

Patolojide Tıbbi Uygulama Hataları

Malpractice in Pathology: Review

Dr. Işıl PAKIŞ,^a
Dr. Oğuz POLAT^b

^aTıbbi Patoloji AD,
Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu,
^bAdli Tıp AD,
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi,
İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 14.05.2007
Kabul Tarihi/Accepted: 31.07.2007

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Işıl PAKIŞ
Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu
Tıbbi Patoloji AD, İstanbul
TÜRKİYE/TURKEY
isilpakis@yahoo.com

ÖZET Tıbbi uygulama hataları tanı, tedavi ve izlem aşamasında görülmektedir. Tıbbi uygulamalar içinde patolojide görülen uygulama hataları büyük oranda tanı hataları şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Literatürde patolojide tanı hataları %0.26-%1.2 arasında bildirilmektedir. Ancak günümüzdeki beklenti hiç hata olmaması şeklindedir. Patologlar hastaya doğru tanı konmasında önemli bir yere sahiptirler. Bu nedenle patologlar hem teknik altyapı hem de bilgi donanımı açısından yüksek standartta çalışmalıdır. Patolojide en sık görülen hataları belirlemek bunların azaltılmasına katkı sağlayacaktır. Troxel patolojide tanı hataları açısından en riskli 6 alanı şu şekilde sınıflamıştır: Meme biyopsileri, melanom ve lenfoma olguları, ince iğne aspirasyon biyopsileri (İİAB), frozen inceleme, prostat biyopsileri. Bu hataları azaltmak için stratejiler geliştirilmeli ve kalite kontrol sistemleri uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Tıbbi uygulama hatası; cerrahi patoloji; kalite kontrol

ABSTRACT Medical malpractice may occur during diagnosis, treatment and follow-up. Malpractice cases in pathology usually result from mistakes in diagnosis. The reported clinically significant diagnostic error rate in surgical pathology varies from 0.26% to 1.2%. Nevertheless, the current expectation is no error at all. Pathologists play an important role in diagnosing the patient accurately. Thus, pathologists have to maintain high standard both in their scientific capacity and in technical infrastructure. Identifying the most frequent errors in pathology will contribute to reduce their occurrence. Troxel classified the 6 fields of highest risk in pathology as follows: breast biopsy, cases of melanoma and lymphoma, fine needle aspiration (FNA), frozen section and prostate biopsy. Strategies should be developed and quality control systems should be implemented in order to decrease these errors.

Key Words: Malpractice; pathology, surgical; quality control

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008, 28:342-348

Tıbbi uygulama hataları; Dünya Tabipler Birliği'nin 1992 yılındaki 44. genel kurulunda 'hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar' olarak tanımlanmıştır.¹⁻³

Tıbbi uygulama hatası, "hastanın yaralanmasına sebep olan, kabul edilmiş sağlık bakım ve beceri standartlarını sağlamada, bakım hizmeti sunan açılarından, başarısızlık veya yanlış uygulama" olarak da tanımlanmaktadır.¹

Hastalık sürecinde olaylar normal seyrinde gelişebileceği gibi, bir zarar da oluşabilir. Bu zarar yani istenmeyen sonuç; hem izin verilen risk yani komplikasyon sonucunda hem de tıbbi uygulama hatası sonucunda gelişebilir.¹⁻³

Hastada bir zarar ortaya çıktığında, bunun tıbbi uygulamadan kaynaklanıp kaynaklanmadığını, uygulamanın kusurlu olup olmadığını belirleme görevi, tıbbi bilirkişilerindir. Tıbbi bilirkişi ortaya çıkan zarar; uygulamayı yapanın eğitim düzeyini göz önünde bulundurarak, aynı ortam koşullarında, aynı yetkinlik düzeyinde bir hekimin göstermesi gereken özeni gösterip göstermediğine bakarak değerlendirir.¹

Malpraktis ifadesi; profesyonel anlamda ilk kez 18. yüzyılın başlarında İngiliz hukuk teorisinde ortaya atılan bir kavramdır. 1768'de Sir William Blackstone'nin İngiliz hukuku üzerine olan, modern anlamda kullandığımız malpraktisin orijinin de oluştuğu "mala praxis" kelimesinin geçtiği ünlü yorumunda; tıbbi uygulama hatalarını, "ihmal ya da beceri eksikliği içeren hekimin, cerrahın ya da eczacının yönetimi sonucunda hastanın zarara uğrayarak hekime güvenin sarsılması" şeklinde tanımlanmıştır. Bu yorum Amerikan tarihinde önemli etki bırakmıştır. Ancak teorik olarak tanımlanmasına karşın 19. yüzyılın ilk 40 yılında Amerika'da tıbbi uygulama hataları ile ilgili bir hareket gündeme gelmemiştir.⁴

Tıbbi uygulama hatalarının günümüzdeki biçimiyle modern tıbbın gündemine girmesi için oldukça uzun zaman geçmiştir. ABD başta olmak üzere İngiltere ve Kanada gibi ülkelerde 1970'lerin sonlarından itibaren tıbbi uygulama hataları ve bunlara karşı yüksek tazminat cezaları gündeme gelmiştir. Hasta hakları ile ilgili ilk çalışmalarda aynı tarihlerde başlamıştır.^{1,4}

1980'li yıllarda da hala milyonlarca dolarlık tazminat davaları olmasına ve cezalar verilmesine karşın, hekimleri sigorta eden kuruluşların bunları karşıladığı görülmektedir.¹

1990'lı yıllarda bu yüksek tazminatlar ve suçlamalar; tıbbi uygulamalarda bazı olumsuzluklara yol açmıştır. Hekimler çok sayıda, aşırı ayrıntılı ve çoğunlukla da gereksiz tanı yöntemlerine başvurmuşlardır.¹

Gelişen teknoloji ve bilimsel ilerlemeler doğrultusunda tıbbi uygulamalarda gelişmeler olmasına rağmen, son yıllarda ülkemizde tıbbi uygulama hatası davalarında artış izlenmektedir.^{1,5}

Tıbbi uygulama hataları tanı, tedavi ve izlem aşamasında görülmektedir. Bu alanlar içinde pato-

lojide görülen uygulama hataları büyük oranda tanı hataları şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Bu tanı hataları tedavi sürecini etkileyerek hastada zarara yol açabilir. Patoloji nispeten düşük bir tanı hatası oranına sahiptir. Bu hataların az sayıda görülen zor ya da eksik ve yanlış klinik bilgiye sahip olguya bağlı olduğu vurgulanmaktadır.⁶

Patologlar hastaya doğru tanı konmasında önemli bir yere sahiptirler. Bu nedenle patologlar hem teknik altyapı hem de bilgi donanımı açısından yüksek standartta çalışmalıdır. Günümüzde beklenti hiç hata olmaması şeklindedir. Patolojide değerlendirmelerin doku ve hücre düzeyinde oluşu, histokimyasal ve immünohistokimyasal yöntemler kullanılması patologlara objektif bir inceleme alanı sağlamaktadır.⁷

Ancak patologların doğru tanı dışında da sorumlulukları vardır. Patolog; patoloji laboratuvarının yöneticisi olduğundan tanı aşamasına kadar olan süreçten ve laboratuvarında çalışan yardımcı elemanlardan da sorumludur. Laboratuvara gelen materyalin numaralandırılması, dokuların örnekleme, dokuların takibi, blokların numaralandırılması, boya seçimi, raporlandırma, arşivleme gibi işlemlerin her aşamasının tam ve doğru yapılması patoloğun sorumluluğundadır.

Hataları azaltmak için stratejiler geliştirilmeli, kalite kontrol sistemleri uygulanmalıdır.

Çalışmada amaç; patoloji pratiğinde literatüre dayalı tanımlanan uygulama hatalarını ortaya koymak ve bunların azaltılmasına yönelik önerileri sunmaktır.

PATOLOJİDE TIBBİ UYGULAMA HATALARI İÇİNDE TANILAN HATALARI

Literatürde patolojide tanı hataları %0.26-%1.2 arasında bildirilmektedir.⁶⁻¹¹ Renshaw ve ark. 5000 ardışık biyopsinin yeniden değerlendirilmesinde tanı hata oranını %0.08 olarak bildirmiştir.¹² Bu bulgular göz önüne alındığında cerrahi patoloji halen hata oranı düşük bir daldır.

Tanı hatalarının oranı rutin olguların sıra ile ikinci bir patolog tarafından yeniden değerlendirilmesi ya da olguların %2'sinin rastgele ve retrospektif olarak 2. kez değerlendirilmesi ile elde edilmektedir. Olguların prospektif olarak başka pato-

loğa konsültasyonunda tanıların %9 oranında değiştiği bildirilmiştir.¹³⁻¹⁶

PATOLOĞUN HUKUKİ VE CEZAI SORUMLULUĞU

Hekimlerin tüm meslek grupları gibi, mesleklerini uygulama alanında ve esnasında, meydana getirdikleri hukuka aykırı sonuç ve zararlardan dolayı hukuki ve cezai sorumlulukları vardır.^{2,17,18}

Çağdaş hukuk, hekimlerin sorumluluğu için özel kurallar öngörmemektedir. Kusura dayalı genel sorumluluk kuralı hekimler için de geçerlidir. Kusur varsa sorumluluk da vardır, kusur yoksa sorumluluk da yoktur.¹⁷⁻¹⁹

HUKUKİ SORUMLULUK

Sorumluluk, hukuka aykırı bir fiile, hukukun öngörmüş olduğu bir yaptırımdır. Hukukta (Borçlar Yasası) zararın sonucu olan sorumluluk; ya bir sözleşmenin taraflarınca hiç uygulanmaması veya eksik uygulanmasıyla sözleşmeden veya kusura dayanan haksız fiilden doğar. Hekimin sorumluluğu da kaynağını hasta ile önceden kurulmuş bir sözleşmeden veya bir haksız fiilden alır.¹⁷⁻¹⁹

CEZAI SORUMLULUK

Hekimlerin kusurlu davranışları yalnız hukuki değil, cezai sorumluluğu da meydana getirmektedir. Cezai sorumluluktan söz edebilmek; somut olay içindeki davranışın 'yasada açık olarak suç sayılmasına' bağlıdır. Hekimin geniş anlamda cezai sorumluluğu teknik olarak tıp sanatını uygularken veya uygulaması dolayısıyla ortaya çıkan sonuçlardan kaynaklanmaktadır.

Cezai sorumlulukta hukuka aykırılık kusurun çeşidine göre kasten doğabileceği gibi taksirle (ihmal) de doğabilmektedir. Tıp sanatının uygulanmasında kasten yapılan davranışlar sınırlı hallerde söz konusudur. Yasa dışı kürtaaj ve organ nakli yapmak, hastanın gizli kalması gereken bilgi ve olayları açıklamak kasten yapılan davranışlara örnek olarak sayılabilir.

Tıbbi uygulama hatalarında genellikle taksirli suçlardan (ihmal) dava açılmaktadır. Taksirli suçlarda kişi eyleminden doğacak sonucu tahmin etmekte, bu sonucu istememekte ama gerekli önlemleri almamaktadır. Yeni Türk Ceza Kanu-

nu'nda taksir; dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla, bir davranışın suçun kanuni tanımında belirtilen neticesi öngörülemez olarak gerçekleştirilmesi olarak tanımlanmaktadır.¹ Yeni Türk Ceza Kanunu'nda taksirli suçlar için TCK 85. ve 89. maddeleri kullanılmaktadır

Hekimin hukuki sorumluluğu olabilmesi için şu koşullar gerçekleşmiş olmalıdır:^{1,17-19}

- 1- Hukuka aykırı fiil olması,
- 2- Kusurlu davranış olması (kast veya ihmal),
- 3- Zarar oluşması,

4- Nedensellik bağı (Zararın yapılan kusurlu hareket sonucu ortaya çıkması gerekir, zarar bu kusurlu harekete bağlı değilse hekimin sorumluluğundan söz edilemez).

Hem hukuki hem de cezai sorumluluk kişinin kendi kusuruna bağlı olsa da, kişi yanında çalıştırdığı kişilerin kusurlarından da sorumludur. Buna 'kusursuz sorumluluk' denmektedir. Bu nedenle patoloğ yanında çalıştırdığı yardımcı elemanların seçiminde özenli davranmalıdır.

Hasta patoloğun hatalı tanısı, uygunsuz tedavi önerisi veya parçanın kaybı, parçanın karıştırılması gibi hatalarından dolayı zarara uğramışsa tıbbi uygulama hatası iddiası ile patoloğa karşı dava açılabilir. Bu hem ceza davası hem de tazminat davası şeklinde olabilir. Bu iki dava birbirinden bağımsızdır. Örneğin meme kanseri olan bir hasta 1 sene önce biyopsi alındığını ve patolojik incelemede meme kanserinin saptanmadığını bu yüzden de tedavinin geciktiğini iddia ediyor. Burada cerrahın doğru yerden örnekleme yapmadığı gösterilirse patoloğun tanı kusurundan söz edilemez. Ancak yanında çalışan teknisyenin yaptığı bir hatadan ötürü (kötü kesit ya da parça karışması gibi) yanlış tanı konmuşsa patoloğun kusursuz sorumluluğu söz konusudur. Çünkü patoloji laboratuvarının yöneticisi olarak patoloğ; laboratuvarında işlerin düzgün yürütmesinden ve diğer çalışanlardan sorumludur.

Tıbbi uygulama hataları değerlendirilirken; tıbbi bilirkişi uygulamayı yapanın eğitim düzeyini göz önünde bulundurarak, aynı ortam koşullarında, aynı yetkinlik düzeyinde bir hekimin göstermesi gereken özeni gösterip göstermediğine bakar.¹ Yani hekim çalıştığı yer ve koşullar gözönünde bu-

lundurularak değerlendirilir. Örneğin immünohistokimyasal inceleme olanağı olmayan hekimin tanısı değerlendirilirken bu göz önünde bulundurulur. Ancak patoloğ gerektiğinde hastayı daha iyi olanakların bulunduğu merkezlere yönlendirmelidir.

PATOLOJİDEKİ TIBBİ UYGULAMA HATALARI

Patoloğlar genellikle yanlış tanı ve bunun sonucunda da yanlış tedaviye yol açmaları nedeni ile suçlanırlar.²⁰ Yanlış tanı; biyopsilerin yanlış değerlendirilmesine bağlı olabileceği gibi, biyopsi kaybı, numara yanlışlığı ve yanlış kopyalama gibi işletimsel hatalardan da kaynaklanabilir.

Tıbbi uygulama hatası iddiası ile açılan davaların değerlendirilmesi; hataları belirlemek için uygulanan yöntemlerden biridir.²¹ Bu yöntemle Kornstein ve ark. 1998-2005 yılları arasında patolojide tıbbi uygulama hatası iddiası olan 171 olguyu değerlendirmişler.²¹ Çalışmada 171 olgunun 138'inde patoloğ suçlu bulunurken en sık hata yapılan alan dermatopatoloji olarak saptanmıştır. Burada sıklıkla neden malign melanom tanısının konulamaması olarak belirlenmiştir. İkinci sıklıkla hata yapılan alan meme biyopsileri olarak görülürken bunu sitolojide yapılan hataların izlediği saptanmıştır. Sitojideki hataların büyük bölümünü yanlış negatif PAP smearler oluşturmaktadır.

Halen meme biyopsilerinde in situ duktal karsinomun değerlendirilmesi önemli bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. in situ duktal karsinomun atipik duktal hiperplazi ile ayırıcı tanı problemleri günümüzde de devam etmektedir.^{6,22} Durum böyle iken ABD'de dava konusu olan bir olguda juri meme patolojisi konusunda uzman patoloğla görüşükten sonra atipik hiperplazi ile intraduktal kanser ayırıcı tanısının kolaylıkla yapılabileceği kararını vermiştir. Bunun sonucunda metastatik kanseri bulunan hastaya, 3 milyon dolar tazminat kararı verilmiştir. Bu olgudaki juri kararının aksine patoloğlar duktal in situ karsinom ile atipik duktal hiperplazinin morfolojik bulgularının örtüşüğünün farkındadırlar.

İnce iğne aspirasyon biyopsilerinde fibroadenomlar patoloji pratiğinde diğer bir sorunu oluşturlar. Burada klinisyen ile patoloğ arasındaki iletişim

çok önemlidir. iletişim yoksa patoloğ klinisyenin beklemediği bir rapor aldığını öğrenemez.^{6,23-25}

Troxel tarafından yapılan bir çalışmada 1998-2003 yılları arasında 378 adet patoloji hekim hatası iddiası olan olgu incelenmiştir.⁶ İddiaların yarıdan çoğunun melanom, meme biyopsileri, jinekoloji örnekleri, PAP smear testleri ile ilgili olduğu saptanmıştır. Melanom olguları yanlışlıkla Spitz nevüs (3 olgu), displastik nevüs (3 olgu), spindle hücreli karsinom (3 olgu), atipik fibroksantom (1 olgu) olarak adlandırılmıştır. Bu sonuçlarda melanomda tanı hatalarının patoloğlar açısından problem olmaya devam ettiğini göstermektedir. Patoloğlar bu bilgiler ışığında melanomların ciddi bir problem oluşturduğunu ve bu konuda konsültasyon istemekten kaçınmamaları gerektiğini bilmelidir. Tıbbi eğitim programlarında ayırıcı tanıda bu zor alan özellikle vurgulanmalıdır.^{6,26-29}

Troxel'in çalışmasında 31 jinekolojik cerrahi materyale ait suçlamaların 13'ünü over tümörü tanısındaki yanlışlık oluşturmaktadır. Bunların da %85'i malignitenin tanınamamasına bağlıdır (yanlış negatif).

Yine patoloji pratiğinde sıkça karşılaşılan sorunlardan biri gastrik biyopsilerde taşlı yüzük hücreli karsinomunun tanısıdır. Troxel 5 yanlış negatif gastrik biyopsi olgusunun 4'ünde taşlı yüzük hücreli karsinom, 7 yanlış pozitifin gastrik biyopsinin 1'inde taşlı yüzük hücreli karsinom saptamıştır.⁶

Sayıca az olmakla birlikte mesanenin in situ karsinomu değerlendirmesi zor alanlardan biridir. Literatürde %1.5 olguda mesane in situ karsinomu tanısının atlandığı bildirilmiştir.⁶ Özellikle mesane kanseri öyküsü olan olgularda mesane biyopsilerinde ve transuretral prostatektomilerde patoloğ bu lezyon açısından dikkatli olmalıdır.

Patoloji pratiğinde karşımıza çıkan diğer bir sorun metastatik skuamöz hücreli karsinomun brankial kleft kisti olarak adlandırılmasıdır. Bu olgularda genellikle klinisyenin ön tanısının bu yönde oluşu, hastaların genellikle erken yaşta erkekler oluşu etken olarak bildirilmektedir. Bu olgularda sitolojik atipinin iyi değerlendirilmesi önerilmektedir.^{6,30,31} Yine literatürde prostat iğne biyopsilerindeki iddiaların 2/3'ünün karsinomu benign olarak değerlendirme şeklinde olduğu bildirilmektedir. Servikovajinal PAP smearlerde de yanlış negatif olgu oranı yüksektir.⁶

Sonuç olarak Troxel patolojide en riskli 6 alanı şu şekilde sınıflamıştır:⁷

Meme biyopsileri, melanom ve lenfoma olguları, İİAB, frozen inceleme, prostat biyopsileri.

Troxel iki farklı dönemdeki hataları karşılaştırdığı çalışmasında (1995-1997 ve 1998-2003 dönemleri) melanom tanısı hatalarında artış (%11-%16) saptamıştır.³² Meme biyopsilerinin değerlendirilmesinde 2. periyotta İİAB biyopsilerinde azalma görülmüştür. Bunda patoloğların bu konuda deneyiminin artışı ya da klinisyenlerin iğne biyopsisini tercih etmemelerinin etkisi bulunmaktadır. Lenfoma ile ilgili iddiaların %50'sinin ektranodal lenfomalar olduğu bildirilmiştir. Bunların da %63'ü yanlış negatif olgulardan oluşmaktadır. Lenfoma iddialarında 2 dönemde değişiklik saptanmamıştır. Mesanenin in situ karsinomundaki tanı hataları ile servikal lenf nodundaki skuamöz hücreli karsinom metastazının yanlışlıkla brankial kleft kisti tanısı almasının halen devam ettiği görülmüştür. Prostat iğne biyopsileri ile ilgili şikayetler seyrek görülmektedir. Ancak son dönemde iddiaların 2/3'ünü karsinomu atlama oluşturken, önceki dönemde iddiaların 2/3'ü yanlış pozitif olgular oluşturmaktadır. Bu günümüzde patoloğun kanseri taklit eden lezyonları (parsiyel atrofi, adenosis gibi) daha çok bilmesi ile ilgilidir. Yine çalışmada yanlış negatif PAP smear oranı ilk dönemde %17 iken, 2. dönemde %11'e düşmüştür. Bu da bu alanda deneyimin artması ve yeni tekniklerin kullanıma girmesi ile açıklanabilir. Çalışmada işletimsel hatalara bağlı iddialarda yükselme tespit edilmiştir (%1.8'den %8'e). Bu durum biyopsi kaybı, numara yanlışlığı ve kopyalama hatalarının halen sürmekte olduğunu göstermektedir.

Tanı hatalarında patolog sorumlu olabilmesi için hastada zarar oluşması gerekir. Tek başına tanı hatası hastada zarar olmadan hukuki sorumluluğa neden olmaz.

TÜRKİYE'DEKİ UYGULAMALAR

Türkiye'de tıbbi uygulama hatalarının araştırılması için yapılan çalışmaların çoğu dava açılan olguların analizlerini içermektedir. Hastanelerde yapılan mortalite-morbidite çalışmaları ve sağlık müdür-

lükleri ile Sağlık Bakanlığı'na bildirilen ölüm ve yaralanma nedenlerinin değerlendirilmeleri tam yapılmadığından tıbbi uygulama hataları ve sistemden kaynaklanan eksikliklerin ölüm ve yaralanmalara etkisi tam olarak bilinmemektedir.¹

Ülkemizde patolojideki hekim hatalarının değerlendirilmesine yönelik çalışmaya rastlanmamıştır. Büken ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada Adli Tıp Kurumu'na 1990-2000 yılları arasında tıbbi uygulama hatası iddiası ile gönderilen 636 olgu değerlendirilmiş, iddiaların %0.78 (5 olgu)'ini laboratuvar dalların oluşturduğu bildirilmiştir.⁵ Gündoğmuş ve ark. tarafından yapılan diğer bir çalışmada 1991-1995 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurası tarafından tıbbi uygulama hatası yönünde görüş istenen 532 hekim branşlarına göre incelenmiştir. Bunların arasında patolog bulunmamaktadır.³³

Ülkemizde patolojide tıbbi uygulama hatası oranları bilinmemektedir. Adli tıp pratiğinde de patolojiyi ilgilendiren tıbbi uygulama hatası iddiaları özellikle cerrahi dallarda görülen yüksek oranlara göre düşüktür. Ancak oranlar bilinmese de uygulamada patoloğlara yönelik tanı hatası, materyal kaybı, materyal karışması gibi iddialar karşımıza çıkmaktadır. Bunda da toplumun bu konudaki bilinç ve eğitim düzeyinin artması, sigorta sistemlerinin gelişmesi, basın-yayın organlarındaki bu konuyla ilgili çok sayıda haberin etkisi bulunmaktadır.

TANI HATALARININ ÖNLENMESİ

Kalite kontrol programı hataları en aza indirmeyi amaçlamaktadır.^{32,34-39} Bu programlarda bölüm içinde zor ve sıradışı olguların konsültasyonu, yeni tanı prosedürlerinin (meme iğne biyopsileri gibi) tartışılması, atipik ve şüpheli lezyonların özellikle yeni patoloğlara anlatılması önerilmektedir. Programa göre zor ve sıradışı olgular (melanom, sarkom, kemik tümörü, lenfoma gibi) bölüm içinde yeniden değerlendirilmelidir. Malign şüpheli lezyonlar ve atipik olgular danışılmalıdır.^{7,38} Bölüm içi ikincil değerlendirme birinci ile farklılık gösteriyorsa bu rapor edilip, başka bir merkeze konsültan patoloğa gönderilmelidir. Bu uygulanması kolay ve etkin bir programdır. Bu programın kullanımı ile aşağıdaki hataların önlenilebileceği belirtilmektedir.³² Buna örnek olarak:

- Seröz papiller endometrial karsinom, endometrioid karsinom olarak,
- Renal angiomyolipom sarkomatoid renal hücreli karsinom olarak,
- Apendiksin müsinöz kistadenokarsinomu benign mukosel olarak,
- Pleomorfik ksantoastrositom glioblastom olarak,
- Sellar meningiom hipofiz adenomu olarak tanımlanamaz.

Troxel farklı bir çalışmasında hata iddialarının %46'sının spesmen tipi ve tanı kategorisi ile ilgili olmayıp random (rastlantısal) hatalar olduğunu bildirmiştir.³⁹ Bu tip hataların patoloğların şu sorularını sıkça sorması ile engellenebileceği belirtilmiştir.

1- Bu lezyonun ayırıcı tanısında neler var ve nasıl bunları dışlayabiliriz? Burada önerilenler olgu ile ilgili literatür araştırılması, kaynak kitaba başvuru, meslektaşla danışma, bu konuda deneyimli konsültan patoloğa gönderme ve özel boyalar kullanılmasıdır.

2- Klinik hikaye, hastanın yaşı, lezyonun lokalizasyonu benim tanıma uyuyor mu? Tüm tanımlarda klinikopatolojik uyuma bakılmalıdır.

Örneğin: Tekrarlayan yumuşak doku lezyonu nodüler fasiit değildir.

- Erişkinde epitelooid spitz nevüs tanısı koyarken iyice düşünülmalıdır.

- Yaşlı da psödomembranoz kolit tanısı koyarken iskemik bağırsak hastalığını ayırıcı tanı da düşünülmalıdır.

3- Benim tanımın klinik sonuçları ne olacak?

Örneğin: Memede atipik duktal hiperplaziyi teşhis edememek ileri günlerde meme kanserine yol açabilir.

İİAB'da false negatif sonuç meme karsinomu tanımasının konulamamasına neden olabilir.

4- Tanım hakkında şüphelerim var mı? Varsa klinisyene raporda belirtilmelidir. Raporda hastanın takibi, ek tanısal incelemeler önerilebilir. Bir meslektaşınıza danışın. Ona katılmıyorsanız bir konsültana gönderin.

5- Telaşlı stresli ya da çok yorgun olmam nedeni ile konsantrasyon problemim mi var?

Çok endişeli bir klinisyen beni acele mi ettiriyor ya da bir toplantıya yetişmek zorunda mıyım? Bunlara cevabınız evetse olguyu bir kenara ayırın ya da bir meslektaşınıza devredin.

Örneğin aşağıdaki tanılar da konsantrasyon tam olmalıdır:

- Kronik sistitin eşlik ettiği mesanenin in situ karsinomu,

- İn situ duktal karsinom tanısı alan meme biyopsisinde lenfatiklerdeki tümör trombüsleri,

- Kronik gastrit olgusunda taşlı yüzük hücreleri.

Tanı hatalarının en aza indirilmesi amacı ile aşağıdakiler önerilmektedir:³⁹

1. Tanı kabul edilmiş tanı kriterlerini içermelidir. Problem ya da zor olgular raporda belirtilmelidir. Doğru olmayan tanı her zaman ihmal sonucu değildir. Patolog raporda dikkatli, ihtiyatlı, bilgilendirici davranmışsa kendini savunabilir.

2. Ayırıcı tanılardan biri üzerinde yoğunlaşırsa klinisyenle ilişki kurmakta tereddüt edilmemelidir.

3. Rapor takip, ek tanı testleri gibi öneriler içerebilir. Örneğin İİAB, mamografi ve klinik bulgularda uyumsuzluk olan olgularda mutlaka biyopsi istenmelidir.

4. Tümörlerde terapotik ya da prognostik faktörler sırayla yazılmalıdır.

5. Sözlü konsültasyonlar her zaman rapora yazılmalıdır.

Doğru yorum ve tanı için immünohistokimyasal inceleme gerekiyorsa yapılmalıdır. Tanı hatası bunlarla önlenecekse bu incelemeyi yapmamak hekim sorumluluğu doğurur.

Örneğin: Lenfositten zengin timomaya lenfoma olarak yanlış tanı konulursa, timomanın keratin kullanarak tanınması mümkün olduğundan immünohistokimyasal inceleme yapmamak hekim sorumluluğuna yolaçabilir. Ancak bu ihmal olarak yorumlansa da hekim sorumluluğundan söz edebilmek için lenfoma tanısı konmasının (örneğin farklı tedavi uygulanarak) hastada zarara yol açmış olması gerekir.

Nazal melanom; lenfoma tanısı alırsa burada da immünohistokimyasal yöntemle HMB45 ve

CD45 uygulamamak hekim sorumluluğunu sorgulamayı gündeme getirir.

Orijinal lam, blok ve fikse dokular dava aşamasında önem kazanabilir. Bunlar laboratuvar patoloğun gözetimi altında olmalıdır. Bunlar sadece mahkeme kararı ile hastaya teslim edilebilir.³⁹ Ülkemizdeki uygulamada hasta hakları kapsamında düşünüldüğünde kişiye ait materyal (blok ve preperatlar) kişinin isteği üzerine kişiye verilmelidir. Çünkü hastanın başka bir hekimden görüş alma hakkı vardır. Ancak ileride mahkemenin de preperatları isteme olasılığı bulunduğundan hasta-

ya ait preperatlar imza karşılığı kayıt tutularak verilmelidir.

SONUÇ

Patolojideki tıbbi uygulama hataları iddialarının sayısındaki artışa bağlı olarak patologlar; son yıllarda halk önünde ve hukuk sisteminde daha fazla görünür hale gelmişlerdir. Halk tarafından patoloğun rolünün farkına varılması etkenlerden biridir.

Sonuç olarak, çalışmada literatür bilgisi eşliğinde patolojide en sık görülen tıbbi uygulama hataları belirlenmiş ve bunları en aza indirmek amaçlı kalite kontrol programlarının kullanılması önerilmiştir.

KAYNAKLAR

- Polat O. Tıbbi uygulama hataları. Polat O, editör. Tıbbi Uygulama Hataları Tanımı ve İlgili Kavramlar. 1. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2005.p.32-74.
- Hancı İH. Malpraktis. Hancı H, editör. Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu: Hekimin Tazminat Sorumluluğu. 1. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2002.p. 113-58.
- Hancı İH, Özdemir M. Hekim Hataları ve Yüksek Sağlık Şurası. Adli Tıp Bülteni 2000;5:280-3.
- Mohr JC. American medical malpractice litigation in historical perspective. JAMA 2000;283:1731-7.
- Büken E, Ornek Büken N, Büken B. Obstetric and gynecologic malpractice in Turkey: incidence, impact, causes and prevention. J Clin Forensic Med 2004;11:233-47.
- Troxel DB. Medicolegal aspects of error in pathology. Arch Pathol Lab Med 2006;130:617-9.
- Troxel DB. Diagnostic Errors in Surgical Pathology Uncovered by a Review of Malpractice Claims: Part I. General Considerations. Int J Surg Pathol 2000;8:161-3.
- Safrin RE, Bark CJ. Surgical pathology sign-out. Routine review of every case by a second pathologist. Am J Surg Pathol 1993;17:1190-2.
- Ramsay AD, Gallagher PJ. Local audit of surgical pathology. 18 month's experience of peer review-based quality assessment in an English teaching hospital. Am J Surg Pathol 1992;16:476-82.
- Lind AC, Bewtra C, Healy JC, Sims KL. Prospective peer review in surgical pathology. Am J Clin Pathol 1995;104:560-6.
- Troxel DB. An insurer's perspective on error and loss in pathology. Arch Pathol Lab Med 2005;129:1234-6.
- Renshaw AA, Young ML, Jiroutek MR. How many cases need to be reviewed to compare performance in surgical pathology? Am J Clin Pathol 2003;119:388-91.
- Wakely SL, Baxendine-Jones JA, Gallagher PJ, Mullee M, Pickering R. Aberrant diagnoses by individual surgical pathologists. Am J Surg Pathol 1998;22:77-82.
- McBroom HM, Ramsay AD. The clinicopathological meeting. A means of auditing diagnostic performance. Am J Surg Pathol 1993;17:75-80.
- Tomaszewski JE, Bear HD, Connally JA, Epstein JI, Feldman M, Foucar K, et al. Consensus conference on second opinions in diagnostic anatomic pathology. Who, What, and When. Am J Clin Pathol 2000;114:329-35.
- Renshaw AA. Measuring and reporting errors in surgical pathology. Lessons from gynecologic cytology. Am J Clin Pathol 2001;115:338-41.
- Aşçıoğlu Ç. Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar. Ankara: Tekişik Ofset Tesisleri; 1993.p.35-60.
- Çetin G, Yorulmaz Ç. Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Dizisi 2006;48:9-42.
- Koç S, Yorulmaz C. Hekimin Yasal Sorumlulukları: Soysal Z. Çakalır C, editörler. Cilt 1 Adli Tıp. İstanbul: İ. Ü. Basımevi ve Film Merkezi; 1999.p.45-9.
- Davis GG. Malpractice in pathology: what to do when you are sued. Arch Pathol Lab Med 2006;130:975-8.
- Kornstein MJ, Byrne SP. The medicolegal aspect of error in pathology: a search of jury verdicts and settlements. Arch Pathol Lab Med 2007;131:615-8.
- Troxel DB. Diagnostic Errors in Surgical Pathology Uncovered by a Review of Malpractice Claims. Part III. Breast Biopsies. Int J Surg Pathol 2000;8:335-7.
- Troxel DB. Diagnostic Pitfalls in Surgical Pathology- Uncovered by a Review of Malpractice Claims: Part II. Breast Fine Needle Aspirations. Int J Surg Pathol 2000;8:229-231.
- Layfield LJ, Mooney EE, Glasgow B, Hirschowitz S, Coogan A. What constitutes an adequate smear in fine-needle aspiration cytology of the breast? Cancer 1997;81:16-21.
- Boerner S, Sneige N. Specimen adequacy and false-negative diagnosis rate in fine-needle aspirates of palpable breast masses. Cancer 1998;84:344-8.
- Troxel DB. Pitfalls in the diagnosis of malignant melanoma: findings of a risk management panel study. Am J Surg Pathol 2003;27:1278-83.
- Troxel DB. Diagnostic errors in surgical pathology uncovered by a review of malpractice claims. Part IV. Melanoma. Int J Surg Pathol 2001;9:61-3.
- Ackerman AB. Discordance among expert pathologists in diagnosis of melanocytic neoplasms. Hum Pathol 1996;27:1115-6.
- Farmer ER, Gonin R, Hanna MP. Discordance in the histopathologic diagnosis of melanoma and melanocytic nevi between expert pathologists. Hum Pathol 1996;27:528-31.
- Troxel DB. Diagnostic errors in surgical pathology uncovered by a review of malpractice claims: part VI--urinary bladder and branchial cleft cyst. Int J Surg Pathol 2001;9:227-9.
- Frierson HF Jr. Cysts of the head and neck sampled by fine-needle aspiration: sources of diagnostic difficulty. Am J Clin Pathol 1996;106:559-60.
- Troxel DB. Error in surgical pathology Am J Surg Pathol 2004;28:1092-5.
- Gündoğmuş ÜN, Ersoy N, Biçer Ü. Yüksek Sağlık Şurası Kararlarının Etik Açısından Değerlendirilmesi, Toplum ve Hekim 1998;13:8-14.
- Sirota RL. Defining error in anatomic pathology. Arch Pathol Lab Med 2006;130:604-6.
- Recommendations on quality control and quality assurance in anatomic pathology. Association of Directors of Anatomic and Surgical Pathology. Am J Surg Pathol 1991;15:1007-9.
- Rickert RR. Quality assurance goals in surgical pathology. Arch Pathol Lab Med 1990;114:1157-62.
- Travers H. Quality assurance indicators in anatomic pathology. Arch Pathol Lab Med 1990;114:1149-56.
- Renshaw AA, Pinnar NE, Jiroutek MR, Young ML. Quantifying the value of in-house consultation in surgical pathology. Am J Clin Pathol 2002;117:751-4.
- Troxel DB. Diagnostic pitfalls in surgical pathology-discovered by a review of malpractice claims: Part VII. Random errors. Int J Surg Pathol 2001;9:305-8.