

Dystocja barkowa z następowym porażeniem typu Erba

DAWN COLLINS, JD

PRZYPADK 1

Kobieta z Illinois urodziła dziecko w 2002 roku. Poród był powikłany dystocją barkową, w wyniku czego u dziecka rozpoznano później uszkodzenie splotu barkowego. Masa urodzeniowa wynosiła 5130 g. Chłopiec został poddany trzem operacjom i fizjoterapii, ma jednak sparaliżowaną prawą kończynę górną.

Kobieta pozwała lekarzkę prowadzącą poród, twierdząc, że istniało u niej wiele czynników ryzyka wystąpienia makrosomii płodu, takich jak: nadmierna masa ciała przed ciążą, nadmierny przyrost masy ciała w czasie ciąży oraz niski wzrost. Uważała, że lekarzka nieprawidłowo oszacowała masę noworodka na 4540 g oraz wykonała nieprawidłową trakcję główki i szyi dziecka, próbując ukończyć poród. Pacjentka utrzymywała, że nie poinformowano jej o ryzyku związanym z porodem drogami natury, w tym wystąpienia dystocji barkowej i uszkodzenia splotu ramiennego, nie zaproponowano jej też ukończenia ciąży przez cięcie cesarskie.

Lekarzka utrzymywała, że nie miała obowiązku poinformowania pacjentki o wszystkich możliwych powikłaniach porodu pochwowego, ponieważ jest ich zbyt wiele, a niektóre mogą być dla kobiety zbyt przerażające. Zasadzono 3,27 miliona dolarów odszkodowania.

PRZYPADK 2

Po rozpoznaniu u dziecka porażenia typu Erba matka z New Jersey pozwała personel opiekujący się nią w czasie porodu, podczas którego doszło do dystocji barkowej. Noworodek ważył 5530 g. Chłopiec przeszedł operację, ale pozostała zmniejszona siła i ruchomość prawego barku, ramienia i dłoni. Pacjentka twierdziła, że lekarz położnik zastosował zbyt silną trakcję, a lekarze kwalifikujący ją do porodu nieprawidłowo ocenili masę dziecka, nie udzielili jej informacji na temat ryzyka związanego z porodem bar-

dzo dużego dziecka drogami natury i nie zalecili jej cięcia cesarskiego.

Obrona argumentowała, że wielkość dziecka została nieodpowiednio oszacowana ze względu na otyłość pacjentki, a sama pacjentka była niechętna poddaniu się operacji cięcia cesarskiego. Zawarto ugodę i wypłacono powódce 980 tysięcy dolarów.

PRZYPADK 3

W Illinois ciężarna blisko terminu porodu zgłosiła się do szpitala z powodu bólu w okolicy krzyżowej. Odesłano ją do domu, ale wróciła następnego dnia, ciągle narzekając na ten sam ból. Została przyjęta do szpitala we wczesnej fazie porodu. Lekarz położnik pełniący dyżur na wezwanie oszacował, że masa płodu wynosi między 3180 a 3630 g. W trakcie porodu zastosowano próżniociąg położniczy i wystąpiła dystocja barkowa. Zastosowano cztery rękoczyny w celu wydobycia płodu i ukończono poród w ciągu 1-2 minut. Noworodek ważył 4990 gramów i rozpoznano u niego uszkodzenie splotu ramiennego.

W pozwie pacjentka oskarżyła lekarza położnika o niestaranne oszacowanie masy płodu, niezaproponowanie cięcia cesarskiego po dwóch godzinach drugiego okresu porodu i zastosowanie zbyt dużej siły w celu urodzenia dziecka.

Lekarz położnik twierdził, że dokładne oszacowanie masy płodu było prawie niemożliwe, nie było wskazania do wykonania cięcia cesarskiego, a przy każdym rękoczynie stosowano tylko delikatną trakcję w celu urodzenia dziecka. Zapadł wyrok uniewinniający.

Z prawnego punktu widzenia. W każdym z tych przypadków oskarżono lekarza położnika o niedbałość i nieprawidłowe oszacowanie masy płodu. Chociaż można przekonywać ławę przysięgłych, że masę płodu można oszacować tylko w przybliżeniu (czy to w badaniu przedmiotowym, czy w USG) i wynik na ogół jest niedokładny, w przysięgłych często zostaje przekonanie, że lekarz powinien być zaniepokojony wielkością płodu jeszcze przed porodem.

Dawn Collins, prawniczka specjalizująca się w przypadkach oskarżeń o zaniedbania lekarskie w Long Beach w Kalifornii. Autorka zachęca do przekazywania uwag na temat tego artykułu pocztą elektroniczną na adres dawncollins@gmail.com.

W wielu sprawach dotyczących błędów lekarskich związanych z wystąpieniem dystocji barkowej z następowym porażeniem typu Erba stawiany jest zarzut, że decyzję o porodzie drogami natury, zwłaszcza w przypadku podejrzenia makrosomii płodu, powinna poprzedzać dyskusja i uzyskanie zgody pacjentki. Wielu przysięgłych i sędziów uważa, że uzyskanie zgody powinno być wymagane, a informacje dotyczące ryzyka dystocji barkowej, w tym możliwości uszkodzenia splotu barkowego, a także opcjonalnego wykonania cięcia cesarskiego, są istotne i niezbędne, aby odpowiedzialna osoba mogła podjąć świadomą decyzję

o sposobie urodzenia dziecka. Chociaż można dyskutować, czy uzyskiwanie zgody na poród drogami natury od każdej kobiety nie należy do standardów opieki medycznej, to w przypadku istnienia podejrzenia makrosomii płodu (wpisanego w kartę lub wynikającego z szacunkowej oceny masy płodu) roztropnie jest udokumentować odbycie z pacjentką rozmowy na temat ryzyka i istniejących możliwości wyboru.

Contemporary OB/GYN, Vol. 57, No. 3, March 2011, p. 20. Shoulder dystocias result in Erb's palsies.

KOMENTARZ

Prof. dr hab. n. med. Romuald Dębski
Redaktor naczelny *Ginekologii po Dyplomie*

Postanowiłem zamieścić ten artykuł z kilku powodów. Po pierwsze, i w Polsce problem dystocji barkowej, a raczej porażenia splotu barkowego, staje się jedną z najczęstszych przyczyn położniczych procesów toczących się w sądach cywilnych (wyrok w sądach lekarskich jest punktem wyjścia do procesu cywilnego i roszczeń finansowych). W przypadku porażenia – niekoniecznie dystocji – bardzo często w dokumentacji położniczej nie ma żadnych informacji o problemach przy urodzeniu dziecka, żadnych danych na temat dystocji barkowej i dopiero w obserwacjach neonatologicznych znajdują się zapisy o uszkodzeniu splotu barkowego. Najprawdopodobniej są to konsekwencje nadmiernie silnego pociągania za główkę przez położną w porodach uznawanych za przebiegające prawidłowo. Ale najczęściej obwiniani jesteśmy tylko my – położnicy, choć pamiętam sprawę, w której było odwrotnie. Ale musimy mieć świadomość, że nawet jeśli nie popełnimy błędu, możemy zostać oskarżeni i ukarani. Po drugie, najgorsze jest głupie tłumaczenie – patrz przypadek pierwszy – w naszych realiach to braki w dokumentacji medycznej, a przede wszystkim brak jakichkolwiek informacji o prośbach, sugestiach czy wręcz żądaniach pacjentów. W dobie eksplozji pozwów sądowych pod każdą decyzją niestandardową przy jakichkolwiek naciskach ze strony rodzącej czy jej rodziny powinniśmy to dokumentować i potwierdzać podpisem pacjentki. Przepiszę jeszcze raz fragment jednego ze zdań z artykułu „...czy uzyskiwanie zgody na poród drogami natury od każdej kobiety nie należy do standardów opieki medycznej...”. Już dziś, zgodnie z rekomendacjami PTG, *nota bene* przez współautorów niektórych mocno już krytykowanych, powinniśmy uzyskać zgodę pacjentki po przebytych cięciu cesarskim na poród drogami natury, czyli brak takiej zgody staje się uzasadnieniem do wykona-

nia cięcia. Czy dużo wody w Wiśle upłynie, nim będziemy każdą rodzącą pytać o taką zgodę? *O tempora, o mores!* Umiera tak przez nas gorąco broniona *ars obstetrica*. Ale czy z tą sztuką nie będzie trochę tak jak z dyliżansami i adapterami na płyty winylowe – w gruncie rzeczy tylko dla hobbystów i do muzeum?

Kolejny, zupełnie inny, czysto merytoryczny problem zasygnalizowany w artykule, to niezgodności rzeczywistej masy urodzeniowej z szacowaną w trakcie badania ultrasonograficznego. Przyczyn tej niezgodności jest wiele, kilka lat temu w *Ginekologii po Dyplomie* ukazał się artykuł Marka Kudły wskazujący na źródła tych błędów. Minimalny rozrzut to 15%, w większości opracowań nieco ponad 20%. Ale w życiu – oszacowano na 4300, rodzi się 4800 – taką różnicę uznaje za błąd, tym bardziej że biegły w „opinii” upiera się, że pomiar byłby znacznie precyzyjniejszy, gdyby dodatkowo na sali porodowej zmierzono obwód brzucha rodzącej i oceniono wysokość dna nie taśmą, tylko cyrklem położniczym. To może po prostu w wynikach badań ultrasonograficznych powinniśmy wpisywać regułkę: „Błąd pomiaru szacunkowej masy płodu wynosi 20%”, albo „Rzeczywista masa płodu może się różnić od szacowanej o 20%, różnica ta może być większa w przypadku utrudnionej wizualizacji płodu, np. przy wykonywaniu badania u kobiety otyłej, w trakcie porodu, przy zmniejszonej objętości płynu owodniowego”. A może jeszcze szerzej, biorąc wzór z opisów z niektórych pracowni echokardiografii płodowej, gdzie pod wynikiem *petitem* jest wydrukowane, jakich gwarancji to badanie nie daje i jakich wad nie daje się rozpoznać przed urodzeniem.

I ostatnia sprawa. Spójrzmy, o jakie kwoty odszkodowań walczy się w Stanach Zjednoczonych. Skala tego zjawiska w Europie jest chyba jeszcze znacznie mniejsza, ale jest to tylko kwestia czasu. Jedyną moją pociechą jest to, że ja już chyba tego nie doczekam. Mam nadzieję, że nie będę pracował w takich czasach, kiedy będę się bał wejść na salę porodową.