

BŁĘDY W SZTUCE

Andrew I. Kaplan, ESQ

Czy mizoprostol spowodował krwotok poporodowy?

Fakty

W dniu 8 maja ginekolog-położnik (dr A) prowadzący pierwszą ciążę u 34-letniej pacjentki skierował ją do pozwanego szpitala. W chwili przyjęcia do szpitala ciśnienie krwi pacjentki wynosiło 150/90 mm Hg i było wyższe od wartości 140/90 mm Hg zmierzonej tego poranka w gabinecie lekarskim. Ponadto pacjentka była po terminie porodu wyznaczonym na 30 kwietnia. W badaniu ultrasonograficznym wykonanym w przebiegu ciąży opisano częściowe przodowanie łożyska. Badanie USG w chwili przyjęcia ujawniło obecność dodatkowego płata łożyska.

O godz. 14.00 podano pierwszą dawkę mizoprostolu. Druga dawka została podana o godz. 18.10 i rozpoczęto profilaktykę penicyliną. Podłączony zapis kardiokograficzny był prawidłowy. O godz. 1.15 włączono oksytocynę w dawce początkowej 4 mU/min, którą zwiększano co 20-30 minut w celu uzyskania skurczów macicy co 2-3 minuty. O godz. 3.00 dawka oksytocyny została zwiększona do 8 mU/min, jednak mimo czynności skurczowej co 2-5 minut szyjka macicy się nie rozwierała. Ciśnienie krwi pacjentki wynosiło 109/69 mm Hg.

Do godz. 07:45 podawano 20 mU/min oksytocyny, jednak nie uzyskano po-

stępu porodu. Z powodu braku reakcji na oksytocynę lekarz dyżurny (dr B) odłączył wlew i o godz. 09.45 podał trzecią dawkę mizoprostolu. Ponownie włączono wlew oksytocyny w dawce wstępnej 2 mU/min, którą zwiększano o 2 mU/min co 20-30 minut. Zapis kardiokograficzny był prawidłowy. O godz. 17:00 kolejny lekarz dyżurny (dr C) nie stwierdził postępu w badaniu położniczym.

O godz. 4.25 10 maja dr C odnotował brak czynności skurczowej macicy pomimo wlewu oksytocyny w dawce 32 mU/min. Ciśnienie krwi ciężarnej utrzymywało się w granicach 114/65-129/87 mm Hg i ciężarna nie zgłaszała objawów stanu przedrzucawkowego. Dr C zlecił wlew 60 mU/min oksytocyny z prędkością 20 ml/h.

O godzinie 8.14 nadal nie było zmian. O godz. 9.00 dr C podjął decyzję o wykonaniu cięcia cesarskiego z powodu braku postępu porodu.

W protokole z cięcia cesarskiego opisano powikłanie w postaci atonii macicy wymagającej śródoperacyjnego podawania oksytocyny, analogu prostaglandyny F2 α , mizoprostolu doodbytniczo i założenia szwów B-Lyncha. Utratę krwi oszacowano na 1500-2000 ml i przetoczono 2 jednostki masy czerwonych krwinek. Atonię macicy uznano za ciężką, ponieważ nie reagowała ani na podawanie wielu dawek analogu Pg F2 α , ani na doodbytniczy mizoprostol. Atonia i krwotok poporodowy ustąpiły po założeniu szwów B-Lyncha.

Noworodek ważył 3700 g i otrzymał 9 punktów w skali Apgar. Nie wystąpiono z roszczeniami w sprawie stanu urodzeniowego noworodka. Doktor C odnotował, że z powodu ciężkiej atonii doszło do samoistnego wycisnienia macicy, które wymagało reoperacji. Kolejno założono jeden szew B-Lyncha, a następnie

drugi dodatkowy „dla wzmocnienia usytuowania mięśnia macicy.”

W sali pooperacyjnej odnotowano niskie ciśnienie krwi 70/40 mm Hg i utrzymywanie się krwawienia z macicy, które oceniono na 600 ml. Zdecydowano o relaparotomii wobec utrzymywania się niestabilnego stanu hemodynamicznego pacjentki mimo intensywnego przetaczania płynów i wielu transfuzji krwi. Nasiłoną niestabilność hemodynamiczną uznano za przeciwwskazanie do zabiegu embolizacji, stwierdzono ponadto, że pękł szew B-Lyncha. Krwawienie opanowano, zakładając dodatkowe szwy ósemkowe, jednak mięsień macicy był rozciągnięty, cienki i się nie obkurczał. Wobec przebytego masywnego krwotoku, niewyrównania hemodynamicznego pacjentki pomimo podawania leków i przetoczenia krwi oraz utrzymywania się znacznego krwawienia z otrzewnej podjęto decyzję o usunięciu macicy. W czasie laparotomii operatorzy rozpoznali wrodzoną wadę macicy – macicę jednoróżną ze szczątkowym lewym rogiem. W badaniu anatomopatologicznym opisano łożysko przyrośnięte i być może miejscami wrośnięte.

Zarzuty

Powódka postawiła wiele zarzutów odnoszących się do przebiegu 36-godzinnego porodu, indukcji porodu po terminie, czasu, jaki upłynął do decyzji o wycięciu macicy, w tym nieskutecznej indukcji porodu, opóźnionej decyzji o cięciu cesarskim, stosowania mizoprostolu jednocześnie z oksytocyną, a następnie kontynuacji mizoprostolu, oraz braku świadomej zgody pacjentki na zabieg. Biegły powołany przez powódkę na świadka twierdził, że podanie mizoprostolu i działania lekarzy doprowadziły do wycisnienia macicy i w rezultacie

A. Kaplan jest partnerem w Aaronson Rappaport, Feinstein & Deutsch, LLP, specjalizuje się w obronie pozwanych z powodu błędów w sztuce lekarskiej i innych sprawach związanych z ochroną zdrowia. Sprawa, którą opisuje była prowadzona przez jego partnera, Philipa D. Lerner, Esq.

do krwotoku i konieczności wycięcia macicy.

Ustalenia

Zeznania powódki oraz jej męża ujawniły, że plany indukcji porodu były z nimi wyczerpująco omówione przez lekarzy zaangażowanych w opiekę w czasie porodu. W kwestii przebiegu tego porodu oraz dwóch procedur zabiegowych strona powodowa powołała na świadków wielu lekarzy, jednak nie sformułowała jasno żadnego zarzutu, a tylko sugestię, że atonię macicy należało rozpoznać przed porodem.

Powołaliśmy eksperta w dziedzinie położnictwa i ginekologii, autorkę jednej z prac seminaryjnych na temat stosowania mizoprostolu w leczeniu krwotoku poporodowego. Powołaliśmy również anatomopatologa, aby ponownie ocenił preparaty łożyska.

Nasza ekspertka wyraziła opinię, że lekarze uratowali życie pacjentki, która bez wątpienia zmarłaby w mechanizmie krwotoku, gdyby nie wycięto macicy w chwili, kiedy to wykonano. Ekspertka była nieugięta w przekonaniu, że atonia macicy, krwotok i konieczność wycięcia macicy były następstwem łożyska przyrośniętego, a być może wrośniętego. Potwierdziła, że to rozpoznanie mogło być ustalone jedynie w wyniku oceny mikroskopowej.

Ekspertka orzekła, że w chwili atonii lekarze stosowali właściwe leki i prawidłowo założyli szwy B-Lyncha. Powołała się na stanowisko American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) uznające mizoprostol za lek skuteczny i „najlepszy z możliwych” w krwotoku poporodowym. W jej opinii przyczyną stanu pacjentki było łożysko wrośnięte, a nie mizoprostol. Ekspert anatomopatologii zeznał zdecydowanie, że pacjentka krwawiła z powodu łożyska przyrośniętego i prawdopodobnie wrośniętego. Pomimo opinii eksperta w dziedzinie ginekologii i położnictwa, że lekarz nie jest w stanie rozpoznać łożyska przyrośniętego/wrośniętego podczas ciąży, anatomopatolog utrzymywał, że w wyjątkowych przypadkach ogniskowe wrastanie łożyska w mięsień macicy mogłoby być wykryte w badaniu USG, ponieważ pacjentka była nieródką i nie przechodziła wcześniej operacji na macicy.

Werdykt

Prokurator prowadzący sprawę przekonał pełnomocnika powódki, że pozew był bezpodstawny oraz, mimo poniesionych przez stronę nakładów czasu i pieniędzy, sprawa utknęła w martwym punkcie. Pełnomocnik omówił ze swoim biegłym nasze argumenty, po czym tenże biegły zgodził

się z opinią naszego eksperta. Pełnomocnik powódki odstąpił od dalszego prowadzenia sprawy, a powódka nie znajdując innego prawnika chętnego podjąć się sprawy, zaprzestała dalszych kroków prawnych.

Analiza

Drobiazgowa dokumentacja medyczna dotycząca planowanej indukcji porodu i jej uzasadnienie, uzyskanie świadomej zgody pacjentki i opis przebiegu porodu sprawiły, że łatwiej było się obronić przed zarzutami. Protokół operacyjny zawierał opis toku myślenia i sytuacji w polu operacyjnym, co pozwoliło uniknąć zarzutów o „spowodowanie lub przyczynienie się” w jakikolwiek sposób do wynicowania macicy i następującego po nim krwotoku lub że nie wykonano właściwych działań przed założeniem szwów B-Lyncha i wykonaniem wycięcia macicy. Mimo wszystko trzeba przyznać, że pełnomocnik strony powodowej rzadko inwestuje tyle czasu i wysiłku w sprawę sądową, jak to było w tym przypadku, a następnie chętnie rezygnuje z dalszego jej prowadzenia w świetle nieodpartych opinii ekspertów pozwanej strony.

Contemporary OB/GYN, Vol. 55, No. 5, May 2010, p. 22. Did misoprostol cause this postpartum hemorrhage?

piśmiennictwo ze str. 129

PIŚMIENNICTWO

1. Smith GCS, Shah I, White IR, Pell JP, Crossley JA, Dobbie R. Maternal and biochemical predictors of spontaneous preterm birth among nulliparous women: a systematic analysis in relation to the degree of prematurity. *Int J Epidemiol* 2006; 35:1169–77.
2. Bossuyt PM, Reitsma JB, Bruns DE, Gatsonis CA, Glasziou PP, Irwig LM, et al. Towards complete and accurate reporting

of studies of diagnostic accuracy: the STARD initiative. *BMJ* 2003;326:41–4.

3. Bricker L, Neilson JP. Routine Doppler ultrasound in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD001450.

4. Bricker L, Neilson JP. Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks gestation). *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD001451.

5. Smith GCS, Fretts RC. Stillbirth. *Lancet* 2007;370: 1715–25.

6. Crowther CA, Hiller JE, Moss JR, McPhee AJ, Jeffries WS, Robinson JS. Effect of treatment of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes. *N Engl J Med* 2005;352: 2477–86.

7. Cuckle H, Aitken D, Goodburn S, Senior B, Spencer K, Standing S. Age-standardisation when target setting and auditing performance of Down syndrome screening programmes. *Prenat Diagn* 2004;24:851–6.