

Beyin Cerrahisinde Sağlık Hizmetinden Doğan Zararlar

Gökmen KARABAĞ¹

Mesut METE²

Mehmet Sunay YAVUZ³

Ozan ÇIVGIN⁴

Giriş

Hekimlik; insanlık tarihi kadar eski olup, hekime olan gereksinim ilk insandan günümüze kadar geçen süre içerisinde gelişen tıp bilgisi ve yasal çerçeveler içinde; gelişerek ve genişleyerek evrilmiştir. Hekimliğin uygulama alanı insan olması nedeniyle, riskli ve hataya açık bir meslektir. Hekimlik uygulamalarında her zaman hastanın yararına sonuçlar çıkmayabileceği, hastanın zararı ile sonuçlanabileceği akıldan çıkarılmamalıdır. Ortaya çıkan zarar, kasıtlı bir eylem olmayıp, tıbbi uygulama hataları sonucunda meydana gelmektedir. Bu bölümde beyin cerrahi alanında tıbbi uygulama hataları ayrıntılı olarak tartışılacaktır.

Beyin ve Sinir Cerrahisinde Tıbbi Uygulama Hataları

Sağlık sektörü günümüzün hızla gelişen en önemli hizmet alanlarından. Ülkemizde 2000’li yılların başına kadar tıbbi malpraktis davalarının pek de yaygın olmadığı görülmektedir. Sonraki yıllarda sağlıkta dönüşüm programı ile hasta merkezli sağlık politikalarının oluşturulması ve Türk Ceza Kanunu’nda (TCK) yapılan değişiklikler, hasta ve hekim ilişkisini farklı bir boyuta taşıyarak bütün sağlık personelinin etkilenmesine neden olmuştur. Bu etkinin istenmeyen boyutlarının önüne geçilmesi için yürürlükte olan tıbbi kötü uygulamaya ilişkin zorunlu mali sorumluluk sigortası ve hasta güvenliği tedbirlerine

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD., gkmnkrbgmail.com

² Doç. Dr., Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Beyin Cerrahi AD., dr.mmte@hotmail.com

³ Prof. Dr., Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD., sunayyavuz@yahoo.com

⁴ Arş. Gör. Dr., Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Beyin Cerrahi AD., ozancivgin@gmail.com

rağmen, tıbbi malpraktis dava sayılarında ve davaya konu tazminat miktarlarında olağan üstü artışlar yaşanmaktadır (1, 2). Bu durum hekimlerin, “defansif tıp” olarak ifade edilen “Hekimin kendisini dava tehdidine karşı korumak amacıyla tanı ve tedaviye yönelik işlemleri gereksiz kullanması ve tıbbi malpraktis davası ile sonuçlanma riski yüksek olan faaliyetlerin sorumluluğunu reddetme uygulamalarına” yönlendirmektedir. Bu olumsuzluktan en çok etkilenen hekimlerin başında beyin ve sinir cerrahları gelmektedir. Jena ve ark. 2011 yılında yaptıkları retrospektif çalışmada, en çok malpraktis suçlamasına maruz kalan doktorların beyin ve sinir cerrahisi branşında olduğunu belirtmişlerdir (3). Bir başka çalışmada, Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) her yıl hekimlere karşı yaklaşık 85.000 dava açıldığı ve beyin cerrahisinin tıbbi uygulama hatası davaları bakımından “yüksek riskli bir uzmanlık dalı” olduğu ifade edilmiştir (4). Yine bir başka çalışmada, ABD’de her yıl tüm beyin cerrahlarının %20’sinin tıbbi uygulama hatası davalarıyla karşı karşıya kaldığı belirtilmiştir (5). Debono ve ark. yaptıkları bir anket çalışmasında, Fransa’da yaşayan beyin cerrahlarının %60,2’sinin riskli ameliyatları yapmayı reddettiklerini ve ankete katılanların %55,1’inin dava açılma korkusu nedeniyle ameliyat sırasında baskı altında olduklarını, bunlarında %37,2’sinin dava açılma riski nedeniyle mesleklerini bırakmayı düşündüklerini raporlamışlardır (6). Buna karşın Hollanda’da yapılan bir çalışmada; beyin cerrahlarının sigorta primlerinden daha az etkilendikleri, mali taleplerle karşılaşma ihtimalinin düşük olduğu bu nedenle ekstra laboratuvar testleri istemek gibi defansif tıp davranışının nadiren uygulandığı belirtilmiştir (7). Ülkemizde bu konuyla ilgili yapılan çalışmalar son derece sınırlıdır. Solaroğlu ve ark. beyin cerrahları arasında defansif tıp uygulamalarını araştırdıkları çalışmada; katılımcıların %72 oranında defansif tıp

uygulamalarına başvurduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte katılımcıların %89,6’sının tıbbi malpraktis davalarında mahkemelerin komplikasyonu malpraktisten ayırabileceğine inanmadığını tespit etmişlerdir (8). Kalın ve ark. yaptığı çalışmada, araştırmaya katılan beyin cerrahlarının %87,8’i malpraktis/komplikasyon kavramlarının ayrılması yönünde kriz olduğunu düşünürken, çalışmaya katılanların %77,9’u her hastayı potansiyel bir dava konusu olarak görmektedir. Yine bu çalışmada hekimlerin dava açılma riskini en aza indirmek için başvurduğu defansif tıp uygulamaları incelendiğinde, öncelikle (%75 oranında) uzmanların kayıtları daha detaylı tuttukları belirlenmiştir. İkincil olarak dava etme olasılığı yüksek olan hastalardan ve komplikasyonu yüksek hastalardan kaçındıkları belirtilmiştir (9).

Örnek Olgular

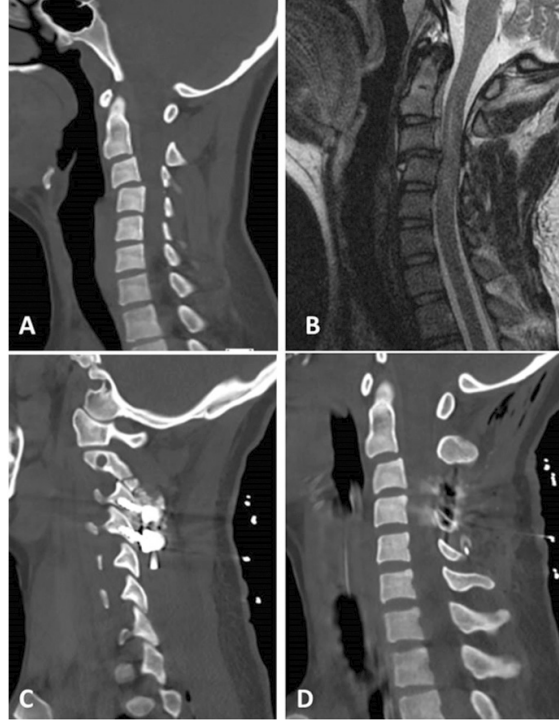
Olgu-1

Araç içi trafik kazası sonrası acil servise gelen hastanın yapılan tetkiklerde, C2 Hangman fraktürü, C3 ve C4 dislokasyon, C3-C4 sol faset kilitlemesi, C3 ve C4 sol lateral masslarda fraktürler, C4 sol laminada fraktür hattı saptanarak acil operasyona alındı. Preoperatif alınan PCR testi pozitif olarak raporlandı. Acil hastalarda, hasta yakınları olası riskler konusunda açık ve ayrıntılı bilgilendirilmediği takdirde, katastrofik sonuçlar ortaya çıkınca sağlık personellerine karşı fiziki müdahaleye kadar gidebilen davranışlar sergileyebilmektedir. Bu vaka ile hayati riski yüksek olan acil vakalarda hasta yakınlarına ayrıntılı bilgi vermenin önemi vurgulanmaya çalışılmıştır.

Olgu: 24 yaşında kadın hasta, araç içi trafik kazası sebebiyle hastanemiz acil servisine getirildi. Hastanın acil serviste yapılan ilk

muayenesinde bilinç açık, kooperasyonu göz ile sağlanmakta, Glaskow Koma Skalası E₄M₄V₄ tetraplejik Entübe, pupiller izokorik, direkt ışık refleksi ve indirekt ışık refleksi bilateral pozitif idi. Kraniyal sinir muayeneleri olağan. Tetraplejik (dört ekstremitede motor duysal tam kayıp) ve anal tonus alınamadı. Hastanın yapılan tetkiklerinde; Beyin BT'de sol frontal ve temporalde travmatik subaraknoid kanama alanları, Servikal BT'de C2 Hangman fraktürü, C3 ve C4 dislokasyon, C3 ve C4 sol faset kilitlenmesi, C3 ve C4 sol lateral masslarda fraktürler, C4 sol laminada fraktür hattı izlendi. Servikal MRG'de C3 ve C4 dislokasyon ve medulla spinaliste kontüzyonel alan izlendi. (Resim 1A-1B). Hastaya ilk olarak bolus 30 mg/kg kortikosteroid 15 dakikada gidecek şekilde, sonrasında 23 saat 5,4 mg/kg/saat idame doz kortikosteroid tedavisi planlandı. Hasta acil olarak cerrahiye alınarak C3 ve C4 total laminektomi işlemi ile dekompresyon sağlandı. Cerrahi sırasında kordun ileri derecede ödemli olduğu izlendi. Hastanın diğer ek organ patolojileri arasında sağ el bileğinde lunar kemikte çıkık, sağ femur shaft fraktürü, Grade 2 karaciğer laserasyonu ve dalak kontüzyonu da bulunmaktaydı.

Acil serviste alınan Covid-19 PCR testi pozitif olarak sonuçlanan hasta postoperatif dönemde anestezi yoğun bakımına yatırıldı. Philadelphia kolar ile takip edilen hasta, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Enfeksiyon Hastalıkları ve Göğüs Hastalıkları tarafından operasyon uygunluğu verilmesi sonrasında Covid-19 tedavisi devam ederken tarafımızca posterior servikal stabilizasyon cerrahisine alındı. C3 ve C4 bilateral lateral mass vidaları uygulanıp dizilim düzeltildikten sonra sistem sabitlendi. Postop kontrol servikal BT'de enstrümantasyonların nizami ölçüde olduğu görüldü. (Resim 1C-1D). Desatürasyon gelişen hastanın kontrol beyin ve servikal BT'lerinde anlamlı patoloji izlenmedi. Hasta Anestezi yoğun bakım ünitesinde takip edilirken exitus oldu.



Resim 1. Sagittal Servikal BT ve MRG de C3/4 dislokasyon ve medulla spinaliste kontüzyonel alan izlenmektedir. (A ve B). Postoperatif C3 ve 4 lateral mass vidaları sonrasında dislokasyonun düzelmesi ve medulla spinalisin rahatlatılması (C ve D)

Çok merkezli prospektif kohort çalışmaları, dekompresif cerrahinin yaralanmadan sonraki ilk 24 saat içinde yapıldığı takdirde primer travmatik yaralanmadan hemen sonra görülen sekonder yaralanmaya bağlı akson hasar ve ödemi azalttığını, böylece nörolojik iyileşme olabileceğini göstermektedir (10, 11). Bununla birlikte, stabil olmayan kırıklarda ve dislokasyonlarda dizilimin düzeltilmesi ve füzyon cerrahisi hem medulla spinalisin yeni hasarlara maruz kalmasını engellemekte hem de hastanın bakımını ve mobilizasyonunu kolaylaştırmaktadır (12-14). Akut spinal kord hasar varlığında kortikosteroid tedavisinin faydası net değildir. Bazı çalışmalar özellikle ilk üç saat içerisinde kortikosteroid tedavisinin faydalı olduğunu gösterse de diğer çalışmalar kortikosteroid kullanımının bariz faydası olmamakla beraber gastrointestinal kanama, enfeksiyon gibi yan etkilerinin

varlığını belirtmiş olması nedeni ile hala fikir birliği sağlanamamıştır (15-17). Hastaya acil servise başvurusunu takiben ilk saat içerisinde yüksek doz kortikosteroid tedavisine başlanıp takiben acil dekompresyon yapıldı. Elektif şartlarda stabilizasyon ve füzyon cerrahisi uygulayarak medulla spinaliste yeni bir hasar oluşmasını engelleyip hızlı mobilizasyon amaçlandı. Olgumuzdaki önemli bir faktör hastanın Covid-19 pozitif olmasıydı. Literatür bilgilerine göre Covid-19 pozitiflik, acil operasyon sonrasında postoperatif akciğer komplikasyonlarını ve ölüm riskini artırmaktadır (18). Hastamız acil konumunda olduğu için operasyona alındı. Hasta yakınları her aşamada hem cerrahi hem de Covid-19 açısından ayrıntılı olarak bilgilendirildi. Önerimiz, sonraki süreçte bazı mediko-legal sorunlarla karşılaşmamak için Covid-19 pozitif acil hastalarda hem cerrahinin hem de Covid-19 hastalığı hakkında hasta yakınlarına ayrıntılı bilgi vermek gerekliliğidir.

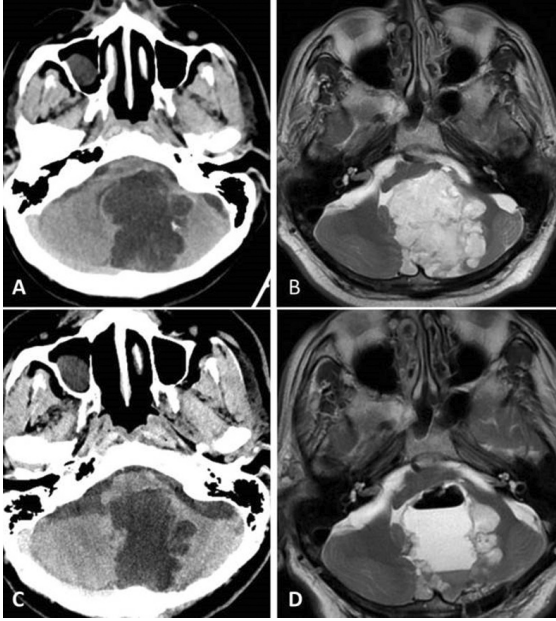
Olgu-2

Baş dönmesi şikayetiyle başvuran hastanın Beyin BT ve Beyin MRG'de ponsa bası yapan kitle saptanması üzerine yatışı yapıldı. Postoperatif dönemde öncelikle yara yerinden Beyin Omurilik Sıvısı (BOS) gelmesi sonrasında lomber drenaja alınarak tedavisi yapıldı. Hasta yaklaşık 40 gün hastanede tedavi sonrasında taburcu edildi. Posterior fossa cerrahisi sonrasında BOS fistülü görülebilen komplikasyonlardır. Bu tür vakalarda, preoperatif dönemde hasta ve hasta yakınları BOS fistülü konusunda mutlaka bilgilendirilmelidir. Aksi taktirde mediko-legal sorunlar yaşanması kaçınılmaz olabilir.

Olgu: 57 yaşında erkek hasta, baş dönmesi şikayetiyle tarafımıza başvurdu. Hastanın yapılan nörolojik muayenesinde bilinç açık, koopere, oryante, pupiller izokorik, direkt ışık refleksi ve indirekt ışık refleksi bilateral

pozitif idi. Kranial ve serebellar sistem muayeneleri olağan olup ekstremitelerde belirgin lateralizan defisit izlenmedi. Servis yatışı yapılan hastanın çekilen beyin BT ve MRG'lerinde serebellum sol yarısında kranioservikal bileşke foramen magnum düzeyine uzanan bulbus ve ponsta belirgin bası özelliği oluşturarak anterior ve sağa deplase eden ekstraaksiyel yerleşimli heterojen, kontrast parlaklaşması göstermeyen epidermoid kist ile uyumlu görünüm izlendi. 4. ventrikül sağa deplase görünümde izlendi. Hasta kitle eksizyonu cerrahisine alındı. Beyaz renkli yer yer sarımtırak sert/yumuşak kıvamlı inci tanesi görünümünde kitle subtotal boşaltıldı. Dura fasya greftiyle su geçirmez şekilde kapatıldı. Hasta postop birinci gün mobilize edildi. Yarada açılma izlenmedi. Ancak postop onuncu günde sütürleri alınınca yara yerinde açılma ve BOS gelişi gözlemlendi. Takiben yaraya dört adet sütür atılıp, profilaksi amacıyla menenjit gelişmesini engellemek için kan beyin bariyerini geçen antibiyotik ve BOS üretimini azaltmak için Karbonik Anhidraz Enzimi tedavisi başlandı. Ancak takiplerde yara yerinden BOS gelişi devam ettiği için hasta sedoanaljezi eşliğine lomber drenaj işlemine alındı. Hasta postoperatif dönemde immobil olarak on gün takip edildi. Bu dönem içerisinde operasyon yerindeki sütürler alındı ve BOS gelmediği görüldü. Lomber drenaj sistemi üç gün süreyle kapatıldı. Kapalı olduğu dönem içerisinde hidrosefali gelişip gelişmediğini takip etmek amacıyla kontrol beyin BT'ler çekildi. Yara yerinde akıntı ve şişlik olmaması sonrasında lomber drenaj sistemi çıkarıldı. Lomber drenajın çıkarıldığı gün yaklaşık 5 mm'lik alandan BOS geldiği görüldü. Bunun üzerine lomber bölgeye sütürler atıldı. Ancak BOS gelmesinin devam etmesi üzerine sedoanaljezi eşliğinde cilt ciltaltı açılarak fasya defekti onarıldı. Takip eden üç günde yarada akıntı saptanmadı. Ancak 72.

saat sonunda lomber bölgeden BOS geldiği görüldü. Bunun üzerine on gün süreyle hastaya baskılı tampon yapıp yüz aşağı yatması sağlandı. Bir gün sonra BOS gelişinin durduğu saptandı. Onuncu günün sonunda lomber bölgedeki sütürlerin alınmasını takiben hasta sağlıklı şekilde taburcu edildi. (Resim 2A-2B-2C-2D).



Resim 2. Preoperatif aksiyel Beyin BT ve Beyin MRG epidermoid kist ile uyumlu lezyonu göstermekte (A-B) Postoperatif aksiyel Beyin BT ve Beyin MRG lezyonun subtotal çıkarıldığını göstermekte (C-D).

Epidermoid kistlerin tedavisi tümör kapsülünü çevreleyen nörolojik ve vasküler yapılara bağlı olarak basit aspirasyon, total veya subtotal eksizyonu içermektedir. Kapsül bu yapılara yapışık olduğunda ortaya çıkacak önemli komplikasyonları nedeniyle tümörün benign histolojik doğası da göz önüne alındığında radikal rezeksiyon önerilmemektedir (19). Posterior fossa cerrahisi sonrasında karşılaşılan en önemli komplikasyonlardan biri BOS sızıntısıdır. Her ne kadar BOS sızıntısı insidansı posterior fossa cerrahisinde %26,7 gibi yüksek oran bildiren çalışmalar varsa da insidans olarak %4-17,1 arasındadır (20-22). Tedavi seçenekleri arasında yaranın

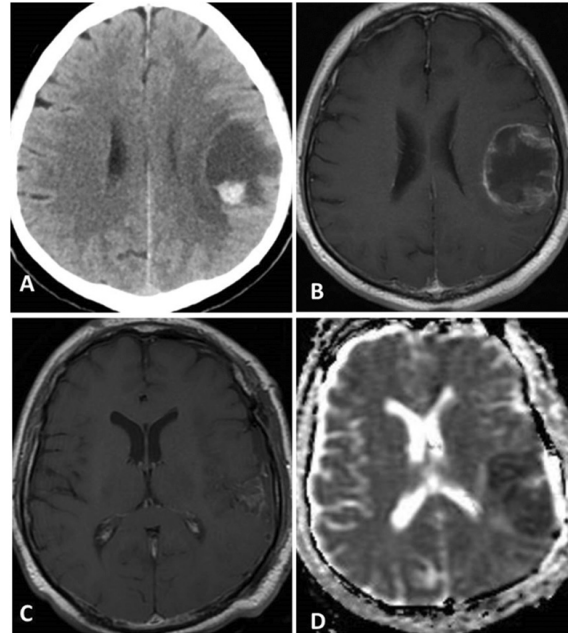
yeniden dikilmesi, konservatif tedavi başlanması, BOS sızıntısının durmaması durumunda lomber drenajı tercih etmek veya ilk olarak konservatif önlemlerle aynı anda lomber drenajın takılması yer alır (23, 24). Başka bir çalışmada, bununla birlikte bir haftalık prone pozisyonun BOS sızıntısını belirgin olarak azalttığı bildirilmiştir (25). Hastamızda, operasyon sırasında kist kapsülünün çevre dokulara yapışık olması nedeniyle subtotal rezeksiyon yapıldı. Postoperatif dönemde oluşan BOS sızıntısı literatürle uyumlu olarak hem medikal hem cerrahi yöntemler kullanılarak kontrol altına alınmaya çalışıldı. Her ne kadar medikal ve cerrahi yöntemlerle alınmasa da prone pozisyonda on günlük istirahat sonrasında kendiliğinden durdu. Tedavinin her aşamasında hasta ve hasta yakınları ayrıntılı şekilde bilgilendirilmiştir. Vakamızın özelliği, tüm medikal ve cerrahi yöntemlerle BOS sızıntısı kontrol altına alınamazken, sadece prone pozisyonda on gün yatırılması ile durdurulmasıdır.

Olgu-3

İntrakranyal kitle tanısıyla yatırılan hastanın cerrahi sonrasında sağ hemipleji tablosu gelişti. Medikal tedavisi başlanıp fizik tedavi ve rehabilitasyon programına alınan hasta postoperatif dönemde taburcu edildi. Taburcu olduktan on gün sonra pulmoner emboli oluşan hasta anestezi yoğun bakımına yatırılarak tedavi edildi. Hemipleji varlığında fizik tedavi ve rehabilitasyona rağmen emboli olması riskler arasındadır. Böyle hastalarda her ne kadar tedavi tarafımızdan başlanmamız olsa da, kar-zarar oranına bakılarak postoperatif erken dönemde antikoagülan tedavi başlanması açısından vakamız önemlidir. Antikoagülan tedavi açısından mutlaka hasta yakınlarına ayrıntılı bilgi verilerek, onların da görüşü alınarak başlanması, sonradan oluşabilecek mediko-legal sorunları bir nebze de olsa azaltabilir.

Olgu: 59 yaşında erkek hasta baş ağrısı yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın başka bir merkezde çekirilen beyin MRG'de kraniyal kitle saptanması üzerine ileri tetkik ve tedavi amacıyla servisimize yatırıldı. Hastanın yapılan ilk muayenesinde bilinç açık, koopere, oryante, pupiller izokorik, direkt ışık refleksi ve indirekt ışık refleksi bilateral pozitif, kraniyal sinir muayeneleri olağan, serebellar sistem muayenesi olağandı. Ekstremitelerde motor-duysal defisit saptanmadı. Hastanemizde çekilen Beyin BT ve Beyin MRG'lerde solda frontalde periorlandik yerleşimli santrali nekrotik, düzensiz sinirli heterojen kontrastlanan yaklaşık 4,5 cm çapında yüksek derece glial ile uyumlu kitle saptandı. (Resim-3A-3B). Hastaya antiödem ve antiepileptik tedavi başlandı. Kitle eksizyonu cerrahisine alınan hastanın kitle si gross total boşaltıldı. Postoperatif erken dönemde sağda hemiplejisi gelişen hastaya kontrol amacıyla Beyin BT ve Beyin Diffüzyon MRG çekirildi. (Resim-3C). Beyin BT de cerrahi alanda belirgin patolojisi olmayıp, Beyin Diffüzyon MRG de iskemi ile uyumlu alan mevcut değildi. Postoperatif birinci gün çekirilen Kontrastlı Beyin MRG'de tümörün grosstotal rezeksiyonu ve motor alanda cerrahiye bağı kontüzyonel alanlar oluştuğı görüldü. (Resim-3D). Steroid tedavisi devam eden hastaya postoperatif erken dönemde fizik tedavi ve rehabilitasyon başlandı. Postoperatif üçüncü günde önce sağ üst ekstremitte, sonrasında da sağ alt ekstremitede hareketler başladı ve kas gücü 3/5 konumuna geldi. Takiplerinde yara yerinde herhangi bir problem olmaması üzerine sütürleri alınan hastanın patolojisi anaplastik oligodendrogliom olarak raporlandı. Hastaya radyoterapi tedavisi planlanarak taburcu edildi. Ancak taburculuktan bir gün sonra nefes darlığı gelişen hastanın yapılan tetkiklerinde pulmoner emboli saptandı ve hasta anestezi yoğun bakımına

alındı. Hastaya Enoksaparin sodyum (0,6 IU 2x1) tedavisi başlandı. Bu dönemde operasyon lojunda olası hematoma açısından kontrol Beyin BT'ler çekirildi. Anestezi yoğun bakımına yatışının onuncu gününde kliniğinde belirgin düzelmesi olan hasta Göğüs Hastalıkları servisine alındı. Göğüs Hastalıkları servisinde bir hafta tedavisine devam edilen hasta radyoterapi alması için taburcu edildi.



Resim 3. Preoperatif Beyin BT ve Beyin MRG solda kontrast tutan yüksek grade glial tümör ile uyumlu kitleyi göstermekte (A-B). Postoperatif Beyin MRG de tümörün grosstotal rezeksiyonu ve motor alanda cerrahiye bağı kontüzyonel alanlar görülmekte (C). Postoperatif sağ hemipleji için çekilen ve iskemi olmadığını gösteren Beyin Diffüzyon MRG (D)

Glioblastoma Multiforme tedavisinde standart yaklaşım nörolojik hasar oluşturmayacak şekilde maksimum cerrahi rezeksiyon, radyoterapi ve kemoterapiyi içermektedir (26-28). Cerrahi sonrasında ortaya çıkabilecek komplikasyonlar; “kalıcı nörolojik defisit” (günlük yaşam aktivitelerini önemli ölçüde etkileyen fokal nörolojik defisit), “ölümcül nörolojik komplikasyon” (beyin enfarktüsü, ikincil kanama veya beyin öde-

mi), “geçici tıbbi komplikasyon” (derin ven trombozu, pulmoner arter embolisi, pnömoni veya miyokard enfarktüsü), “ölümcül tıbbi komplikasyon” (geçici tıbbi komplikasyonla aynı, ancak hastanede yatış sırasında ölüme yol açan) ve “enfeksiyon (bozulmuş yara iyileşmesi, ikincil kanama veya beyin omurilik sıvısı fistülü) şeklinde sıralanabilir (29, 30). Simanek ve ark. yapmış olduğu çalışmada, malign glioma hastalarının yaklaşık %30’unda hastalığın seyrinin bir noktasında derin venöz tromboembolizm (VTE) geliştirmesine rağmen, hasta ambulasyonundan sonra uzun süreli tromboz profilaksisi ile ilgili herhangi bir veri veya öneri bulunmadığını, cerrahi şeklinin biyopsi ve subtotal rezeksiyon şeklinde yapılan hastalarda VTE riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (31). Buna karşılık postoperatif dönemde başlayan düşük molekül ağırlıklı heparinin operasyon lojunda kanama riskinde artışa neden olabileceği bilinmektedir (32, 33). Hastamızda, postoperatif erken dönemde sağ hemipleji ortaya çıkmıştır. Operasyon lojunda kanama ihtimaline karşı hasta yakınları ile görüşüldükten sonra antikoagülan tedavinin başlanmamasına karar verilmiş ve hasta hızlı bir şekilde fizik tedavi ve rehabilitasyon programına alınmıştır. Ancak postoperatif onuncu günde nefes darlığı gelişmesi üzerine yapılan toraks BT’de pulmoner emboli tanısı konulmuş, kar-zarar oranı gözetilerek antikoagülan tedaviye başlanmıştır. Hastanın tüm yönetimi sırasında hasta yakınları ayrıntılı şekilde bilgilendirilerek sonradan oluşabilecek mediko-legal durumlar minimize edilmeye çalışılmıştır.

Olgu-4

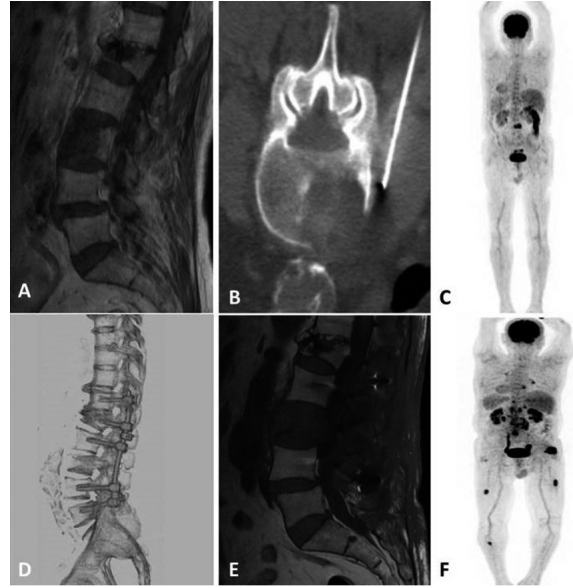
Lomber vertebrada kitle tanısıyla yatırılan hastaya iki kez tru-cut biyopsi işlemi yapıl-

masına rağmen patolojik tanı konulamadı. Çekilen PET BT’de patolojik tutulum saptanmadı. Takip eden dönemde şiddetli ağrı ve tetkiklerde medulla spinalise bası olması üzerine hastaya posterior stabilizasyon, füzyon ve açık biyopsi işlemi uygulandı. Patolojik tanı yine konulamadı. Takip sürecinde yara yerinde açılma ve tetkiklerde tüm vertebra- nın tutulması ve medulla spinalise tekrar bası saptanması üzerine hasta ikinci kez opere edildi ve tekrar patolojik örneklem yapıldı. Patoloji sonucu karsinom metastazı olarak geldi. İkinci kez yapılan PET BT’de kolonda patolojik tutulum saptandı. Hastamızın özelliği; Lomber BT ve Lomber MRG’de L3 vertebrada kitle ile uyumlu lezyon saptanmasına rağmen hem biyopsi hem de açık cerrahi ile patolojik tanının konulamamasıdır. Tanı ancak ikinci operasyonda alınan örneklem- ler ile konulmuş ve PET BT kolondaki patolojik tutulumu göstermiştir. Bu açıdan, tümör düşünülen hastalarda alınan örnekler ve PET BT ile primer odağı saptayamamak da hasta ve hasta yakınlarına böyle bir ihtimalin olabileceği mutlaka söylenmelidir. Aksi halde mediko-legal sorunlarla karşılaşma ihtimali artmaktadır.

Olgu: 70 yaşında erkek hasta bel sağ bacak ağrısı ile polikliniğimize başvurdu. Başka bir merkezde çekirilen Lomber MRG’de L3 vertebrada kitle saptanması (Resim-4A) üzerine ileri tetkik ve tedavi amaçlı servisi- mize yatırıldı. Hastanın yapılan nörolojik muayenesinde bilinç açık, koopere, oryante, pupiller izokorik, direkt ışık refleksi ve in- direkt ışık refleksi bilateral pozitif, kraniyal sinir muayeneleri olağan, serebellar sistem muayenesi olağandı. Ekstremitelerde motor ve duysal defisit saptanmadı. Hastanın lom- ber BT görüntülemesinde daha önceden L1 vertebraya kompresyon fraktürü nedeniyle kifoplasti işlemi uygulanmış ve L3 vertebrada metastatik tutulumu bağlı paraaortik bölgeye

lobulasyon gösteren, patolojik fraktüre sebep olmuş lezyon izlendi. Patolojik tanı konulabilmesi için öncelikle girişimsel radyoloji tarafından tru-cut biyopsi ile örneklem işlemi yapıldı (Resim-4B). Patoloji sonucunun miyofibroblastik proliferasyon, yağ nekrozu ve fibrozis olarak raporlanması üzerine hastaya PET çekirtilildi ancak patolojik tutulum saptanmadı (Resim-4C). Lumbosakral korse ile takip edilen hastanın şikayetlerinin ilerlemesi ve L3 vertebradaki tutulumun belirginleşmesi üzerine tekrar girişimsel radyoloji ile görüşülerek tru-cut biyopsi ile ikinci kez örneklem işlemi yapıldı. Patoloji sonucu bir önceki sonuç ile aynı geldi. Bu dönemde radyasyon onkolojisi tarafında radyoterapi uygulandı. Hastanın şikayetlerinin iyice artması ve Lomber MRG'de L3 vertebradaki kitlenin medulla spinalise baskı yapması sebebiyle, lomber dekompresyon ve stabilizasyon cerrahisine alındı. L3 vertebraya total laminektomi yapıldı. Takiben L3 vertebra korpusuna girilerek mor renkli sümüksü kıvamda kitle subtotal eksize edilerek patolojik örnekler alındı. Daha sonra L2-3 ve L3-4 foraminotomi işlemleri yapıldı. L1,2,4,5 seviyelerine bilateral transpediküler vida ile posterior stabilizasyon ve füzyon işlemleri uygulanarak cerrahi sonlandırıldı (Resim-4D). Postoperatif dönemde ağrıları geçen hasta sağlıklı şekilde taburcu edildi. Postoperatif on beşinci günde patoloji raporu disk materyali olarak geldi. Takiben hastaya hematoloji tarafından kemik iliği biyopsisi yapıldı ancak hematolojik malignensi düşünülmedi. Postoperatif dördüncü ayda ağrı şikayetinin tekrar artması ve yara yerinde açılma olması üzerine başvuran hastanın çekirtilen Lomber MRG'de L3 vertebradaki kitlenin patolojik fraktürün ilerlemesine bağlı olarak medulla spinalise tekrar bası yaptığı saptandı (Resim-4E). Bunun üzerine hasta ikinci operasyona alınarak cerrahi debridmana ek olarak L3 vertebradan

tekrar kitle eksizyonu yapıldı. Alınan örnekler patolojiye gönderildi. Postoperatif yara yeri temiz ve ağrı yakınması geçen hastanın patoloji sonucu karsinom metastazı olarak sonuçlandı. Hastadan tekrar PET istendi. Kolonda patolojik tutulum saptanması üzerine hastaya radyoterapi ve kemoterapi planlandı (Resim-4F). Bu dönemde sağ bacakta ani gelişen soğukluk ve solukluk sebebiyle tetkik edilen hastada femoral ve politeal arterde tıkanıklık saptandı. Kalp damar cerrahisi tarafından operasyona alındı. Takiben anestezi yoğun bakımına alınan hasta tedavisi devam ederken exitus oldu.



Resim 4. İlk başvuruda çekirtilen Lomber MRG de L3 vertebrada korpusu tutan kitle lezyonu görülmekte (A). Tru-cut biyopsi ile vertebra korpus ve çevre dokudan alınan örneklem işlemi (B). Tru-cut biyopsi işlemi sonrasında çekirtilen PET BT'de patolojik tutulum saptanmadı (C). Şikayetlerinin artması üzerine hastaya posterior servikal stabilizasyon, füzyon ve açık biyopsi uygulanması (D). Operasyondan yaklaşık 4 ay sonra çekirtilen Lomber MRG'de L3 vertebranın tamamının tutan ve medulla spinalise tekrar bası oluşturan kitle lezyonu (E). Patoloji raporunun karsinom metastazı gelmesi sonrası çekirtilen PET BT'de kolonda patolojik tutulum saptanması (F)

Metastatik omurga tümörlerinde primer lezyon bilinmiyorsa, ağrı ve felç tedavisi ile primer odak için tarama aynı anda yapılma-

lıdır (34). Bazen, primer odak bulunamaz. Bu gibi durumlarda, erkeklerde olası akciğer kanseri ve böbrek kanserini, yaşlı erkeklerde prostat kanserini, kadınlarda ise meme kanseri ve akciğer kanserini saptayabilmek için acil PET BT veya toraks, abdomen ve pelvis BT ile serum tümör belirteçlerini araştırmak önemlidir (35, 36). Mümkünse kortikosteroid tedavisinin hematolojik malignite durumunda histolojik tanı koymayı engelliyebildiği için biyopsi sonrasına ertelenmesi önerilmektedir (37). Kas-iskelet sistemi lezyonunun perkütan biyopsisi, açık cerrahi biyopsilere göre daha düşük morbidite, daha düşük komplikasyon oranları ve daha az maliyet dahil olmak üzere çeşitli avantajlara sahiptir (38). Kas-iskelet lezyonları için perkütan biyopsilerin bildirilen tanı koyma oranı %69 ile %91 arasında değişmektedir (39, 40). Spinal metastaz varlığında hangi hastaların cerrahi tedaviye gireceğine karar vermek için henüz net bir fikir birliği mevcut değildir. Tedavi seçeneklerinin belirtilmesine yardımcı olmak için çeşitli yönetim ilkeleri önerilmiştir (41, 42). Spinal metastaz varlığında cerrahi müdahale endikasyonları; 1- Radyoterapi, kemoterapi veya hormon tedavisi gibi ameliyatsız tedaviye yanıt vermeyen inatçı ağrı, 2- Radyoterapi, kemoterapi veya hormon tedavisine rağmen dirençli büyüyen bir tümörün varlığı, 3- Radyoterapi sonrasında medulla spinalise bası varlığında, 4- Patolojik kırık, ilerleyici deformite veya nörolojik defisit olarak kendini gösteren spinal instabilite, 5- Klinik oluşturan nöral kompresyon. Olgumuza öncelikle tanı amaçlı perkütan biyopsi önerdik ve yapılan biyopsi sonucu negatif gelince PET BT yaptırdık. Patolojik tutulum olmaması üzerine ikinci kez biyopsi yapıldı ve sonuç negatif geldi. Buna rağmen hastaya radyoterapi tedavisi yapıldı. Hastanın ağrılarının artması üzerine cerrahi planlanarak posterior stabilizasyon, füzyon ve açık biyopsi yapıldı. Açık biyopsi sonucu

da negatif gelince hasta takibe alındı. Postoperatif dördüncü ayda yara yeri açılan ve şikayetleri tekrar başlayan hastaya yeni lomber MRG çektilirip ikinci kez cerrahi planlandı. İkinci operasyonda alınan patoloji örnekleri sonrası karsinom metastazı şeklinde tanı konuldu. Yapılan ikinci PET BT'de kolonda tutulum saptandı ve hastaya tekrar radyoterapi planlandı. Hastanın tüm tedavi süreci literatüre uygun şekilde yapılmıştır. Hastamızın özelliği, iki kez biyopsi ve bir kez de açık cerrahiye rağmen tanı konulamamasıdır. Böyle spinal kitle vakalarında hasta ve hasta yakınlarına patolojik tanının biyopsi ile konulamayabileceği, açık cerrahiye ihtiyaç duyulabileceği ayrıntılı olarak anlatılmalı ve tedavinin her adımında hasta ve hasta yakınları bilgilendirilmelidir.

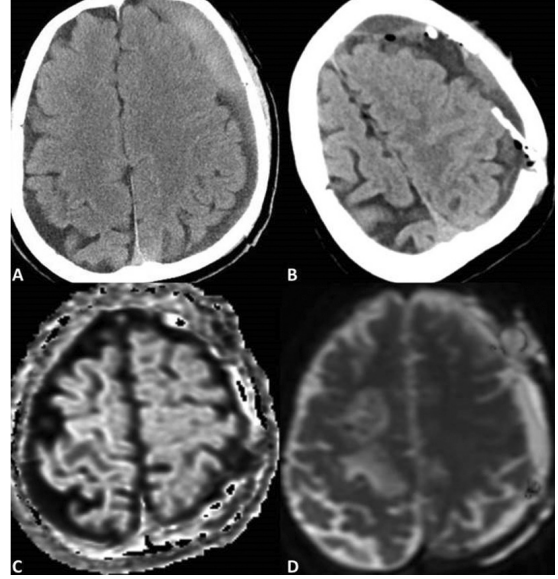
Olgu-5

Subakut subdural hematoma tanısıyla yatırılan hastamızın operasyonu başarılı geçmesine rağmen, asetil salisilik asit kesilmiş olduğundan önce serebral enfarkt geçirmiştir. Takiben antiagregan tedaviye başlanmış ancak epileptik nöbet geçirmesi üzerine yapılan tetkiklerde hemorajik enfarkt gelişmiş ve asetil salisilik asit tekrar sonlandırılmıştır. Takiben dört gün sonrasında nefes darlığı ortaya çıkmış, masif pulmoner emboli tanısı olan hastaya Enoksaparin sodyum tedavisi başlanmasına rağmen exitus olmuştur. Hastamızın özelliği, beyin kanaması sonrası antikoagülan kullanım hikayesi olan hastalarda zarar oranı gözetilerek tedavinin düzenlenmesini vurgulamasıdır. Ancak ne kadar dikkatli ve özverili olursa da bu tür hastalarda ani kötüleşmenin olabileceği akılda tutulmalı ve hasta yakınlarına mutlak suretle bu durum ayrıntılı olarak belirtilmelidir.

Olgu: 53 yaş erkek hasta baş ağrısı yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın

anamnezinde altı ay önce kalp rahatsızlığı nedeniyle asetil salisilik asit kullanmaya başladığı, on gün önce de bilincinde kötüleşme nedeniyle başvurduğu sağlık merkezinde kronik subdural hematoma tanısıyla ameliyat edildiği öğrenildi. Ameliyat sonrasında asetil salisilik asit tedavisinin sonlandırıldığı, postoperatif dönemde kanamanın tekrarlaması üzerine de hastanemize yönlendirildiği öğrenildi. Hastanın yapılan nörolojik muayenesinde bilinç açık, koopere, oryante, pupiller izokorik, direkt ışık refleksi ve indirekt ışık refleksi bilateral pozitif, kraniyal ve serebellar sistem muayeneleri olağandı. Ekstremitelerde motor ve duysal defisit saptanmadı. Hastanın çektilen Beyin BT'de solda en kalın yeri 15 mm olan subakut subdural hematoma saptanması üzerine (Resim-5A) yatışı yapılarak steroid ve antiepileptik tedavisine başlandı. Operasyona alınacağından dolayı asetil salisilik asit tedavisi başlanmadı. Yatışından üç gün sonra operasyona alınan hastanın daha önce ameliyatta açılan iki adet burr hole'den hematoma boşaltıldı. İki adet dren konularak operasyona son verildi (Resim-5B). Postoperatif dönemde yara yeri temiz ve mobilize olan hastanın postoperatif dördüncü günde solda üst ve alt ekstremitelerde 3-4/5 olacak şekilde hemiparezi gelişmesi üzerine acil Beyin BT ve Beyin Diffüzyon MRG çekildi. Sağda enfarkt alanı saptanması üzerine (Resim-5C) nöroloji konsültasyonu sonucu asetil salisilik asit 100 mg tedavisine başlandı. Genel durumu iyi mobilize olan hastanın taburculuğu planlanırken tedavinin yedinci gününde epileptik nöbet geçirmesi üzerine kontrol Beyin BT çekirildi. Beyin BT'de iskemi alanında hemorajik enfarkt saptanması üzerine (Resim-5D) tekrar nöroloji konsültasyonu sonucu görüşülerek asetil salisilik asit tedavisi sonlandırıldı. Takiben genel durumu tekrar toparlayan hastanın dört gün sonrasında nefes darlığı gelişti. İstenilen Göğüs Hastalık-

ları konsültasyonu sonrasında hastaya toraks BT çekirildi ve masif pulmoner emboli tanısı konuldu. Anestezi yoğun bakıma alınan hastaya 2x0,6 IU Enoksaparin sodyum tedavisi başlandı. Tedaviye yanıt vermeyen hasta exitus oldu.



Resim 5. Beyin BT aksiyel kesit solda subakut subdural hematoma göstermekte (A). Beyin BT aksiyel kesit solda 2 adet dreni ve operasyon yerinde havayı göstermekte (B). Diffüzyon Beyin MRG sağda diffüzyon kısıtlılığını yani iskemi göstermekte (C). Diffüzyon Beyin MRG sağda enfarkt alanı içine kanamayı göstermektedir (D)

Kronik subdural hematoma'nın çoğu travmaya bağlı olsa da kafa içi hipotansiyon ve pıhtılaşma problemleri de (koagülopati, antikoagülanlar ve antiplatelet ilaçlar) etiyolojide yer alır (43, 44). Asetil salisilik asit en sık kullanılan antiplatelet ajandır ve günde 40 mg kadar düşük dozların ciddi trombosit disfonksiyonuna neden olduğu bulunmuştur (45). Asetil salisilik asit COX2'yi geri dönüşümsüz olarak inhibe ettiğinden, etkili pıhtı oluşumu için gereken normal işleyen trombosit miktarını yenilemek için yeni trombosit oluşumu (5-7 gün) veya trombosit transfüzyonu için yeterli zaman gereklidir. COX2 fonksiyonu engellenmemiş yeni trombosit-

rin rejenerasyonu için asetil salisilik asit en az 5-7 gün (ortalama trombosit ömrü) kesilmelidir (46). Cerrahi müdahale, serebral kompresyonun klinik veya radyografik kanıtı (örn. maksimum kalınlık >1 cm) ile ilişkili nörolojik semptomların varlığına dayanmaktadır (47). Cerrahi teknik olarak twist-drill kraniyostomi, burr hole kraniyostomi ve geleneksel mini kraniyotomi olmak üzere üç ana yöntem mevcut olup, en iyi yöntemin hangisi olduğu konusunda hala fikir birliği bulunmamaktadır (47, 48) Cerrahi sonrası literatürde bildirilen nüks oranı %0-%76 arasında değişmektedir. Ayrıca, kronik subdural hematumlu hastalarda sıklıkla staza ve/veya hiperkoagülopatiyeye yatkın hale getiren nörolojik ve/veya kardiyak hastalıkları vardır. Bu nedenle böyle hastaların trombüs, derin ven trombozu ve pulmoner emboli açısından yüksek riskli oldukları akılda tutulmalıdır (49). Hastamızın anamnezinde kalp hastalığı ve aspirin kullanımı vardı. Hasta ilk operasyonunu olduktan sonra kanamanın tekrarlanması üzerine hastanemize yönlendirilmiş ve yatışını takiben üçüncü günde en kalın yeri 15 mm olduğu için operasyona alınmıştır. Ancak postoperatif dönemde aspirin kesilmesine bağlı serebral enfarkt geçirmiş, aspirin başlanması takibinde enfarkt bölgesinde hemoraji oluşmuş ve asetil salisilik asit tekrar kesilmiştir. İkinci kez asetil salisilik asit kesilmesinin ardından masif pulmoner emboli gelişmiş ve hasta exitus olmuştur. Bu tür komorbiditesi olan hastalarda cerrahi öncesinde mutlaka hasta yakınları oluşabilecek komplikasyonlar açısından bilgilendirilmelidir. Bu komplikasyonlar akut geliştiği için hasta yakınlarının kabullenmesi zor olmaktadır. Bu nedenle mediko-legal bir sorunla karşılaşmamak için tedavi öncesi oluşabilecek komplikasyonlar mutlaka akılda tutulmalıdır.

Yargıtay Kararlarında Beyin Cerrahi Olguları

Yargıtay 12. Ceza Dairesi/Esas Numarası: 2019/***/Karar Numarası: 2019/***/Karar Tarihi: 07.05.2019

“*** Devlet Hastanesinde beyin sinir cerrahi doktoru olan sanığın, bel fıtığı teşhisiyle ameliyatına karar verdiği ölenin, ameliyatını müteveffada bulunan fıtığı alıp yarayı kapamaya başladığı, kas ve cilt altı dikim işini bitirip cilt kısmına geldiğinde dolayısıyla ameliyatının bitmesine yakın bir sırada ölenin tansiyonunda düşme meydana geldiği, bunun üzerine sanığın ameliyatı bırakarak anestezi uzmanı ile birlikte ölene ilaç verdikleri, yapılan müdahaleye yeterli cevap gelmeyince kardiyoloji uzmanına haber verildiği, kardiyoloji uzmanının EKO ve USG yaptığı, müteveffanın durumunun akciğer embolisinden kaynaklanmadığının kesinleşmesi üzerine, ölenin karnında gözlenen şişliğin artması ve kan değerlerinde kanamayı düşündürücü unsurlar bulunması üzerine genel cerrahi uzmanına haber verildiği, genel cerrahi uzmanın göbek altından bir kesiyle cilt altına girdiğinde aktif ve yoğun bir kanama olduğunu görmesi üzerine kesiyi genişleterek, sağ iliak arterde büyük damar yaralanması olduğunu, bası uygulayarak kanamayı durdurup, kalp damar cerrahına haber verdiği, kalp ve damar cerrahınca hasarlı damar tamir edilip, bu süreçte yaklaşık 30-40 dakika boyunca kalp masajına devam edilip, tansiyon ilacı verildiği ve kan takviyesi yapıldığı, kanamanın durması üzerine hastanın kalbinin atmaya başlaması ve tansiyonun yükselmesiyle ameliyat sonlandırılarak hastanın yoğun bakıma alındığı, iki gün sonra kardiyak arrest gelişen hastanın vefat ettiği ve yapılan otopsi ile ölüm sebebinin büyük damar yaralanmasına bağlı batın içi kanama ve gelişen hemorajik şoktan ileri geldiğinin tespit edildiği olayda,

her ne kadar Adli Tıp Kurumu raporlarında kişinin hastaneye müracaatında gerekli tetkiklerinin yapılarak hastalığının doğru tanısının konulduğu, ameliyat endikasyonunun uygun olduğu, lomber disk hernisi ameliyatlarında lokalizasyon ve cerrahi komşuluğu nedeniyle damar yaralanmalarının ameliyatın bir komplikasyonu olduğu, zamanında tanısının konularak gerekli konsültasyonlar ve tetkikler yapılarak tıbbi ve cerrahi girişimlerde bulunulduğu, takiplerinin düzenli yapıldığı cihetiyle sanığa kusur atfedilemeyeceğinin bildirilmesi karşısında taksirle öldürme suçu bakımından suçun unsurlarının gerçekleşmemiş olması sebebiyle bu suç bakımından sanığın cezalandırılması mümkün olmamakla birlikte, lomber disk hernisi ameliyatlarında cerrahi komşuluğu sebebiyle damar yaralanmalarının bu girişimin bilinen ve akla ilk gelecek komplikasyonlardan biri olduğunun sanıkça sunulan makalelerden ve idari soruşturma sırasında alınan tıbbi görüş içerir rapordan da anlaşılması karşısında Yüksek Sağlık Şurası'nın 19-20.09.2013 tarihlerinde alınan raporunda da belirtildiği üzere, hastaya uygulanan ameliyat sırasında gelişen büyük arter yaralanmasının ameliyat sırasında gelişen bir komplikasyon olduğuna; ancak komplikasyon yönetiminde beyin cerrahisi uzmanının büyük arter yaralanmasına hemen müdahale etmesi gerekirken kardiyoji, kalp damar cerrahisi ve genel cerrahi uzmanlarını çağırmanın zaman kaybettirdiği, ayrıca ameliyat sırasında hastaya, EKO yapılmasının da zaman kaybettirdiği dikkate alındığında komplikasyon yönetiminde eksiklik olduğuna ilişkin olayın oluşuna uygun düşen raporda da işaret edildiği üzere sanığın görevinin gereklerini yapmak hususunda ihmal ve gecikme gösterdiği anlaşıldığından ihmal suretiyle görevi kötüye kullanma suçu kapsamında değerlendirilerek, atılı suçtan cezalandırılmasına karar verilmesi gerektiği

gözetilmeden, yazılı şekilde beraatine karar verilmesi,”

Kanuna aykırı olup, hükmün isteme uygun olarak BOZULMASINA 07.05.2019 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.

Askeri Yüksek İdare Mahkemesi 2. DAİRESİ/Esas Numarası: 2002/***/Karar Numarası: 2004/***/Karar Tarihi: 01.12.2004

DAVANIN KONUSU: Maddi ve Manevi Tazminat İstemi.

“Dava dosyasında bulunan bilgi ve belgelerden; müteveffa ***'ın *** Tabur Komutanlığında askerlik hizmetini yaparken 15 Nisan 2000 günü sabah sporunda uzun atlama esnasında düştüğü ve L3 vertebra kemiğinin kırıldığı, aynı gün sevk edildiği *** Asker Hastanesi acil polikliniğinde muayene edildikten sonra sevk kağıdına “Baştabipliğe, mekanik bel ağrısı, müşahade edildi, tedavi düzenlendi, 3 gün istirahat verildi. Beyin cerrahi servisine kontrole gelecek” yazılarak birliğine geri gönderildiği, müteveffanın 18 Nisan 2000 tarihinde istirahat bitiminde tekrar *** Asker Hastanesi Nöroşirurji polikliniğine sevk edildiği, Beyin Cerrahi Kliniğinde, Beyin ve Sinir Cerrahi uzmanı Doktor *** tarafından muayene edilerek “disk hernisi” ön tanısı ile MRI istendiği, 18 Nisan 2000 tarihinde MR çekimi için *** Numune Hastanesi Baştabipliğine sevk edilen müteveffaya 03 Mayıs 2000 günü saat 13:00’de çekim için randevu verildiği, çekilen MR filmi ile birlikte tekrar *** Asker Hastanesi Beyin Cerrahi polikliniğine gelen müteveffanın, 04 Mayıs 2000 tarihinde hastaneye yatmasına karar verildiği, 05 Mayıs 2000 - 11 Mayıs 2000 tarihlerinde yatarak tedavi uygulandığı, Sağlık Kurulunun 10 Mayıs 2000 tarih ve 1232 sayılı raporu ile “L3 kompresyon kırığı, hastanın THY uçağı ile yatarak hemşire refakatinde *** Ortopedi Kliniğine sevkine uygundur. Bir adet çelik belli lumbosakral korse temini uygundur.”

kararı ile ***'ya sevk edildiği, *** Ortopedi Kliniğinde 11 Mayıs 2000 - 17 Mayıs 2000 tarihlerinde yatarak tedavi gördükten sonra *** Sağlık Kurulunun 17 Mayıs 2000 tarih ve 4824 sayılı raporu ile "L3 vertebra kırığı SMK ile 3 ay hava değişimi" verildiği ve alçı korse uygulandığı, 3 ay hava değişimi sonunda, *** Ortopedi Kliniğine başvuran müteveffanın 17 Ağustos 2000 tarih ve 8889 sayılı sağlık kurulu raporu ile tekrar "SMK bir ay hava değişimi" verildiği, hava değişimi bitiminde *** Üniversitesi Hastanesinin 19 Eylül 2000 tarih ve 3472 sayılı raporu ile "bir ay istirahat" verildiği, istirahat bitiminde birliğine katıldığı, *** Asker Hastanesinin Sağlık Kurulunun 06 Aralık 2000 gün ve 4251 sayılı raporuyla "Eski L3 Korpus Fraktörü Lomber Spinal Travma" tanısıyla, tedaviye *** Nöroşirurji AD'nda devam edilmek üzere iki ay hava değişimi verildiği, hava değişiminde iken *** Üniversitesi Tıp Fakültesinde 15 Aralık 2000 ve 16 Ocak 2001 tarihlerinde iki kez ameliyat uyguladığı, 08 Şubat 2001 tarihinde *** Ortopedi Kliniğine başvurusu üzerine "Ewing tümörü" teşhisi konarak kemoterapiye başlandığı, 19 Şubat 2001 - 28 Mart 2001 tarihlerinde radyoterapi uygulandığı, aralıklı olarak kemoterapi tedavisine devam edildiği ve 26 Aralık 2001 tarihinde kompresyon fraktörü nedeni ile operasyon uygulandığı, operasyondan sonra progresyon saptanması üzerine 07 Ocak 2002 tarihinde yeni tedavi rejimi düzenlendiği ve son kemoterapinin 10 Nisan 2002 tarihinde uygulandığı ve 08.05.2002 tarihinde altı ay hava değişimi verildiği, hava değişiminde iken 17.06.2002 tarihinde vefat ettiği, davacıların vekilleri vasıtası tazminat istemi ile başvuruda bulundukları, işbu davayı açtıkları anlaşılmıştır."

"Davacı vekilinin müvekkillerinin ölüm olayının görev sırasında meydana gelen sakatlanmadan kaynaklandığı, spor yapılan yerin idare tarafından temizlenmediği için düş-

me ve L3. vertebra kırığının meydana geldiği, kırığın tedavisinin *** Asker Hastanesinde yeterli yapamadığı, ilk müdahalede yanlış teşhis konduğu, hatta kırığın dahi tespit edilmediği, tıbbi tedavide gerekli özenin gösterilmediği, idarenin yeterli tedavi yapmayarak hizmet kusuru işlediği, hava değişiminden sonra müteveffa ***'nın depo çavuşluğuna görevlendirilerek malzeme taşımak suretiyle kırığın tekrar açılmasına ve hastalığın nüks etmesine sebep olduğu, ölüm olayında idarenin kusurlu olduğu, yeterli tedavi yapılmadığı için müteveffanın durumunun gittikçe kötüleştiği, 2 yıla yakın yatağa bağımlı tedaviden sonra vefat ettiği, teşhis ve tedavide geç kalındığını ve tedavide gerekli özenin gösterilmediğini ileri sürmesi nedeni ile iddianın niteliği itibarıyla teknik olarak Tıp ilmiyle ilgili bulunduğu, davacının rahatsızlığının tanı ve tedavisinde, tıbbi yönden ihmal ya da icrai kusurlu bir davranışın söz konusu olup olmadığının, hizmet kusuru bulunup bulunmadığının uzmanlarınca tespiti gerektiği kanaatine varılmıştır. Hizmet kusurunun varlığı veya yokluğu, rahatsızlığın askerliğin sebep ve tesiri ile meydana gelip gelmediğinin tespiti davalı İdarenin zararlardan hukuki sorumluluğu ya da sorumsuzluğunun nedeni olacaktır Bu nedenle tıbbi bilirkişi incelemesine karar verilerek dayanak oluşturacak davacının sağlık işlemleri ilgili evrakları *** Asker Hastanesinden, *** Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinden, *** Komutanlığından ve birliğinden celp edilerek davacıların yakını Müteveffa ***'ın 15 Nisan 2000 tarihinde uzun atlama sırasında sakatlanmasından sonra birlik tabibince *** Asker Hastanesince sevki ile burada uygulanan teşhis ve tedavide ihmal ve gecikme olup olmadığı, müteveffanın *** Ortopedi Kliniğine sevk edilmesinden sonra burada yapılan tedavilerde ihmal veya gecikme olup olmadığı, müteveffada saptanan "Ewing Sarkom" hastalığının başlangıçta

meydana gelen “L3 vertebra kırığı” veya bu kırığa uygulanan tedavinin eksik veya yanlış olmasından kaynaklanıp kaynaklanmadığı, uygulanan “Ewing Sarkom” tedavisinde tıbbi ihmal ya da hata bulunup bulunmadığı, meydana gelen ölüm olayının, yapılan tüm tedavilerindeki ihmal ve gecikmelerden kaynaklanıp kaynaklanmadığı uzmanlardan oluşan bilirkişiden sorularak aydınlatılmıştır. *** Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Ünitesinde görevli öğretim üyeleri Prof. ***, Doç. Dr. ***, ve Doç. Dr. *** tarafından düzenlenen bilirkişi raporunda; sonuç olarak, düşme sonucu meydana gelen vertebra kırığı ile sekiz ay kadar sonra ortaya çıkan Ewing sarkomu arasında bir ilişkinin olmadığı, Ewing sarkom hastalığının tedavisinde herhangi bir ihmal veya hatanın söz konusu olmadığı, Ewing sarkomun erişkin yaş gurubunda prognozu kötü olan bir hastalık olduğu ve hastaların büyük oranda bu hastalık neden ile kaybedildiği, Çvş. ***’ın hastalığını tanı ve tedavisinde herhangi bir ihmal veya hatanın olmadığı yapılan tedavinin yeterli ve uygun olduğu bildirilmiştir.”

“Davacı vekilinin itirazlarını karşılamak üzere aynı bilirkişilerden davacı vekilinin taleplerini karşılayacak ek rapor talep edilmiş, bilirkişilerin düzenlediği 30 Temmuz 2004 tarihli ek raporda; dava dosyası ile tüm tıbbi kayıtlar ve röntgen filmleri ile davacı vekilinin talepleri incelenip değerlendirildikten sonra, “sonuç olarak; düşme sonucu gelişen vertebra kırığı ile sekiz ay sonra ortaya çıkan Ewing sarkomu arasında ilişki yoktur. Ewing sarkomu tedavisinde herhangi bir ihmal veya hata söz konusu değildir. Ewing sarkomu erişkin yaş gruplarında prognozu kötü olan bir hastalıktır ve hastalar büyük oranda bu hastalık nedeniyle kaybedilmektedir. ***’ın Ewing sarkomu hastalığının tanı ve tedavisinde herhangi bir ihmal veya hata söz konusu olmadığı kanaatine varılmıştır.” görüşü bildirilmiştir.”

“İdare Hukuku İlkelerine ve Anayasamıza göre, idarenin tazminle sorumlu tutulabilmesi için bir zararın varlığı, zararı doğuran işlem veya eylemin idareye yüklenebilir nitelikte olması, zararlar işlem veya eylem arasında nedensellik (illiyet) bağının bulunması gerekir. Bu koşullardan birisinin yokluğu, idarenin tazminle sorumlu tutulma yükümlülüğünü ortadan kaldırır. Bir zarar yoksa veya meydana gelen zarar idari eylem ya da işlemten doğmamış ise veyahut zararlar idari işlem ve eylem arasında nedensellik bağı kurulamıyorsa idarenin tazmin sorumluluğundan söz edilemez. Davacıların yakınının ölümünün, davacı vekilinin iddia ettiği zararın hizmetin yanlış kurulup yürütülmesinden kaynaklanmadığı, idarenin kusurlu bir davranışından ileri gelmediği, diğer bir deyişle zararlı sonuçlar idarenin davranışı arasında nedensellik bağının bulunmadığı bilirkişilerin raporuyla kanıtlanmıştır. Bu bağlamda, davacıların yakınının ölümü ve zararının hizmetten kaynaklanmadığı, bünyesel olduğu, idareye yöneltilecek herhangi bir kusurlu hareketin bulunmadığı anlaşılmaktadır. Bünyesel bir rahatsızlığın sonuçlarından idarenin sorumlu tutulmasına hukuken olanak yoktur. Davacıların yakınının ölümüne neden olan Ewing Sarkom hastalığının müteveffanın belinin kırılması olayı ile de ilgili olmadığı tıbbi bilirkişilerce kesin bir biçimde ifade edilmiştir. İdareye yüklenmesi mümkün olmayan bir rahatsızlık nedeniyle davalı idarenin zararlardan sorumlu olamayacağı sonuç ve kanaatine varılmıştır.”

Sonuç ve Öneriler

Ülkemizde tıbbi uygulama hatası ile ilgili görüşün alındığı Yüksek Sağlık Şurası raporlarına göre; 30 hekimde bir hekimin tıbbi uygulama hatası ile ilgili olarak yasal takibe maruz kaldığı bildirilmektedir (50).

Bir sorunun çözümünde öncelikle o sorunun farkındalığının olması ve sorunu kabul ederek çözmeye çalışılmalıdır. Özellikle tıbbi uygulama hatalarında sorunun ne olduğunun bilinmesi; önlemlerin alınması ve çözümün bulunmasında önemli bir basamaktır.

Tıbbi uygulama hatalarının azaltılması için mezuniyet öncesi eğitimin önemli olduğu kadar mezuniyet sonrası eğitimin de önemli olduğunu unutmamak gereklidir. Mezuniyet sonrası eğitim, uzmanlık dernekleri ya da sağlık bakanlığı tarafından düzenlenebilir. Burada amaçlanan hedef, hekimin tıbbi uygulama hatasından koruyabilmek için kendi bilimsel açığının kapatılmaya çalışılmasıdır.

Hekim ile hasta arasındaki ilişkilerden de kaynaklı tıbbi uygulama hataları gelişebilir. Bu durumda hasta ile hekim arasındaki ilişkinin detaylı ve hasta tarafından anlaşılır bir şekilde kurulması gereklidir. Hastaya yapılacak her türlü cerrahi işlem hastanın anlayacağı bir dilde anlatılmalı yazılı olarak kayıt altına alınmalıdır.

Hekimleri, tıbbi uygulama hatası ile karşı karşıya kaldıklarında kendilerini koruyabileceği en iyi yöntem, yapmış olduğu işlemlerin ayrıntılı olarak yazıldığı tıbbi kayıtları olacaktır. Bu nedenle hekim tıbbi kayıtlarını zamanında eksiksiz ve ayrıntılı bir şekilde tutması ileride gerçekleşebilecek şikayet konusunda koruyucu olacaktır.

Kaynaklar

1. Aynacı Y. 2008. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Tezi Konya.
2. Selçuk M. 2015. Çekinik (Defansif) Tıp. İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku Yüksek Lisans Tezi İzmir.
3. Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice risk according to physician specialty. *N Engl J Med*. 2011;365(7):629-36.
4. LeFever D, Demand A, Kandregula S, Vega A, Hobbey B, Paterson S et al. Status of current medicolegal reform in the United States: a neurosurgical perspective. *Neurosurg Focus* 2020;49(5):E5.
5. Larkin CJ, Roumeliotis AG, Karras CL, Murthy NK, Karras MF, Tran HM et al. Overview of medical malpractice in neurosurgery. *Neurosurg Focus* 2020;49(5):E2.
6. Debono B, Hamel O, Guillaing A, Durand A, Rué M, Sabatier P et al. Impact of malpractice liability among spine surgeons: A national survey of French private neurosurgeons. *Neurochirurgie*. 2020;66(4):219-224.
7. Yan SC, Hulsbergen AFC, Muskens IS, van Dam M, Gormley WB, Broekman MLD et al. Defensive medicine among neurosurgeons in the Netherlands: a national survey. *Acta Neurochir (Wien)* 2017;159(12):2341-2350.
8. Solaroglu I, İzci Y, Yeter HG, Metin MM, Keles GE. Health transformation project and defensive medicine practice among neurosurgeons in Turkey. *PLoS One*. 2014;9(10):e111446.
9. Kalkan E, Özer K, İzci, E. ve Erdi F. Beyin ve Sinir Cerrahisi Uzmanlarının Tıbbi Uygulama Hatası Davaları Karşısında Defansif Tıp Uygulamalarının Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. *Journal of Healthcare Management and Leadership* 2020;(1)54-69.
10. Fehlings MG, Vaccaro A, Wilson JR, Singh A, W Cadotte D, Harrop JS et al. Early versus delayed decompression for traumatic cervical spinal cord injury: results of the Surgical Timing in Acute Spinal Cord Injury Study (STASCIS). *PLoS One*. 2012;7(2):e32037.
11. Wilson JR, Singh A, Craven C, Verrier MC, Drew B, Ahn H et al. Early versus late surgery for traumatic spinal cord injury: the results of a prospective Canadian cohort study. *Spinal cord*, 2012;50(11):840-843.
12. Gelb DE, Aarabi B, Dhall SS, Hurlbert RJ, Rozzelle CJ, Ryken TC et al. Treatment of subaxial cervical spinal injuries. *Neurosurgery* 2013;72(2):187-194.
13. Consortium for Spinal Cord Medicine. Early acute management in adults with spinal cord injury: a clinical practice guideline for health-care professionals. *J Spinal Cord Med* 2008;3(4):403-479.
14. Rogers WK, Todd M. Acute spinal cord injury. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2016;(1):27-39.
15. Bracken MB, Shepard MJ, Holford TR, Leo-Summers L, Aldrich EF, Fazl M et al. Administration of methylprednisolone for 24 or 48 hours or tirilazad mesylate for 48 hours in the treatment of acute spinal cord injury. Results of the Third National Acute Spinal Cord Injury Randomized Controlled Trial. *National Acute Spinal Cord Injury Study*. *JAMA* 1997;277(20):1597-604.
16. Bracken MB, Shepard MJ, Holford TR, Leo-Summers L, Aldrich EF, Fazl M et al. Methylprednisolone or tirilazad mesylate administration after acute spinal cord injury: 1-year follow up. Results of the third National Acute Spinal Cord Injury randomized controlled trial. *J Neurosurg* 1998;89(5):699-706.
17. Evaniew N, Noonan VK, Fallah N, Kwon BK, Rivers CS, Ahn H et al. Methylprednisolone for the Treatment of Patients with Acute Spinal Cord Injuries: A

- Propensity Score-Matched Cohort Study from a Canadian Multi-Center Spinal Cord Injury Registry. *J Neurotrauma* 2015;32(21):1674-1683.
18. COVIDSurg Collaborative. Mortality and pulmonary complications in patients undergoing surgery with perioperative SARS-CoV-2 infection: an international cohort study. *Lancet* 2020;396(10243):27-38.
 19. Spinato G, Gaudioso P, Falcioni M, Mosto MCD, Cocuzza S, Maniaci A et al. Giant Epidermoid Cyst of Posterior Fossa-Our Experience and Literature Review. *Dose Response* 2021;24;19(1):15593258211002061.
 20. Wibroe M, RoCHAT P, Juhler M. Cerebellar Mutism Syndrome and Other Complications After Surgery in the Posterior Fossa in Adults: A Prospective Study. *World Neurosurg* 2018;110:e738-e746.
 21. Altaf I, Vohra AH, Shams S. Management of Cerebrospinal Fluid Leak following Posterior Cranial Fossa Surgery. *Pak J Med Sci* 2016;32(6):1439-1443.
 22. MR Islam, KMT Islam, M Hossain, MH Rashid, S Dhakhal, A Khair et al: Clinical Outcome of Posterior Fossa Tumor Surgery Without Preoperative Ventriculo-peritoneal Shunt. *Bangladesh Medical Journal* 2011;40(1):43-47.
 23. Bayazit YA, Celenk F, Duzlu M, Goksu N. Management of cerebrospinal fluid leak following retrosigmoid posterior cranial fossa surgery. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec* 2009;71(6):329-333.
 24. Fishman AJ, Hoffman RA, Roland JT Jr, Lebowitz RA, Cohen NL. Cerebrospinal fluid drainage in the management of CSF leak following acoustic neuroma surgery. *Laryngoscope* 1996;106(8):1002-1004.
 25. Baldia M, Rajshekhar V. Minimizing CSF Leak and Wound Complications in Tethered Cord Surgery with Prone Positioning: Outcomes in 350 Patients. *World Neurosurg* 2020;137:e610-e617.
 26. Witthayanuwat S, Pesee M, Supaadirek C, Supakalin N, Thamronganantaskul K, Krusun S. Survival Analysis of Glioblastoma Multiforme. *Asian Pac J Cancer Prev* 2018;19(9):2613-2617.
 27. Aliferis C, Trafalis DT. Glioblastoma multiforme: Pathogenesis and treatment. *Pharmacol Ther* 2015;152:63-82.
 28. Kushnir I, Tzuk-Shina T. Efficacy of treatment for glioblastoma multiforme in elderly patients (65+): a retrospective analysis. *Isr Med Assoc J* 2011;13(5):290-294.
 29. Hoffer mann M, Bruckmann L, Kariem Mahdy A, Asslauer M, Payer F, von Campe G. Treatment results and outcome in elderly patients with glioblastoma multiforme: a retrospective single institution analysis. *Clin Neurol Neurosurg* 2015;128:60-69.
 30. Ening G, Osterheld F, Capper D, Schmieder K, Brenke C. Risk factors for glioblastoma therapy associated complications. *Clin Neurol Neurosurg* 2015;134:55-59.
 31. Simanek R, Vormittag R, Hassler M, Roessler K, Schwarz M, Zielinski C et al. Venous thromboembolism and survival in patients with high-grade glioma. *Neuro Oncol* 2007;9(2):89-95.
 32. Browd SR, Ragel BT, Davis GE, Scott AM, Sklabrin EJ, Couldwell WT. Prophylaxis for deep venous thrombosis in neurosurgery: a review of the literature. *Neurosurg Focus* 2004;17(4):E1.
 33. Danish SF, Burnett MG, Stein SC. Prophylaxis for deep venous thrombosis in patients with craniotomies: a review. *Neurosurg Focus* 2004;17(4):E2.
 34. Tokuhashi Y. Treatment of metastatic spine tumor. *Journal of the Japanese Orthopaedic Association* 2007;81:573-584.
 35. Gasbarrini A, Cappuccio M, Mirabile L, Bandiera S, Terzi S, Barbanti Bròdano G et al. Spinal metastases: treatment evaluation algorithm. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2004;8(6):265-274.
 36. Harrington KD. Orthopedic surgical management of skeletal complications of malignancy. *Cancer*. 1997;80:1614-1627.
 37. Bollen L, Dijkstra SPD, Bartels RHMA, de Graeff A, Poelma DLH, Brouwer T et al. Clinical management of spinal metastases-The Dutch national guideline. *Eur J Cancer* 2018;104:81-90.
 38. Chang CY, Huang AJ, Bredella MA, Martin Torriani M, Elkan F, Halpern EF, Daniel I, Rosenthal DI et al. Percutaneous CT-guided needle biopsies of musculoskeletal tumors: a 5-year analysis of non-diagnostic biopsies. *Skeletal Radiol* 2015;44:1795-1803.
 39. Wu JS, Goldsmith JD, Horwich PJ, Shetty SK, Hochman MG. Bone and soft-tissue lesions: What factors affect diagnostic yield of image-guided core-needle biopsy? *Radiology* 2008;248:962-970.
 40. Yang SY, Oh E, Kwon JW, Kim HS. Percutaneous Image-Guided Spinal Lesion Biopsies: Factors Affecting Higher Diagnostic Yield. *AJR* 2018;211(5):1068-1074.
 41. Tomita K, Kawahara N, Kobayashi T, Yoshida A, Murakami H, Akamaru T. Surgical strategy for spinal metastases. *Spine* 2001;26(3):298-306.
 42. McLain RF, Weinstein JN. Tumors of the spine. *Semin Spine Surg* 1990;2:157-180.
 43. Yadav YR, Parihar V, Namdev H, Bajaj J. Chronic subdural hematoma. *Asian J Neurosurg* 2016;11(4):330-342.
 44. Mehta V, Harward SC, Sankey EW, Nayar G, Codd PJ. Evidence based diagnosis and management of chronic subdural hematoma: A review of the literature. *J Clin Neurosci* 2018;50:7-15.
 45. Tohgi H, Konno S, Tamura K, Kimura B, Kawano K. Effects of low-to-high doses of aspirin on platelet aggregability and metabolites of thromboxane A2 and prostacyclin. *Stroke* 1992;23:1400-1403.
 46. Taylor G, Osinski D, Thevenin A, Devys J-MM. Is platelet transfusion efficient to restore platelet reactivity in patients who are responders to aspirin and/or clopidogrel before emergency surgery? *J Trauma Acute Care Surg* 2013;74:1367-1369.
 47. Ivamoto HS, Lemos HP, Atallah AN. Surgical treatments for chronic subdural hematomas: a comprehensive systematic review. *World Neurosurg* 2016;86:399-418.
 48. Almenawer SA, Farrokhhyar F, Hong C, Alhazzani W, Manoranjan B, Yarasca vitch B, et al. Chronic subdural hematoma management: a systematic review and meta-analysis of 34,829 patients. *Ann Surg* 2014;259:449-457.
 49. Weigel R, Schmiedek P, Krauss JK. Outcome of contemporary surgery for chronic subdural haematoma: evidence based review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003;74:937-943.
 50. <http://www.turkhukuksitesi.com/showthread.php?t=18941>. Erişim tarihi: 19.01.2022