



doi • 10.5578/tt.68442

Tuberk Toraks 2019;67(2):136-141

Geliş Tarihi/Received: 14.06.2019 • Kabul Ediliş Tarihi/Accepted: 21.06.2019

DERLEME
REVIEW

Çocuklarda yabancı cisim aspirasyonlarına klinik yaklaşım ve hukuki sonuçları

Hüseyin Fatih SEZER¹
Başar ÇOLAK²
Salih TOPÇU¹
Adil AVCI¹
Galbinur ABDULLAYEV¹

- ¹ Department of Thoracic Surgery, Faculty of Medicine, Kocaeli University, Kocaeli, Turkey
¹ Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Kocaeli, Türkiye
² Department of Forensic Medicine, Faculty of Medicine, Kocaeli University, Kocaeli, Turkey
² Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Kocaeli, Türkiye

Makale atfı: Sezer HF, Çolak B, Topçu S, Avcı A, Abdullayev G. Çocuklarda yabancı cisim aspirasyonlarına klinik yaklaşım ve hukuki sonuçları. Tuberk Toraks 2019;67(2):136-41.

Yazışma Adresi (Address for Correspondence)

Dr. Hüseyin Fatih SEZER
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs
Cerrahisi Anabilim Dalı, KOCAELİ - TÜRKİYE
e-mail: hfs.hfs@gmail.com

©Telif Hakkı 2019 Tüberküloz ve Toraks. Makale metnine
www.tuberktoraks.org web adresinden ulaşılabilir.

SUMMARY

Clinical approach to foreign body aspirations in children and legal results

Foreign body aspirations are a serious respiratory condition that can threaten life, particularly in childhood, in the first three years of life. In our article, the approach observed in physicians who face foreign body aspirations in the pediatric age group are analyzed and the approach proposed in these cases are discussed under the current literature and relevant legal regulations.

Key words: Foreign body aspiration; legal responsibility of physician; rigid bronchoscopy

ÖZET

Çocuklarda yabancı cisim aspirasyonlarına klinik yaklaşım ve hukuki sonuçları

Yabancı cisim aspirasyonları çocukluk çağında özellikle hayatın ilk üç yılında meydana gelen, yaşamı tehdit edebilecek bir solunum acilidir. Yazımızda çocukluk çağında görülen yabancı cisim aspirasyonlarıyla ilgili hekimlerde gözlemediğimiz tutumlar ele alınmış, konu güncel literatür bilgileri ve ilgili yasal mevzuat ışığında tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Yabancı cisim aspirasyonu; hekimin hukuki sorumluluğu; rijit bronkoskopi

GİRİŞ

Yabancı cisim aspirasyonları çocukluk çağında özellikle hayatın ilk üç yılında meydana gelen, yaşamı tehdit edebilecek bir solunum acilidir. Çıkartılmadığı takdirde spontan öksürükle atılabildiği gibi minör ve majör birçok morbiditeye ve hatta hayatı kaybetmeye neden olabilmektedir.

Yabancı cismin çıkartılması için yapılan müdahaleler oldukça riskli girişimlerdir. Günümüzde kabul gören tedavi yöntemi rijit bronkoskopi yapılması ve oluşabilecek komplikasyonlara yönelik medikal-cerrahi tedavi uygulanmasıdır. İşlemin riski, zorluğu ve işleme bağlı oluşabilecek komplikasyonlar nedeniyle işlemi yapacak hekimlerde tıbbi kaygının yanında yasal ve sosyal, ebeveynlerde ise tıbbi kaygılar oluşabilmektedir. Yazımızda çocukluk çağında görülen yabancı cisim aspirasyonlarıyla ilgili hekimlerde gözlemlediğimiz tutumlar ele alınmış, konu güncel literatür bilgileri ve ilgili yasal mevzuat ışığında tartışılmıştır.

Çocuklarda Yabancı Cisim Aspirasyonu Kliniği

Yabancı cisim aspirasyonu, inspirasyon nedeniyle oral kavitede olan yabancı cismin solunum yollarına kaçmasıdır. Hayatı tehdit eden klinik bir durum olup, insidansı 100.000'de 0.43-0.66 olarak bildirilmiştir (1-5). Sıklıkla ilk üç yaşta görülür ve 12., 24. aylarda görülme sıklığı pik yapar (2,4). Erkek çocuklarda daha sık gözlenir (1-4). Erken çocukluk döneminde çevreyi keşfetme esnasında cisimleri oral tanıma, arka azı dişlerinin gelişmemiş olması, yutma koordinasyon bozukluğu, yaş grubu itibarıyla fiziksel aktifliğin fazla oluşu etiyojide başlıca sebepler olarak sıralanabilir (6,7). Aspire edilen yabancı cismin niteliği yaşa, yaşanan coğrafi konuma, sosyoekonomik seviyeye, günlük yaşam tarzına, dini inanışlara bağlı olarak değişkenlik gösterebilmektedir. Ülkemizde çocukluk çağında en sık çıkartılan yabancı cisimler beslenme alışkanlıklarına bağlı olarak fındık, fıstık, karpuz çekirdeği, kestane, mısır, nohut, yemiş kabuğu gibi organik yabancı cisimlerdir (6-8). Buna karşın oyuncak parçaları, toplu iğne gibi pek çok inorganik yabancı cisimle de karşılaşmaktadır. Hastaların çoğunun ilk 6-24 saat veya 48 saat içerisinde sağlık merkezine başvurmakta olduğunu bildiren yayınlar bulunmaktadır (1,3,4,6,8,9). Genel olarak ailelerin verdiği tipik bir hikaye mevcuttur. Solunum yollarının boyut olarak daha dar olması sebebiyle yabancı cisim aspirasyonu esnasında larenks ve trakeada daha fazla reaksiyon oluşması sonucu aniden öksürme ve morar-

ma ve cismin distale ilerledikçe bu şikayetlerin gerilediği bir tablo görülür. Genellikle olay anına tanık olan bir kişi olmasına rağmen olguların 1/3'ünde tanık yoktur (4). Aspirasyon sonrası erken dönemde hastanın kliniği asemptomatik olabileceği gibi solunum arrestine varabilecek sonuçlar doğurabilecek ölçüde değişkenlik gösterebilmektedir (6,8). Bir çalışmada bir yaşından küçük çocukların kazalara bağlı ölümlerinin %40 oranında yabancı cisim aspirasyonu nedeni olduğu bildirilmektedir (10). Ülkemizde yapılan bebek otopsileriyle ilgili bir çalışmada en sık ölüm nedeni anoksi ve anoksinin en sık ikinci sebebi yabancı cisim aspirasyonu olarak bulunmuştur (11). Erken dönemde dispne, hırıltılı solunum, öksürük en sık görülen semptomlardır. Stridor, ses kısıklığı, artmış oral sekresyon, artmış solunum eforu, ajitasyon gözlemlenebilir. Ayrıca hastaların %6'sının asemptomatik, normal fizik muayene bulguları olabileceği bilinmektedir (4). Ana fizik muayene bulguları akciğer seslerinin tek taraflı olarak azalması ve wheezingdir (1).

Olay anında ebeveynlerin olmaması, çocuk bakımını üstlenenlerin suçlanma endişesi nedeniyle yanıltıcı bilgi vermesi veya ebeveynlerin çocuk hakkında bilgi sahibi olmaması, çocuğu değerlendiren hekimin alt solunum yolu infeksiyonu şeklinde yanlış tanı koymasına neden olunabilir (4). Doğru tanı konulamaz ise hastalar sıklıkla allerjik astım, alt solunum yolu infeksiyonu gibi uzun süreli tedavi alabilirler. Yabancı cisim çıkartılmaz ise ilerleyen zaman içerisinde solunum yollarında granülasyon dokusu oluşumu, geçmeyen akciğer infeksiyonları, hemoptizi, akciğer apsesi, bronşektazi, akciğer doku kaybı, bronşiyal stenoz, trakeal laserasyon, fistül görülebilir. Ayrıca aspire olan yabancı cismin solunum esnasında hareketlenerek treakobronşiyal sistemin proksimalinde tam obstrüksiyon yapması neticesinde ölümcül sonuçlar ortaya çıkabilir. Hikaye ve fizik muayene yanı sıra tanı amacı ile PA akciğer grafisi, toraks bilgisayarlı tomografi (BT) gibi radyolojik görüntülemelerden yararlanılabilir. Bu incelemelerde doğrudan yabancı cisim görülebileceği gibi hava hapsi, mediastinal shift, amfizem gibi indirekt bulgularda görülebilir (12-14). Bir çalışmada yabancı cisim aspirasyonuna kesin tanı konan olguların %24-30'unda direkt grafi normal olarak saptanmış olduğu bildirilmektedir (9). Radyolüsent olmayan yabancı cisimlerde radyolojik inceleme sonrasında kesin tanı koyulabilirken daha sık karşılaştığımız gıda parçacıkları gibi organik yabancı aspirasyonlarında kesin tanı ve gerekirse tedavi rijit bronkoskopiye muhtaçtır. Çocuğun yakın zamanlı geçirmiş ya da geçir-



mekte olduğu alt-üst solunum yolu hastalıkları ayırıcı tanıda dikkate alınmalıdır. Günümüzde kabul gören tedavi yöntemi akut tam tıkanıklık anında yapılan tıbbi manevralar dışında; rijit bronkoskopi ve oluşabilecek komplikasyonlara yönelik medikal-cerrahi tedavidir (6). Rijit bronkoskopi işlemi genel anestezi altında yapılan, yabancı cisim aspirasyonlarında hem tanısal hem de tedavi edici bir işlemdir. Bu yöntemle yabancı cisimlerin %96-99'u çıkartılabilir (4). Rijit bronkoskopi ile çıkartılmayan yabancı cisimler için kimi zaman torakotomi, trakeostomi gerekebilmektedir. Rijit bronkoskopi acil ya da hastanın klinik durumu, açlık süresi, aspire edilen yabancı cismin niteliği gibi faktörlerde göz önünde bulundurularak elektif koşullarda yapılabilir. Aspirasyon olguları anestezi, çocuk cerrahisi ya da göğüs cerrahisi, çocuk hastalıkları hekimlerinin multidisipliner çalışmasını gerektirir. İşlemin komplikasyonları arasında oksijen desatürasyonu, karbondioksit retansiyonu, bronkospazm, trakeal-bronşiyal laserayon, pnömomediastinum, kardi-yak arrest, pnömotoraks, entübasyon, hipoksik beyin hasarı sayılabilir (1,10). İşleme bağlı mortalite oranı %0.21-%0.42 olarak bildirilmiştir (1,10). Genellikle ayrıntılı öykü, destekleyici fizik muayene ve radyolojik bulgular sonrasında bronkoskopi önerilmektedir (4,9). Yabancı cisim şüphesi durumunda fizik muayene ya da radyolojik tetkiklerle tanı konamıyor ise tanısal amaçlı fleksibl bronkoskopi, anamnez ve fizik muayene bulguları tanısal ise ek hiçbir tetkike gerek kalmadan direkt bronkoskopi yapılabilir (4). Negatif öykü, yetersiz ilk muayene bulgusu ve klinik olarak stabil olan hastalarda 24 saat tanısal amaçlı radyolojik inceleme yapılmasını öneren yayınlar mevcuttur (4).

Olgulara Yaklaşımın Mevzuata Göre Değerlendirilmesi

Sağlık kuruluşuna ulaşan hastanın bakımından sorumlu hekim ile hasta arasında o an vekalet sözleşmesi kurulmuş olur. Bu nedenle görev tanımında yer alan ve/veya aciliyet arz eden herhangi bir işlemi yerine getirmese veya şartların gerekli kıldığı azami özeni göstermezse, özensiz veya ihmali bir davranışta bulunmuş olarak değerlendirilebilir. Hastanın Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 11., 14. ve 15. maddeleri gereği hastanın hekim tarafından tıbbi durumu hakkında bilgilendirilmek, uygun teşhis-tedavi almak, kendisine gerekli özenin gösterilmesi hakkı bulunmaktadır (15,16). Bu hakların ihlal edildiğini ve bu durumdan zarar gördüğünü düşünen hasta ya da velisi/vasisi idari ve adli (cezai-tazminat) yaptırım taleplerinde bulunabilir (17-19).

Yabancı cisim aspirasyonu olgularında velinin, vasi-nin ya da bakıcı, öğretmen veyahut benzeri sıfatla hareket eden ve bu sıfatları nedeniyle çocuk üzerinde fiili ve hukuki bakım/gözetim sorumluluğu olan kişilerin ihmalinin, tedbirsizliğinin veya dikkatsizliğinin bulunabileceği bu nedenle TCK 280. maddesi gereğince adli bildirim yapılması gerekir.

Klinik pratiklerimizde yabancı cisim aspirasyonu olgularına girişimde bulunmak için gerekli bronkoskopi işlemi gerçekleştirebilecek branş uzmanlarının pek çok sağlık kuruluşunda mevcut olmasına rağmen sıklıkla olguların başka bir merkeze sevk edildiği görülmektedir. Sevk edilirken ekipman yokluğu veya eksikliği, işlem öncesi ve sonrası gerekebilecek yoğun bakım ve servis ihtiyacı gibi gerekçeler ileri sürülebilmektedir. İlgili uzmanlarla yapılan sözel görüşmelerde işlemi gerçekleştirmesi gereken branş hekiminin tıbbi -deneyimsizliği- acemiliği de hastanın sevk edilmesinde önemli rol oynadığı öğrenilmiştir. Aspirasyona yönelik girişimle ilgili oluşabilecek yasal durumların hekim üzerinde yarattığı kaygılar, hastanın kliniği hakkında bilgi verilmesi sonrasında hastaya müdahale için aydınlatılmış onamın aile tarafından verilmemesi veya ebeveynlerin olayın telaşıyla daha üst merkezlere ulaşma çabası hastanın başka bir merkeze sevki konusunda da etkili olabilmektedir. Yabancı cisim aspirasyonu olgularına bakmaya yetkin bir uzmanın bilgi veya beceri eksikliği ya da deneyimsizliği sevk için gerekçe oluşturamaz.

Hastalar, Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 8. maddesine göre mevzuatın öngördüğü usul ve şartlara uyulmak kaydı ile sağlık kurum ve kuruluşunu seçme hakkına sahip olmakla birlikte, sevk işleminde sağlık kuruluşunu değiştirmenin hayati tehlikeye yol açıp açmayacağı ve hastalığının daha da ağırlaşmış ağırlaşmayacağı hususlarında hastanın doktoru tarafından aydınlatılması ve hayati tehlike bakımından sağlık kuruluşunun değiştirilmesinde tıbben sakınca görülmemesi esas kabul edilmiştir. Hastanın, velisinin veya vasisinin üst merkez ya da başka bir merkezde tedaviye devam etme isteği Hasta Hakları Yönetmeliği'nde yer almaktadır. Bu durumda hastanın klinik durumu, ulaşım esnasında hastanın durumunun kötüleşmesi ya da ulaşım esnasında gerekli olan asgari şartlar, işlemi yapabilecek merkeze ulaşım koşulları, nakil şartları (ambulans vs.) hekim tarafından değerlendirilerek karar verilmeli ve tüm bu konular ayrıntılı şekilde hasta veya hasta yakınlarına anlatılarak mümkün ise yazılı onam alınmalıdır. Ayrıca sevk eden kuruluşun

nakilden önce, gereken bilgileri sevk yapılacağı birime vermesi gerekir. Sevk işleminde hastanın çocuk olması nedeniyle doktor Çocuk Hakları Sözleşmesi 3. madde gereğince çocuğun yararını düşünmek zorundadır. Hastanın sevkinde çocukla ilgili yüksek risk mevcut ise riski ortadan kaldıracak sevk koşullarını sağlayamadığı durumlarda sevki gerçekleştirilmeyebilir. Ailenin sevk konusundaki taleplerinin devamı halinde; çocuğun klinik durumunu da dikkate alarak sağlık tedbiri kararı için Çocuk Mahkemesine başvurabilir. Çocuklarla ilgili tedbir kararları Çocuk Mahkemesi tarafından verilir, Çocuk Mahkemesinin bulunmadığı yerlerde kararlar Aile Mahkemesi ve Asliye Hukuk Mahkemesi tarafından verilir. Ancak bu sürecin uzaması ve sağlık tedbiri kararının beklenemeyeceği kadar acil durumlarda hasta yakınlarına verilen bilgilere rağmen tedavinin reddedildiği ve bu sebeple hastanın ya da yakınlarının imza vermediği hususlar tutanakla tespit edilmeli, ayrıca eldeki mevcut klinik bulgular ile radyolojik ve laboratuvar sonuçlarından yola çıkılarak hastaya yönelik yapılması gereken tıbbi girişimin aciliyet arz eden bir durum olduğu ayrıntılı bir şekilde hasta dosyasına kaydedilmelidir. Hastanın yararı düşünülerek doğabilecek risklere rağmen hastaya müdahale edebileceği düşüncesindeyiz. Onamsız müdahaleden dolayı hekim idari ya da adli (cezai-tazminat) bir süreçle karşı karşıya kaldığında tıbbi dosyaya kaydedildiği bilgiler ve hasta yakınlarının bilgilendirme tutanakları ile hekim kendini savunabilir.

Hekimin bu tür olaylarda hukuki sorumluluğunun belirlenmesinde önemli olan bir diğer nokta ise; hekim hastanın sevkine teknik ekipman ve alt yapı nedeni ile karar vermişse, daha önceden bu hususlarla ilgili olarak çalışmakta olduğu kurumdan eksiklerle ilgili talepte bulunup bulunmadığı hususudur. Hekimler sorumlu oldukları birimle ilgili veya kendi birimi ilgisi olabilecek ancak başka birimlerle ilgili eksiklikler hakkında hastane yönetimini yazılı olarak bilgilendirmesi gerekir.

Hastanın hangi koşullarda sevkinin yapılacağına sevk yapan hekimin karar vereceği bilinmelidir. Sevk işleminin hastanın yararına olması ve hukuki bir yaptırımla karşılaşmamak için Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nin 15. maddesi gereği hastanın stabil olması, sevk koşullarının sağlanması ve sevk edilen birimden hastanın kabulü için sevk edilen kurumla koordinasyon sağlandıktan sonra sevk yapılması gerekir (20). Tıbbi Deontoloji Nizamnamesinin 19. maddesine göre hastanın takibinin veya tedavisinin

birakılması halinde hastanın hayatı tehlikeye düşecekse ya da sağlığının bozulması muhtemel ise başka bir meslektaş temin edilmedikçe hastanın takibi veya tedavisi bırakılamaz (21). Hekim, yapması gereken bir işlemden kaçınarak hastayı başka bir birime ya da sağlık kuruluşuna sevk etmesi nedeniyle hasta maddi veya manevi kayba uğrarsa, hasta tıbbi bir zarara uğramasa dahi, hekimin/idarenin hizmet kusuru nedeni ile idari, cezai, hukuki sorumluluğundan bahsedilebilecektir (17,18). Ayrıca hastanın hangi koşullarda sevk edilmesi gerektiği de sevk yapan hekimin sorumluluğundadır. Sevk koşulları yerine getirilmeden yapılan sevkler sonucu hastanın zarar görmesi hekime hukuksal sorumluluk doğurabilir. Hastanın sağlık açısından zarar görmesi (örneğin hipoksik beyin hasarı ya da nakil esnasında yolda kaybedilmesi) gibi bir durumla karşılaşıldığında taksirle yaralama ya da ölüme sebebiyet verme nedeniyle idari soruşturma ile ceza ve hukuk davaları ile karşı karşıya kalınabilir (17,18).

Bir başka durumsa, hastanın başvurmuş olduğu sağlık merkezinde hekimin gerekli işlemleri yapmak istemesi, hastaya veya yakınlarına tıbbi durum ve tedavi seçenekleri ile ilgili gerekli bilgileri vermesi ancak buna rağmen hastanın veya yakınlarının işlemleri reddetmesi ya da hasta veya yakınları tarafından tedaviyi hiçbir sağlık merkezinde almayacak şekilde terkidir. Yabancı cisim aspirasyonu çocuğa bakmakla yükümlü kişilerin sorumluluğunu doğurması ve tedavinin yapılmasına engel olunarak çocuğun sağlığının riske edilmesi nedeni ile adli bildirim de yapılması gereklidir. TCK'nın 280. maddesi gereğince hastanın primer hekimi tarafından adli bildirim yapılması zorunludur (18). Bu sorumluluk özel kamu ayırımı yapılmaksızın tüm sağlık çalışanlarının sorumluluğu olarak tanımlanmıştır. Adli bildirimde hastanın tedavi ihtiyacının devam ettiğinin bu nedenle de sağlık tedbir kararı alınması gerektiği de belirtilmelidir.

Hekimin işlemi yapmak istemesi ve ebeveynlerin işlemi kabul etmesi durumunda, tıbbi işlem sorunsuz bir şekilde gerçekleştirilmiş olsa bile, ileride hasta yakınlarının herhangi bir hukuki itirazına muhatap olmamak için, işlem öncesinde bizzat ilgili hekim tarafından aydınlatılmış onamın alınması ve hatta mümkünse tanık temini ile tanığın dahi imzasının alınması uygun bir yaklaşım olacaktır. Aydınlatılmış onamın yazılı ve sözlü, çocuğun velisinden/vasisinden, çocuk 12 yaşından büyük ise çocuğun kendisinden de sorumlu hekim tarafından alınmalıdır. Hasta ve hasta velisinin/vasisinin anlayabileceği bir dille

anlatılmalı, anladığından emin olunmalı ve soracakları tüm sorulara cevap verilmelidir. Acil durum olmadığında düşünme için zaman tanınmalıdır. Aydınlatma esnasında hastanın tıbbi durumu, konulan tanı, tanının yalnızca invaziv yöntemler sonucu konulabilmesi durumunda bu yöntemlerin neler olduğu ve olası risk-tedavi durumları, elde bulunan mevcut tedavi yöntemleri, hasta için önerilen tedavi yöntemleri ve alternatif tedavi yöntemleri, tedavi yöntemlerinin muhtemel riskleri, tedavinin başarı şansı, tedavi yöntemi esnasında ve sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar ve başa çıkma yolları, tedavi sonrasında yaşanan süreç, işlemin geç komplikasyonları ve müdahale yöntemleri, tedavi yapılmaz ise ileride gelişebilecek sonuçlar açık bir şekilde anlatılmalıdır. Aydınlatma esnasında verilen tıbbi bilgiler tıp bilimine uygun ve güncel olmalı, mümkünse klasik matbu formlardan yararlanılmayıp kişiye özel durumlar da onam formlarına ilave edilmelidir. Usulüne uygun alınmayan aydınlatılmış onamın hukuksal değerinin olmayabileceği ve yapılan işlemin vücut bütünlüğünün ihlali niteliğinde görülerek hukuka aykırı işlem olarak değerlendirilebileceği göz önünde bulundurulmalıdır (16). Onam formları karşılıklı imzalanmalı ve bir süreti hasta velisi/vasisine verilmelidir. Aydınlatılmış onamın alınmaması veya alınmasındaki usulsüzlükler nedeni ile hekim idari soruşturma, ceza ve hukuk davaları ile karşı karşıya kalabilir (17-19). Yargıtay kararlarında da aydınlatma yükümlülüğünün ispatı hekim üzerinde olduğu ifade edilmektedir (16). Hekim bulunacağı tüm müdahaleleri bir endikasyona dayandırmalıdır. Anayasanın 17., TCK'nın 99., Tıbbi Deontoloji Nizamnamesinin 13., Hasta Hakları Yönetmeliğinin 12. maddelerinde endikasyondan bahsedilmektedir (15,16,21,22). Endikasyonsuz yapılan işlem sonrasında hastanın tıbbi açıdan zarar görmemesi halinde bile hastanın manevi kayıpları nedeniyle hekimin kusurlu davranışı nedeni ile idari, cezai ve hukuki sorumluluğundan bahsedilebilir. Ayrıca hastanın zarar görmesi durumunda Türk Ceza Kanu'nun 85. ve 89. maddeleri gereği hekimin kasten ya da taksirle yaralama/öldürme suçlarından sorumluluğu doğabilir (18). Bir diğer hususta, tıbbi işlem esnasında hekimin uyguladığı olduğu tedavinin tıp bilimi açısından uygun, güncel olması ve azami özenin gösterilmesidir (17-19).

Uygun teşhis yöntemleri kullanılarak doğru tanı konulan, uygun şekilde aydınlatılmış onam alınarak, gerekli endikasyon konularak uygun şekilde işlem

yapılan, öngörülen komplikasyonlara yönelik tedbirlerin alınarak işlemin yapıldığı durumlarda, tüm bu tedbirlere rağmen işlem esnasında oluşan kötü durumlara zamanında müdahale edilmesine, işlem bittikten sonra ve takip döneminde gerekli tüm tedbirlerin alınmasına rağmen oluşabilecek zararlar komplikasyon olarak değerlendirilir. Hekimin çıkan komplikasyonları da iyi yönetebilmesi gerekir. Ayrıca onam almak hekim sorumluluktan kurtarmaz. Hekim aydınlatılmış onamı alınmış bir hastaya azami özeni göstermesi ve tıbbi bir hata yapmaması gerekir. Aksi halde onama rağmen sorumluluk doğabileceği unutulmamalıdır. Komplikasyon gerçekleşmiş ve hekim komplikasyon öncesi ve sonrasında komplikasyon yönetimi için ortalama bir hekimden beklenen davranışları yapmış (gerekli tedbir, gerekli özen, zamanında ve uygun tedavi vs.) olduğu durumlarda hekimin hukuki sorumluluk altına girmeyeceğini düşünmekteyiz.

Sonuç olarak çocuklarda görülen yabancı cisim aspirasyonları hayatı tehdit eden acil bir durumdur. Böyle bir hasta ile karşılaşan hekim gerekli ilk ve acil müdahale yapabilmek adına tıbbi güncel bilgileri takip etmeli ve ilk müdahaleden sonra ivedi şekilde tanı ve tedaviyi uygulayacak branş hekimine ulaşmalıdır. Yabancı cisim aspirasyonuna müdahale etme sorumluluğu bulunan hekimlerin ise çalıştığı merkezde bu müdahalelerin yapılabileceği ortamın ve teknik donanım sağlanması, sair eksiklikleri giderilmesi için idareye yazılı talepte bulunması, mümkünse bu tür işlemlerin sık yapıldığı merkezlerde zaman zaman görev alarak konu ile ilgili bilgi ve deneyim düzeyini yükseltme çabasına girmelidir. İdari makamlarsa kendi sorumlulukları doğmaması için hekimin bu taleplerinin yerine gelmesi için kolaylaştırıcı tutum almalıdır. İleri merkeze hekim kararı ya da hasta yakını talebi nedeni ile gerçekleştirilecek olan sevklerde hastayı değerlendiren hekim, hastayı kabul eden klinikten onay almalı ve hastanın ulaşım şartları ile klinik durumu arasında bağlantı kurarak sevk için uygun olup olmadığını veyahut nakil için gerekli asgari şartları belirlemelidir. Hastalarla ilgili ilk ön tanı olduğunda adli birimlere bilgi verilmeli, endikasyon (rijit bronkoskopi ya da takip) konulmasından sonra aile işlemini reddediyorsa ve tedaviyi hiçbir sağlık merkezine almayacak şekilde terk ediyorsa gerek adli bildirim gerekse sağlık tedbiri kararı açısından değerlendirilmek üzere Cumhuriyet Savcılığı'na bildirimde bulunulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Sink JR, Kitsko DJ, Georg MW, Winger DG, Simons JP. Predictors of Foreign Body Aspiration in Children. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2016;155:501-7.
2. Gendeh BS, Gendeh HS, Purnima S, Comoretto RI, Gregori D, Gulati A. Inhaled Foreign Body Impaction: A Review of Literature in Malaysian Children. *Indian J Pediatr* 2019;86:20-24.
3. Parameswaran N, Das S, Biswal N. Respiratory Morbidity Following Foreign Body Aspiration Among South Indian Children: A Descriptive Study. *Cureus* 2018;10:e3629.
4. İlhan H. Foreign Body Aspirations in Children. *Turk Assoc Pediatr Surg* 2017;31(Ek sayı):40-5.
5. Cramer N, Tavarez MM, Jabbour N, Taylor RS. Foreign Body Aspiration. *StatPearls (Internet)*, Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK531480/>
6. Liman ST, Elicora A, Topcu S. Foreign body aspirations and esophageal foreign bodies. *Toraks Cerrahisi Bul* 2012;3:94-103.
7. Paşaoğlu I, Doğan R, Demircin M, Hatipoğlu A, Bozer AY. Bronchoscopic removal of foreign bodies in children: retrospective analysis of 822 cases. *Thorac Cardiovasc Surg* 1991;39:95-8.
8. Kolbakır F, Keçegil HT, Ankan A, Erk MK. Yabancı cisim aspirasyonları bronkoskopi yapılan 152 olgunun analizi. *GKD Cer Derg* 1995;3:117-20.
9. İlçe Z. Çocuklarda trakeobronşial yabancı cisim aspirasyonu. *Medical Journal of Kocaeli* 2012;2:47-54.
10. Erginel B, Haspulat M, Soysal FG, Özbey H, Keskin E, Karalı G, et al. Çocuklarda yabancı cisim aspirasyonu: Tedavi amaçlı rijid bronkoskopi sonuçlarımız. *İst Tıp Fak Derg* 2016;79:3.
11. Kaya A, Bilgin UE, Şenol E, Koçak A, Aktaş EÖ, Şen F. İzmir'de yapılan bebeklik dönemi adli otopsiler: 1999-2007. *Ege Tıp Derg* 2010;49:177-84.
12. Even L, Heno N, Talmon Y, Samet E, Zonis Z, Kugelman A. Diagnostic evaluation of foreign body aspiration in children: a prospective study. *J Pediatr Surg* 2005;40:1122-7.
13. Zerella JT, Dimler, McGill LC, Pippus KJ. Foreign body aspiration in children: value of radiography and complications of bronchoscopy. *J Pediatr Surg* 1998;33:1651-4.
14. Eroğlu A, Kürkcüoğlu IC, Karaoğlanoğlu N, Yekeler E, Aslan S, Başoğlu A. Tracheobronchial foreign bodies: a 10 year experience. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2003;9:262-6.
15. Mevzuat Bilgi Sistemi. [İnternet]. Erişim Adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4847&Mevzuatliski=0&sourceXmlSearch=has%20haklar%20haklar%C4%B1>
16. Petek H, Gürbüz M, editör. Sağlık hukuku 2013. Ankara: Saray Matbaacılık, 2013.
17. Mevzuat Bilgi Sistemi. [İnternet]. Erişim Adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6098.pdf>
18. Mevzuat Bilgi Sistemi. [İnternet]. Erişim Adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf>
19. Mevzuat Bilgi Sistemi. [İnternet]. Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.657.pdf>
20. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği. [İnternet]. Erişim Adresi: http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=998:2014-05-06-07-26-42&catid=2:yemelik&Itemid=33
21. Mevzuat Bilgi Sistemi. [İnternet]. Erişim Adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/2.3.412578.pdf>
22. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. Erişim Adresi (İnternet): https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2018.pdf