında herhangi bir şüphe varsa kateter çıkartılmadan önce sistografi yapılmalıdır. Mesane spazmları ortaya çıkarsa, antikolinergik ilaçlar uygulanmalıdır. Hastalar 3 ay boyunca cinsel ilişkiden kaçınmalıdır. Antibiyotik kullanımı ameliyat sonrası genellikle tüm kateterler çıkarılana kadar önerilmektedir. (Stamatakos M, Sargedi C, Stasinou T, Kontzoglou K. Vesicovaginal Fistula: Diagnosis and Management. Indian J Surg. 2014 Apr; 76(2): 131–136; Smith GL, Williams G. Vesicovaginal fistula. BJU Int. 1999;83:564–570)

3- Sondanın ne zaman çekileceği konusunda cerrahin sorumluluğu nasıldır?

Bu tip bir komplikasyon gelişmiş ve mesanenin belli bir süre sondalı kalmasının tedavi başarısını mutlak etkileyecek olduğu böyle bir hastanın sondaya uyumunun sağlanması, gerekirse daha uzun süre hastanede tutulması; hasta uyumsuz davranıyor ise bunun usulüne uygun bir tutanakla tesbit edilerek dosyasına konulması hekimin sorumluluğundadır.

4- Bu dosya hakkında bilirkşi görüşünüz nasıl olurdu?

Semptomatik myoma uteri tanısı konulan hastaya TAH+BSO operasyonu endikasyonu vardır. Operasyon sırasında yakın anatomik komşuluk nedeniyle mesane hasarı ve buna sekonder vezikovajinal fistül gelişimi komplikasyon olarak nitelendirilmelidir. Gelişen mesane yaralanmasına ilgili hekim tarafından gerekli müdahale yapılmıştır. Bu hususta usule uygunsuzluk yoktur. Ancak hastanın sondasının erken çekilmesi ve vezikovajinal fistül gelişiminde hasta ve yakınlarının yanı sıra hekiminde kusurlu olduğu mütalaa olunur.

8.1.6 HİSTEREKTOMİ AMELİYATINDA MESANE YARALANMASI VE TAMİRİN YAPILDIĞI TESPİT EDİLEBİLİR Mİ?

İDDİA

Müşteki benim eşimdir. Kendisi özel hastanede ameliyat hemşiresi olarak çalışıyordu. Aynı hastanede çalışan kadın doğum uzmanı eşime myom teşhisi koydu. 30/06/2015 tarihinde kendisini ameliyat etti, bu ameliyattan bir hafta sonra ameliyat dikişlerinden apse şeklinde sızıntı gelmeye başladı, bunun üzerine tekrar eşimi kontrole aynı doktora götürdüm, yağ sızıntısı olduğunu söyledi. Üç dört gün sonra apse daha fazla gelmeye başladı artı olarak eşim idrarda kaçırma başladı. Üroloji uzmanına gittik. Eşime sisteskopi yapıldı. Sisteskopi sonucunda mesanede yapılan dikişin yırtıldığını söyledi. Ameliyatı yapan doktor bu operasyondan bahsetmemişti. Myom ameliyatı yaparken mesaneye zarar vermiş, mesaneyi delmiş, bunu bize söylemedi. Üroloji uzmanı iki üç ay sonra mesane deliği kendiliğinden kapanır dedi. Eşime sonda taktılar, eve gönderdiler. Ancak evde sondaya hiç idrar gelmedi. Sondanın kenarından yine normal idrar yolundan idrar kaçırma olayı devam etti. Bunun üzerine başka altamatif çareler aramaya başladık. Daha sonra başka bir özel hastaneye giderek ameliyatı yaptırıldı. Şu anda sağlığına kavuştu. Eşim ilk baştan bu zamana kadar çok eziyet çekti, kendisinin altına bez uygulandı, çok sıkıntılar yaşadı.

SAVUNMA

Hastayı myom nedeniyle ameliyata aldım. Hasta bu tanıyı yıllar önce almış ancak daha önce geçirmiş olduğu ameliyatlara nedeniyle ameliyat olmaktan kaçınmıştı. Hastanın daha önce geçirmiş olduğu ameliyatlara bağlı olarak mesanesi ile rahmi arasında ileri derecede yapışıklıklar mevcuttu. Bu yapışıklıklar güçlük giderildi. Ancak ameliyat sırasında bir komplikasyona rastlanmadı. Eğer biz mesaneyi açtığımızı tespit etse idik bunu kesinlikle hastadan saklamazdık ve yedi gün süre ile sondasını tutardık. Sistoskopi notundan da anlaşılacağı gibi o bölgede iddia edildiği gibi bir sütür materyali görülmemiş, sadece fistül traktı izlenmiştir. Ürolog ile kurulan iletişim sonrasında kendisinin fistül ağzının küçük olması nedeni ile hastayı bir süre sonda ile takip edeceği muhtemelen bu şekilde kapanacağını, eğer oluşmazsa ameliyatla kapatacağını belli etmiştir. Şunu söylemek isterim ki benim yapmış olduğum operasyonun olağan komplikasyonundan bir tanesi de veziko vajinal fistül oluşabileceği bir gerçektir. Bunun meydana gelmiş olması benim görevimi ihmal ya da kötüye kullanmam anlamına gelmeyeceği açıktır.

BELGELER

Özel Hastane'nin 27.06.2015 tarihli epikriz raporu: Myomları olduğu söylenmiş, muayenede dış genital organ ve vajen normal, serviks nullipar, normal uterus, adneksler serbest. Pelvik USG'de 88,3x74.6 mm boyutlarında myom nodülü saptandı. TAH ve BSO önerildi. Operasyonda omentumla periton arasındaki ve tüplerle bağırsaklar arasındaki yapışıklıklar künt ve keskin diseksiyonla giderildi, her iki infundibulopelvik ve round ligamentler tutuldu, kesildi, bağlandı, mesane ile uterus arasındaki yapışıklıklar açıldıktan sonra pelvik periton açılıp mesane itildi, her iki taraf uterin arterler tutulduğu kesildi ve bağlandı, kardinal ligamentler kesilip bağlandıktan sonra vajene girildi, uterus tüpler ve overlerle birlikte total olarak çıkarıldı, cuff kapatıldı, karın usulüne uygun kapatıldı, komplikasyon gelişmedi.

Özel Hastanesi'nin 28.08.2015 tarihli epikriz raporu: Vajenden idrar gelme şikayeti mevcut. Sistoskopide mesane karşı duvar taban bileşkesinde 1.5 cm lik fistül saptandı, veress iğnesi ile batına girildi, pnömoperitoneum oluşturuldu, vajen ile mesane arasındaki plana girildi, soğuk makas yardımı ile plan genişletildi, fistül traktının bulundu, mesane ve vajinal dokular birbirinden ayrıldı, önce vajinal açıklık ve sonrasında mesanedeki açıklığın kapatıldı, mesane kontrol edildi, kaçak olmadığı saptandı, hazırlanan omentum flebi mesane ile vajinal insizyon arasına yerleştirildi.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Rahimde myom nedeni ile yapılan operasyonun endikasyonunun bulunduğu, yakın komşuluk ve cerrahi alanda mevcut yapışıklıklar nedeni ile jineokolojik cerrahilerde mesane hasarı gelişebileceğinin tıbben bilindiği, kişide tespit edilen vezikovajinal fistülün her türlü özene rağmen oluşabilen, herhangi bir tıbbi ihmal ve kusura izafe edilemeyen komplikasyon olarak değerlendirildiği, komplikasyon yönetiminin tıp kurallarına uygun yapıldığına karar verildi.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Cenk Gürbüz, Medistate Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- İlk ameliyatta mesane tamiri yapıldığı ancak bu durumun saklandığı iddiası mevcuttur. Sistoskopide veya laparoskopide bu durum tespit edilebilir miydi?

Erken dönemde yapılmış sistoskopide ve laparoskopi sırasında sütür kalıntıları görülebilirdi. Erken dönem (4 hafta içinde) yapılan sistoskopide mesane içi sütür hattı görülme ihtimali olasıdır. Mesane dıştan tam kat (mukoza kısmı hariç tutulmuşsa) bunu görmemekte olasıdır. Laparoskopik bakıda ise sütür hattını erken dönemde görmek olasıdır. Sistoskopi işlemi sırasında gerek fistül gerekse de fistül etrafındaki yapılar hakkında açıklayıcı bilgilerin raporda belirtilmesi gerekir. Bazı şüpheli oluşumların tanınmasında güçlük çekilebilir, raporda bu konuda da şüpheli oluşumlar izlendi denebilir.

2- Vezikovajinal fistül sonda ile kapanabilir mi? Hangi durumlarda denenebilir?

Küçük fistül ağzlarında ve debi fazla değilse sonda takılarak kapanma beklenebilir. Düşük bir yüzde de olsa literatürde, kapanan fistüller belirtilmiştir.

3- Vezikovajinal fistülün cerrahi teknik olarak sebepleri nelerdir. Ameliyat sırasında nasıl anlaşılabilir ve nasıl kaçınılabilir?

Daha önce operasyon geçirmiş ya da uterus içi / dışı kitle büyüklüğü nedeniyle işlem sırasında veziko vajinal fistül olasılığı bu ameliyatlarda tanınmış bir komplikasyondur. Şüpheli olduğunda mesaneye sonda takılıp şişirilir ve yine çok şüpheli varsa özel boyalar verilerek kaçak varlığı sorgulanabilir. Gerekirse de ameliyat sırasında sistoskopi yapılabilir. Bu durumlar rutin değildir ancak şüpheli durumda ameliyat sırasında yapılır.

4- Bu dosya hakkında bilirdiği görüşünüz nasıl olurdu?

Bu tip operasyonlarda fistül oluşumu literatürde bildirilmiştir. Bu yüzden hastalar, ameliyat sonrasında kontrole çağrıldıklarında olası komplikasyon varlıkları sorgulanır. Şüpheli halinde de ileri tetkikler yapılır. Bu vakada olası fistül varlığı sorgulanmış ve sistoskopi yapılmıştır. Sistoskopide ureter orifisleri, idrar gelişi ve mesane içi anormal bulgular detaylı yazılır. İlk yapılan Ameliyat sırasında olası yaralanmalar açılmalar işlem sırasında ameliyat notuna detaylı biçimde yazılır ve hastaya bu konuda bilgi verilir. Gerekirse sonda daha uzun müddet tutulur. Bu gibi durumlar son derece doğaldır. Komplikasyonların yönetiminde belirtildiği gibi küçük fistüllerde bekleme ve kapanma olmaz ise gerekli uygun cerrahi yapılması şeklinde olur. Bu vakada jinekolog tarafından yapılan ameliyat raporunu görmek isterdim. Mesane yaralanması oldu ve jinekolog tarafından bu tip bazen önemsiz yerlerde olan açılmalar jinekolog tarafından onarılabilir. Ameliyat notunda böyle bir şey olduğu halde bundan bahsedilmemesi takibi zorlaştırır. Netice de bu tip istenmeyen bir komplikasyon olabilmekte bu konuda hasta onama formunda bariz bilgilendirmeler yapılmaktadır. Bu gibi durumlarda izlenen yol tanının doğrulanması ve ardından uygun tedavi ile fistül ağzının kapatılmasıdır. Bu vakada da komplikasyon yönetimi bu şekilde olmuştur.

8.1.7 HİSTEREKTOMİ AMELİYATINDA MESANE YARALANMASI TESPİT EDİLMELİ MİDİR?

İDDİA

Myom rahatsızlığımdan ötürü özel hastanede ameliyat oldum. Ancak taburcu edildikten bir gün sonra tekrar rahatsızlanınca hastaneye kaldırıldım. Doktor sancılarımın çoğalmasına rağmen bana bir şey yok sadece gazın var deyip ilaç yazıp eve gönderdi. Ancak rahatsızlığım artarak devam etti. Her seferinde gazın var deyip ultrason çekilip serum takılarak eve gönderildim. En son rahatsızlanınca beni apar topa ameliyata aldılar. Mesanenin delik olduğunu, idrarın da karın içine aktığını söylediler. Bunun ilk ameliyat sırasında mesanenin zarar görmesinden kaynaklandığını söylediler.

BELGELER

Özel Hastane epikrizi: Adet kanamalarının aşırı ve uzun sürmesi yakınmalarıyla geldi. Değerlendirildi, uterusun leiomyoması tanısı konuldu ve operasyon önerildi. 28.06.2014 de subtotal histerektomi + salpingooforektomi yapıldı.

Özel Hastane epikrizi: Yakınması: karın ağrısı. Öyküsü: birkaç gün önce KD bölümünde abdominal histerektomi geçiren hasta karnında ağrının olduğunu ve zaman zaman idrarının kanlı geldiğini ifade etti, palpasyonda her iki alt kadranda hassasiyet mevcut, defans (-/+), rebound (-/+), ele gelen kitle yok, perküsyonda batın timpanik ses hakim, barsak sesleri normoaktif. Klinik tanı: İleus.

02/07/2014 ADBG: hava sıvı seviyeleri mevcut,

02/07/2011 US Tüm Batın Raporu: İntestinal yapılarda gaz artışı,

Üroloji bölümünce yapılan sistoskopide mesanede perforasyon saptandı,

02.07.2011 de GAA GAM insiyonla batına girildi, explorasyon mesanede perforasyonun bulundu idrar sondası ve balonun batın içinde olduğu görüldü, batın içi başka patoloji saptanmadı, peroperatuar üroloji konsültasyonu istendi, hastanın ürolojiye devredildi.

GAA genel anestezi altında supin pozisyonda genel cerrahi tarafından açılmış göbek altı ve göbek üstü median insizyon ile açılmış hastanın batın eksplorasyonunda mesane sağ yan duvarda posteriora rahim dokusunun yalıtıldığı alanda halen üzerinde kalıntı rahim dokusu bulunan ve mesaneye ileri de-

recede adhesiv alanda da perfore alan saptandı, bu alan 3.0 vicryl ile water-tight onarıldı, kateter takıldı, takılan kateterden mesaneye 500 cc sıvı verilerek sızdırmazlık kontrolü yapıldı, postoperatif komplikasyonu olmadı.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Öğretim Üyesi: Hastaya yapılan ameliyat endikasyonunun olduğu, ameliyat yönteminin uygun olduğu, ameliyat sırasında mesane perforasyonunun tespit edilmemesi nedeniyle dikkat ve özen yükümlülüğünün yerine getirilmediği ve bu nedenle tıbbi hata olduğu kanaatindeyim.

DEĞERLENDİRME

Yrd. Doç. Dr. Kadir Önem, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Histerektomi ameliyatında mesanenin yaralanıp yaralanmadığı nasıl anlaşılır. Kadın Doğum uzmanı mesane yaralanması ile ilgili ameliyat sırasında değerlendirme yapmalıdır?

Histerektomi sırasında mesane ve uterus arası yakın komşuluk nedeniyle mesanenin iatrojenik yaralanması az görülen bir durum değildir. Açık histerektomilerde alt üriner sistem yaralanmaları %0.4, laparoskopik tekniklerde ise %1.4 tür (Myong Cheol Lim ve ark. J. Obstet. Gynaecol. Res. Vol. 36, No. 2: 318–325). Özellikle yapışık myom ve plasental anomalilerinde yapışıklık daha fazla olacağı için kadın doğum uzmanları histerektomi sırasında mesaneyi kontrol etmeleri gereklidir.

Eğer histerektomi sırasında açılan bir bölgeden sıvı geldiği görülürse mesane yaralanması düşünülmelidir. Hastaya preoperatif ya da peroperatif foley sonda takılmışsa mesane yaralanması anlaşılabilir. Bu nedenle özellikle mesanenin uterustan yapışıklıklarının ayrıldığı vakalarda foley sondadan izotonik sıvı verilip mesanede bir perforasyon olup olmadığı kontrol edilmelidir ve ya sistoskopi yapılmalıdır. Vakanın epikrizlerinden anlaşıldığı kadarıyla mesane duvarında patolojik tanı konulmamış olsa da klinisyen uterus olabilecek dokuları gözlemlemiştir. Bu veri de bize vakanın mesaneye yapışıklığı olan bir uterus olduğunu hakkında ipucu vermektedir. Nitekim bu vakada anlaşıldığı üzere yapışıklık ayrılmaya çalışılmış ve mesane perforasyonu olmuş ve fark edilmemiştir.

Ek olarak kesin kanıtlar olmasa da ve üroloji epikrizinde kaç cm perforasyon olduğu yazılmasa da perforasyonun bir parça büyük olduğu tahmin edilebilir. Çünkü körlemesine uretradan takılan bir foley sonda bu perforasyondan batına çıkmıştır. Büyük perforasyonlar daha kolay farkedilebilir. Eğer perforasyon küçük olsaydı foley kateterin perforasyondan geçerek mesane dışına çıkması düşük bir ihtimaldi. Olası küçük perforasyonlar farkedilmemiş olsa dahi eğer hastanın sondası da birkaç gün tutulduğu takdirde hiç semptom vermeden klinik olarak fark edilmeyebilir.

Bu vakada asıl üzerinde durulması gereken nokta kadın doğum uzmanının ne zaman mesaneyi perforasyon açısından kontrol etmesidir. Rutin histerektomilerde yapışıklık yoksa ve doktor özellikle şüphelendiği bir durum yoksa mesane rutin olarak kontrolüne gerek yoktur. Bunun dışında şüpheli bir durum varsa yapışıklık nedeniyle uterus mesaneden daha agresif bir diseksiyonla ayrılırsa kontrol edilmelidir.

Yapılan geniş vaka sayılı çalışmalarda histerektomi sırasında oluşabilecek alt üriner sistem yaralanmaları için malign hastalıkların, yapışıklıkların, geçirilmiş pelvik cerrahilerin, broad ligaman fibrozisi, radyoterapi öyküsü ve konjenital anomalilerin risk faktörü olduğu yönündedir (Myong Cheol Lim ve ark. J. Obstet. Gynaecol. Res. Vol. 36, No. 2: 318–325) Ek olarak cerrahi tecrübesizlikte risk oluşturmaktadır (Johnson N, BMJ (Clin Res Ed)2005; 330: 1478.). Alt üriner sistem travmalarından korumak için monopolar koter yerine parmak ve ya gaz tampon ile künt diseksiyon yapmak daha güvenlidir. Elektrokoter hasarları genelde daha geç belirti verirler.

2- Bu dosya hakkında bilirkışı görüşünüz nasıl olurdu?

Vakanın ve epikrizlerin belirttiği kadarıyla yapışıklık olan ve mesaneden zor ayrılan bu olguda hekim perforasyonu görmesi, görmez ise foley sondadan mesaneyi izotonik ile doldurarak kontrol etmesi ve ya bir peroperatif üroloji konsültasyonu istemesi gerekmektedir. Değerlendiricinin hükmüne katılıyorum.

8.1.8 VEZİKOVAJİNAL FİSTÜL NE ZAMAN TAMİR EDİLMELİDİR

İDDİA

Müvekkile rahim/yumurtalık ameliyatı olmuş, fakat ameliyat üzerinden bir hafta dahi geçmeden rahatsızlanarak, aşırı derecede yanma ve ağrı şikayeti ile davalı hastaneye ve doktora başvurmuş ve davalı doktor tarafından kendisine antibiyotik verilerek evine gönderilmiştir.

Bu tarihten itibaren 5 (beş) gün boyunca antibiyotik alan müvekkile ağrılarının yanında, idrarını tutamamaya başlar ve tekrar hastaneye götürülür ve fakat davalı hastane görevlileri, davalı doktorun hastanede olmadığını söyleyerek, müvekkilele ilgilenmemiş, herhangi bir tıbbi müdahale/yardımda bulunmamışlardır. Yılbaşına denk gelen bu zaman diliminden sonra tekrar davalı doktora başvuran müvekkile davalı doktora sonda taktırmasını ve eve gidip dinlenmesini söyler. Ancak müvekkileye takılan sonda işe yaramadığı gibi, idrar sorunu ve ağrıları şiddetlenir. Bu kez başka bir özel hastaneye götürülür ve burada doktor sistoskopi ve başkaca tetkikler yaparak müvekkilenin geçirdiği ameliyatta idrar torbasının 3 (üç) yerden 1 (bir), 1.5 (bir-buçuk) cm ebatlarında delinmiş (kesilmiş) olduğunu ve acilen ameliyat edilmesi gerektiğini söyler. Akabinde bu hastanede ameliyat edilir fakat ameliyat başarılı bir sonuç vermez ve buradaki doktor kendisini tıp fakültesine sevk eder.

Müvekkile tıp fakültesinde muayene olduğunda, geçirdiği ilk ameliyatın hatalı olduğunu, 2 (iki) ay sürecek tedavi süreci bitiminde tekrar ameliyat olması gerektiğini, hatta bu ameliyatın tek başına yeterli olmayabileceği ve başka ameliyatlarda tekraren (aşamalı şekilde) yapılması gerekebileceğini, tüm bu sürecin riskli ve zor bir şekilde geçeceğini öğrenir.

Davalı tarafından 2 haftalık sonda tedavisi planlandığından bahsedilmektedir, halbuki müvekkilerin haklı olarak başka kontrol gitmeleri sonucunda derhal ameliyat yapılması gerekliliği ortaya çıkmıştır, Yani hatalı ameliyat üstüne hatalı bir tedavi yolu uygulaması söz konusudur.

SAVUNMA

Yapılan ilk muayene ve tahlillerinde davacının aşırı derece kan kaybettiği dosya içerisindeki hastane kayıtlarıyla sabittir. Bu durum karşısında hastaya öncelikle 3 ünite kan verilerek değerler normale çekilmeye çalışılmıştır. Davacılar rahimde bulunan ur nedeni ile ameliyat önerilmiştir. Tıbbi durum ve uygulanacak prosedürler, uygulanacak işlemlerin riskleri, olası sonuçları, konuyla ilgili diğer tedavi seçenekleri, ameliyat ile ilgili tüm riskler ve komplikasyonlar davacılar anlatılmış davacılar ameliyatla ilgili olarak bilgilendirilmiştir. Davacılar buna ilişkin olarak Bilgilendirilmiş Hasta Onayı Belgesi'ni, Hasta Yatış Formu'nu, Cerrahi Girişim Onay Formu'nu imzalamışlardır. Müvekkilerin ameliyat nedeni ile tıp kurallarına aykırı bir davranışı söz konusu değildir. Davacının bilgisi ve rızası dışında hiçbir tedavinin uygulanması mümkün değildir. Yapılacak tüm tedavi ve ameliyatlarda davacı ve eşi, davalılar tarafından aydınlatılmıştır. Ameliyat riskleri içinde idrar torbası zedelenmesi belirtilmiştir. Bu durum tedavisi mümkün olup bu konuda davalı bilgilendirilmiştir. İlk aşama tedavisi olarak 2 haftalık sonda planlanmış ancak davacı bu tedavi sürecine uymayarak başkaca tedavi arayışlar içine girerek müvekkilerin kontrolünden kendi rızası ile çıkmıştır. Daha sonra yapılan ameliyatların başarılı olmamasında müvekkillerle atfedilecek bir kusur bulunmamaktadır. Ancak davacı kötü niyetli ve de haksız olarak davayı müvekkiller yönlendirmiştir. Müvekkiller uygulamış olduğu tedavi ve ameliyatta gerekli tüm özeni göstermiş, davacıları aydınlatmış ve bilgilendirmiştir. Atfedilecek bir kusur bulunmamaktadır. Dava dışı 3. kişilerin kusuru müvekkillere atfedilmeye çalışılmaktadır. Kusur durumu bilirkişilerce tespit edilirken 3. kişilerin uygulamış olduğu yanlış tedaviler göz önünde bulundurulmalı söz konusu tedavi evrakları istenmelidir.

Davacının iddia ettiği olaylar ve tedavi sürecinin uzaması müvekkilerin sorumluluğunda olmayıp, davacının kendi hatasından ve dava dışı 3. kişilerin yanlış veya eksik tedavisinden kaynaklanmaktadır. Müvekkillerimiz gerekli özen ve dikkati göstermiş tıp kurallarına uygun davranmış, hastayı aydınlatma yükümlülüklerini yerine getirmiştir. Bu itibarla davacının istediği manevi tazminat talebi haksız, yersiz ve kabul anlamına gelmemekle kaydıyla pek fahiştir.

BELGELER

Özel Hastane epikrizi (1.hastane): Vajinal kanama, idrar kaçırma şikayetinin olduğu, kasık ağrısı ve idrar kaçırma şikayeti olduğu, myoma uteri, menometroloji ve stres inkontinas tanı kodlarının girildiği,

genel anestezi altında histerektomi ve salpingooferektomi Marshall Marchetti Kranz operasyonu yapıldığı, postoperatif sorunu olmayan hastanın şifa ile taburcu edildiği kayıtlıdır.

Özel Hastane epikrizi (2.hastane): İdrar kaçırma, vajinal bölgeden idrar gelme şikayetinin olduğu, üç hafta önce rahim alınmış, sonda takılmış, genel anestezi altında 22 f sistoskopi girildiği, mesane tabanında trigonda 2x2 cmlik vezikovajinal fistül defektinin saptandığı, işleme son verildiği, genel anestezi altında litotomi pozisyonunda vajinal labiumlar ipekle asıldığı, vajinal spekulumlar yerleştirildiği, vajen açıldığı, vajen kökünde tavana doğru 1.5-2 cmye yakın vezikovajinal fistül defekti saptandığı, mesane mukozası prepare edildiği, sütüre edildiği, 18 f foley sonda konduğu, 150-200 cc metilen mavisi ve izotonik mesaneye verildiği, vajen ön duvarından kaçak olmadığının saptandığı, kapatılma mesane mukozası ile vajen mukozası arasında dure greft konduğu, vajen mukozası sütüre edildiği, batikonla rulo gaz vajene yerleştirildiği, önerilerle hastanın taburcu edildiği kayıtlıdır.

Tıp Fakültesi epikrizi: İdrar kaçırma yakınmasının olduğu, histerektomi operasyonu sonrası idrar kaçırma şikayeti başlayan hastaya 15 gün önce vezikovajinal fistül onarımı yapılmış, sonrasında tekrar idrar kaçırma şikayeti olması üzerine başvurduğu, foley sondalı olduğu, vajinal muayenesinde sütür materyallerinin ele geldiği, 15 gün önce vezikovajinal fistül onarımı yapılırken araya dura konduğu, öncesinde yapılan sistoskopide mesane tabanında 1.5-2 cm fistül ağzı olduğu görünmüş, 1.5 ay sonra sistoskopi, 8. haftada gerekirse vezikovajinal fistül onarımı önerildiği kayıtlıdır.

Tıp Fakültesi epikrizi: Genel anestezi altında; sistoskopi mesaneye girildiği, bilateral orifisler normal olduğu, mesane tabanında 2 cmlik fistül ağzı saptandığı, üreter katateri fistül ağzından gönderilerek vajenden çıktığının tespit edildiği, ardından bilateral orifisler kateterize edilerek yapılan rpg'de bilateral üreterler normal tespit edildiği, başka fistül görülmediği, ardından skopi ile bilateral üreter katateri takıldığı, 18 f foley takıldığı, üreter kataterleri foleyle tespit edildiği, hasta supin pozisyona alınarak gam insizyonla katlar usulüne uygun geçildiği, mesane açılarak fistül ağzının tespit edildiği, fistül traktı boyunca normal doku görülene kadar mesane duvarı insize edildiği, ardından vajen duvarı tek, mesane duvarı çift kat kendi üzerine sütüre edildiği, ayrı ayrı kapatıldığı, mesane duvarı ve vajen duvarı ardından omentum getirilerek flep olarak sütüre edilip tespitlendiği, mesane doldurduğunda ekstrasvazyon tespit edilmediği, loja bir adet soft dren yerleştirildiği, katlar usulüne uygun kapatıldığı, vajene bir adet tampon konduğu, antibiyotik tedavisinin tamamlandığı, komplikasyon olmaması üzerine hasta önerilerle taburcu edildiği belirtilmiştir.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Ön incelemeci: Kişinin vajinal kanama, idrar kaçırma şikayeti ile ilgili sağlık kuruluşuna başvurduğu, myoma uteri, menometroloji ve stres inkontinas tanılarını ile kişiye histerektomi ve salpingooferektomi uygulandığı, bir hafta sonra ağrı ve idrar kaçırma yakınmalarının olduğu, ilgili hekim tarafından sonda takılarak takip önerildiğinin iddia edildiği, kişinin yakınmalarının devam etmesi üzerine diğer sağlık kuruluşuna başvurduğu, mesane tabanında trigonda 2x2 cmlik vezikovajinal fistül defektinin saptandığı, onarımının yapıldığı, vajinal fistülün nükse etmesi nedeni ile üniversite hastanesine sevk edildiği, vezikovajinal fistülün onarıldığının anlaşıldığı,

Ameliyat endikasyonunun ve seçilen ameliyat yönteminin uygun olduğu, meydana gelen mesane yaralanması ve fistülün her türlü özene rağmen meydana gelen ve tıbbi hataya atfedilemeyen bir zarar yani komplikasyon olduğu, vezikovajinal fistüllerde dokunun düzelmesi için bir müddet beklenmesi gerektiği klasik tıp bilgisi olduğu, bu nedenle ameliyatı yapan kadın doğum uzmanının davranışının uygun olduğu, hastaya erken dönemde fistül ameliyatı yapılmasının uygun olmadığı, bu nedenle erken dönemde fistül ameliyatı yapan hekimin kusurlu olduğu kanaati hasıl olmuştur.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Şenol Adanur, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1. Pelvis ameliyatlarında ameliyat sırasında mesanenin yaralandığı nasıl anlaşılır.

Mesane, pelvis cerrahiler esnasında iatrojenik yaralanmalardan en sık etkilenen ürogenital organdır. İnternal iatrojenik mesane travmaları genellikle mesane tümörünün transüretral rezeksiyonu esnasında

oluşur. Eksternal iatrojenik mesane yaralanmaları ise çoğunlukla osbtetrik ve jinekolojik prosedürler esnasında oluşmasının yanında, genel cerrahi ve ürolojik müdahaleler esnasında da oluşabilmektedirler. Mesane yaralanmasının kardinal bulgusu hematüridir. Pelvik müdahaleler esnasında idrar ekstravazasyonu, görülebilen laserasyon, cerrahi alanda berrak sıvı, mesane kateterinin görünmesi ve laparoskopi esnasında idrar torbasında gaz veya kan görülmesi eksternal iatrojenik mesane yaralanmalarının bulgularıdır. Mesanenin direkt inspeksiyonu mesane bütünlüğünü değerlendirmenin en güvenilir metodudur. Metilen mavisinin intravezikal instillasyonu mesane yaralanmasının tesbit edilmesinde faydalı olabilir. Mesane perforasyonu trigona yakın ise üreter orifisleri değerlendirilmelidir.

Internal iatrojenik mesane travmasını ise detrüör kas lifleri arasında karanlık alan, perivezikal yağ dokusu ve barsakların sistoskopik olarak vizüalize edilmesi destekler. Major perforasyonun bulguları ise mesane distansiyonunun yetersizliği, irrigasyon sıvısının geri dönüşünde azalma ve abdominal distansiyondur. Non-iatrojenik mesane yaralanmaların tanısının konulmasında ve iatrojenik mesane yaralanma şüphesi olan hastalar için operasyon sonrası dönemde tercih edilen tanı aracı olarak sistografi kullanılabilir.

Intraoperatif mesane yaralanmalarının belirlenmesinde tercih edilen diğer bir yöntem direkt olarak laserasyonun gösterilmesini sağlayan sistoskopi işlemidir. Sistoskopi ile lezyonun lokalizasyonu ve trigona ilişkisini ve üreteral orifislerin pozisyonu değerlendirilebilmektedir. Sistoskopi ile eş zamanlı retrograt üreterografi yapılarak üreterlerde değerlendirilmelidir. Sistoskopi esnasında mesane distansiyonu oluşmaması mesanede geniş bir perforasyonu desteklemektedir. (N.D. Kitrey , N. Djakovic, M. Gonsalves et al, EAU Guidelines on Urological Trauma, European Association of Urology 2016)

2. Pelvis ameliyatlarında hekim mesanede herhangi yaralanma olup olmadığını değerlendirmeli midir?

Büyük çoğunluğunu jinekolojik cerrahilerin oluşturduğu pelvik cerrahiler, üriner trakt ve barsak yaralanmalarında içeren, enfeksiyon, hemoraji, tromboembolizm ve ölümlü sonuçlanabilen majör perioperatif morbiditelere sebep olabilmektedirler. Üriner trakt yaralanmaları nispeten sık olmamasına rağmen önemli morbiditelere yol açabilmektedir. Yaralanmaların tedavi süreci ve oluşabilecek sekeller hastalar üzerinde ağrı, anksiyete, depresyon, geçici veya kalıcı işgücü kaybı, kişiler arası ilişki ve yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkiler doğurabilmektedir. Bu sebeplerden dolayı üriner trakt yaralanmalarının intraoperatif belirlenmesi ve tanısının konulması oluşabilecek morbiditeyi azaltacağından dolayı hasta ve hekim açısından oldukça önemlidir (Teeluckdhar B, Gilmour D, Flowerdew G. Urinary Tract Injury at Benign Gynecologic Surgery and the Role of Cystoscopy: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2015 ; 126(6):1161-9)

Pelvik cerrahiler sonrası rutin sistoskopi yapılıp yapılmamasına bağlı olarak literatürde bildirilen intraoperatif mesane yaralanması insidansı anlamlı derecede değişiklik göstermektedir. Sistoskopi yapılmayan serilerde bildirilen toplam mesane yaralanma oranı 1000 olguda 2,6 iken, rutin sistoskopi yapılan serilerde bu oran 1000 olguda 10,4 olarak rapor edilmiştir (Campbell-Walsh Urology 2016 11. Edition vol. 3).

2007 The American College of Obstetricians and Gynecologists klavuzu tüm prolapsus ve inkontinans prosedürlerinden sonra intraoperatif sistoskopi kullanılmasını önermektedir. 2012 The American Association of Gynecologic Laparoscopists klavuzu ise tüm laparoskopik total histerektomilerden sonra rutin sistoskopi yapılmasını tavsiye etmektedir. 2015 European Association of Urology klavuzuna göre ise her majör jinekolojik prosedür ve histerektomi sonunda mesane yaralanması açısından rutin sistoskopi yapılması önerilmektedir. Yine retropubik yol kullanılarak yapılan subüretal sling operasyonları sonrası da rutin olarak mesane yada uretrada oluşabilecek bir perforasyonu belirlemek için sistoskopi önerilmektedir. Ancak 2016 European Association of Urology klavuzunda tüm majör jinekolojik prosedürler sonrası rutin sistoskopi yapılmasına gerek olmadığı, sadece retropubik yolla yapılan subüretal sling operasyonları sonrası rutin sistoskopi yapılması önerilmektedir.

3. Vezikovajinal fistüller ne zaman tamir edilmelidir?

Vezikovajinal fistüllerin (VVF) tamir edilme zamanı literatürde tartışmalı bir konudur. Hastanın yaşam kalitesini direkt olarak etkileyen bu durumun hasta üzerindeki olumsuz etkilerini en aza indirmek

için mümkün olan en uygun zamanda onarımın yapılmasının yanında optimal onarım zamanı için medikal ve cerrahi faktörleri göz önünde bulundurmak gerekmektedir.

Vezikovajinal fistüllerin tedavisi için klasik bilgi, başlatıcı olaydan kesin tedavi girişimine kadar, enflamasyon ve doku ödeminin azalması ve optimal doku esnekliğinin kazanılması için birkaç ay gibi minimal bekleme süresi önerilmektedir. Engellenmiş doğum eylemi sonrası oluşan VVF'ün kesin onarımının yapılması için 3-6 aylık bir sürenin beklenilmesi genel kabul görmüştür. Ödem ve enflamatuar reaksiyonun çözülmesi ve iskemik dokuların net olarak belirlenmesi açısından bu süre gereklidir. Yine radyasyona bağlı oluşan fistüller için de ciddi obliteratif endarterit ve doku kanlanmasıdaki azalma nedeniyle onarım için 6-12 ayın üzerinde beklenilmesi önerilmektedir.

1970'li yıllarda otörler suprapubik VVF onarımı için 3-6 aylık bekleme süresi önermişlerdir. Bu bekleme süresi sonunda, azalan enflamasyon ve ödeme bağlı olarak doku planlarının daha kolay belirlenmesine, daha az kanamaya ve sutür hatlarının gerilimsiz olarak yaklaştırılması gibi avantajlar sağladığı savunulmaktadır. Bu görüşün aksine daha sonraki dekatlarda ertelenmiş yaklaşımı savunanların sayısı giderek azalmıştır. Genel olarak komplike olmayan post-jinekolojik üriner fistüllerin tanı kesinleştirildiği zaman hemen onarılabileceği, böylece bu durumdan olumsuz etkilenen hastaların yaşam kalitelerinin artırılarak üzerlerindeki stresin azaltılabileceği görüşü ağırlık kazanmıştır.

Literatüre bakıldığında beklemeden onarım obstetrik fistüllerde başarılı sonuçlarla uygulanmıştır. Bazı olgularda VVF onarım zamanı hastanın durumuna göre belirlenmektedir. Abdominal histerektomi sonrası oluşan komplike olmayan VVF'ün transvajinal yolla erken onarımının mümkün olduğunu ve böyle onarılması gerektiğini, buna karşılık vajinal histerektomi sonrası oluşan bazı VVF'ler için 2-3 aylık bekleme süresi gerekebileceği bildirilmektedir. Özellikle zor yada komplike bir abdominal cerrahi (abse, ürinoma vb.) sonrası oluşmuş bir VVF de abdominal yaklaşım düşünülürse, aktif enflamasyonun iyileşmesi için ertelenmiş tedavinin uygulanması gerekmektedir. Yine vajinal cuff düzeyinde var olan enfeksiyon ve enflamasyonun tedavi edilmesi onarımın ertelenmesi için diğer bir potansiyel sebeptir.

Eğer konservatif tedavi başarısız (foley katater ile mesanenin yeterli drenajına rağmen hasta ıslak ise) ve hastanın genel durumu iyi ise vajinal yaklaşım ile tamir ilk yaralanma sonrası 2. yada 3. haftada hemen uygulanabilir. Özellikle cerrahi abdominal olarak yapılmışsa, vajinal dokular etken olan cerrahiden nispeten zarar görmemiş olacağından dolayı, geniş sağlıklı vajinal flepler elde edilebilecektir (Campbell-Walsh Urology 2016 11. Edition vol. 3).

4. Bu dosya hakkında bilirkşi görüşünüz nasıl olurdu?

Hastaya ilk başvurduğu sağlık kuruluşunda endikasyon konulduktan sonra histerektomi ve salpingooferektomi operasyonu yapıldığı ve yaklaşık 1 hafta sonra ağrı ve idrar kaçırma şikayeti ile operasyonu yapan hekime başvurduğu ve hekim tarafından transüretal sonda tatbik edilerek yaklaşık 2 haftalık bir konservatif izlem önerildiği, hastanın bu süre sonunda ilk operasyondan 3 hafta geçtikten sonra başka bir sağlık kuruluşuna başvurarak burada yapılan sistoskopi sonrası aynı seansta transvajinal yolla vezikovajinal fistül tamiri yapıldığı ve operasyon sonrasında idrar kaçırma şikayetinin devam etmesi üzerine ilk tamir operasyonundan 15 gün sonra da üniversite hastanesine sevk edilip orada da önce sistoskopi yapıp nüks fistül tespit edildikten sonra 8 hafta sonra omental flap kullanılarak transabdominal vezikovajinal fistül tamiri yapıldığı ve hastanın komplikasyonsuz olarak taburcu edildiği anlaşılmaktadır.

Uygun endikasyon ve ameliyat yöntemi ile uygulanan histerektomi operasyonunun bir komplikasyon olarak vezikovajinal fistüllerin gelişebileceği, literatürde vezikovajinal fistül tamirinin zamanı konusunda bir konsensüs olmaması ve abdominal histerektomiler sonrası komplike olmayan vakalarda etken cerrahi sonrası 2. veya 3. haftada transvajinal yolla tamirin yüksek başarı oranları ile yapılabileceği, ancak her operasyonda olduğu gibi başarısızlık ihtimalinin olduğu da bilinmektedir. Histerektomi operasyonunu ve ilk transvajinal fistül onarımını yapan her iki hekimin de uygun endikasyonlarla ve kullanılacak uygun yöntemlerle operasyonları yaptığını ve oluşan komplikasyon ve operasyon başarısızlığı durumlarının literatür ve klasik tıp bilgileri ışığında doğal olabileceği ve her iki hekiminde bu durumların oluşmasında kusurlu olmadığı kanaatine varılmıştır.

8.1.9 İDRAR FİSTÜLÜ NASIL ARAŞTIRILMALIDIR

İDDİA

Sağlık Bakanlığı vekilinin dilekçesinde; Davacı Devlet Hastanesinde yapılan ameliyat sırasında böbrek ve idrar torbası arasındaki idrar kanalının dikilmesi sebebiyle uzunca bir süre iş ve gücünden geri kaldığı, sosyal güvencesi bulunmadığından tedavi ve yol masraflarını kendisinin karşılamak zorunda kaldığından bahisle İdare Mahkemesinde Sağlık Bakanlığı aleyhine maddi ve manevi tazminat davası açmış; davanın yapılan yargılaması sonunda mahkeme, davacının davasını kabul ederek Sağlık Bakanlığı aleyhine tazminat kararı vermiştir. Tazminat hükmünü içeren İdare Mahkemesinin kararında; "Olayın davalı idarece görülen sağlık hizmetinin kusurlu olarak ifa edilmesinden meydana geldiği ve davacının uzunca bir süre iş ve gücünden geri kaldığı ve sosyal güvencesi bulunmadığından tedavi ve yol masraflarını kendisinin karşılaması nedeniyle oluşan zararın davalı idarece davacıya ödenmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır." denilmektedir. Mahkemenin bu kararına istinaden alacaklı adına, İcra Müdürlüğü'nün dosyasına, müvekkil Bakanlıkça düzenlenen ödeme emri belgesi ile toplam ödeme yapılmıştır. Devlete ve Kişilere Memurlarca Verilen Zararların Nevi ve Miktarlarının Tespiti, Takibi. Amirlerinin Sorumlulukları, Yapılacak Diğer İşlemler Hakkında Yönetmeliğin 11. maddesi" memurların görevlerini kasıt, ihmal veya tedbirsizlik sonucu gereken dikkat ve itina ile yapmamaları sebebiyle zarara uğrayan kişilerin zararları, başvurdıkları mahkeme veya makamlarca verilen kararlar uyarınca ilgili kurumlarca karşılanır. Kurumların genel hükümlere göre sorumlu memurlara rücu hakları saklıdır. hükmünü amirdir olup; Sağlık Bakanlığı tarafından ödenen tazminatın rücu tahsili için, olaya sebebiyet veren davalılar aleyhine iş bu davanın açılması zarureti hasıl olmuştur.

SAVUNMA

Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı: Konu ile ilgili olarak genel seyir ve takibi göz önüne alındığında o tarihte müvekkilin görevli olduğu Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlığı esnasında hastası pelvik ağrı, düzensiz kanama ve myoma uteri tanılı ile tarafımdan takip edilerek yatırılmıştır. Gerekli preoperatif hazırlıkları tamamlanıp müvekkilin ekibi ile birlikte TAH+BSO ameliyatı yapılarak postoperatif takip ve bakımları sonrasında taburcu edilmiştir. Hasta taburcu olduktan 13 gün sonra mide bulantısı, kusma, idrar kaçırma şikayetleri ile tekrar Devlet Hastanesi'ne müracaat etmiş müvekkil tarafından yapılan muayene neticesinde vajinal cuff'tan idrar geldiğinin görünmesi sonrasında veziko vajinal fistül ön tanısı düşünülerek hastaneye yatırılıp, ilk müşahede, takip ve tedavisi planlanarak üroloji konsültasyonu istenmiştir. Üroloji uzmanın önerileri doğrultusunda hastanın takip ve tedavisi yapıp üroloji hekimince önerilen 3 ay sonra fistül onarımı yapılacağı tarihe kadar takip ve tedavisinin müvekkil ve üroloji hekimi ile birlikte yapılacağı söylenerek taburcu edilmiştir. Geçen 3 aylık dönem içerisinde hasta defaten tarafımdan takip ve kontrol edilmekle birlikte üroloji uzmanlarınc da müvekkil bilgisi dahilinde muayene takip ve tedavi edilmiştir. 3 aylık sürenin dolması üzerine bizzat müvekkilin önerileri ile ürojinekolojik yönden deneyimli bir merkez olan Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne sevk edilmiş ve adı geçen hastaneye yatırılmıştır. Daha sonra hastadan ve gelişen davalar sonrasında dosyadan öğrendiğimiz kadarıyla hasta adı geçen hastanede takip ve tetkik edilmiş, bilahare Eskişehir'de ameliyat olarak tedavisinin tamamlandığı öğrenilmiştir.

Üroloji Uzmanı (Devlet Hastanesinde Görevli): Müvekkilin somut olayla olan tek bağı ise müdahale sonrasında oluşan durumla ilgili kadın doğum uzmanının kendisinden konsültasyon istemesi, kendisinin de uzmanlık alanına ilişkin görüş ve önerilerini yazılı ve sözlü olarak belirtmesi ile sınırlıdır. Müvekkilin eylemiyle hastanın uğradığı zarar arasında illiyet bağı bulunmamaktadır. Ne var ki idare mahkemesi kararına göre yapılan ödemenin geri ödenmesine ilişkin iş bu dava kadın doğum uzmanı ile birlikte müvekkile de yöneltiştir. Kadın Doğum Uzmanı tarafından gerçekleştirilen ameliyatın sonuçlarından kaynaklanan, ameliyat tarihine göre hesaplanmış bir faizi içerir, tazminat ödemesi kendisi yönünden idari olur da alınmadığı halde üroloji uzmanı olan müvekkile rücu edilemez. Davanın öncelikli bu nedenle reddi gerekmektedir.

Tıbbi literatürde ise konsültasyon "Bireyin sağlık bakımı sorumluluğunu devretmeden sadece belli bir tanı veya tedavi açısından görüş almak amacıyla hastanın başka bir hekime danışılması" olarak tanımlanmaktadır. Konsültan hekimin birincil hekim gibi hastadan sorumluluğu "konsültasyon süreci"nde

yapılan muayene ve/veya tıbbi girişimlerle sınırlı tutulmuştur. Bu süreçteki sorumluluğun doğabilmesi için ise konsültan hekimin tıbbi gerekliliklere aykırı davranması, hastanın tıbbi olgularını gözetmemesi, tıbbi girişimde bulunmuşsa bu girişimin mesleki standartlara aykırı yapılması zorunludur. Müvekkilin konsültasyon vermesinde ise bu hususların hiçbiri bulunmamaktadır. Nitekim kadın doğum uzmanının hastanenin üroloji servisinden konsültasyon istemesi üzerine müvekkil "sistoskopi, fistül grafisi ve metilen mavis tetkiklerinin yapılmasını istemiş, bu tetkiklerin sonucuna göre kendi alanı yönünden ayırt edici tanının konulacağını belirtmiştir. Bu tetkiklerin, hastanın dosyasında bulunan ve hastaya yaptığı muayene sonucu elde ettiği bulgulardan ve müdavi hekimie hastaya uyguladığı enfeksiyona yönelik tedaviden yola çıkarak hastadaki enfeksiyon nedeniyle tetkiklerin hemen yapılamayacağını, enfeksiyon geçtikten sonra yapılmasını şifahen hastanın müdavi hekimine bildirmiştir. Sonrasında müdavi hekim tarafından hasta müvekkile yönlendirilmemiş, hasta da gelmemiştir. Müvekkilin bu tutumunu tıp biliminin gerekliliklerine aykırı kılan bir yön bulunmamaktadır. Hatta müvekkil, bu ameliyattan önce hastanın daha önce üç kez sezaryen ameliyatı olmasını dikkate alarak kadın doğum uzmanına her iki üretere kateter takılırsa üreter komplikasyonu oluşma olasılığının asgariye ineceği önerisinde bulunmuş, bu önerisi dikkate alınmamış, ameliyat sonrasında hastada üreterovaginal fistül meydana gelmiştir. Konsültasyon kâğıdında müvekkil tarafından belirtilen öneri ise 3 aylık fistül traktı (fistülün ameliyatla alınmasına olanak verecek kadar gelişmesi ile oluşan yol) oluşumunun beklenmesi ve sonrasında ameliyat uygulanmasıdır. Bu öneri de hastanın tıbbi bulgularıyla uyumludur. Çünkü teşhisi yönünden gecikildiği belirtilen "üreter bağlanması"nda hastada iki üç gün içerisinde şiddetli kolik tarzda böbrek ağrıları gelişmektedir. Oysa konsültasyon ameliyat tarihinden 20 gün sonra yapılmış olup hastanın konsültasyon öncesinde ve sırasında idrar kaçırma mide bulantısı ve kusma dışında "böbrek ağrısı" şikayeti de bulunmamaktadır. Tıbbi literatürde tedavi sürecinin bütününde "hastanın sorumluluğunun esas hekiminde" olduğu kabul edilmektedir. Yani hastanın tedavi başarısı veya başarısızlığı konsültan hekime değil hastayı izleyen birincil(müdavi) hekime aittir. Birincil hekimin konsültasyona uyması zorunlu bir koşul değil etik bir durumdur. Yine de konsültasyon sonucunda hastayı takip eden birincil hekim eğer hastanın tedavisinin artık kendi konusu dışında kaldığını düşünüyorsa hastayı ilgili olduğunu düşündüğü uzmanlık alanındaki meslektaşına refere edebilir ki ancak bu durumda hastanın tedavi sorumluluğu konsültan hekime geçmektedir. Kadın doğum uzmanının birincil hekimlik niteliği ise hastanın tedavisi boyunca sürmüştür.

Üroloji Uzmanı (Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görevli): Devlet Hastanesinde "TAH+BSO" ameliyatı yapılan ve postop. dönemde vagenden idrar gelmesi üzerine vezikovaginal fistül ön tanısıyla bir süre Devlet Hastanesi üroloji uzmanı tarafından takip edilen ve ileri tetkik ve tedavi için Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne sevk edilen hasta aynı tarihte hastaneye başvurmuş ve jinekoloji bölümü tarafından üroloji konsültasyonu istenmiş, lomber ağrısı olmayan, vaginal idrar akıntısı yakınması olan ve vaginal muayeneye direnç gösteren hastaya anestezi altında muayene ve gerekli girişimin yapılmasına karar verilmiştir. Anestezi altında muayenede; vagenden idrar akıntısı gözlenmemiş olup, mesaneye verilen metilen mavisinin vagenden gelmediği gözlenmiştir. Aynı işlem sırasında, olası bir üreterovaginal fistül olasılığını ekarte etmek için üreteral kateterizasyon ve RGP seçenekleri düşünülmüş ise de, Eğitim ve Araştırma Hastanesinin sistoskopi sadece eski ve görüntüsü son derece kötü bir optik parçadan ibaret olup, shaft ve kateter deflektör mekanizmaları olmadığından, bu düşünülen seçenekler uygulanmayıp, üretral sfinkter yetmezliği ön tanısıyla reçetesi verilerek, 1 hafta sonra, idrar akıntısı devam ettiği taktirde daha ileri tetkikler (IVP vb) yapılması amacıyla kontrole çağırılmıştır. Ancak, hasta belirlenen günde kontrole gelmeyip Üniversite Hastanesi'ne başvurmuş, yapılan tetkiklerle üreterovaginal fistül saptanan hastaya üreteroneosistostomi ameliyatı uygulanarak tedavi edilmiştir. Bu bilgiler ışığında; hastaya anestezi verilmesindeki birincil amaç ameliyat değil, normal muayeneye direnç gösterdiği için anestezi altında muayenedir. Bu muayene sırasında bizi esas tanıya götürecek diğer tetkiklerin (üreter kateterizasyonu ve RGP) yapılmamasının nedeni tamamen araç gereç eksikliğidir. Nitekim hasta, tanıya götürecek olan IVP'nin çekilebilmesi için 1 hafta sonra kontrole çağırılmıştır. Diğer taraftan hastanenin röntgen olanakları daha çok jinekolojiye adapte olup, IVP gibi, hastanın 1-2 saat süreyle röntgen masasını işgal ettiği ve günde sadece 1 kişiye randevu verilebildiği bir ortamda, ancak 1 hafta sonrası için randevu alınabilmiştir. Kaldı ki, tanısından emin olunan bir hasta, 1 hafta sonra değil, belki 2-3 ay sonra kontrole çağırılırdı. Dolayısıyla yanlış tanı ve tedavi söz konusu olmayıp, yapılması düşünülen tetkikler bitmiş değildir. Yine, bu bilgilerin hiçbirisine sahip olmadan verilmiş olan Yüksek Sağlık Şurası kararını da kabul edebilmek mümkün değildir. Dava konusu olaydaki esas noktaysa, ka-

dın doğum uzmanı tarafından yapılan ameliyat sonucu ortaya çıkan ve hastayı mağdur eden durumun komplikasyon olup olmadığıdır. Eğer yapılan işlem sezaryen gibi acil bir durum olsaydı, ureter bağlamanın komplikasyon olduğunu söylemek doğaldır. Fakat yapılan işlem, elektif şartlarda ve her türlü önlemin alınabileceği "TAH+BSO" işlemidir. Böyle bir durumda komplikasyondan çok, ameliyatı gerçekleştiren kadın doğum uzmanının hatasından bahsetmek daha doğru olacaktır.

BELGELER

Devlet Hastanesi Belgeleri: "Myoma uteri ve DÜK tanılarıyla Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisine yatırıldığı, preop tetkiklerinin yapıldığı, göğüs hastalıkları ve anestezi konsültasyonlarının istenildiği, TAH + BSO ameliyatı yapıldığı, post op 2.günde mesane sondasının çıkarıldığı, hastanın durumunun iyi olması ve probleminin olmaması üzerine, sütürleri alınarak, 20 gün sonrası kontrole gelmesi önerisiyle 02.06.2005 tarihinde taburcu edildiği, hastanın 2 hafta sonra mide bulantısı, kusma, idrar kaçırma şikayetiyle tekrar başvurduğu. yapılan muayenesinde; vajinal cuf'dan idrar geldiğinin gözlemlendiği ve veziko-vajinal fistül ön tanısıyla aynı gün Devlet Hastanesi Kadın Doğum Servisine yatırılarak yatırıldığı, üroloji konsültasyonu istenildiği, mesaneye foley sonda takıldığı, birkaç gün foley sondanın takılı kalmasının önerildiği, enfeksiyon tedavisinin devamı ve 3 aylık fistül tract oluşumu sonrası hastaya sistoskopi ve fistül tract onarımının önerildiği, 3. gün sonra foley sondanın çıkarıldığı ve enfeksiyon için tedaviye devam edildiği, hastanın haliyle gerekli önerilerde bulunularak taburcu edildiği, 3 aylık remisyon ve tract oluşumunun beklenmesi sonucu ürojinekolojik yönden tecrübeli bir klinikte onarım için sevk edildiği" kayıtlıdır.

Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi belgeleri: "Vezikovajinal fistül tanısıyla jinekoloji servisine yatırılarak yatırıldığı, ameliyata alındığı, GAA ve steril şartlar altında litotomi pozisyonunda yapılan muayenede mesanenin metilen mavisi ile doldurulduğu, vajene geçişin olmadığı, daha önce fistül traktı olduğu düşünülen yerin vajen katlantısı olduğu, hastada üretral sfinkter yetmezliği olduğu düşünüülerek hastanın uyandırıldığı, sondasının 1 hafta kalması gerektiğinin söylendiği, detrusitol tb. 2xl, cefatin tb. 2xl verildiği, hastanın 1 hafta sonra üroloji polikliniğine kontrole gelmesi söylenerek aynı gün taburcu edildiği" kayıtlıdır.

Üniversite Hastanesi Tıbbi Belgeleri: "Yaklaşık 4 ay önce geçirdiği TAH+ BSO ameliyatı neticesinde geliştiği düşünülen idrar kaçırma, sağ böğür ağrısı öyküsü ile başvuran hastaya yapılan tetkik ve lokal girişimler (Sistoskopi, İVP, Retrograd Pyelografi) sonucunda; sağ hidroüreteronefroz, sağ uretero vaginal fistül (geçirdiği ameliyatın komplikasyonu olarak düşünülen üretral ligasyon sonucunda nekroz ve vaginaya fistülizasyon) tanısı konduğu, gerekli işlem için yatırıldığı, aynı gün genel anestezi altında sağ ureteroneosistostomi ve psoas hitch operasyonu yapılan hasta 4 gün sonra taburcu edildiği" kayıtlıdır.

BİLRİKİŞİ RAPORLARI

Yüksek Sağlık Şurası: Dosyadaki bilgi, belge ve bulgular değerlendirildiğinde; hastaya myoma uteri ve disfonksiyonel uterin kanama tamlarıyla TAH + BSO ameliyatı yapıldığı, hastaya konulan tanının doğru olduğu ve uygun endikasyonla ameliyat yapıldığı, ameliyat sonrası hastada üretral ligasyon sonucunda nekroz ve vajinaya fistülizasyon geliştiği, bunun karın içi operasyonlarından sonra ortaya çıkabilecek bir komplikasyon olduğu, komplikasyon süreci yönetiminde ürolojiden konsültasyon isteyerek takipte gerekenleri yapan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı kusursuz olduğuna, komplikasyon sürecinde teşhise götüreceği tetkikleri yapmayarak eksik davranan, teşhiste gecikmeye sebep olan Devlet Hastanesi Üroloji uzmanının kusurlu olduğuna ve hastaya operasyon öncesi gerekli tetkikleri yapmadan ve teşhis koymadan hastayı ameliyata alarak, gereksiz anestezi almasına sebep olan Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki üroloji uzmanının kusurlu olduğuna, Şuramızca oy birliği ile karar verildi.

Adli Tıp Kurumu: Kişiye myoma uteri ve disfonksiyonel uterin kanama tamlarıyla TAH + BSO ameliyatının yapıldığı, ameliyat sonrasında veziko-vajinal fistül geliştiği, veziko-vajinal fistül jinekolojik ve obstetrik ameliyatlardan sonra gelişebilen bir komplikasyon olduğu, veziko-vajinal fistül cerrahi olarak tedavi edilmesi gerektiği, ancak literatürde bu işlemin yapılması için en az üç ay beklenmesinin önerildiği, kadın sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde genel anestezi altında yapılan muayenede fistül traktı olduğu düşünülen yerin vajen katlantısı olduğu kanaatine varıldığı, bu nedenle işleme son verildiği ve sonrasında tekrar kontrole çağrıldığı, böyle hastalar genel anestezi altında muayene edilebileceği ve muayenede veziko-vajinal fistül tespit edilemeyeceği, kişinin tedavisinde görev alan kadın doğum ve üroloji uzmanlarına kusur atfedilmediği oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Rahmi ONUR, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- İdrar fistülü vakasında fistülün yeri nasıl araştırılır? Bu olguda tanı konulması için yapılan testleri, girişimleri literatür bilgisi ile değerlendirir misiniz?

İyatrojenik yani cerrahi işlemlere bağlı oluşan vezikovajinal fistül %1'e kadar, ureterovajinal fistüller ise %0.5-2.5 arasında saptanır. Uygulanan ameliyatlardan sonra fistül gelişimi genellikle bir-dört hafta içerisinde vajenden idrar gelmesi, yan ağrısı, bulantı, kusma gibi semptomlar ve hastada batın içine idrar sızması ve vajenden idrar gelmesi ile ortaya çıkar (Rovner E, Urinary Tract Fistulae. In Campbell-Walsh Urology, Tenth edition. ed. Wein, Kavoussi, Novick, Partin, Peters. Section XIV sf: 2223-2261).

Bu olguda idrar fistülü olarak vezikovajinal ya da ureterovajinal fistül olma olasılığı mevcuttur. Bu noktada öncelikle fistül yeri, bulantı kusma olduğu için akut batın, periton ile idrarın teması, ureter bağlanması, yaralanması ve üriner obstrüksiyon ayırıcı tanıları için en az invazif test olan ultrasonografi ile başlayarak idrar fistülünün yeri ve boyutunun saptanması için jinekolojik muayene, sistoskopi, İVP, sistoskopi ve retrograd kateterizasyon, kontrast madde ile retrograd değerlendirme, gerekirse nefrostomi ve antegrad kontrol, kontrastlı geç faz BT (BT ürografi) tetkiklerinden bir ya da bir kaç yapılır. Bu testlerle fistülün yeri, ureterde obstrüksiyon, pelvikaliektazi ve/veya ureterohidronefroz ve fistül tanısı konulabilir. Bu uygulamalardan ultrasonografi, İVP, sistoskopi+ retrograd kateterizasyon, nefrostomi ya da BT ürografi ile olgunun incelenmediği görülmektedir.

2- İdrar fistülünün yerinin belirlenmesi ve uygun yaklaşım bu olguda kimin sorumluluğundadır?

Abdominal histerektomi, ooferektomi ya da pelvik cerrahi uygulamaları herhangi bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanının uyguladığı yaygın ameliyatlardır. Bu ameliyatlardan sonrası olası bir komplikasyon olan idrar fistülünden şüphe duyulması ve teşhis için yukarıda belirtilen testlerin bir bölümü ya da gerekirse tümünün uygulanması ilgili uzmanın sorumluluklarındandır.

Aynı şekilde konsültasyon istenilen üroloji uzmanının da idrar fistülünün yerini doğru tanı araçlarını kullanarak bulması beklenir. Hastaya ait belgelerde Üroloji uzmanının hastada böbrek ağrısı olmadığı için ileri değerlendirmeye gerek görmediği anlaşılmaktadır. Ancak, idrar fistüllerinde spesifik bir bölgede ağrı olmayabilir. Bu durum fistülün nereden nereye olduğunu araştırmaya mani olmamalıdır.

Hastanın konsültasyon sonrası bir kaç gün foley sonda ile kalmasının önerildiği, daha sonra haliyle taburcu edildiği ve 3 aylık remisyon ve trakt oluşumunun beklenerek kesin tedavi önerildiği görülmektedir. Hastanın başvuru şikayetleri bulantı, kusma ve vajenden idrar sızmasıdır. Bu süreçte enfeksiyon tedavisi sonrası daha ciddi bir durum olan ureterovajinal fistül için üst üriner sistemin ultrason, İVP, BT ya da sistoskopi ve/veya retrograd kateterizasyonla değerlendirmesi gereklidir. Olgunun başlangıç testlerinde hidronefroz mevcut ise ya da ureter hasarı saptanmış olsaydı 3 aylık bekleme periyodu mutlaka nefrostomi uygulanarak geçirilmeliydi (Gerber GS, Schoenber HW. Female urinary tract fistulae. J Urol 1993; 149:229-36). Bu hastada ureter hasarı olduğu anlaşılmamıştır.

Sonuçta, hastada iyatrojenik oluşan ureterovajinal fistül teşhisi hem kadın doğum hem de üroloji uzmanınca tespit edilebilirdi. Çünkü, ülkemizdeki sağlık kuruluşlarının ekipmanları ve donanımları bu hastada tanı koymaya müsaade edecek yeterliliktedir.

3- İdrar fistülü olan hastada fistülün tedavisi için 3 ay süre ile beklemek doğru bir uygulama mıdır?

İdrar fistülleri, eğer ilk 72 saatte tespit edilmişse doku bütünlüğü, idrarla az temas etmiş olması, sütürüzyona olanak tanınması açısından erken dönemde tamir edilebilir. Ancak pek çok olgu 1-4 hafta sonra başvurduğu için vezikovajinal fistüllerde sonda takılmadan, ureterovajinal fistüllerde ise hemen tamir ya da nefrostomi takılarak enfeksiyon ve endurasyonun geçmesi için 3-6 ay beklenilir. Kalıcı tamir bu süre sonunda yapılır (Chen GC, Karram M. Lower urinary tract fistulas. In Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery. Eds Walters M, Karram M, Philadelphia, 2015, sf: 602-621). Bu olguda hastanın tedavisi için 3 ay bekletilmesi doğru bir uygulamadır ancak bekleme sürecinde takılması gereken nefrostomi uygulanmamıştır.

4-İleri bir merkez olan Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görevli Üroloji uzmanının idrar fistülü olan bu olguda değerlendirme basamakları ve tanı yaklaşımı doğru mudur?

Hastanın, Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde tekrar değerlendirildiği, burada anestezi altında muayene edilip mesanenin metilen mavisi ile doldurulduğu ancak fistül gözlenmemesi üzerine sfinkter yetmezliğine bağlı idrar kaçırması olduğu düşünülerek işleme son verildiği anlaşılmaktadır. Burada görevli Üroloji uzmanının da hastaya sistoskopi yaptığı anlaşılmaktadır. Üroloji uzmanı; Eğitim araştırma hastanesinin sistoskopi cihazının eski olması, deflektör ve şaftının üreter kateterizasyonu için uygun olmadığını düşündüğü için bu işlemleri yapamadığını belirtmiştir. Oysa; idrar fistülü tanısı için anestezi altında sistoskopi uygulanacaksa tanı koyabilmek için yeterli ekipmanın bu işlemde önce hazır olması beklenirdi. Aksi takdirde sistoskopi işlemi yapmak gereksizdir. Ekipman eksikliği söz konusu ise daha az invazif testler olan İVP ya da BT ile hastanın fistül traktı araştırılabilir.

5- Üreterovajinal fistül tanısı zamanında konulmuş olsa idi hasta açısından sonuç değişir miydi?

Bu olgu ilk ameliyatından 4 ay sonra bir Üniversite hastanesine başvurmuş ve burada tanı için sistoskopi, İVP ve retrograd kateterizasyon yapılmıştır. Tetkiklerden sonra hidroüreteronefroz ve sağ üreterovajinal fistül saptanmış ve aynı gün fistül tamir edilmiştir. Başlangıçta üreter travması ve hidronefroza ait bilgi olmadığı, hasta üniversite hastanesine başvurduğunda da; böbrek parenkimi değerlendirmesi içeren ultrasonografi, böbrek sintigrafisi gibi testlere ait bilgi/belge olmadığı için teşhisin önce konulduğunda sonucun değişip değişmeyeceği tahmin edilememektedir.

6- Bu dosya hakkında bilirkışı görüşünüz nasıl olurdu?

Yüksek Sağlık Şurası raporunda; hastanın ilk ameliyatında üreterinin bağlandığı, bunun sonucunda vajinaya fistülizasyon geliştiği ve bu komplikasyonun olabileceği ancak ürolojiden konsültasyon istenerek takipte gerekenleri yapan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanının kusursuz olduğuna, Üroloji uzmanlarının ise kusurlu olduğuna kanaat getirilmiştir. Adli Tıp Kurumunca ise; idrar fistülü vakasında genel anestezi altında muayene edilmesi ve muayenede veziko-vajinal fistül tespit edilemeyebileceği, kişinin tedavisinde görev alan kadın doğum ve üroloji uzmanlarına kusur atfedilmediği kanaatine varılmıştır.

Bilirkışı olmuş olsa idim; kanatimce eksik işlem olmadığı, teşhiste gecikmediği veya tıbbi olarak uygulamaların eksiksiz olduğunu belirtmek yanlış olurdu. Adli Tıp Kurumunca "idrar fistülü vakasında genel anestezi altında muayene edilmesi ve muayenede veziko-vajinal fistül tespit edilemeyebileceği" saptamasına katılmamaktayım. İdrar fistülü tanısı ve yeri deneyimli üroloji uzmanlarınca böyle bir muayenede saptanabilir. Nitekim, bu olguda olduğu gibi hasta üniversite hastanesinde genel anestezi altında sistoskopi ve retrograd üreterografi ile değerlendirilmiş ve idrar fistülünün vezikovajinal olmayıp üreterovajinal fistül olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, anestezi verilmeden ayrı ayrı IV indigo karmin ve mesaneye de metilen mavisi verilerek üreter ya da mesaneden fistül olup olmadığı muayenede ya da basit bir röntgen çekimi içeren İVP uygulaması ile anlaşılabilir. Bunun dışında, gelişmiş görüntüleme yöntemleri olan retrograd üreterografi, BT ve MR yaygın olarak hemen her hastanede bulunmaktadır ve idrar fistülü saptamada çok hassas olarak tanı koydurucu olmaktadır. Nitekim hasta son başvurduğu üniversite hastanesinde sistoskopi ve RGP ile değerlendirilmiş ve bu tetkik yapılır yapılmaz patolojinin üreterovajinal fistül olduğu anlaşılmış ve aynı anda ameliyat edilerek bağlanan üreter mesaneye yeniden açılmıştır.

Bu olguda tanıda gecikilmiş olsa bile tedavi için gecikildiği söylenemeyebilir. Çünkü hastada bu süreçte hidroüreteronefroz ve böbrek parenkim görüntüleme bulgusu bulunmamaktadır. Yalnızca, 3 aylık bekleme sürecinde nefrostomi takılmadan takibi söz konusudur.

8.1.10 HİSTEREKTOMİDEN SONRA SEPSİSİN SEBEBİ?

TALEP

19/03/2014 tarihinde histerektomi, 21.03.2014 tarihinde ileus tanısı ile bridektomi, anterior, posterior dekompresyon, 29/04/2014 tarihinde Üreterorenoskopi, 10/06/2014 tarihinde de Üreteroneostomi (tek taraflı) ameliyatı yapıldığı, 12.6.2014 tarihinde hastanede öldüğü bildirilen 1963 doğumlu kişi hakkında düzenlenmiş olan dava dosyasının tetkik edilerek, rahim alınması kararının doğru olup olmadığı, rahim alınma operasyonunda hata olup olmadığı, varsa kimlerin hatası olduğu ve hataların oranlarının ne olduğu, ameliyat sonrası hastane bakımında kusur olup olmadığı, varsa kimlerin hangi oranda kusurlu olduğu, ameliyat sonrası taburcu işlemleri doğru olup olmadığı, kusur varsa kimde ve kusur oranlarının ne olduğu, ikinci operasyonu yapma kararı doğru mu olduğu, ikinci ameliyatta kusur var olup olmadığı, ameliyat sonrası bakımda kusur olup olmadığı, tüm bu ameliyatlara ile ölüm arasında illiyet bağı olup olmadığı, var ise kimin hangi oranda kusurlu olduğu sorulmaktadır.

İDDİA

Ölen eşimi rahatsızlığı nedeni ile Özel Hastaneye yatırdık ve burada iki kez ameliyat oldu ameliyat sonucu rahimini aldılar daha sonra eve götürdük, ancak eşim bir türlü iyileşmedi, bu kez de Tıp Fakültesi hastanesine götürdüm, burada da iki kez ameliyat ettiler, ancak eşim hastanede vefat etti, ben eşimin ölümünde dilekçede isimleri belirtilen doktorların kusurlarının olduğunu düşünüyorum.

SAVUNMA

Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı (1): Hasta düzensiz aşırı uterin kanama, kasıkta şiddetli ağrı ve iki ay adet rötarı şikayeti ile polikliniğime müracaat etti. Yapılan jinekolojik ve usg muayenesinde serviks normal corpus uteri normalden iri miyomatö görünümde. Endometrium 15 mm kalınlıkta. Uterus Retrovert pozisyonunda, overler normal görünümde tespit edildi. Hastaya tarlusal 5 mg tb. verildi. 15 gün sonra kontrole çağrıldı. 19/03/2014 tarihindeki muayenesinde hastanın ifadesi üzerine şiddetli ağrı ve kanaması olmuş. Jinekolojik ve usg muayenesinde aynı bulgular tespit edildi. Hasta ve eşi bir başka merkezde yapılan muayenesine istinaden ameliyat denildiği ifade ettiler. Bu arada ameliyat risklerini anlattım. Ameliyatta rahminin ve yumurtalıklarının alınacağını söyledim. Bundan sonra adet olamayacağını söyledim. Pelvik bölgede bahsettiği ağrının geçmeyebileceğinden bahsettim ve ameliyat için hastaneye yatış verdim. Gerekli preoperatif tetkikler yapıldıktan sonra hasta ameliyathaneye alındı. Phanenstiel kesi ile baün açıldı. Abdominal gözlemede uterus retroverti normalden iri miyomatö görünümde overler sklerotik normal büyüklükte tubalar normal yapıdaydı. Ligamentum rotundumlar, ligamentum infundibulo-pelvicumlar, arteri uterinalar, ligamentum cardinaleler tutuldu kesildi ve bağlandı. Uterus adnekslerle birlikte total olarak çıkarıldı. Vajen stumpfu tek tek suture edildi. Kanama kontrolü batın temizliğini takiben batın katları tek tek suture edilerek kapatıldı. Ameliyata son verildi. Ameliyat saat 10.00 da başladı ve yaklaşık 1 saat sonra bitti. Ameliyat sonrası ilk gün takibinde vital bulgular normal, batın serbest, idrar çıkışı normaldi. Hastanın ifadesi aşırı ağrıdan şikayetçiydi ve gaz çıkışı normaldi. Foley sondası çıkarıldı. Hasta stabil. Mobilizasyonda problem olmadığı görüldü. Ertesi gün vital bulgular normal idrar çıkışı normal gaita çıkışı olmuş batın serbest. Reçetesi verilerek ve kontrol tarihi belirlenerek taburcu edildi.

Benim yapmış olduğum ameliyattan bir gün sonra ileus ameliyatı olmasının nedeni ise, batın ameliyatlarından sonra bağırsak paralizine bağlı ve diğer mekanik sebeplerden dolayı ileus gelişebilir. Bu hastada böyle olmuştur.

Hastanın ikinci ameliyatından 15 gün sonra idrar kaçırma şikayetinin başlamasının nedenini, ikinci ameliyatına giren Üroloji Uzmanı daha iyi açıklayacaktır. Ben bire bir ikinci ameliyatında bulunmadım.

Hasta taburcu olduktan bir gün sonra acil servise karın ağrısı şikayeti ile başvurmuş. Genel cerrahi konsültasyonu sonucunda hasta tekrar ileus şüphesi ile yatırıldı. İkinci operasyona müteakip hastanemizde yattığı süre boyunca defalarca odasına girip çıktım. Hastanın durumunu yakinen takip ettim.

Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı (2): Kadın Doğum Uzmanı arkadaşım ve Yönetim Kurulu Başkanımız hastanın histerektomi operasyonu öncesinde beni arayarak ameliyat esnasında kendisine asistan olarak yardımcı olmamı istedi. Kendisiyle beraber ameliyata girdim. Ameliyatta herhangi bir sorun yaşanmadı. Başarı ile tamamlandı. Hasta postoperatif 7-8. saatte vizite gittiğimde şiddetli ağrısının olduğunu

beyan etti. Gerekli ağrı kesiciler yapıldı. Hasta mobilize edildi. Gece ilerleyen saatlerde ağrısının daha da arttığını hemşire söyleyince yine gece 12 gibi hastaneye geldim. Hastayı gördüm. Gerekli olan tedaviyi düzenledim. Hatta sabaha karşı saat 3-4'e kadar eşi ile hastanemizin bahçesinde oturduk. Hastanın rahatlaması sonrasında hastaneden ayrıldım. İkinci gün sabah geldiğimde hasta vizit te sorduğumda gaz çıkar olmadığını beyan etti. Hasta periyodik aralıklarla tekrar mobilize edildi. Hastaya lavman yapıldı. Lavmandan 1-2 saat sonra gaz ve gaita çıkışı olduğunu beyan etti. Hasta kontrol önerilerek şifa ile taburcu edildi.

Ancak bir gün sonra hastanın eşi hastanın karnında şişkinlik ve ağrı olduğunu söyledi. Bende hemen hastayı acil servise getirmesini söyledim ve hastanın genel cerrahi uzmanı tarafından değerlendirilmesi gerektiğini belirttim. Bunun üzerine hasta getirilmiş. Genel Cerrahi Uzmanı hastayı acil serviste görüp ileus şüphesi ile yatırmış. Gerekli tetkik ve tedaviyi uyguladıktan sonra ileus tanısı konularak laparotomiye karar verilmiş. Sonrasında laparotomi ameliyatına eşlik ettim. Gözlemde sol üreterin dilate olduğunu fark ettim. Belki cerrahi komplikasyon olabileceğini düşünerek dikişlerini tek tek açtım. Üreterde herhangi bir obstrüksiyona neden olabilecek dikiş görülmedi. Bu üreter dilatasyonunun ameliyat öncesi olduğuna karar verdik. Bu amaçla üroloji uzmanını çağırdım. Üroloji uzmanı sistoskopi ile mesaneden üretere girerek skopi ile bütün üreteri gözlemledi. Üreter distalinde mesaneye giriş bölgesinde muhtemelen eskiye bağlı bir darlık olabileceğini söyledi. Genel Cerrahi Uzmanı ameliyatta bağırsakların daha önceden yapışık olduğunu gözlemlediğini söyledi. Gerekli müdahalesini yaptıktan sonra ameliyata son verildi. Hasta gaz gaita çıkışının rahatlaması ve genel durumunun düzelmesi üzerine kontrol önerilerek şifa ile taburcu edildi. Ameliyata müteakip hastanın eşiyle telefonla birkaç kez görüştük. Hastanın çok iyi olduğunu herhangi bir şikâyetinin olmadığını beyan etti. Taburcu olduktan 15-20 gün kadar sonra vajinal bölgeden sıvı bir şeyin geldiğini söylediler. Bende acil bir durumu yoksa yarın getir muayene edelim dedim. Eşi acil bir durumun olmadığını söyledi. Ancak bir iki gün boyunca hastayı getirmeyince aradım. Hastanın psikolojisinin iyi olmadığını ve hastanın hastanemize gelmek istemediğini onun üzerine de hastayı Üniversite Hastanesine götürdüğünü belirtti. Üniversite Hastanesinde yapılan muayenesi sonrasında idrarda kaçak olduğu söylenmiş. Bende hastayı mutlaka hastanemize getirmesi gerektiğini söyledim. Gerekli tedavi ve girişimlerin hastanemizde yapılabileceğini ve bu konuda bütün yardımları yapabileceğimizi ifade ettim. Hastanın eşinehastanın hastanemize gelmesini istedim ve ameliyata gerek kalmadan tedavi ile iyileşmesi ihtimalinin yüksek olduğunu söyledim. Hatta kendisi de bende eşimi getirmek istemiyorum deyince, kendisine akrabalık ve tanıdığımından dolayı kızdım. Bu arada hasta idrar kaçırmakla birlikte sağlıklı olup, günlük işlerini kendisi yapar durumda idi. Bunu takriben 5-6 gün sonra eşi hastaneye geldi. Eşini İstanbul'a götürüleceğini ve orada tedavi ettireceğini söyledi. Bunun için maddi gücünün olmadığını ve masrafında çok olacağını belirtti. Bizden ekonomik anlamda yardımcı olmamızı istedi. Bende hastanemiz gerekli tedaviyi yapabilecek durumdadır. İstanbul'a gitmesine gerek olmadığını söyledim. Bunun sebebi sızızınız gibi cümlelerle hastanemizi suçlar tarzda konuştuğunda ben kendisine hastanenin maddi olarak yardım edemeyeceğini, ancak benim akrabalık nedeniyle maddi yardımı yapabileceğimi belirttim. Hastanenin suçlu olduğunu düşünüyorsan gerekli şikâyetlerde bulunabilirsin dedim ve İstanbul'a kesinlikle gitmesinin gerekmediğini ve doktorumuzun bu tedaviyi operasyona gerek kalmadan yapabileceğini ilave ettim. Çünkü üniversitedeki operasyon nedeni kateeterin takılamaması idi. Oysaki bizim üroloğumuz kateteri takıp skopi ile gözlemleyip tekrar çekmişti. Bu nedenle operasyona gerek olmadığını ve bu işlemde 5-10 dakikalık bir işlem olduğunu kendisine akrabam ve tanıdığım olduğu için yalvarır tarzda ve kızarak tekrar anlattım. Getirmek istemediğini ve hastayı İstanbul'a götürüleceğini söyleyip ayrıldı. İstanbul'dan döndüğünde hastanın eşi beni aradı. Keşke gitmeseydik. Hiç bir şey yapamadım. Sen haklıymışsın dedi. Bunun üzerine kendisine tekrar hastayı hastanemize getirmesini söyledim. Tekrardan operasyona gerek kalmadan tedavinin yapılabileceğini anlattım. Kemal Bey eşini getirmedi. Daha sonra da herhangi bir haber alamadım. Hastanın vefatını tanıdık olmamız nedeniyle yakın çevremden duydum.

Genel Cerrahi Uzmanı: 2 gün önce (19/03/2014) hastanemizde histerektomi geçiren hasta karın ağrısı, gaz gaita yapamama ve şişkinlik şikâyetiyle acilde görülerek tetkikleri incelenmesi sonucunda (ileus+akut batın) ön tanılarıyla 21/03/2014 tarihinde servise yatırılarak tedavi altına alındı. Medikal tedaviye başlandı. Tedaviye cevap alınamaması ve karın ağrıları artması üzerine aynı gün hastaya tomografi çekilip, tomografi sonucuna ve hastanın klinik durumunda yapılan gözlem ve seri muayeneler sonucu acil laparotomiye alındı.

İki gün önce batın alt kadranda phanestiel insizyonu olması ve bu insizyondan yeterli explorasyon sağlanamayacağı düşünülerek batın orta hat insizyonla girildi ameliyat notuna tanı olarak ileus yazıldı. "operasyon:bridektomi, anterior, posterior, dekompresyon" EGA dan sonra göbeği dönen orta hat insizyonla tabakalar geçilerek batına girildi, yapılan eksplorasyonda transvers kolon batın duvarına bridle yapışık idi ve çekum transvers kolon ileri derecede dilate idi. Çekum normal anatomik pozisyonunda yukarıda idi ve transvers kolon aşırı derecede serbest, kalın bağırsak normalden biraz uzundu. Bridektomi sonrası anterior, posterior, dekonpresyon yapılarak bağırsaklar boşaltıldı. Ameliyat öncesi çekilen BT de sol üreter dilate izlendiği için sol toplu fasiası açılarak üreter görüldü. Üreter dilate ve dolgundu. İntraop üroloji konsültasyonu sonucu tanınal üreterorenoskopi ve retrograd üreteral kateterizasyon uygulandı. Özel bir patolojiye rastlanmadı. Hasta 3 gün önce histerektomi olması nedeniyle histerektomi sütürleri ve loju kontrol edildi. Patolojiye rastlanmadı. Hemostaz kontrolü sonrası ince ve kalın bağırsaklar anatomik pozisyonunda yerleştirilip, soldan 1 adet 22 f 3 lü foley dren douglasa uzatılarak batın anatomik pozisyonunda kapatıldı. Postop erken komplikasyon olmadı. Taburcu tarihine kadar hastada herhangi bir ekstra tıbbi bir problem gelişmedi.

Bağırsak tıkanmaları (İLEUS) bir çok sebeplerle oluşabilmektedir. Ameliyat sonrası da ağırlıklı olarak paralizik ileus görünmesine rağmen hastamız da ameliyat notunda da belirttiğimiz gibi brid ve anatomik varyasyon rastlanmıştır. Ayrıca hastamız ameliyat sonrası gaitasını yapar bir şekilde taburcu edilmiş ve kontrolünde de patolojiye rastlanmamıştır. Daha sonra herhangi bir muayene için tarafımda görülmemiş olup, işittığım kadarıyla bizim ameliyat dan yaklaşık 45 gün sonra fakülte de ameliyat sonrası ex olmuştur. İleus ameliyatı hatalı olan bir hastanın, 45 gün süreyle başka herhangi bir ameliyat olmadan, ya da başka kliniklerde yatmadan, acil servislere gitmeden, durması tıbben mümkün değildir. Dolayısıyla 45 gün sonra gerçekleşen ex olayının ileus ameliyatı ile uzaktan yakından ilgisi yoktur.

Üroloji Uzmanı: Hasta 21/03/2014 tarihinde Genel Cerrahi Uzmanı tarafından ileus operasyonuna alınmış ve intraoperatif olarak saptanan sol üreterohidronefroz için acil olarak konsülte etmem istenmiştir. Acil olarak uygun şartlarda operasyona girilmiş ve intraoperatif değerlendirilip üreterohidronefrozun varlığı tarafımdan saptanmıştır. Oluşan üreterohidronefrozun daha önce uygulanan histerektomi sonrası bir Ligasyon yada Waldeyer kılıfının çekilmesine bağlı olup olmadığı daha net olarak saptamak için üreter orifisinin ve üreterin endoskopik olarak değerlendirilmesi kararı tarafımdan alınmıştır. Hastanın batını steril gaz ve steril yeşil örtü ile kapatılıp litotomi pozisyonuna alınmış ve tekrar steril boyama ve örtümden sonra Rigid Üreterorenoskop ile endokamera sisteminin montajını takiben ekstemal meatus-tan girilmiştir. Sol üreter orifisinden Guide Wire ilerletilip üzerinden üretere girilmiş ve yaklaşık 15 cm proksimale ilerlenmiştir. Bu hat boyunca üreterovezikal açılma bozukluğu (lateralize) haricinde ne bir ligasyon, perforasyon, kinging izlenmemiştir. İşlem esnasında Üropatoloji ve ürolojik komplikasyon düşünülmeyen hasta da işlem sonlandırma kararı alınmış ve cerrahi ekibin eksplorasyon ve olası işlemleri rahatlatmak için üretere geçici üreter kateteri konulması kararı tarafımdan alınmıştır. 7 f üreter kateteri üretere yerleştirilip mesaneye takılan foley sondaya vücut dışında fıkse edilmiştir. Ürolojik acil cerrahi patoloji düşünülmeyip ileride elektif poliklinik şartlarında üreterohidronefrozun değerlendirilmesi planlanarak operasyona son verilmiştir. Hasta şifa ile taburcu edildikten sonra 19/04/2014 tarihinde üroloji polikliniğine idrar tutamama şikayeti ile gelmiştir. Alınan anemnezinde son 2 gündür oluşan idrar tutamama şikayeti stres ve urgency (sıkışma) tarzında saptanmış, yapılan fizik muayenede suprapubik hassasiyet haricinde ek bulgu saptanmamıştır. Yapılan idrar tetkikinde enfeksiyon saptanmış, Ultrasonografik incelemede de üreterohidronefrozun devam ettiği izlenmiştir. Uzman hekim kanaati olarak üriner enfeksiyon olduğu ve buna bağlı oluşan mesane irritasyonu ile urgency stres inkontinansı tetiklediği düşünülmüştür. Ciddi enfeksiyonu olmayan hastaya öncelikle mevcut şikayetlerini tedavi etme kararı alınmış ve üriner antiseptik ile spazmolitik ajan tedavisi başlanmıştır. Hasta ve yakınına (eşi) şikayetleri geçmez ise tekrar gelmesi, geçer ise cerrahi ile oluşabilecek fiziksel ve psikolojik travma sonrası rahatladığı zaman tekrar değerlendirilmesi gerektiği bildirilmiştir. Hasta daha sonra üroloji polikliniğine hiç bir sebep ile başvurmamıştır. Hasta yakınının hastane bahçesinde ki ziyaretinde durumu sorulduğunda şikayetinin geçmediği beyan edilmiştir. Hastanın vajinasından sıvı geldiği söylenmiştir. Kendisinden vajinal akıntıdan kreatinin çalışılıp sonucunun bildirilmesi istenmiştir. Sonuç da bu sıvının idrar olduğu saptanmış ve tekrar polikliniğe gelmesi istenmiştir. Hasta tekrar üroloji polikliniğine başvurmamıştır.

BELGELER

İleus ameliyat notu: 22.3.2014 de ileus tanısı ile operasyona alındı. Bridektomi, arterior, posterior, dekompresyon yapıldı. Orta hat insizyonla tabakalar geçilerek batına girildi, yapılan eksplorasyonda transvers kolon batın duvarına bridle yapışık ve çekum transvers kolon ileri derecede dilate görüldü, çekum normal anatomik pozisyonundan yukarıda ve transvers kolon aşırı derecede serbest, kalın barsak normalden biraz uzun görüldü, bridektomi sonrası anterior, posterior, dekompresyon yapılarak barsaklar boşaltıldı, ameliyat öncesi çekilen BT de sol ureter dilate izlendiği için sol tolt fasiası açılarak ureter görüldü, ureter dilate ve dolgun görüldü, intraop üroloji konsültasyonu sonucu " tanısal ureterorenoskopi ve retrograd üreteral kateterizasyon" uygulandı.

Tanısal urs notu: Rigid uretereskopla ile meatustan girildi. Sol ureter orifisinden guide wire ilerletilip üzerinden 15cm proksimale ilerlendi, ureterovezikal bileşkede ki açılanmadan başka patoloji izlenmedi, 7 f ureter kateteri yerleştirildi. 28.3.2014 de; genel durumu iyi ateşi yok, WBC:6.3, hgb:9.6, hct:26.6, BS+, kontrole gelmek üzere reçetesi düzenlenerek taburcu edildi.

Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin 21.4.2014 tarihli üroloji poliklinik kaydı: Son 3 gündür hiç idrar yapamama, sürekli vajenden idrar gelme şikayeti olduğu, öyküsünde 1 ay önce tah op. geçirmiş, 2 gün sonra kalın barsak düğümlenmesi olmuş ve aynı hastanede genel cerrahide opere olmuş, son 3 gündür hiç idrar yapamıyor, sürekli vajenden idrar geliyormuş. Usgde solda grade 2 hidronefroz mevcut. Vezikovajinal fistül ön tanısı ile ivp istenildi. 8 f sonda konuldu.

Intravenöz pyelografi raporu: Sol böbrek pelvikalisyal sistem ve ureter dilate-deforme görünümünde, sol ureter distalinde kontrast geçişi izlenmedi, hasta 24 saat sonra kontrole çağırılmış ancak kontrole gelmediğinden pasajın açık olup olmadığının değerlendirilemedi.

Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin 28.4.2014 yatış-1.5.2014 çıkış tarihli Üroloji epikrizi: 29.04.2014 tarihinde ureterorenoskopi yapıldı. Saa da litotomi pozisyonunda lokal temizlik ve örtünmeyi takiben 20 f sistoskop kılıfı ve 30 derece optikle eksternal uretral meadın girildi, mesanede fistül ağzı izlenmedi, orfisler normal izlendi, sol orofisten kataterle ilerletilmeye çalışıldı, ilerlemedi, rijid urs ile girildi, güde ilerletildi, guide ilerlemedi.

Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin 30/04/2014 tarihli renal USG raporu: Sol böbrek grade 1 dilate izlendiği, pelvis A-P çapı 9 mm ölçüldü, hasta nefrostomi açısından uygun değildir.

Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin 12.5.2014 tarihli Renal USG raporu: Sağ böbrek 90x35 mm boyutlarında ve parankim kalınlığı 15 mm olarak ölçülmüştür. Sol böbrek 91x36 mm boyutlarında ve parankim kalınlığı 16 mm olarak ölçülmüştür. Sol böbrek grade 2 dilate izlenmiş olup pelvis A-P çapı 15 mm ölçüldü.

Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin 23.5.2014 tarihli radyoloji bölümüne ait epikriz: Yapılan tetkiklerinde böbrekte dilatasyon tespit edilen hasta nefrostomi takılmak amacıyla servise yatırıldı, 23.5.2014 tarihinde perkütan nefrostomi yapıldı

Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin 31.5.2014 tarihli nefrostografi raporu: Sol nefrostomi kateterinden verilen opak madde sol böbrek kalikslerini doldurmuş ve ureter trasesi boyunca inferiora ilerlemiştir. Mesaneye kontrast geçişi izlenmemiştir. Barsak gazından ayırımı net yapılamamakla birlikte minimal miktarda abdominopelvik yayılım ile uyumlu olabilecek görünüm dikkati çekmiştir.

Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin 9.6.2014 yatış- 12.6.2014 çıkış tarihli üroloji epikrizi: İdrar kaçıрма şikayeti mevcut, 1 ay önce tah op. geçirmiş, 2 gün sonra kalın barsak düğümlenmesi olmuş ve aynı hastanede genel cerrahide opere olmuş. Ön tanı: vezikovajinal fistül

Hastaya 10.06.2014 tarihinde G.A.A. supin pozisyonunda lokal temizlik ve uygun örtünmeyi takiben sol-gibson kesi ile cilt altı eksternal oblik ve kas fasyası geçildiği, Ureter alt ucu bulunmaya çalışıldığı, ancak daha önceden geçirilmiş operasyonlara sekonder çevre dokuların ileri derecede yapışık olduğu izlendiği, mesane posterosüperiorunda iliak arter ve ven bifürkasyonunda yaygın bağırsak yapışıklıkları izlendiği, bağırsak yapışıklıkları diseksiyonla çalışılırken 0.5 cm lik mukozal lasere alan gözlenildiği, 4-0 vikrille 3 kat halinde onarım yapıldığı, bağırsak yapışıklıklarını diseksiyonu takiben ureterin iliak arterin medialinde çevre dokulara ileri derecede yapışık ve fibrotik olduğu gözlenildiği, ureter iliak arter ve ven korunarak keskin diseksiyonla serbestleştirildiği, ureterin alt ucundaki fibrotik alanın proximalinden ureter bağlanıp kesildiği, mevcut ureter dokusu serbestleştirilmeye çalışıldı, mevcut ureteral dokunun

ileri derecede yapışık ve yeni anostomoza müsait olmadığı gözlenildi, takiben mesaneyeye psoas hitch uygulanıp ureteral anostomoz için boari fleb hazırlanıldı, takiben 6f d-j yerleştirildi. Takiben flep kapatılıp anostomoz tamamlandı.

Ameliyat sırasında 3 ü es ve 2ü tdp verildi, postop hb:9.2 olması üzerine hastaya 1 ü es replasmanı yapıldı, hastanın takiplerinde tansiyon düşüklüğü gece saat 03.00 sıralarında gelişmeye başladı, hastaya dopamin ve steradin desteği verildi, hastanın takiplerinde tansiyonu yükselmemesi üzerine meronem+ vanko başlandı, dahiliye nefroloji bölümüne danışıldı, hasta iç hastalıkları yoğun bakım ünitesine devredildi, yoğun bakımda genel durumu kötü, entube mekanik ventilatöre bağlı olarak takip edildi, septik tabloda olan hastaya meropenem ornidazol, daptomisin ile antibiyoterapiye devam edildi, tansiyonları 60/30 seviyelerinde olan hastaya full doz pozitif inotrop ile devam edildi, takipleri esnasında saat 20:14 esnasında kardiyak arrest gelişti, hemen kardiyopulmoner resusitasyona başlandı, 10 dakika sonra ritim dondu takiplerinde kan gazı alındı, aniden tekrar saat 20.30'da tekrar kardiyak arst gelişti. Tekrar resusitasyona başlandı. Toplamda 10 mg atropin ve 10 mg adrenalin yapıldı. 45 dakika süren müdahaleye rağmen exitus kabul edildi.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Bilirkişi Genel Cerrahi Uzmanı, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, Üroloji Uzmanı imzalı rapor: Hastanın, 19/03/2014 tarihinde yapılmış olan histerektomi ameliyatından bir gün sonra aynı hastanede ileus ameliyatına alınmasında, karın ameliyatları sonrası cerrahi müdahale gerektiren ileus tablosunun gelişmesi muhtemel bir sonuç olması yanında ameliyata alınma zamanının erken olduğu düşünülmektedir.

Hastalarda ameliyat sonrası uzun süreli mobilize edilmemeleri adinamik (paralitik) ileus gelişmesinde etken olabilir ancak ameliyattan sadece bir gün sonra barsak hareketlerinin olmaması veya azlığı genelde anestezi ve/veya karın içi ameliyata bağlı patolojik değil aksine olağan fizyolojik bir sonuçtur.

Hasta idrar kaçırma problemi ile yeniden aynı hastaneye başvurduğu, ileus ameliyatı ile ilgili ameliyat notunda "Hidronefroz" bulgusundan söz edildiği, radyolojik tetkiklerde de "sol böbrekte ürogram fazı geciktiği, sol üreterinproksimal ve orta kesimlerde dilate olduğu", hususları dikkate alındığında;

Hastaya histerektomi ameliyatı esnasında, bu ameliyatlarda görülebilen bir komplikasyon olan "Üreteral Yaralanma" gerçekleştiği düşünülmüştür. Sonuç olarak, hastaya Üniversite Araştırma ve Uygulama Hastanesi nde yapılan üreteroneosistostomi ameliyatının nedeninin 19.03.2014 tarihinde yapılan histerektomi sırasında gerçekleşen sol üreter travması olduğu düşünülmektedir.

Sonuç itibariyle, Özel Hastanede, yapılan ameliyatlar ve sonrası uygulanan tedavilerle ilgili olarak hekimlerin ihmal ve kusurlarının olmadığı düşünülmüştür.

Kasık ağrısı ve menoraji şikayeti ile başvuran 48 yaşında bir hastada medikal tedaviye cevap alınmadıysa histerektomi kabul edilebilir bir tedavi seçeneğidir. İleus bütün batın operasyonlarından sonra görülebilecek bir durumdur. Üreter yaralanması ve postoperatif idrar kaçırma histerektominin olası komplikasyonlarından biridir. Histerektomi operasyonundan 2 gün sonra ileus nedeniyle yapılan operasyonda hastada barsak yaralanması tespit edilmemiş, üreter açısından hasta Üroloji uzmanı tarafından değerlendirilmiştir ve sol üreteretrogradkaterizasyon yapılmıştır.

İdrar kaçırma probleminin devam etmesi nedeni ile bu kez de 21/04/2014 tarihinde Üniversite Araştırma ve Uygulama Hastanesinde görevli Üroloji Uzmanına başvuran hasta, 29/04/2014 tarihinde "Üreterorenoskopi", 10/06/2014 tarihinde de "Üreteroneosistostomi (tek taraflı)" ameliyatının yapılmasının uygun olup olmadığı hususunda; Hastaya Üniversite Hastanesinde 29/04/2014 tarihinde yapılan "Üreterorenoskopi" işlemi, üreterde bir obstrüksiyon olup olmadığını göstermenin yanında, obstrüksiyon varsa eş zamanlı olarak obstrüksiyonu bir stent koyarak gidermek amacıyla hastaya uygulanmıştır ve bu uygulama tıbben doğru bir yaklaşımdır. Bu işlem sonunda üreter tam tıkalı olduğundan stent konulamamış ve bir sonraki aşama olan "Üreteroneosistostomi" ameliyatına karar verilmiştir. Bu arada hastanın böbreği zarar görmesin diye hastaya nefrostomi takılmıştır Daha sonra 10.06.2014 tarihinde "Üreteroneosistostomi" ameliyatı gerçekleştirilmiştir. Tüm bu işlemlerin uygun olduğu düşünülmektedir.

Hastaya 10/06/2014 tarihinde yapılmış olan "Üreteroneosistostomi (tek taraflı)" ameliyatının, Üniversite Hastanesine başvurduğu tarihte yapılmış olması halinde hastanın ölüm nedeni olarak belirtilen

"ağır dirençli enf/sepsis" olayının gelişmesinin önlenip önlenemeyeceği hususunda; Yapılan işlemlerin algoritması doğru olduğundan yine önlenemeyebileceği düşünülmektedir.

10/06/2014 tarihinde yapılmış olan "Üreteroneosistostomi (tek taraflı)" ameliyatı sırasında ve sonrasında, hastaya 4 ünite eritrosit, 9 ünite taze donmuş plazma, 1 ünite trombosit süspansiyonu verilmesinin nedenleri, bu tür bir ameliyat olan hastalara bu miktarlarda mayi verilmesinde ameliyatı yapan doktorun kusurunun olup olmadığı hususunda; Üreteroneosistostomi sonrasında verilen kanlarda doktorun kusuru olmadığı, gelişen sepsis ve yaygın koagulopati nedeniyle her ameliyatta bu tür komplikasyonların gözlenebileceği düşünülmektedir.

10/06/2014 tarihinde beş saat süren ve 14 ünite eritrosit, taze donmuş plazma ve trombosit süspansiyonu verilmiş olan bir hastanın ameliyat sonrasında servis yerine Yoğun Bakım Ünitesinde takip edilmesinin daha uygun olup olmadığı hususunda; Hastaya operasyon esnasında kan ve kan ürünlerinin verilmiş olması yoğun bakımda takip edilmesi gerekliliğini doğurmayacağından anestezi bölümünün hastanın bilinç durumu ve tansiyon başta olmak üzere hayati fonksiyonları ile değerlendirerek yoğun bakım ihtiyacı olup olmadığına karar verilir.

Ameliyat sonrasında hastanın değerlerinin düşmesine müteakip 11/06/2014 tarihinde saat 06.00 Yoğun Bakım Ünitesinde alınmasında üroloji öğretimi üyesi ve Üroloji Kliniğinde görevli nöbetçi asistan doktorların, ihmal ve kusurlarının olup olmadığı hususunda; ameliyat olsun ya da olmasın klinikte takip edilen bir hastanın genel durum bozukluğunda yoğun bakım şartlarında takip edilmesi kadar doğal bir sonuç olamadığından ihmal ve kusurlarının olmadığı kanaatindeyiz.

Adli Tıp Kurumu:

1-Zamanında otopsi yapılarak dokularda makroskopik, mikroskopik, toksikolojik, serolojik inceleme yapılmamış olmakla birlikte; Kişinin ölümünün total histerektomi ameliyatı sonrası gelişen ileus tablosu nedeniyle yapılan cerrahi işlemler ve gelişen komplikasyonları sonucu meydana gelmiş olduğu,

2- Kişinin aşırı vaginal kanama şikayeti ile alınan "Histerektomi, abdominal + salpingo-ooferektomi" ameliyatı kararının tıbben doğru bir yaklaşım olduğu, ameliyat sonrası ortaya çıkan ileus tablosunun batın ameliyatları sonrasında ortaya çıkabilecek bir klinik tablo olduğu, takibinde yapılan muayanelerine, ameliyatlarına, cerrahi girişimlerine, konsültasyonlarına, takip ve tedavisine katılan hekimlere kusur atfedilemeyeceği oy birliğiyle mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Levent Tuncay, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- Hastanın sepsis tablosuna girmesi ve kaybedilmesi ile ilgili nedenler konusunda yorumlama yapınız?

2- Bu dosya hakkında bilirkişi raporunuz nasıl olurdu?

Düzensiz ve aşırı uterus kanama, kasıkta şiddetli ağrı ve adet döneminde gecikme şikayetleriyle değerlendirilen ve 19.3.2014 tarihinde total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo-ooferektomi operasyonu yapılan hastanın bilgileri dosyasından öğrenilmiştir. Hastanın operasyonu yapan hekim ve yardım eden Kadın Doğum Uzmanının ifadelerinden uygun endikasyonda ve sorunsuz şekilde opere edildiği anlaşılmaktadır. Ameliyat gecesi ve ertesi gün olan karın ağrısı gaz çıkaramama şikayetleri post op 1 gün lavman yapılarak çözüldükten sonra taburcu edilmiştir. Bu işlemler sırasında herhangi bir radyolojik görüntüleme ve laboratuvar tetkiki yapılmamıştır.

Taburcu olduktan bir gün sonra acil servise karın ağrısı ile gelen hasta genel cerrahi doktoru tarafından tetkik edilmiş ve ertesi gün ileus ve akut karın tanısı ile operasyona alınmıştır. Ameliyata girmeden önce hastaya tomografi tetkiki yapıldığı ifade edilmekte ancak tetkikin şekliyle ilgili teknik not düşünülmemiştir. Ameliyat öncesi yapılan tetkiklerinde ve intraoperatif görülen sol hidroüreteronefroz için peroperatif üroloji konsültasyonu istenmiştir. Üroloji uzmanı ameliyat sırasında ureterde bağlanma ve kesik görülemeyen hastaya ureteroskopi yapmış ve işlem sırasında ureterovezikal bölgede çekilme ve daralma tarif etmiştir. Sorunlu bölgenin üzerine ureterorenoskop ile geçerek 7 F ureter kateter takılarak işleme son vermiştir.

Genel cerrahi operasyonu sonrası uygun takibi yapılan hasta taburcu edilmiştir. Taburcu olduktan 3 hafta sonra idrar tutamama şikayetiyle 19.4.2014 tarihinde Üroloji polikliniğine başvuran hastanın vajinadan gelen sıvının idrar olduğu anlaşılmış ancak hasta 21.4.2014 tarihinde Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ne giderek ameliyat olduğu hastane ile ilişkisini kesmiştir.

Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Vezikovajinal fistül ön tanısı ile hastadan İntravenöz pyelografi istenmiş ancak hasta geç grafileri çekirmek için gelmediği için tanı koyulamadığı ifade edilmiştir.

28.4.2014 tarihinde Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde hastaya Üroloji hekimi tarafından yapılan üreterorenoskopide sol üreterin proksimaline geçilemediği operasyon notuna yazılmıştır.

Takip eden günlerde hidronefrozunun artması beklenen hastaya 23.5.2014 tarihinde perkutan nefrostomi koyulmuş ve 31.5.2014 tarihinde çekilen antegrad grafide üreter alt uçtan ekstrasvazyon olabileceği not edilmiştir.

10.6.2014 tarihinde Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Üroloji tarafından üreteroneostomi yapılan hastanın ameliyatı sırasında 0.5 cm'lik barsak laserasyonu ameliyat ekibi tarafından onarılmış, uzun süren ameliyat 4 ünite eritrosit, 2 ünite taze donmuş plazma verilerek sonlandırılmıştır.

Ameliyat gecesi tansiyonları düşmeye başlayan hastaya sepsis ön tanısı ile geniş spektrum antibiyotik ve inotrop ajanlarla yoğun bakım şartlarında müdahale edilmiş ancak kardiyak arrest resusitasyona ikinci kez cevap vermediği için exitus olmuştur.

Uygun endikasyon ve ameliyat şartlarında sorunsuz opere edildiği belirtilen hastanın ameliyat sonrası gelişen karın ağrısının laboratuvar ve radyolojik tetkiklerle araştırılması ve Genel Cerrahi Bölümüne danışılarak taburcu edilmesi hasta yararına olabildi.

Akut karın ile acile gelen hastaya Genel Cerrahi hekimi tarafından oral ve intravenöz opaklı tomografi geç pozlarla birlikte çekilmiş olsaydı laparotomi operasyonundan önce sol böbrek ve üreterle ilgili ayrıntılı bilgi elde edilebilirdi.

Yine laparotomi sırasında hidroüreter için gerek Kadın Doğum hekimi ve gerekse Üroloji hekimi tarafından gerekli itina gösterilmiş gibi olsa da Üroloji hekiminin per op üretere skopi eşliğinde retrograd üreteropyelografi çekmesi ve sorunlu olan böbreğe double J stent yerleştirmesi gerekirdi. Üreter alt uça sorunlu olarak tarif edilen alanda üreterorenoskopi sırasında gösterilemeyecek küçük bir ekstrasvazyon kalıcı stentle tedavi edilebilirdi. Ancak laparotomi sırasında üreter hasarı gösterilememiştir. Hasta taburcu edildikten sonra muhtemelen gösterilememiş üreter yaralanmasından olan karın içi ektravaze olan idrarın vajenden fistüle olması sonucu tekrar hastaneye başvurmuştur.

Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde sadece İntravenöz pyelografi çekilen hastaya gecikmeli olarak perkutan nefrostomi takılmış ve sonrasında sadece antegrad pyelografi çekilerek rekonstruktif ameliyata alınmıştır. Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde fistül tanısı için Dinamik tomografi veya MRI tetkiklerinden birisinin yapılmaması, anatomik yapıların tanımlanmaması hasta için yapılması gereken tanı adımlarıdır. (Urinary incontinence - partial update march 2015, Narayanan P, et al. Fistulas in malignant gynaecologic disease: Etiology, imaging, and management. Radiographics 2009 29(4): p. 1073-1083. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19605657>)

Ameliyat öncesi yapılacak ve 3 boyutlu incelenecek tomografi görüntüleri sayesinde anatomik yapılar gösterilmesi gerekirdi. Yaklaşık 1.5 aydır süren muhtemel üreter idrar ekstrasvazyonun dokulara yaptığı zarar, inflamasyon ve olası apse odakları ileri görüntüleme ile gösterilmesi gerekirdi.

Perkutan nefrostomi takılan hastaya genel durumu düzeldikten sonra geç dönemde rekonstruktif cerrahinin yapılması uzun süreli idrar ektravazyonu nedeniyle dokularda oluşmuş iltihabi sürecin gerilemesi açısından gereklidir. Perkutan nefrostomi işleminden sonra açık cerrahi öncesi antegrad girişimler denenmesi durumunda stent takılarak tedavi gerçekleştirilebilirdi. (Narang V, et al. Ureteroscopy: savior to the gynecologist? Ureteroscopic management of post laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy ureterovaginal fistulas. J Minim Invasive Gynecol. 2007 14(3):345-7 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17478367>)

Literatür perkutan nefrostomi işlemi yapılan hastalarda 6 aydan fazla beklenen hastalarda iyileşmenin olabileceğini belirtmektedir. Aynı literatürde perkutan nefrostomi takılan üreterovajinal fistüllü hastalarda 3 aydan erken veya 6 aydan sonra yapılan cerrahi düzeltici ameliyatlara tartışılmıştır. (Brandes S, et al. Diagnosis and management of ureteric injury: An evidence-based analysis. BJU Int. 2004 94(3):277-89. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15291852>)

Ameliyat sırasında oluşan barsak laserasyonu komplike olan hastada genel cerrahi uzmanları tarafından değerlendirilmesi gerekirdi. Onarımın üroloji doktorları tarafından ideal şartlarda yapılması bile ilgili uzman tarafından yapılması kadar değerli değildir.

Ameliyat sonrası ani gelişen tansiyon düşüklüğü ve takip eden septik süreçte Derin ven trombozu -septik emboli özellikle Pulmoner emboli hastanın genel durumunun bozulmasının sebepleri arasında düşünülmelidir.

Sonuç olarak histerektomi operasyonunda oluşmuş olan muhtemel üreter yaralanması sonucu takip eden süreçte gelişmiş olabilecek inflamatuvar süreç, muhtemel apse formasyonları ve derin ven trombozu yeterli görüntüleme ile iyi hazırlanmamış hastada en son yapılan rekonstruktif ameliyat sonrası erken dönemde bakteriyemiye sebep olmuş, sepsis tablosu ile hasta kaybedilmiştir.

8.2 İNKONTİNANS AMELİYATLARI

8.2.1 TOT, SİSTOSEL VE REKTOSEL ONARIMINDA VAJEN DARLIĞI

İDDİA

İdrar torbamdaki sarkma sebebiyle ağrılarım olduğundan Özel Hastaneye gittim. Hastanenin Üroloji bölümünde görevli doktora muayene oldum ve tedaviye başladım. Doktor ameliyat olmam gerektiği söyledi ve ameliyat oldum. Taburcu edilirken doktor bana eşimle 1 ay sonra beraber olursun dedi. Fakat ameliyattan sonra ağrılarım devam ediyor, ayrıca idrarımı yaparken ameliyattan önceki sorunumdan daha çok sorunlar yaşıyorum, sorunlar devam edince doktora tekrar giderek şikayetlerimin artarak devam ettiğini söyledim. Kendisi bana 6 ay sonra normale döneceğimi söyledi. Fakat bende herhangi bir düzelme olmadı. Ayrıca eşimle birlikte özel hayatımız tamamen bitti. Eşimle birlikte cinsel ilişkiye giremiyorum. Evliliğim bu sebeple olumsuz etkilenmektedir. Evliliğim bitmek noktasına gelmiştir, şu anda psikolojik tedavi görmekteyim. Beni yanlış tedavi eden doktordan davacı ve şikayetçiyim.

SAVUNMA

Üroloji Uzmanı: Mesleğimin 29 yılında bulunmaktayım. Hasta idrar kaçırma, sık idrara çıkma şikayeti ile geldi, ben de kendisini muayene ettim ve ameliyata karar verdim. Kendisine ameliyatta sistosel onarımı, rektosel onarımı ve transobturatortape konulması ameliyatını önerdim ve kendisine ameliyat sırası ve sonrasında bütün riskleri, oluşabilecek komplikasyonları ayrıntılı olarak anlattım, hasta kabul etti ve ben de ameliyatını yaptım. Ameliyat sonrası kontrole çağırdım, kendisi bir ay sonra kontrole geldi ve kontrol sırasında kendisi bana eşi ilişkiye giremediğinden bahsetti, iyileşme sürecinin devam ettiğini, bir ay sonra tekrar kontrole gelmesini söyledim, kendisi kontrole gelmedi. Kendisini 2 kez kendim telefonla arayarak kontrole davet ederek tedavisini aksatmaması gerektiğini, yakın takip ve uygun tedavi gerektiğini, ek müdahaleleri yapacağımı söyledim, ancak hasta tüm uyarı ve ısrarlarıma rağmen kontrol ve tedaviye gelmemiştir. Bu tür ameliyatlarda nadir de olsa görülebilecek bir komplikasyon karşı karşıya olduğumu, tedavisi için tüm imkanlarımızı kullanacağımı belirtmememe rağmen hasta kontrole gelmemiştir. Hastaya ameliyat öncesi bu tür komplikasyonlar anlatılmış ve kendisinden onam formu alınmış, ameliyatta her türlü tıbbi özen gösterilmiş olmasına rağmen bu komplikasyon gelişmiştir, bu hastanın dokularının iyileşme sürecine ve reaksiyonuna bağlıdır. Benim ihmal ve hatam yoktur. Hasta iyi niyetli davranmayarak her türlü tedavisini üstlendiğimi bildirmeme rağmen tedaviye gelmemiştir, herhangi bir hata, ihmal ve yanlışımız yoktur, suçlamayı kabul etmiyorum. Yapılan ameliyatta bir olumsuzluk olmamıştır, ancak dediğim gibi nadir de olsa bir olay meydana gelmiştir. Benim olayda bir kusur ve kabahatim yoktur.

BELGELER

Özel Hastanenin 24.02.2014 giriş, 25.02.2014 çıkış tarihli epikrizi: İdrar kaçırma şikayeti, uzun süredir idrar kaçırma şikayeti olan hasta tedaviden yanıt almıyormuş, poliklinikte görüldü, inkontinans + sistosel tanısı ile operasyon planlandı, geçirilmiş operasyonlar: histerektomi, menisküs, fm: gd iyi, stres

inkontinans + sistosel mevcut, 24.02.2014 te sistosel operasyonu + Sling operasyonu (IVS-TVT dahil) + rektosel operasyonu yapıldı.

SAA bölge temizliğini takiben hastaya litotomi pozisyonu verildi, mesane 16 F kateter ile boşaltıldı, sistosel onarımını takiben üretral meatus hizasından çizilen yatay bir çizgi ile iğnelerin ciltten çıkacağı noktalar belirlendi, üretral meatusun 1 cm proksimalinde anterior vajinal duvar orta hattın hemen lateralinde 2 alles klempile tutularak bu seviyeden itibaren 1 cm uzunluğunda sagittal insizyon yapıldığı, hem vagina mukozası, hem de submukozası insize edildiği, 2 tarafta da paraüretral subvajinal dokular üretral sagittal hat ile 45 derece açı yapılacak doğrultuda yatay düzlemde diseke edilerek iskiopubik ramusun üst kısmı hedeflendi, iskiopubik ramusun üst kısmına erişildikten sonra diseksiyon makasının üst kısmı ile obturator membran delindi, makas ile açılan tünele kelebek yerleştirildi, plastik tüpler ile kaplı helezonik uygulayıcı kelebeğin oluşuna yerleştirilerek obturator membrandan geçildiği, kelebek çıkarıldı, plastik tüpler rotasyon ile cilt insizyonundan çıkarıldı, plastik tüpler sabit tutularak metal rehberler geri rotasyon hareketi ile çıkarıldı, işlem diğer tarafta da aynı şekilde yapıldı, tape'in gerginliği iki ucuna traksiyon uygulanıp tape ile üretra arasına makas konularak ayarlandı, aynı anda iki taraftaki plastik kıllar kesilip çıkartıldı, tape uçları subkutan doku içinde kesilip insizyonlar kapatıldı, vajene rulo tampon konuldu, takiben Kadın doğum uzmanı ameliyathaneye davet edildiği, cilt, perine ve vajen mukozası povidon iyotla temizlendiği, lambdoid mukoza vajen arka duvarından çıkartıldı, rektosel repere edildi, iki adet 1/0 vicryl ile levatör süturu konuldu, mukoza kontinüe matris 2/0 vicryl ile kapatıldı.

Üniversite Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin 18.02.2015 tarihli Kadın Hastalıkları konsültasyon formunda; "yapılan jinekolojik muayenede muhtemelen geçirilmiş operasyona bağlı olarak vajinanın kısalmış ve daralmış olduğu, bu şekliyle vajinanın cinsel ilişkiye uygun olma vasfını yitirdiğinin gözlemlendiği" belirtilmiştir.

Üniversite Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin 20.02.2015 tarihli Üroloji konsültasyon formunda; Bir sene önce geçirilmiş idrar torbası sarkması operasyonu sonucu ilişkiye girememe şikayeti, DM -, HT +, yineleyen depresif bozukluk, Efexor XR 150 mg, Trankobuska kullanıyor, disüri +, noktüri 4-5 kez +, inkontinans -, rezidü hissi +, kvah -/-, idrar kültüründe P. aeruginosa üredi. Üroflow (25.02.2015): maks akış hızı 17 ml/s, işenen hacim 380 ml, Sistometride gönderilen hacim 386 ml, kaçak ile kaybedilen hacim 0 ml, mesane doluluğu 386 ml, maks mesane kapasitesi 386 ml, maks vezikal basınç 11 cmH₂O, maks abdominal basınç 2 cmH₂O, maks detrüssör basıncı 16 cmH₂O.

BİLİRKİŞİ RAPORLAR

Adli Tıp Kurumu: 24.02.2014 tarihinde Üroloji Uzmanı tarafından sistosel operasyonu + Sling operasyonu (IVS-TVT dahil) + rektosel operasyonu yapıldığı, halihazırda yapılan jinekolojik muayenede vajinanın cinsel ilişkiye uygun olma vasfını yitirdiğinin gözlemlendiği yapılan uygulamanın tıbbi hata olduğuna karar verildi.

DEĞERLENDİRME

Uz. Dr. M. Murat Dinçer, Bağıcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği

1- TOT, sistosel ve rektosel operasyonlarında vajen darlığının sebepleri nelerdir?

Vajinal cerrahiler sonrası; disparoni, vaginal darlık, vaginal kısalma gibi komplikasyonlar ve bağlı olarak seksüel disfonksiyon görülmektedir. Özellikle, vaginal darlık kanser tedavisi amacıyla uygulanan brakiterapi ve eksternal radyoterapi sonrasında görülen önemli bir komplikasyondur. Ancak bu konu açıklanırken Özel Hastane epikriz raporunda hastanın geçirdiği operasyonlar arasında "Histerektomi" belirtilmektedir. Histerektominin, vaginal kısalmaya neden olduğu hatta abdominal veya vaginal yol ile yapılmasının farklı etkileri gözardı edilmemelidir. (Abdelmonem A, Vaginal length and incidence of dyspareunia after total abdominal versus vaginal hysterectomy, European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2010-08-01, Volume 151, Issue 2, Pages 190-192). Karşılaştırma yapılan bir çalışmada histerektomi sonrası hastalarda vaginal uzunluktaki azalma ortalama 0.6 cm saptanmasına karşın pelvik rekonstruktif cerrahi uygulanmış hastalarda 0.22 cm kısalma saptanmıştır. Bu

komplikasyonun önlenmesi için vaginal dilatatörler önerilmektedir. (John A. Occhino et al; Changes in vaginal anatomy and sexual function after vaginal , surgery Int Urogynecol J, 2011,22:799–804). Stres inkontinans cerrahilerinde yapılan transobturatuar tape uygulamalarında, disparoni ve vaginal darlık %19 oranında belirtilmektedir. (HW Elzevier, J Sex Med, 2008;5:400-406). Cerrahi disseksiyon uygulan alanın genişliği, doku hasarı, devaskülarizasyon, denervasyon bağlı olarak vajinal kan akımındaki azalma ve fibrozis oluşması ile skar sonucu komplikasyonlar gelişmektedir. (Wehbe SA et al, Urogenital complaints and female sexual dysfunction, J Sex Med, 2010;7:2305-2317).

Bu nedenlerle vaginal cerrahi esnasında doku eksizyonu minimize edilmelidir. Rektosel operasyonları esnasında eskiden uygulanan levator ani sütürleri konulması yerine orta hat fasiyaların plikasyonu uygulaması yaygın olarak kullanılmakta ve postoperatif disparoni, vaginal darlık oranlarında önemli oranda iyileşme sağlanmaktadır. (Abrams P, Incontinence, 5th International Consultation on Incontinence, ICUD-EAU 2013).

2- Bu dosya hakkında bilirkşi raporunuz nasıl olurdu?

İddia ve savunma ifadeleri incelendiğinde; hastanın, muayene aşamasında değerlendirmesinin özenli yapılmadığı ve uygulanan cerrahilerin şikayetleri ile tam örtüşmediği izlenimi oluşmaktadır. Epikriz raporunda belirtilen operasyon notunda cerrahi süreç uygulanım prensip, özellik ve sıralamasına göre belirtilmemiştir. "İdrar torbasında" sarkma olarak tarif edilen şikayetin histerektomi öyküsü olan hastada vaginal kaf prolapsusu olup olmadığı açık değildir. Transobturatuar tape uygulama endikasyonu olan stres inkontinans ayırıcı tanısı yapıldığına dair bulgu saptanmamıştır. Rektosel tamiri için herhangi bir şikayet veya muayene bulgusu belirtilmemiştir. Vagen, anterior ve posterior rekonstrüksiyonuna ek olarak transobturatuar tape uygulanan hastada göreceli yüksek komplikasyon riskine rağmen yeterli yakın takip ve önlem belirtilmemiştir. Üniversite Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin Üroloji konsültasyon formunda belirtilen bulgular eşliğinde dikkate alındığında operasyonu uygulayan hekim sorumlu olmalıdır.

8.2.2 TOT EREZYONUNA 5 KEZ AMELİYAT

İDDİA

Müvekkilim idrar kaçırma rahatsızlığı nedeniyle Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesine tedavi için başvurmuştur. Hastanenin kadın hastalıkları bölümünde yapılan muayene ve tetkikler sonucunda ameliyat edilmiştir. Ameliyat sonrasında ameliyat yerinde sürekli iltihaplanma oluşması ve ameliyat yarasının kapanmaması üzerine yaklaşık 1,5 yıl boyunca sık sık hastaneye gitmiş ameliyatı yapan doktor tarafından kontrol muayeneleri yapılmış, ameliyat sonrası nükseden bu sağlık problemi için tedavi yolları denenmiş ve sürekli olarak değişik antibiyotik ilaçlar kullanmak zorunda kalmıştır. Müvekkilim ameliyat olan yaranın kapanmaması ve iltihaplanmanın devam etmesi ve şiddetli ağrıları nedeniyle aynı doktor tarafından ikinci kez ameliyat edilmiştir. Ancak bu ameliyattan sonra bu seferde rahim kanalından iltihap akıntısı baş göstermiştir. Sürekli doktor kontrolü ve artan miktarda ilaç kullanımına rağmen rahatsızlığı iyice artarak kasık bölgelerinde şişmeler meydana gelmiştir. Müvekkilimin sağlığının ikinci ameliyattan sonra daha da kötüye gitmesi ve bütün hayat fonksiyonlarının bozulması üzerine doktoru tarafından, sağ taraftaki ipliklerin enfeksiyon yaptığı onları almak için üçüncü bir ameliyat yapılmasının gerektiği yönündeki kararı üzerine 3. kez ameliyat edilmiştir. Ameliyat üzerinden kısa bir süre geçtikten sonra aynı rahatsızlığı tekrar etmiş bacak ve kasıklarına vuran şişlikler ortaya çıkmıştır. Müvekkilimin rahatsızlığının tekrar etmesi ve kötüye gidişin artması üzerine doktoru tarafından bu seferde sol taraftaki dikişleri almak için dördüncü bir ameliyat gerekliliği ifade edilmesi üzerine 4. kez ameliyat edilmiştir. Ancak bu son ameliyattan sonra sol bacağına ağrı ve şişlik artarak yürüyemez duruma düşmüştür. Akabinde doktoru tarafından sana bu halde başka kimse bakmaz ben bakacağım diyerek 5. kez ameliyat gerektiği söylenmiş ve bu sefer karından açalım şeklinde ifade edilmiştir. Bu son durumu, sağlığını tamamen kaybeden, müvekkilim kaldıramamış ve psikolojisi bozulmuştur. Müvekkilim yıllarca devam eden ameliyatlara ve akabinde sürekli kullandığı ilaçlar neticesinde sağlığını tamamen kaybetmiş en yakınları

olan eşi ve çocukları dahi müvekkilimin hayatından ümitlerini kesme noktasına gelmişlerdir. Beşinci kez ameliyat gerekliliği ve son beş yıldaki sağlık durumundaki artarak devam eden bu rahatsızlıklardan dolayı hayattan ümidi kesilen müvekkilim yakınlarının yardımıyla birkaç doktordan tavsiye almaya çalışmış ancak başvurduğu doktorların mevcut durumunu ameliyat hatasından kaynaklandığını söylemeleri ve bu yüzden kendisine yardım etmekten kaçınmaları üzerine çaresiz kalmıştır. Müvekkilimi 5. ameliyat öncesi çektiği MR sonrasında hastaneden MR servisinden acilen aramış ve kendisine sizin vücudunuzda bir cisim bırakıldı mı? Doktorunuz size bir şey söyledi mi? vb. sorulara muhatap olmuş ve acilen doktoruyla görüşmesi söylenmiştir. Neticede müvekkilim idrar kaçırma şikayeti ile başvurmuş olduğu Sağlık Bakanlığına bağlı hastanede uygulanan hatalı tedavi yöntemleri ve hatalı ameliyat ve meslek hataları gibi kusurlar neticesinde sağlığı ciddi derecede bozulmuş, psikolojik sorunlar baş göstermiş, aile hayatı darmadağın olmuş, beş yıldır ağır ilaçlar kullanmış, 4 kez ameliyat edilmesine rağmen sağlığı her seferinde daha da kötüye gitmiştir. Müvekkilim yaşamış olduğu ve devam eden sağlık problemlerine sebep olan uygulama ve ameliyatlardan neticesinde maruz kaldığı bedeni ve ruhi sıkıntılara davalı idare çalışanlarının ve kuruluşlarının uygulamalarının neden olduğu için yaşamış olduğu ve halen çekmekte olduğu ızdırapların bir nebze olsa karşılanması amacıyla Sağlık Bakanlığına başvurarak manevi tazminat talebinde bulunmuştur. Sağlık Bakanlığı tarafından verilen cevapta bir hizmet kusuru olmadığından bahisle müvekkilimin talebi reddedilmiştir. Müvekkilimin yaşamış olduğu sıkıntı ve çektiği cismani eziyetlere, öncelikle hastanede uygulanan meslek hatasına dayanan hatalı teşhis, tedavi ve ameliyatlardan dolayı devamında bu uygulamaların idarece denetlenmemesi nedeniyle hataların fark edilmemesi ve devam etmesi neden olmuştur. İdareden beklenen ufak bir sağlık problemi neticesinde sağlık personeli tarafından yapılan hatalı ameliyat ve tedavi yöntemlerini en azından makul bir süre içerisinde fark edecek sistemi kurarak çare arayan insanlara günümüz teknik ve donanımına uygun sağlık hizmeti vermesinin sağlanmasıdır. Aksi takdirde başka seçeneği olmayan insanları yıllarca sürecek tedavi ve 5. kez ameliyat masasına yatırarak hayati tehlike altında deneme tahtası olarak kullanılmasına müsaade edilmesi gibi hukuken ve ahlaken kabul edilemez bir durum ortaya çıkacaktır.

SAVUNMA

Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşavirliğinin savunmasında özetle; "Davacı "idrar kaçırma" şikayeti ile Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji Polikliniği'ne müracaat etmiş, burada yapılan muayenesi ve tetkiklerin değerlendirilmesi neticesinde 3. derece sistosel, 1. derece desensus uteri, 1. derece rektosel ön tanısı konularak tedavisi için tibben çağdaş ve etkinliği kanıtlanmış TOT, -transobturator tape- uygulaması, paravaginal onarım, rektosel onarım olarak isimlendirilen cerrahi müdahalenin yapılmasına karar verilmiştir. Planlanan operasyonun komplikasyonsuz geçmesi için preoperatif hazırlıklar tamamlanmış, bu aşamada davacı ameliyatın şekli, süreci, komplikasyonları konusunda bilgilendirilmiş ve rızası alınmıştır. Epidural anestezi uygulanarak ameliyata alınmış, ameliyat komplikasyonsuz tamamlanmış, hasta taburcu edilmiştir. Hasta bu operasyondan yaklaşık 1,5 yıl sonra sağ yan kasık ağrısı ve akıntı şikayeti ile, mezkûr Hastane'nin Jinekoloji Polikliniği'ne tekrar müracaat etmiş, burada yapılan muayenesi ve tetkiklerin değerlendirilmesi neticesinde "sağ inguinal bölgede TOT meşinin geçirildiği bölgeden, serviksten akıntı" geliştiği görülmüş ve 'enfekte mesh' ön tanısı ile yatışı sağlanarak tedavisine başlanılmıştır. Kasık bölgesindeki enfekte bölge meş ile birlikte geniş olarak çıkarılmış, aynı esnada servikal konizasyon yapılmış, postop takip ve tedaviden sonra gerekli önerilerle taburcu edilmiştir. Hasta bu operasyondan yaklaşık 1,5 yıl sonra 'vaginal akıntı' şikayeti ile, tekrar aynı Hastaneye müracaat etmiş, muayenesi ve tetkiklerin değerlendirilmesi neticesinde "TOT meş erozyonu ve kokulu akıntı" geliştiği görülerek, kasık bölgesindeki enfekte bölge meş ile birlikte geniş olarak çıkarılmış, taburcu edilmiştir. Son olarak, 'vaginal akıntı' şikayeti ile, Hastaneye tekrar müracaat etmiş, burada yapılan muayenesi ve tetkiklerin değerlendirilmesi neticesinde tekrarlayan enfeksiyonlarının ve bölgesel olarak enfekte bir bölümün mevcut olması göz önüne alınarak tıp literatüründe de yer alan 'vücudun yabancı cisimleri reddi' olgusunun bu hastada geliştiği düşünülmüş ve hastaya yerleştirilen tüm ameliyat malzemelerinin (meş ve kalıcı sütürler) çıkarılmasına karar verilmiştir. Geniş disseksiyonla cerrahi olarak çıkarılması mümkün olan tot meşi artıkları ile ulaşılabilen sütürler çıkarılmış ve taburcu edilmiştir. Bilahare davacı tarafca yapılan tıbbi ameliyelerde hizmet kusuru işlenerek manevi zarara uğramasına sebebiyet verildiği

iddiasına istinaden toplam manevi tazminat ödenmesi talep olunmuş, vaki talebin Bakanlığımız Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün yazıları ile reddi üzerine vaki iddia ve taleplerle işbu davanın açıldığı anlaşılmıştır. Davanın dayandığı maddî hadise bu hukukî durum ve ilkeler muvacehesinde değerlendirildiğinde; dava konusu hadise bakımından tazmin şartlarının gerçekleşmediği ve dolayısı ile tazminat talebinin haksız ve mesnedsiz olduğu anlaşılacaktır.

BELGELER

Kadın Hastalığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Belgelerinde; Hasta stres üriner inkontinans ve sistosel tanısı ile yatırıldığı, genel anestezi altında ameliyata alındığı, litotomi pozisyonunda hazırlandığı, ön onarıma başlandığı, usulüne uygun transobturator tape konulduğu, bilateral paravajinal onarım sütürleri konduğu ve Colp. Ant tamamlandığı, Colp. Post yapıldığı, erken komplikasyon olmadığı, ameliyat sonrası takiplerinin yapıldığı ve taburcu edildiği, daha sonra tarihinde vajinal akıntı şikayeti ile başvurduğu, 1 yıl önce sistorectosel nedeniyle opere olduğu, fizik muayenede; vulva vagen normal, collum multıpar, adneks parametrium sebest, sağ inguinal bölgede TOT insizyon yerinden enfeksiyon odağı bulunduğu, konizasyon+mesh çıkarılması için genel anestezi altında ameliyata alındığı, serviks tenekulum ile tutularak usulüne uygun konizasyon yapıldığı, hastanın sağ inguinal bölgesinde mesh çıkış bölgesine 4x4 cm'lik geniş insizyonla geniş enfekte mesh exsize edildiği, kanama kontrolünü takiben penröz dren yerleştirildiği ve işleme son verildiği, ameliyat sonrası izlemde problem olmadığı ve 1 ay sonra kontrole önerisi ile taburcu edildiği, daha sonra tekrar ameliyata alındığı, gözlemde TOT meshinin üretra üzerinde serbest halde olduğu izlendiği, kokulu pürülan akıntı olduğu, kaskın diseksiyonla meşin çevresindeki tüm vajen dokusu pubis kemiklerine kadar diseke edildiği, defekt onarıldığı, sağ paravajinal sutur alındığı ve defekt onarıldığı, en son tekrar ameliyatına alındığı, gözlemde sağ ve sol yan duvarlara açılan fistül ağızlarından pürülan materyal geldiği gözlemlendiği, lavaş sonrası vajinal duvara yapılan lineer insizyonla sağ ve sol yan duvardaki paravajinal suturler alındığı ve TOT meshi eksize edildiği kayıtlıdır.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Stres üriner inkontinans kadınlarda üriner inkontinansın en yaygın görülen tipi olduğu, öksürme, hıçırma, gülme, ağır kaldırma gibi karın içi basıncın arttığı durumlarda istemsiz idrar kaçırma olarak bilindiği, TOT (transobturator tape: gergisiz obturator askı) stres üriner inkontinans tedavisinde kullanılan cerrahi yöntemlerden biri olduğu, kadınlarda stres üriner inkontinans'ın cerrahi tedavisinde günümüze kadar bildirilmiş yöntemlerin hiç birisinin tam bir tedavi sağlamadığı ve komplikasyonsuz olmadığının bilindiği, TOT için kullanılan materyal polipropilenden oluştuğu, kullanılan vücutta yerleştirilen bu materyale karşı vücudun yabancı cisim reaksiyonu gösterebileceği, aynı zamanda kullanılan bu materyalin kontaminasyonu ile enfekte olabileceği, her iki durumda da oluşan enflemasyona bağlı ameliyat bölgesinde bir komplikasyon olarak apse oluşabileceği, böyle bir durumda kullanılan materyalin çıkarılmasının doğru bir yaklaşım olduğu, kişiye yapılan ameliyat ve ameliyat sonrası oluşan komplikasyonun yönetiminin tıp kurallarına uygun olduğu, davalı idareye kusur atfedilmediği oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Yard. Doç. Dr. Burhan Coşkun, Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

1- TOT erozyonunun nedenleri nelerdir?

Meş erozyonu pelvik organ prolapsusu ve stres üriner inkontinansı cerrahisi sonrası orataya çıkabilecek komplikasyonlardan biridir. Stres üriner inkontinansı nedeniyle uygulanan orta üretra gevşek slinglerinden sonra % 3 oranında meş erozyonu görülürken; pelvik organ prolapsusu nedeniyle yapılan meş içeren cerrahiler sonrasında % 10 dan daha fazla meş erozyonu ile karşılaşmaktadır. Beden kitle endeksinin 30' un üzerinde olması, ileri yaş, menapoz, cerrahi sırasında oluşan hematoma, inflamasyon, selülit, sigara, aynı seansta histerektomi uygulanması, diyabet varlığı, steroid kullanımı, fasyal plikasyon sonrası

meş yerleştirilmesi gibi faktörler meş erozyonundan sorumlu tutulmuştur. Bunların dışında cerrahın tecrübesi bu konuda yeterli eğitim alıp almadığı ve kullandığı tekniğinde önemi, bulunmaktadır. (Davila, G. Willy; Jijon, Alfredo, Managing vaginal mesh exposure/erosions. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology Issue: Volume 24(5), October 2012, p 343–348)

Operasyon öncesinde (eğer mevcutsa) beden kitle endeksi, yaş gibi hastaya ait risk faktörlerinin hastaya getireceği ek riskler paylaşılmalıdır. Hasta dosyasından elde edilen bilgilerde 3. Evre sistoselin TOT cerrahisi sırasında tedavi edildiği anlaşılmaktadır. Genel yaklaşım olarak öncelikle sistoselin tedavisi ardından inkontinansın tedavisi gerçekleştirilmelidir. Mevcut bilgilerden hastaya uygulanan sistosel onarımında paravajinal inziyon uygulandığı ve emilmeyen sutürler kullanıldığı görülmektedir. Prolapsus onarımlarında çok sayıda değişik yöntem tanımlanmış olup henüz net bir fikir birliği bulunmamaktadır. Cerrahin uygulamış olduğu yöntemin komplikasyon oluşumunda etkili olup olmadığı sorusuna yanıt vermek bu anlamda tartışmalıdır.

2-Meş reaksiyonu olduğunda nasıl tedavi edilmelidir?

Meş erozyonu tedavisi ortaya çıkan reaksiyonun yaygınlığına ve hastanın semptomlarına göre değişkenlik gösterir. Küçük ve enfekte olmayan meş erozyonlarında öncelikli olarak lokal östrojen kremleri ve daha sonra gerekli olursa primer sutürasyon uygulanabilir. Semptomatik erozyonlarda meşin çıkarılması gerekmektedir. Eşlik eden üretra ya da mesane erozyonları açısından sistoskopi yapılmalıdır. Enfekte meşler ise mutlak suretle tam olarak çıkarılmalı ve geniş spektrumlu antibiyotikler ile tedavi edilmelidir. Cerrahi yöntem olarak vajinal, abdominal ya da kombine prosedürler kullanılabilir. (Zambon, J.P. & Badlani, G.H. Curr Urol Rep (2016) 17: 65. doi:10.1007/s11934-016-0617-z)

Bu vakaya ait operasyon notları incelendiğinde meşin geniş eksizyonlar yapılarak çıkarıldığı bilgisine ulaşılmaktadır.

3-Bu dosya hakkında bilirkişi raporunuz nasıl olurdu?

Bu dosya hakkında verilmiş olan bilirkişi raporunda hastaya uygulanmış olan cerrahi yöntemde ve ortaya çıkan komplikasyonların yönetiminde bir kusur olmadığı vurgulanmaktadır. Günümüzde halen TOT, bir takım komplikasyonlarına rağmen birçok uluslararası kuruluş tarafından stres üriner inkontinans tedavisinde önerilen bir tedavi yöntemidir. Endikasyon ve ortaya çıkan komplikasyonların yönetimi açısından bir yanlış olduğunu düşünmemekteyim.

Ülkemizde bu cerrahileri uygulayacak ya da komplikasyonlarını tedavi edecek olan Kadın Doğum Uzmanı ya da Ürologlar için ayrı bir sertifikasyon gerekmemektedir. Bu konuda branşlaşmanın sağlanması ile mediko legal tartışmaların bir nebze de olsa önüne geçilebileceğini düşünmekteyim.

8.2.3 TVT SONRASI İDRAR YAPAMAMA

İDDİA

Müvekkilin idrar kaçıрма rahatsızlığı nedeniyle Eğitim ve Araştırma Hastanesi müracaat etmiş ve davalı tarafından 2 defa ameliyat uygulanmış ancak davacının şikayetlerinin artarak devam etmiştir. Davacı daha sonra Tıp fakültesine müracaat etmiş, burada yapılan ameliyat sonucu sağlığına kavuşmuştur.

Davacının kendisine başarısız ameliyat uygulayarak 1.5 yıl maddi manevi zorluklar yaşattığı, bu nedenle manevi tazminatın davalıdan alınmasına karar verilmesini talep ederiz.

SAVUNMA

Hasta Mikst Üriner İnkontinans tanısı ile kliniğe yatırıldı, 5 yıldır idrar kaçınma yakınması mevcuttu. Ürodinamik incelemede detrusor aktivitesi normal bulundu, stres üriner inkontinans nedeni ile TVT op uygulandı, postop idrar retansiyonu nedeniyle kateterizasyon uygulandı, steril aralıklı kateterizasyon öğretilerek 15 gün sonra kontrole çağrıldı, idrar yapma güçlüğüünün devam etmesi nedeniyle TVT kesildi, takipte az ve sık miksiyon şikayetleri devam etti. Tedavilere rağmen şikayetleri tam geçmeyince Tıp fakültesine sevk edildi. Literatürde bu tür şikayetler %6-7 oranında görülebilmektedir. Hastanın tedavisinde tıbbi hata veya ihmal olmadığı kanısındayım.

BELGELER

Eğitim ve Araştırma Hastanesi: Q tip test: 56°, Stres test: ayakta (+), yatarak (+), Boney test (+), Ped testi: 55 gr/saat. Başvuru tanısı mikst üriner inkontinans. 5 yıldır idrar kaçırma şikayeti mevcut, TVT operasyonu yapıldı. Sonda çekilince glob gelişmesi sonrası sonda tatbiki yapıldı.

İki ay taktiye sonda çekildiğinde idrar yapamaması nedeniyle hasta 2. Kez yatırıldı. TVT açılması ameliyatı yapıldı.

Tıp Fakültesi belgeleri: "İdrar kaçırma yakınması ile ürodinami ünitesine başvurdu, öyküsünde başarısız TVT ameliyatı ve bunu takiben üretrolizis ameliyatı geçirdiği öğrenildi, yapılan tetkikler sonucu sfinkter yetmezliği tanısı konuldu, hastalığı süresince bir adet Femiscan Home Trainer kullanması gerekmektedir" şeklinde sağlık kurulu raporu.

Tıp Fakültesi belgeleri: "Yakınma: Stres tipi İdrar kaçırma. TVT operasyonu sonrası idrara çıkamama şikayeti nedeniyle kliniğimize başvurdu, Tedavi: TVT çıkarılması+ üretrolizis. Post operatif rezidü: 7 ml.

Kontrollerde hafif-orta sistosel-rektosel, provakatif stres testte ayakta kaçırma var, üretral mobilite yok, pelvis taban kas kuvveti yetersiz, Ürodinamide ÜSTİK tespit edildi, hastaya klasik S line ameliyatı önerildi, riski nedeniyle kabul etmeyince sfinkter güçlendirici medikal tedavi Duloksetin 2x40 mg tedavi reçetesi verildi.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Ugulanan Transvaginal Tape ameliyatının endikasyonu ve tekniğinin tıp kurallarına uygun olduğu, tespit edilen idrar retansiyonunun bu tip ameliyatlardan sonrası görülebildiği, bunun giderilmesi amacıyla öncelikle TVT kesilmesi bununla da düzelmemesi halinde TVT çıkarılması uygulanması gerektiği, TVT kesilmesi yapılan kişiye üç yıl sonra TVT çıkartılması uygulandığı, TVT uygulaması sonrası gelişen komplikasyonlar nedeniyle davalı hekime atf-ı kabil kusur bulunmadığı oy birliği ile mütalaa olunur.

DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Abdulmuttalip Şimşek, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- TVT ameliyatlarının idrar yapamamaya neden olma riski nasıldır. Bu durumun nedenleri nelerdir ve nasıl tedavi edilmelidir.

Stres üriner inkontinans (SÜİ) cerrahisi sonrası sık tuvalete gitme, acil idrara çıkma hissi, idrarını tam boşaltamama, işeme zorluğu ve idrar retansiyonu gibi postoperatif işeme disfonksiyonu gelişebilir. Klinik olarak hastalarda artmış postmiksiyonel rezidü (PMR), Maksimal idrar akımında azalma (Qmax), ve tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu görülür. Bu hastalarda oluşan işeme disfonksiyonunun fizyopatolojisi tam olarak açıklanamasa da altta yatan ana faktörün üretral obstrüksiyon ve mesh irritasyonuna bağlı olduğu tahmin edilmektedir (Nitti VW, Carlson KV, Blaivas JG, Dmochowski RR. Early results of pubovaginal sling lysis by midline sling incision. Urology. 2002;59:47-51)(Cetinel B, Tarcan T. Management of complications after tension-free midurethral slings. Korean J Urol. 2013 Oct;54(10):651-9). İşeme disfonksiyonuna diğer sebepler ise mesane perforasyonu, pelvik hematoma, üretral erozyon, veya meshin vajinal ekstrüzyon sonucu olabilir (Carr LK, Webster GD. Voiding dysfunction following incontinence surgery: diagnosis and treatment with retropubic or vaginal urethrolysis. J Urol.1997;157:821-823).

Miduretral sling (MUS) sonrası oluşan üriner retansiyonun tanısı için en az 28 gün katatere bağımlı kalmak gerekir ve postoperatif %2.2-26 arasında görülebildiği bildirilmiştir. Bu hastaların %8'i üretral dilatasyon, %6'sı ise postoperatif mesh mobilizasyonuna ihtiyaç duymuştur (Patel BN, Kobashi KC, Staskin D. Iatrogenic obstruction after sling surgery. Nat Rev Urol. 2012;9: 429-434) (Abouassaly R, Steinberg JR, Lemieux M, Marois C, Gilchrist LI, Bourque JL, Tu le M, Corcos J. Complications of tension-free vaginal tape surgery: a multi-institutional review. BJU Int. 2004;94(1):110-3). PMR hakkında henüz bir konsensüs olmamakla beraber bazı yazarlar mesane hacminin %20 ile %50'si arasındaki PMR'yi klinik olarak anlamlı bulurken, bazıları ise 100-150 ml arasındaki PMR anlamlı kabul etmekte (Elliott CS, Comiter CV. Evaluation and management of urinary retention and voiding dysfunction after sling

surgery for female stress urinary incontinence. *Curr Bladder Dysfunct Rep.* 2012;7:268–274). Cerrahi sonrası 4 haftadan uzun süren İşeme güçlüğünde hastaya temiz aralıklı kateter (TAK) veya kalıcı sonda uygulanması hasta ile görüşülerek hastanın tercihine bırakılmalıdır. Bu hastalarda semptomların spontan gerilemesi nadirdir (Rosenblum N, Nitti VW. Post-urethral suspension obstruction. *Curr Opin Urol.* 2001;11:411–416).

Sling cerrahisi sonrası oluşan üriner retansiyonun aşırı gerilmiş meshe bağlı oluşan artmış çıkım direnci olduğu kabul edilmektedir. Ameliyat öncesi yapılan ürodynamicde yetersiz detrusor kontraktilesi tespit edilen hastalarda postoperatif retansiyonun gelişebileceği birçok yazar tarafından vurgulanmıştır. Miller ve ark. preoperatif ürodynamic parametrelerden sadece detrusor basıncının 12 cmH₂O'nun altında olması sling cerrahisi sonrası üriner retansiyon gelişmesi ile ilişkili olduğunu vurgulamışlar (Miller EA, Amundsen CL, Toh KL, Flynn BJ, Webster GD. Preoperative urodynamic evaluation may predict voiding dysfunction in women undergoing pubovaginal sling. *J Urol.* 2003;169:2234–2237). Yapılan başka bir çalışmada ise sadece preoperatif düşük idrar akım hızı olan hastalarda postoperatif üriner retansiyon gelişme riskini tahmin etmede kullanılabileceği gösterilmiştir (Hong B, Park S, Kim HS, Choo MS. Factors predictive of urinary retention after a tension-free vaginal tape procedure for female stress urinary incontinence. *J Urol.* 2003;170:852–856).

Ameliyat sonrası gelişen üriner retansiyon, hastanın ilk idrarını yapmada zorluk yaşamasiyla saptanır. İlk işeme yöntemi retansiyon riskini belirlemede önemli yere sahiptir. Foster ve ark. cerrahi sonrası hastaların mesanesini doldurarak işeme paterlerine bakmışlar. Yazarlar doğal olarak mesanenin dolmasını beklemektense, hastaların bu yöntemle daha etkin mesane boşalttıklarını göstermişler (Foster RT, Sr, Borawski KM, South MM, Weidner AC, Webster GD, Amundsen CL. A randomized, controlled trial evaluating 2 techniques of postoperative bladder testing after transvaginal surgery. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;197:627.e1–627.e4). Başka bir çalışmada ilk işemeleri başarısız olan hastaların %36'sının devam eden denemelerde rahat işeyebildiklerini belirtmişler (Kim JW, Moon du G, Shin JH, Bae JH, Lee JG, Oh MM. Predictors of Voiding Dysfunction after Mid-urethral Sling Surgery for Stress Urinary Incontinence. *Int Neurourol J.* 2012;16:30–36). Wheeler ve ark. ilk işemde sorun yaşamayan hastaların %16'sında devam eden dönemde işeme zorluğu yaşadıklarını vurgulamışlar (Wheeler TL, 2nd, Richter HE, Greer WJ, Bowling CB, Redden DT, Varner RE. Predictors of success with postoperative voiding trials after a mid urethral sling procedure. *J Urol.* 2008;179:600–604).

Sling cerrahi sonrası işeme zorluğu yaşayan hastalarda çoğu cerrah 3 ile 7 gün süre ile kalıcı sonda tercih etmektedir. Bu süre sonrası hastaların sondaları alınarak tekrar işeme testi yapmak gerekir. Bir haftalık süre sonunda tekrar işeyemeyen hastaların yönetim stratejisi hakkında henüz bir fikir birliği bulunmamaktadır. Bir haftadan uzun süren retansiyonlarda bazı cerrahlar meshin kesilmesi gibi erken cerrahi müdahaleyi tercih ederken, bazı cerrahlar ise temiz aralıklı kateterizasyon tercih etmektedir (Elliott CS, Comiter CV. Evaluation and management of urinary retention and voiding dysfunction after sling surgery for female stress urinary incontinence. *Curr Bladder Dysfunct Rep.* 2012;7:268–274). Cerrahlar arasında erken müdahale, gecikmiş üretrolisis ve uzun süren obstrüksiyonun kalıcı mesane disfonksiyonuna yol açabileceği konusunda paradigma bulunmaktadır.

2-Bu dosya hakkına bilirkışı raporunuz nasıl olurdu?

Mikst tip üriner inkontinans tanılı hastada, preoperatif yapılan testler ve değerlendirmeler sonucunda inkontinans cerrahisi uygulanmış ve postoperatif idrar retansiyonu gelişmiştir. Sling cerrahisi sonrası görülen bu komplikasyonda hekim hasta yönetimini Kılavuzların ve uzman görüşlerinin belirttiği gibi önce kateterizasyon, sonrasında temiz aralıklı kateterizasyon uygulaması ve bunların başarısız olmasını müteakip mesh eksizyonunu erken dönemde gerçekleştirmiştir. Hastanın 1,5 yıl sonra üniversite hastanesinde yapılan ürodynamicisinde sfinkterik yetmezlik tespit edilmiş ve mesane disfonksiyonu görülmemiştir. Mevcut haliyle sling cerrahisi sonrası gelişen komplikasyonda hekimin tıbbi uygulamasında bir kusura rastlanmamıştır.

8.2.4 TVT UYGULAMA SIRASINDA MESANE PERFORASYONU

İDDİA

Bir haftadır öksürdüğüne ve güldüğünde idrar kaçırma nedeniyle müvekkil Devlet Hastanesine müracaat etmiş, üroloji uzmanı tarafından yapılan muayenede idrar torbasında sarkma olduğu ve ameliyatla kaldırılması gerektiği belirtilmiştir.

Müvekkil 16.07.2013 tarihinde Devlet Hastanesinde üroloji uzmanı tarafından ameliyat edilmiştir. Ameliyat sırasında idrar torbası delinmiş, acil müdahale gerektiren gelişmeler olmuştur.

Şüpheli Uzman durumun kritik olduğunu ancak kendisinin tatile gitmesi gerektiğini, 10 gün hastanede kaldıktan sonra tedavinin evde de devam edebileceğini söylemiş, yurt dışında tedavi amaçlı olarak alet getirerek, idrar kesesine takacağını, tüm mağduriyetlerini telafi edeceğini belirterek, müvekkili hastaneden taburcu etmiştir.

Müvekkilim sondası çıkartıldıktan sonra kanunda dayanılmaz ağrılar çekmeye başlamış, bunun üzerine Özel hastaneye müracaat etmiş, burada idrar torbasında kaçak olduğu ve sondanın yeniden takılması gerektiği söylenmiştir. 3-4 gün sonra karnındaki ağrılar atması üzerine müvekkilim yeniden Şüpheli üroloji uzmanına gitmiş, şüpheli müvekkilimi Tıp Fakültesine sevk etmiştir.

Tıp Fakültesinde idrar kesemdeki rahatsızlığın sebebinin ile gerçekleştirilen ameliyatın hatalı olmasından, zira idrar torbasının düşürdüğünü, idrar torbasının delindiğini, bunun tamamıyla doktor hatasından kaynaklandığını bildirmişlerdir.

Fakülteden geldikten sonra müvekkilim tekrar Şüpheli uzmanının yanına gitmiş ancak müvekkilimi artık görmek istemediğini, hata yapmışsa da; bunu ömür boyu çekemeyeceğini belirtmiştir. Şüpheliye ait muayenehaneye müvekkilimle birlikte giden aşağıda isim ve adreslerini belirttiğimiz tanıklarımız doktorun ameliyatı hatalı gerçekleştirdiğini ve bunu kabul ettiğini gören ve duyan kişilerdir.

Müvekkilim şüphelinin kusurlu ameliyatı sonucu oluşan idrar kaçırma sorunu halen devam etmekte olup, bir dizi ameliyat geçirmek zorunda olduğu belirtilmiştir. Müvekkilim ameliyattan önce sadece belli zamanlarda idrar kaçıran iken, şimdi sürekli idrar kaçırmakta, gece gündüz sürekli bezlenmekte, farkında olmaksızın sürekli idrar kaçırmaktadır. Şüphelinin kusurlu ameliyatı neticesi müvekkilimin hayatı altüst olmuştur. Müvekkilimin psikolojisi altüst olmuştur. Sürekli idrar kaçırdığından müvekkilim hiç kimseyle görüşemez hale gelmiş olup, evinden dışarı çıkamaz hale gelmiş olup, uğramış olduğu mağduriyet büyüktür.

SAVUNMA

Hasta idrar kaçırma şikayeti ile müracaat etti. Öksürme, aksırma gibi durumlarda idrar kaçırdığını söyledi. Fiziki muayene ile idrar torbasını 2 parmak ile yukarı kaldırdım. Hastayı öksürttüm. İdrar kaçırmadığını gördüm ve böylece askı ameliyatının (TVT) yararlı olacağına karar verdim ve hasta ile birlikte ameliyatı planladık. Net hatırlamamakla birlikte ameliyat sürecinden önce kendisini ilaçla tedavi etmeye çalıştım. Ancak hastanın problemi ilaçla çözülememişti. Yaklaşık 5 gün sonra hastayı ameliyat ettim.

Ben müştekiyi ameliyat etmeden önce yaklaşık 5-6 tane abu tip meliyata diğer ürolog arkadaşlarımla birlikte girdim. Yaklaşık 3-4 ameliyatı da tek başıma yaptım. O ameliyatlarda herhangi bir sorun yaşanmadı. Ancak müştekinin ameliyatında biz kendi aramızda körleme diye tabir ettiğimiz parmakla yoklama ya da parmak klavuzluğunda yaptığımız yöntem ile ameliyatı yapmaktayız. Çünkü bilgisayarlı kamerayla oraya girip görerek ameliyat yapma şansımız yoktur. Bu nedenle bende söz konusu ameliyatı parmaklarımı kullanarak yaptım. Fakat ameliyat esnasında idrar borusunda küçük bir delik açıldığını tespit ettim. Bu delik idrar borusu ile idrar torbasının birleşme noktasıdır ve ameliyat esnasında oluştu. Bu durum üzerine ben kadın doğum uzmanı hekim arkadaşımı komplikasyonun giderilmesi için konsültasyona davet ettim. Onun da görüşünü aldım. Kendisi bana askıyı çıkarmayı önerdi. Ben de onun görüşüne katıldım ve taktığım askıyı çıkardım. Bunun üzerine kendisi de oluşan deliği dikti. Hatta birlikte diktik ve hastayı sondaladık.

Dünya Tıp Literatüründe hemen hemen komplikasyon riski olmayan ameliyat yoktur. Dolayısıyla bizim yaptığımız bu ameliyatlarda da komplikasyon riski vardır. Bunun kaynaklardaki oranı yani delinme oranı ortalama %5.4 düzeyindedir.

Ben ameliyattan çıktıktan sonra hasta ve yakınları ile görüştüm. Kendilerine ameliyat sırasında gerçekleşen komplikasyonu anlattım. Bunu tamamen iyi niyetimle yaptım. Ancak hasta yakınları bana tepki gösterdiler. Buna rağmen ben hastanın durumundan emin olmak için hastayı 15 gün süre ile takip ettim. Sondayı 15 gün tuttum. Pansumanlarını dahi kendi elimle yaptım. 15 gün sonra problemin hallolduğu-

nu düşünerek sondayı çıkardım. Biz hastanın sorununu çözemediğimiz için idrar kaçırmasına dair ameliyatın daha sonra yapmaya karar verdim. Fakat ameliyat sonrasındaki süreçte hasta ve yakınları açıkça sana güvenmiyoruz deyip beni benzer sözler ve davranışlarla da taciz ettiler. Ben de hastayı sevk ettim.

BELGELER

Tıp Fakültesi Üroloji Kliniği: Hasta 1 ay kadar önce TVT uygulama sırasında mesane perforasyonu olmuş. Muayenesinde geçirmiş olduğu işleme dair patolojik bulgu yoktu. Yapılan tetkiklerinde mesane görünümü normaldi. Daha önceki ameliyata ait herhangi bir fistül yoktu ancak stres tipte idrar kaçırması vardı. Kendisine stres inkontinans için ameliyat (TOT) önerildi ancak hasta kliniğimize bundan sonra hiç gelmedi.

BİLİRKİŞİ RAPORLARI

Adli Tıp Kurumu: Hasta idrar kaçırma şikayetlerinden dolayı üroloji uzmanı tarafından ameliyata alındığı, ameliyat esnasında mesane perforasyonunun geliştiği, ameliyata davet edilen kadın doğum uzmanı ile birlikte perforasyonun tamir edildiği, fistül oluşma ihtimalinden dolayı mesaneyi asmak için planlanan ameliyattan vazgeçildiği anlaşılmaktadır.

Mesane sarkmasına bağlı idrar kaçırmanın tedavisinde, askı ameliyatları (TVT ve benzerleri) kullanılan yöntemlerinden biri olup, bu yöntemlerde mesane perforasyonu görülebilecek komplikasyondur. Ameliyat sırasında gelişen mesane delinmesi bir komplikasyondur. Bu komplikasyon ile zamanında ve uygun biçimde tedavi edilmiştir.

Hastalığa konulan tanı, tedavi için seçilen ameliyat, ameliyatta gelişen komplikasyonun tedavisi tıp bilimi kurallarına uygundur. Dikkatsizlik ve özensizlik mevcut değildir.

DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Öner Odabaş, Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Üroloji Kliniği

1- Bu dosyada da idrar kaçırma şikayetinin bir haftadır olduğu belirtilmiş! TVT, TOT ve benzeri ameliyat endikasyonlarının fazla konulduğu, pelvik rehabilitasyonun az önemsendiği gibi yorumlar yapılmaktadır. Bu konuda değerlendirmeleriniz nelerdir?

İdrar kaçırma süresi kısa ve şiddeti belli değil. Sorgulama, işeme günlüğü, ped testleri ve muayene ile inkontinansın tipi ve şiddeti ölçülmeli, stress tipi inkontinansla öncelikle yaşam değişiklikleri, pelvik taban kas egzersizleri ve medikal tedavi önerilmelidir. Bu vakada inkontinans süresi kısa olmasına rağmen direkt olarak cerrahi tedaviye geçilmiş, tedavi şekillerinin hastayla tartışılıp tartışılmadığı belirtilmemiştir. Hasta bilgilendirildikten sonra cerrahi tedaviyi tercih etmişse, stress tip inkontinans olan bu vaka için yapılan işlemin doğru olduğu söylenebilir.

2- Stres inkontinansla ameliyat endikasyonları nelerdir?

Tedavi yöntemleri hastaya anlatılarak, cerrahi dışı alternatif tedaviler denendikten sonra stress inkontinansının cerrahi tedavisi uygun bir seçenek olur.

3- TVT de mesane perforasyonu riskinden nasıl kaçınılabilir?

TVT de deneyim sahibi olmak önemlidir. TOTa göre daha fazla mesane perforasyon riski olduğu hastaya anlatılmalıdır. tvt iğnelerini retropubik alanda ilerletirken azami dikkat gösterip, iğnenin trasesi hastanın omuzları istikametinde olacak şekilde açılmalı ve işlemden sonra mutlaka sistoskopi yapılmalıdır.

4- Bu dosya hakkında bilirkişi raporunuz nasıl olurdu?

Yapılan işlemin hasta bilgilendimesi tam olarak yapıp, onamı alındıktan sonra yapıldığı varsayılsa; tedavi yöntemi doğru olarak kabul edilebilir. Oluşan komplikasyonun zamanında anlaşılması ve sonrasında yapılan işlemler, tedavi ve takibi uygun bulunmuştur. Son durumda; hastanın hala total inkontinans değil stress inkontinansının olduğu ve fistül düşündürecek bir defekt olmadığı belirtilmektedir. Tedavi için bir üst merkeze sevk uygun bulunmuştur.

