

Klinik onkolojide tıbbi uygulama hataları

Medical malpractice in oncology

Oğuz POLAT,¹ Aykut Taner GÜVEN²

¹Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

Kanser tek bir hastalık adımı gibi anılmakla beraber; aslında tuttuğu organlara, doku tiplerine ve kontrolsüz hücre çoğalmasının (tümörün) tipine göre kendine özgü tanı ve tedavi zorlukları içerir. Bu sebeple klinik onkolojide tıbbi uygulama hataları kendi içinde yüzlerce varan sayılarda alt başlıklara ayrılabilir. Onkolojik yaklaşım disiplinler arasıdır. Pek çok farklı tanı ve tedavi yöntemi kullanılır. Amacımız onkoloji konusunda yapılabilecek tıbbi uygulama hatalarını örnekler üzerinden detaylandırmak ve farklı disiplinlerin birbirlerinin yapabileceği hataları da takip ederek önlem alabilmelerini sağlamaktır.

Anahtar sözcükler: Kanser; onkoloji; tıbbi uygulama hatası.

Although “cancer” is a name of a certain medical condition, it is not a certain disease. The name “cancer” represents the illness of many different types of tissues and organs. Therefore diagnosis and prognosis of cancer illness need a multidisciplinary approach. Every medical discipline examines its own part. We are offering a better understanding by using detailed examples about oncologic medical malpractices for a deeper and holistic approach about types of faults of medical professionals dealing with “the cancer”.

Keywords: Cancer; oncologic; medical malpractice.

Kanser tek bir hastalık adımı gibi anılmakla beraber; aslında organ tutulumuna doku tiplerine ve kontrol-dışı hücre çoğalmasının (tümörün) tipine göre kendine özgü tanı ve tedavi zorlukları içermektedir. Bu sebeple klinik onkolojide tıbbi uygulama hataları kendi içinde çok yüksek sayıda alt başlıklara ayrılmaktadır.

Bu yazıda belirli örnekler üzerinden kanser tanı ve tedavisinde ortaya çıkan tıbbi uygulama hatalarının tartışılması ve genel çerçevesinin çizilmesi hedeflenmektedir.

Onkolojideki tıbbi uygulama hataları klinik tanı koymada gecikme, klinik tanıya rağmen tedaviye başlamakta gecikme, yanlış negatif veya yanlış pozitif tanı, kemoterapi hataları, radyoterapi hataları ve cerrahi hatalar olarak sınıflanabilir. Kanser cerrahisi ayrı bir başlık altında ele alınacak kadar

geniş kapsamlı olduğundan bu yazıda sadece klinik onkoloji uygulamaları değerlendirilecektir.

Klinik onkoloji uygulamalarının amaçları

- Kanserli kitleyi küçültme ya da yok etme amaçlı, cerrahisiz radyoterapi veya ilaçla tedaviyi başlatmak ve kontrol etmek,
- Kanser tedavisi dışındaki belirtilerin yönetimini yapmak, örneğin acıyı dindirmek ya da azaltmak, mide bulantısı ya da depresyona karşı başka tedaviler önermek,
- Erken ve tedavi edilebilir bir evrede olası bir nüks olayını tespit etmek amacıyla tedavi görmüş hastaların kontrolünü yürütmek, tedavinin yan etkileri ile ilgilenmek ve rahatlatmak konuları başlıklarının altında toplanabilir.

Klinik onkoloji pratiğinin temeli, kansere karşı

tedavinin olası etkilerini ve normal dokulara etkilerini tartmak, belirli hasta ve belirli tür ve kanser yayılımı için doğru dengeye dayanan kabul edilebilir bir sonuca ulaşmaktır. “Therapeutic ratio” (iyileştirici oran) kavramı normal hücrelerdeki hasar riskine karşı kanserli hücrelerin yok edilme oranıdır. Bu oran klinik onkoloji pratiğinin temelini oluşturur.

Diğer tıp uygulamalarından farklı olarak palyatif ve radikal tedavinin yanı sıra başka bir tedavi kategorisi daha vardır. “Adjuvan” terapi asıl tedavi ile birlikte kür şansını artırmak amacıyla verilir. Bu genelde olası mikroskobik kanser kalıntılarını yok etmek için ameliyat sonrası radyoterapi ya da kemoterapi verilmesidir.

Örneğin, meme kanserinde ameliyattan sonra hem radyoterapi hem kemoterapi verilerek iyileşme şansı artırılır.^[1] Yemek borusu kanserinde ise radyoterapi sırasında verilen ek kemoterapinin tedavi şansını artırdığı gösterilmiştir.^[2]

Kanser tedavisinde yan etkilerin kaçınılmazlığı ve ağırlığı kanser hastalarının en sık şikayet sebebi olsa da tanıda gecikme en sık dava nedenidir. Onkoloji uzmanlarından çok ilk tanıyı koyan diğer branşları ilgilendirir.^[3] Klinik onkolojiye belirtileri olan ya da kanser tanısı almış hastalar başvurmaktadır. Bunlardan suçlamalarda bulunacak ya da dava açacak olanlar tedavinin uzun süreli yan etkilerine maruz kalan hastalardır.

Tartışma

Onkoloji disiplinler arası yaklaşım gerektirir. Pek çok farklı tanı ve tedavi metotları kullanılır. Tüm organ ve dokuları hatta genetik yapıyı ilgilendirir. Bu sebeple onkolojide tıbbi uygulama hatalarını bütünlüklü olarak ele alabilmekte en büyük güçlük sınıflandırmadır. Bilindiği üzere bilimsel disiplinde sınıflandırma kavramı ve çözüme yönelik analitik düşünmeyi kolaylaştırır. Aşağıda belirtilen şekilde üç ana başlık altında yapılan onkolojide tıbbi uygulama hataları sınıflaması konunun daha net anlaşılmasını sağlayacaktır.

1. Tanı hataları nedeni ile gerçekleşen tıbbi kötü uygulamalar:
 - Hastalığı olmayan kişiye anti-kanser tedavisi

uygulanması.

- Geçmişte kanser olmuş ve ancak hali hazırda kanser olmayan bir kişiye kanser tedavisi uygulanması.
 - Yanlış kanser türü için tedavi.
 - Gecikmiş tanı.
2. Tedavi planlama hatası nedeni ile gerçekleşen tıbbi kötü uygulamalar:
 - Tamamıyla iyileşmiş ama yan etkilere karşı uyarılmamış hastalar.
 - Etkili olduğu düşünülen ama sonra güvenli olmadığı anlaşılan tedaviyi almış hasta.
 - Etkili olmayan tedavi almış hasta.
 3. Tedavi uygulanması sırasında gerçekleşen tıbbi kötü uygulamalar:
 - Tedavinin başarısız olması ya da iyileşme ihtimalinde azalma.

Tanı hataları nedeni ile gerçekleşen tıbbi kötü uygulamalar

Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan bir çalışmada 1980 ile 2012 yılları arasındaki bir milyonun üzerinde dava veri tabanından taranmış ve sarkoma ile ilintili 216 olgunun %81’inin tanıda gecikme iddiası ile açıldığı görülmüştür.^[4] İsveç’te yapılan bir çalışmada ise her bin göğüs kanseri hastasından biri tanıdaki gecikmelerden ötürü tıbbi uygulama hatası şikayetinde bulunmaktadır.^[5]

Brasme ve ark. çocukluk çağı kanserlerinin pek çok türünü kapsayan bir çalışması tanı koymadaki gecikmenin ebeveyn davranışlarından veya tıbbi yaklaşımdan çok tümör biyolojisi ile ilgili olduğunu ortaya koymuştur.^[6] Yetişkinlerde de çeşitli kanser tipleri ile ilgili yapılan çalışmalarda benzer sonuçlara ulaşılmıştır.^[7] Kanser hastalığına tanı konmasında gecikmenin ana nedenleri hastanın ilk doktora başvurduğu andaki tümör büyüklüğü, yerleşimi ve belirtilerin atipik olmasıdır.^[8]

Gecikmelerdeki tümör biyolojisinin rolüne tipik bir örnek olarak sistemik herhangi bir kanserin retina metastazı gösterilebilir. Shields ve ark. nın yaptığı sekiz olguyu kapsayan primer kanserin saptanmasından retina metastazına tanı konmasına

kadar geçen ortalama süre 63 aydır. Bu süre zarfında hastalar retinitis ve hemangioma tanıları ile takip edilmişlerdir.^[9]

Farklı sistemik rahatsızlıkları olan hastalarda standart tıbbi yaklaşımlar da tanı koymada gecikmelere yol açabilmektedirler. Örnek olarak Vaidyanathan ve ark. omurilik felçli hastalarda; mesane kanseri şüphesi varsa yapılan fleksible sistoskopi, idrar sitolojisi, mesane ultrasonu ve pelvis tomografisine rağmen tanı konamayabileceğine dair olgu sunumu ilginçtir.^[10]

Komplike hastalarda klinik olarak kanser şüphesi varsa tanı koyabilmek için olguya özgü metotlar geliştirmek gerektiği anlaşılmaktadır.

Tümör biyolojisine ve başvuru sağlığı kuruluşunun şartlarına bağlı olarak klinik tanı veya ön tanı diyebileceğimiz kanser şüphesi ile kanserin histopatolojik kesin tanısı ve tedaviye başlanması arasında geçen süre de tıbbi kötü uygulama olarak değerlendirilecek kadar uzayabilmektedir.^[11] Macia ve ark.nın yaptığı çalışmada klinik tanı veya şüphe ile tedaviye başlanması arasında geçen ortalama süre 74 gün ile en uzun prostat kanserinde iken en kısa dört gün ile kolorektal kanserlerdedir.^[7]

Belirgin olmayan lezyonların klinik muayenede atlanması veya klinik tanı konulduğu halde tanıyı kesinleştirerek tedavinin başlanmasında gecikme olması sık rastlanan tıbbi uygulama hataları olmakla birlikte radyolojik görüntüleme ve patolojik tanı hataları da seyrek rastlanan durumlar değildir.

Görüntülemelerde yanlış negatif sonuç vermek radyoloji alanında en sık rastlanan onkolojik tıbbi uygulama hatasıdır.^[12]

Yanlış negatif sonuç açık ve net olarak tıbbi uygulama hatası olarak tanımlanmıştır ve var olan bir lezyonu görmemek veya normal bulgu olarak değerlendirmek radyologlar arasında dahi komplikasyon olup olmadığı konusunda bir tartışma yaratmamaktadır.

Tartışma yanlış pozitif sonuçlar konusunda olmaktadır. İngiltere’de 440 kanser hastasının açtığı radyolojik tıbbi uygulama hatası davasının incelendiği bir çalışmada %7’sinin yanlış pozitif sonuç nedeni olduğu görülmüştür.^[13]

Yanlış pozitif değerlendirmeler kanser dışı bir hastalığın belirtileri nedeni ile kliniğe başvuran hastanın görüntülenmesinde tesadüfen bir lezyon saptanması ile meydana gelir.^[14] Leonard Berlin’in belirttiğine göre kolonografilerin ve abdominal bilgisayarlı tomografilerin (BT) %15’inde, Toraks BT’lerin %50’sinde ve tiroid ultrasonografilerinin (USG) %67’sinde tesadüfi lezyonlar saptanmaktadır. Ancak bu lezyonların %1’inden azı malign çıkmaktadır.^[15]

Örnek 1

Dört aylık bir bebek üriner enfeksiyon semptomları ile polikliniğe getirilmiştir. Antibiyotik tedavisine iyi cevap verdiği halde tedbir amaçlı çekilen üriner sistem ultrasonografisinde sağ böbrek üst polde wilms tümörü şüphesi olan bir lezyon bildirilmiştir. Bunun üzerine çekilen bilgisayarlı tomografi wilms tümörü tanısını onaylamıştır. Cerrahide operatör eline farklı kıvamda bir doku geldiğini söyleyerek sağ total nefrektomi uygulamıştır. Ameliyat sonrası patoloji sonucu ise sadece piyelonefrit olarak gelmiştir. Taraflar aralarında anlaşmaları için bu örnekte dava uzlaşma ile bitmiştir.^[16]

Kanserin kesin tanısı ve cinsinin belirlenmesi histopatolojik incelemelerle yapıldığından patoloji laboratuvarlarının hataları da vahim sonuçlar doğurabilmektedir. Patolojik incelemelerde de radyolojik incelemelerde olduğu gibi hem negatif hem de pozitif yanlış sonuçlar verilebilir. Patoloji laboratuvar hataları sadece tedavinin geç verilmesine veya hiç verilememesine değil yanlış bir tedavi verilmesine de sebep olabilir.

Yanlış pozitif sonuç tedavi hatalarının ötesinde hastanın psikolojik yıkımına da sebep olabilmektedir.^[17]

Örnek 2

Elli sekiz yaşında kadın hastanın fizik muayenesinde sağ memede şüpheli bir kitle tespit edilmiştir. İnce iğne aspirasyon biyopsisi sonucu iyi huylu olduğu bildirilmiştir. Klinik şüphesi devam eden doktoru eksizyonel biyopsi de istemiştir. Eksizyonel biyopsinin sonucu “invaziv duktal karsinoma” olarak tespit edilmiştir. Tanının patoloji laboratuvarı tarafından kesinleştirilmesi üzerine hastaya modifiye mastektomi ameliyatı uygulan-

miştir. Ameliyat sonrası kemoterapi için ileri bir merkeze sevki yapılmıştır. Söz konusu merkezde tümör reseptörlerinin değerlendirilebilmesi için hastaya ait patolojik piyesler incelenmiş ve her hangi bir tümör dokusuna rastlanmamıştır. Bunun üzerine ilk incelemeyi yapan merkezden doku blokları istenmiştir. Doku bloklarından hazırlanan piyeslerin incelenmesinde invaziv duktal karsinoma tanısı konmuş fakat doku yapısının orijinal piyesten farklı gözükmesi üzerine şüphelenilmiş ve kimlik saptama amaçlı DNA analizleri yapılmıştır. Doku bloğunun bir başka hastaya ait olduğu saptanmıştır. Adli süreç sonrası kişinin aslında kanser hastası olmadığı ortaya çıkmıştır.^[18]

Yapılan çalışmalara göre patolojik tanı hataları en sık yanlış örnekleme nedeni ile oluşmaktadır. Ameliyat esnasında sağlam ve tümör dokusu karışık olarak alınabilmektedir. Yahut doğrudan sağlam doku örneği laboratuvara gönderilebilmektedir.^[19]

İkinci en sık karşılaşılan hata ise malign melanomda yanlış negatif sonuç verilmesidir. Malign melanomla ilgili hataların %94'ü bu şekildedir.^[20]

Hata sıklığı olarak üçüncü sırada ise meme eksizeyonal biyopsileri yer almaktadır. Meme eksizeyonal biyopsi değerlendirmelerinde yanlış pozitif ve yanlış negatif oranları aşağı yukarı eşittir.^[21]

Patolojik tanı hatalarını azaltmak için melanom, yumuşak doku kanseri ve kemik dokusu kanseri ön tanıları ile gelen doku örneklerinin mutlaka iki farklı patoloğ tarafından ayrı, ayrı incelenmesi gerektiği düşünülmektedir. Sebep olarak yumuşak doku ve kemik lezyonlarının patoloğların görece olarak az inceledikleri örnekler olması ve malign melanomda hata sıklığının yüksek olması gösterilmektedir.^[22]

Yukarıda verdiğimiz örnekte olduğu gibi laboratuvar işleyişinden ve kayıt tutulmasındaki yetersizliklerden kaynaklanan hatalar ise azımsanmayacak bir orandadır.^[23]

Tedavi planlama hatası nedeni ile gerçekleşen tıbbi kötü uygulamalar

Onkoloji pratiğinin temel kuralı, bazı zorunlu durumlar dışında patoloğ tarafından doku ya da sıvı örneğinin mikroskopik incelemesi yapılarak

kanser tanısı onaylanmadan tedavinin yapılmamasıdır. Bu “doku tanısı” olarak bilinir.

Bazı durumlarda var olan hastanın klinik durumuna en uygun açıklama kanserdir ve hasta acil tedaviye başlanmasını gerektirecek bir durumdadır. Doku tanısını beklemek kabul edilemez bir gecikmeye yol açabilecektir. Örnek olarak akciğer kanserinin toraks merkezindeki lenf bezlerine yayılarak büyük damarları obstrükte ettiği, boyun bölgesi ile kollarda şişmeye ve çok kötü bir görüntüye yol açtığı olgulardan söz edilebilir. Böyle bir durumda hemen palyatif radyoterapi yapılması uygun görülür.

Durumun tamamen açıklanması ve belgelendirilmesi doku tanısının bulunmadığının net olarak kaydedilmesi çok önemlidir. Bazen takip eden süreçte kişinin kanser olmadığı anlaşılabilir. Çok nadir olarak bu daralmaların nedeni “benign” olabilir. Planjon guatr ya da aort anevrizması bunlara iyi bir örnektir.

Yanlış pozitif metastaz tanısı da sık rastlanılan bir tıbbi uygulama hatasıdır.

Pek çok lezyon sekonder yayılıma benzeyebilir. Örneğin bir enfeksiyon kemikte metastaza benzeyebilir. İyi huylu bir kist karaciğerde metastaz gibi gözükülebilir. Akciğerdeki bir iltihabi alan radyolojik incelemede sekonder büyümeye benzeyebilir. İkincil yayılımın yanlış tanısı hem fiziksel hem psikolojik olarak ağır sonuçlara yol açar. Doğru olmayan ve bazen yıllarca sürececek yanlış tedaviler uygulanırken hasta iyileşmesi mümkün olmayan er geç kendisini öldürecek olan bir hastalığı olduğu düşüncesi kişide çok büyük psikolojik ve psikosomatik problemlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Örnek 3

Meme kanseri cerrahisi sonrası takip edilen hasta kol ağrısından yakınmıştır. Direkt grafide lezyon görülmesi üzerine metastazı gösterir kemik taraması bulunmamasına rağmen sorumlu hekim ağrıyı azaltmak amacıyla radyoterapi tedavisi düzenlemiştir. Bunun ardından hastada sırt ağrıları başlayınca omurgada da metastaz olduğu varsayılmış ve hastaya bir miktar daha radyoterapi uygulanmıştır.

Birkaç yıl içerisinde hasta hem önemli bir miktar radyasyonu sırtı için almış hem hastaya çeşitli ilaç tedavileri uygulanmıştır. Bu ilaçlardan bir tanesi hastada duodenal ülser perforasyonuna ve hastanın haftalarca yoğun bakımda kalmasına yol açmıştır. Ancak hasta ülkenin başka bir kesimine yerleşince, hastada acaba metastatik kanser gerçekten var mı diye şüphelenilmiş ve problemlerin kanserden değil, dejenerasyona bağlı zayıflamadan ya da osteoporozisten kaynaklandığı anlaşılmıştır. Radyoterapi bu süreci daha da olumsuz etkilemiş ve omurgada birkaç cm kısılma ve eğilmeye sebep olmuştur.

Bu hatadan korunmanın en iyi yolu klinik yeterlilik ve dikkattir. Hekimler biyopsi ile saptanmamış bir metastaza şüphe ile yaklaşmalıdır. Şüphelere rağmen klinik acil durum nedeni ile tedaviye karar verilirse, olgunun ayrıntılı ve net belgelendirmesi yapılarak hem ilgili hekimin hem de bakımda yer alacak diğer personelin durumu hatırlaması sağlanır. Eğer ilerleyen durum ikincil kanser seyrine uygun değilse, bu yeniden tanı incelemeleri için bir uyarı kabul edilmelidir. Eğer yeterli belgelendirme olmazsa, hem söz konusu doktor hem de diğerleri metastaz olduğuna dair varsayımı kabul etmeye devam edecektir.

Farklı kanser türlerinde farklı yaklaşımlar uygulanır ve her birinin farklı prognozu vardır. Laboratuvar teknikleri son yıllarda önemli ölçüde değişmiş ve patoloğların kesin tanıları koymasına kolaylaşmıştır. Halen bazı tümörlerin kesin sınıflandırmasında sorunlar olabilir. Bazen ileri laboratuvar incelemesi ilk tanıyı revize edebilir. Eğer bu olursa, bu bilginin tedavi ile ilgilenen kişiye ulaştırılması hayattır. Kanser türünü yanlış tespit etmenin bazen pratikte hemen hiç önemi yoktur ama bazen kanser yönetimi ve prognozunda temel yönlendirici olabilir.

Örnek 4

Altmış yaşlarında bir adamın nazofarinksinde kitle saptanmıştır. Biyopsisi “nasopharyngeal carcinoma” olarak tanı almıştır. Hastaya çok küçük bir tedavi şansı olduğu, bunun haftalarca sürececek ve yan etki olasılığı yüksek bir radyoterapi tedavisi olacağı söylenmiştir. Radyoterapi verilmiştir

ve tedavi başarılı gözükmemektedir. Aynı yıl uzun zaman sonra, hastanın inguinal bölgesinde bir kitle oluşmuş ve dalağı büyümüştür. Bu nasopharyngeal carcinoma için çok olağandışı bir durumdur.

Orijinal laboratuvar tanısının gözden geçirilmesine karar verilmiştir. İkinci ve doğru tanı, mikroskop altında nasopharyngeal carcinoma çok benzeyen “non-Hodgkin lenfoma”dır. Çeşitli nedenlerle bu sonuç biyopsiyi yapan ve analiz eden hastane tarafından kanser merkezine bildirilmemiştir. Sonuç olarak hasta başından beri alması gereken kemoterapiyi alarak iyileşmiştir ama uzun süre aldığı gereksiz yoğun radyasyona bağlı ağız kuruması, katarakt ve zayıf iştih gibi yan etkiler yaşamıştır.

Orijinal hatalı tanı sözel olarak bildirilmiştir ve ileri testlerin devam ettiği belirtilmemiştir. Patoloji bölümünden daha sonra gelen yazılı raporda doğru tanı olan non-Hodgkin lenfoma sonucu bildirilmiştir. Eğer raporun bir kopyası gelinceye kadar hastanın tedavisi bekletilseydi yanlış tedavi yapılmayacaktı. Durumun ciddiyeti nedeniyle biran evvel tedaviye başlama arzusu bu raporun beklenmesi gerekliliğinin göz ardı edilmesine yol açmıştır.

Bu olgu çok iyi iletişimin önemini göstermektedir. Kanserli hastanın bakımı genellikle farklı disiplinlerden belki de birbirinden mesafe olarak çok uzakta çalışan uzmanların işbirliğini gerektirmektedir. Bu olgu ayrıca acil tedavi baskısının kalite kontroldeki kimi konuların nasıl atlanmasına yol açabileceğini göstermektedir.

Verilen örnekler kanser tedavisindeki risklerin, tanı hizmetleri yüksek kalitede olmadığı zaman belirgin oranlarda arttığını göstermektedir. Kanser merkezlerinin yeterli büyüklükte patoloji bölümü, kanser patolojisinin zor alanlarında bilgi verebilecek yeterli uzmanları ve uygun uzmanlıkta klinik radyoloji bölümleri ile hizmet vermesi önemlidir.

Tedavi uygulanması sırasında gerçekleşen tıbbi kötü uygulamalar

Radyoterapi ve kemoterapi öncesi bütün hastalar yazılı izin bildiriminde bulunmalıdır. İzin bildirimini tedaviden sorumlu doktor tarafından ya da önerilen tedavi ve içerdiği riskler hakkında yeterli bilgiye sahip, uygun eğitim ve kalitede, bu işle görevli kişi tarafından alınmalıdır.

Radikal tedavini yetkin şekilde verilse dahi küçük bir hasta grubunda çok ciddi, hastaların daha büyük bir bölümünde de orta ciddilikte yan etkilere sebep olur. Örneğin, serviks karsinomu için yapılan radikal radyoterapide belirgin bağırsak hasarı riski kaçınılmazdır. Yaklaşık olarak hastaların %5'i ameliyat olmalarını gerektirecek kadar ciddi hasar görür, bazen kalıcı kolostomi gerekebilir.^[24] Serviks karsinomunun radikal radyoterapisi önerilmiş hastalar risk düşük bile olsa bu konuda bilgilendirilmelidir. Kanserın erken safhasındaki hastalar bu riski ve diğer yan etkileri bildiklerinde radikal histerektomi operasyonunu radyoterapi yerine tercih edebilir.

Nazofarinks bölgesindeki kanserler için verilen radyoterapi, eğer tedavi ışınları tükürük bezlerinin ikisinden de geçmek durumunda ise, kalıcı ağız kuruluğuna sebep olabilir. Bu diş ve diş eti hastalıklarına yol açabilir. Bu gibi kaçınılmaz komplikasyonların hasta ile tam olarak tartışılması gerektiği açıktır.

Örnek 5

Elli üç yaşında kadın hasta etmoid sinüs yerleşimli soliter plasmasitoma tanısı ile başvurmuştur. MRG incelemesinde intrakranial uzanımı olan, sol orbita boşluğuna girmiş ve optik sinire komşu, lokal tümoral lezyonu mevcuttur. Hastaya tedavi olarak iki ay süre ile radyoterapi uygulanmıştır (25 frx/5000 cGy). Radyoterapiden yaklaşık bir sene sonra daha düşük doza maruz kalan sağ gözde görme kaybı ve ayrıca epilepsi nöbetleri oluşması üzerine başvurulmuş nöroloji bölümü tarafından optik sinir ve beyin dokusunda radyasyon toksitesine bağlı nekroz saptanmıştır. Hasta soruşturma açılması için İstanbul Tabip Odası'na başvurmuştur. Yapılan incelemelerde standart doz ve uygun planlama ile tedavinin uygulanmış olduğu radyoterapiyi uygulayan ekibin ihmal ve hatası olmadığı saptanmıştır. Komplikasyon olarak değerlendirilmiştir. Bu olgu hastayı risklere karşı bilgilendirme ve uyarmanın önemini göstermektedir. Hasta beyin dokusu nekrozu gelişme riski olduğunu bilerek tedaviyi kabul etmiş olsa soruşturma açılmasını talep etmeyecektir.

Kemoterapi genellikle kemik iliğini etkile-

mektedir. Beyaz kan hücreleri konsantrasyonunun yeterli miktarın altına düşmesi nedeniyle, hasta enfeksiyona karşı daha duyarlı hale gelme ve enfeksiyonla savaşıma yeteneğinde azalma riskini taşır. Eğer bir enfeksiyon gelişirse ölüm riskini önlemek için, derhal intravenöz antibiyotik tedavisi gerekir. Hastalar bu konuda uyarılmalı herhangi bir enfeksiyon belirtisini özellikle de ateş yükselmesini acilen bildirmeleri söylenmelidir. Kemoterapinin düzenlendiği yerde bu tür komplikasyonlar için gerekli olanakların olması şarttır. Bunlar acil yatak bulundurulması, uygun eğitim almış hemşire, yardımcı personel ile enfeksiyon incelemesi ve tedavisi yapmak için bölüm protokolünü içerir.

Kemoterapi testis kanserli genç bir kişide oldukça etkilidir ve ileri derecede hasta olanların bile çoğunun iyileşmesi beklenir.^[25] Bununla birlikte kısırlığa yol açabilecek bir zarar için belirgin risk taşır. Böyle bir risk hastalara açıklanmalıdır ve eğer uygunsa gelecekte çocuk sahibi olabilmeleri için sperm depolama önerilmelidir. Böyle bir riskin belirtilmemesi ve/veya sperm depolamanın önerilmemesi haklı şikayetlere ve davalara sebep olabilir.

Hastalar, uygulandığında yetkin olduğu düşünülen, ancak daha sonra güvenli olmadığı anlaşılan yöntemlerle tedavi edilebilirler. 1980'lerde, İngiltere'de birkaç değişik kanser merkezinde, meme kanserli bazı hastaların radyoterapi ile tedavi edilmesi sonucu böyle bir durum yaşanmıştır. Bu hastalar rutin radyoterapiye ek olarak memeden lenf düğümlerine sıçramış olabilecek kanser hücrelerini yok etmek amacıyla koltukaltı ve alt boyuna da radyoterapi uygulanmıştır. Bu tedavinin iyileşme şansını artırdığı ispatlanmıştır ama hastaların çok küçük bir yüzdesinde (muhtemelen %1 den az) kola giden sinirlerdeki ciddi hasara bağlı kolda zayıflık ya da paralizye ve ciddi ağrılara neden olmuştur. Bu hasar brakial pleksus nöropatisi olarak isimlendirilmektedir. Yapılan bir araştırmaya göre 48 hastada tespit edilmiştir.^[26]

Etkin olmayan tedaviler tıbbi yetersizlikten ya da hemşireler, radyoloji teknisyenleri ve fizikçilerin dahil olduğu diğer personelin uygulamalarındaki hatalardan kaynaklanabilir. Tedavi esnasındaki yanlışlar tek bir birey tarafından yapılan ilk hata-

nın diğer personel tarafından tespit edilmemesinden meydana gelmektedir. Yanlış hesaplanmış radyoterapi ve kemoterapi dozları gibi hekim hataları genellikle ekibin diğer üyeleri tarafından sorgulanarak kötü uygulama önlenir.

Radyoterapi özellikle disiplinler arası bir uygulamadır. Radyoterapi hataları olduğunda bireylerin değil bir grup hastanın etkilenmesi muhtemeldir. Radyoterapi bölümlerinde kalite ve güvenliği sağlamakta radyasyon fizikçisi temel rolü oynar.

Gelişen radyolojik değerlendirmeler sonucu, radyoterapide kesinlik artmıştır. Örnek olarak CT ve MR taramaları, kanserin yayılımının ve kesin büyüklüğünün daha doğru tespit edilmesini sağlamıştır. Gelişmiş doğruluk, bilgisayarlı tedavi planlamasında ve verilisinde dikkate değer kalite artışına da bağlıdır. Geçmişte radyoterapi tedavi edilecek dokunun merkezi esas alınarak tek bir düzlemde planlanmaktaydı ve tümöre odaklanan tedavi ışınları kare ya da dikdörtgen şeklindeydi. Şimdi pek çok bölümde üç boyutlu planlama rutin olarak yapılmaktadır.

Planlanan tedavinin doğru olarak verildiğinin saptanmasına ilişkin işlemlerde de gelişmeler olmuştur. Her tedavi ışınının geçtiği dokunun tam hacminin görüntüleri tedavi makinesinde üretilebilmektedir ve bunlar planlama bilgisayarındaki hedeflenen tedavi hacminin görüntüleriyle ilişkilendirilebilir.

“Alan uzmanlaşmasıyla” kişilerin kendi görüşleri doğrultusunda klinik karar verme sınırları daralmıştır. Klinik yönetimin artan karmaşıklığı bireysel olarak hekimlerin sınırlı sayıda farklı tip kanserden daha fazlası hakkında yeterli uzmanlık geliştirmesine ve sürdürmesine olanak vermemektedir. Bir onkoloji uzmanı göğüs, bağırsak ve deri kanseri olan hastalarla ilgilenirken bir diğeri baş ve boyun, prostat, mesane kanserleriyle ilgilenebilir.

Etkili olmayan tedaviye dair tıbbi uygulama hataları kolaylıkla önlenabilir sebeplerle meydana gelir. Hatta bu yüzden kötü niyet ile gerçekleştirildiği yorumlarına dahi sebep olmaktadır. Yan etkilerin azalması böylece hasta memnuniyetinin artması için yetersiz doz kemoterapi verilmesi sık karşılaşılan bir iddiadır.

Kontrol sadece bir imza prosedürü değildir. Kontrolleri yapanlar başka birinin dokümantasyonunun ya da hesabının doğru olmadığını varsayarak hareket etmelidir.

Kullanılan aletlerdeki mekanik arızalar, bakım, onarım hataları hatta sel, deprem gibi doğal afetler radyoterapinin hatalı uygulanmasına sebep olabilmekle birlikte halen radyoterapide en sık insan hataları nedeni ile yanlış tedavi verilmektedir.^[27]

Örnek 6

İnoperabl beyin tümörlü, orta yaşlı bir erkek hastaya radikal radyoterapi önerilmiştir. Fizik bölümündeki planlama verileri radyografikerlerin tedavi için kullandığı kağıtlara geçirilirken yanlışlık yapılmıştır. Bu durum, iki radyasyon ışınından birinin fazla miktarda olmasına yol açmıştır. Veriler başka bir radyografiker tarafından kontrol edilmiş ancak hata fark edilmemiştir. Kullanılan prosedürün güvenli olduğuna dair yanlış inanç sonucu yüksek doz uygulandığını gösteren radyasyon ölçümleri ciddiye alınmamıştır. Radyasyon miktarını ölçen aletin hatalı olduğu düşünülmüştür. Bu olayda açıklanamayan anormal radyasyon doz ölçümü ile ilgilenecek herhangi bir bölüm prosedürü olması, güvenlik eksikliği ile birlikte, beyinde ciddi radyasyon hasarına yol açmıştır.

Sonuç

Tıbbi uygulama hatalarından hem hastaları hem de hekimleri koruyabilmek için yukarıda verilen üçlü sınıflandırma çerçevesinde klinik prosedürlerin oluşturulması gerekmektedir. Özellikle kanser gibi klinik tanı, kesin tanı, cerrahi tedavi, kemoterapi, radyoterapi, destek tedavisi basamaklarının her birini farklı hekimlerin gerçekleştirdiği hastalıklarda sınıflandırma daha da ön plana çıkmaktadır. Örneklerle vurgulandığı üzere bir basamakta yapılan hata diğerleri tarafından sorgulanmadan doğru kabul edilmekte ve hatalar silsilesine yol açmaktadır. Kanser olgularında rol alan tüm sağlık personeli her basamakta olabilecek hataları da göz önüne alarak hareket etmelidir.

Tedavi verilirken; ilgili klinik alanda yeterli eğitim ve deneyime sahip olunması zorunludur. Klinik onkolog yeterli olduğu alan dışında kaçır-

nılması mümkün olmayan durumlar hariç tedavi önermemelidir.

Klinik onkologlar, tanımlanmış tip ve düzeydeki kansere sahip hastalarla ilgili olarak, tek tip tedavi politikaları oluşturmak ile uğraşmalıdırlar. Tedavideki değişikliklerin en alt düzeyde tutulması hata riskini düşürecektir.

Hasta yükünün fazla olması ayrıntılara özen gösterilememesi de risk açısından önemli bir faktördür.

Değişik disiplinlerden uzmanların düzenli olarak bir araya gelerek her bir hastanın tanı ve tedavisi hakkında tartışmalarını içeren disiplinler arası yaklaşım, ekstra zaman ve lojistik destek gereksinimi yaratır ve ancak daha sık görülen kanser türlerine sahip hastalar için geçerli olabilir. Örnek olarak disiplinler arası göğüs kanseri toplantıları verilebilir. Bu toplantılara onkologlar, cerrahlar, radyologlar, patoloğlar, göğüs kanseri hastasının bakım ile ilgili hemşireler ve tıbbi personel katılabilir. Böyle toplantılar hastaya özgü olarak tamamıyla uygun bir klinik kararı ve tedaviyi garanti eder.

Özellikle yapılacak olan bir sistematik hatanın çok sayıdaki hastayı etkileyeceği düşünüldüğünde radyoterapinin doğruluğunun garanti edilmesi açıkça hayati öneme sahiptir. Radyoterapi tedavi bölümlerinin yoğun bir kalite güvence sistemine ihtiyaçları vardır. Tüm kanser merkezlerinde tedavi makinelerinin düzenli olarak kontrolü programa bağlanmalıdır.

Kemoterapi de konuyla ilgili uzmanlığı ve deneyimi olan hekim tarafından uygulanmalı ve başlatılmalıdır. Yine kemoterapi deneyim sahibi sağlık personeli ve hemşire ile donatılmış, uygun şekilde düzenlenmiş yataklı servislerde ve/veya günlük kliniklerde verilmelidir. Burada çalışan personel kemoterapi konusunda eğitim almış olmalı ve bölümleri tarafından gerekli uzmanlığa sahip oldukları onaylanmış olmalıdır.

Kemoterapi yeterli personele sahip ünitelerde ve çalışma saatleri içinde verilmelidir. Çalışma saatleri dışında uygulanan kemoterapi daha yüksek risk taşımaktadır ancak iş yükü fazla olan merkezlerde bu risk kaçınılmaz olmaktadır.

Sonuç olarak önemli olan, kemoterapi rejimle-

rinin olabildiğince belirli bir protokole bağlı olması ve konuyla ilgili deneyimli personelce tedavinin başlatılması ve kontrol edilmesidir.

Tüm sık görülen yan etkiler ve nadir de olsa ciddi yan etkiler tedavi öncesinde tartışılmalıdır.

Aydınlatılmış Onam alınması olası suçlama ve davalardan korunmak için çok önemli olup hastanın da kendisine uygulanan tıbbi tanı ve tedaviyi bilmesi açısından çok kritik değere sahiptir.

Kaynaklar

1. Ebner F, van Ewijk R, Wöckel A, Hancke K, Schwentner L, Fink V, et al. Tumor biology in older breast cancer patients--what is the impact on survival stratified for guideline adherence? A retrospective multi-centre cohort study of 5378 patients. *Breast* 2015;24(3):256–62. [CrossRef](#)
2. Tai P, Yu E. Esophageal cancer management controversies: Radiation oncology point of view. *World J Gastrointest Oncol* 2014;6(8):263–74. [CrossRef](#)
3. Forbes LJ, Warburton F, Richards MA, Ramirez AJ. Risk factors for delay in symptomatic presentation: a survey of cancer patients. *Br J Cancer* 2014;111(3):581–8. [CrossRef](#)
4. Mesko NW, Mesko JL, Gaffney LM, Halpern JL, Schwartz HS, Holt GE. Medical malpractice and sarcoma care--a thirty-three year review of case resolutions, inciting factors, and at risk physician specialties surrounding a rare diagnosis. *J Surg Oncol* 2014;110(8):919–29. [CrossRef](#)
5. Hafström L, Johansson H, Ahlberg J. Diagnostic delay of breast cancer - an analysis of claims to Swedish Board of Malpractice (LÖF). *Breast* 2011;20(6):539–42. [CrossRef](#)
6. Brasme JF, Grill J, Gaspar N, Oberlin O, Valteau-Couanet D, Chalumeau M. Evidence of increasing mortality with longer time to diagnosis of cancer: is there a paediatric exception? *Eur J Cancer* 2014;50(4):864–6. [CrossRef](#)
7. Macià F, Pumarega J, Gallén M, Porta M. Time from (clinical or certainty) diagnosis to treatment onset in cancer patients: the choice of diagnostic date strongly influences differences in therapeutic delay by tumor site and stage. *J Clin Epidemiol* 2013;66(8):928–39.
8. Lyratzopoulos G, Neal RD, Barbiere JM, Rubin GP, Abel GA. Variation in number of general practitioner consultations before hospital referral for cancer: findings from the 2010 National Cancer Patient Experience Survey in England. *Lancet Oncol* 2012;13(4):353–65.
9. Shields CL, McMahon JF, Atalay HT, Hasanreisoglu M, Shields JA. Retinal metastasis from systemic cancer in 8 cases. *JAMA Ophthalmol* 2014;132(11):1303–8.

10. Vaidyanathan S, Soni BM, Singh G, Hughes PL, Mansour P, Oo T. Delay in diagnosis of cancer as a patient safety issue - a root cause analysis based on a representative case report. *Patient Saf Surg* 2011;5:19. [CrossRef](#)
11. Topal U. Radyolojik olarak atlanmış akciğer kanserleri. *Trd Sem* 2014;2:316–25. [CrossRef](#)
12. Wallace E, Lowry J, Smith SM, Fahey T. The epidemiology of malpractice claims in primary care: a systematic review. *BMJ Open* 2013;3(7). [CrossRef](#)
13. Halpin SF. Medico-legal claims against English radiologists: 1995-2006. *Br J Radiol* 2009;82(984):982–8.
14. Lam DL, Pandharipande PV, Lee JM, Lehman CD, Lee CI. Imaging-based screening: understanding the controversies. *AJR Am J Roentgenol* 2014;203(5):952–6.
15. Berlin L. MEDICOLEGAL: Malpractice and ethical issues in radiology: The incidentaloma. *AJR Am J Roentgenol* 2013;200(1):W91. [CrossRef](#)
16. Berlin L. Medicolegal--Malpractice and ethical issues in radiology. Overdiagnosis, false-positive findings, and malpractice. *AJR Am J Roentgenol* 2014;203(5):W549.
17. Mızrak B, Çelbiş O. Patoloji ve malpraktis. *İnönü Üniversitesi Tıp Fak Dergisi* 2007;14:(3)213–7.
18. Kalfoglou EA, Faikoglu R, Ozcan S, Petridis G, Yükseloglu H, Atasoy S. DNA analysis as a tool for breast cancer malpractice determination: an interdisciplinary approach. *Oncol Rep* 2006;16(1):203–6. [CrossRef](#)
19. Troxel DB. Trends in pathology malpractice claims. *Am J Surg Pathol* 2012;36(1):e1–5. [CrossRef](#)
20. Marsch A, High WA. Medicolegal issues with regard to melanoma and pigmented lesions in dermatopathology. *Dermatol Clin* 2012;30(4):593–615. [CrossRef](#)
21. Geller BM, Nelson HD, Carney PA, Weaver DL, Onega T, Allison KH, et al. Second opinion in breast pathology: policy, practice and perception. *J Clin Pathol* 2014;67(11):955–60. [CrossRef](#)
22. Kornstein MJ, Byrne SP. The medicolegal aspect of error in pathology: a search of jury verdicts and settlements. *Arch Pathol Lab Med* 2007;131(4):615–8.
23. Yörükoğlu K, Uner S, Harorlu F, Usubütün A. Pathology laboratories productivity evaluation in Turkey. *Türk Patoloji Dergisi* 2011;27(3):235–45. [CrossRef](#)
24. Carlson JA, Rusthoven C, DeWitt PE, Davidson SA, Scheffer TE, Fisher CM. Are we appropriately selecting therapy for patients with cervical cancer? Longitudinal patterns-of-care analysis for stage IB-IIB cervical cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2014;90(4):786–93. [CrossRef](#)
25. Oldenburg J. Hypogonadism and fertility issues following primary treatment for testicular cancer. *Urol Oncol* 2015;33(9):407–12. [CrossRef](#)
26. Moskovic E, Curtis S, A'Hern RP, Harmer CL, Parsons C. The role of diagnostic CT scanning of the brachial plexus and axilla in the follow-up of patients with breast cancer. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 1992;4(2):74–7.
27. Gökçe ŞÇ. Radyoterapi tanımı, ilkeleri ve radyoterapide uygulama hataları. Medikolegal düzlemde uygulama hataları. Ankara: Üniv. Basımevi; 2014.