

BŁĘDY W SZTUCE

Czy można zostać pozwanym za nierozpoznanie raka piersi?

Daniel E. Ryan III, ESQ, Michele D. Brown, MD

Specjalizacja ginekologiczno-położnicza niesie ze sobą największe ryzyko pozwu sądowego za błąd w sztuce. Contemporary OB/GYN przedstawia nowy cykl poruszający kwestie medyczno-prawne z zakresu ginekologii i położnictwa i oferujący lekarzom praktyczne porady, jak zmniejszyć ryzyko procesu. Pierwszy artykuł z tego cyklu traktuje o pozwach sądowych w związku z nierozpoznananiem raka piersi.

Niezdiagnozowany lub zbyt późno rozpoznany rak piersi z pewnością wzbudza podejrzenie i złość u każdej pacjentki i w konsekwencji może ją skłonić do kontaktu z prawnikiem w celu oceny prawidłowości postępowania lekarza. (Patrz: Jak prawidłowo badać piersi str. 64) Zanim zostanie złożony pozew w sądzie, dokumentacja medyczna będzie przejrzana nie tylko przez adwokata pacjentki, ale również przez ekspertów powołanych przez niego w celu zbadania, czy można wnieść pozew o błąd w sztuce lekarskiej. Chociaż korzyści dla pacjentki wynikające z postanowienia sądownego orzekającego błąd w sztuce bywają znaczne, to w większości spraw dochodzi do ostrego sporu merytorycznego między stronami i często wymagana jest opinia wielu biegłych różnych specjalności medycznych.

Aby z sukcesem poprowadzić sprawę sądową o przeoczenie lub nierozpoznanie raka piersi, pełnomocnik

powódki zwykle powołuje eksperta z zakresu położnictwa i ginekologii w celu uzyskania opinii, czy lekarz postępował zgodnie ze standardami opieki, eksperta z zakresu patologii, aby określił stopień zaawansowania nowotworu (nie tylko w chwili rozpoznania, ale również wcześniej, kiedy to w opinii pacjentki rak powinien być rozpoznany) oraz onkologa, aby wsparł argumentację, że pacjentka miałaby lepsze rokowanie i jakość życia, gdyby rak piersi został zdiagnozowany wcześniej.

Ponieważ sprawy sądowe dotyczące opóźnionego rozpoznania raka piersi są kosztowne, większość dobrych prawników nie podejmie się prowadzenia takiej sprawy, zanim się nie upewni, że potencjalny zysk jest wart ich wysiłku. Celem tego artykułu jest udzielenie wskazówek dotyczących twojego postępowania, aby zniechęcić prawnika pacjentki do złożenia pozwu przeciwko tobie.

Znaczenie dokumentacji medycznej

Najlepszym sposobem zminimalizowania ryzyka bycia oskarżonym o błąd w sztuce jest właściwe postępowanie medyczne oraz prowadzenie skrupu-

latnej dokumentacji medycznej pacjentki.

Przeglądając dokumenty w sprawie o domniemany błąd w sztuce, prawnik zazwyczaj dysponuje dwoma źródłami informacji: wersją zdarzeń pacjentki, bazującą głównie na jej relacji lub relacji członków jej rodziny oraz dokumentacją medyczną. Wspomnienia i opinie pacjentki lub jej rodziny zasadniczo nie są właściwym sposobem oceny postępowania lekarza. Doświadczeni pełnomocnicy powódki podejmą decyzję o prowadzeniu sprawy po zapoznaniu się z dokumentacją medyczną jako bardziej wiarygodnym źródłem informacji. Rzetelna dokumentacja medyczna pomoże nie tylko wtedy, gdy zostaniesz pozwany, ale przede wszystkim pomoże ci uniknąć takiego pozwu.

Jednym z powodów, dla których działalność lekarska jest związana z tak dużym ryzykiem pozwu, jest to, że jeśli pacjentka została w znacznym stopniu poszkodowana, pozew będzie szczególnie lukratywny dla prawnika. Ponieważ każdy praktykujący lekarz sprawuje opiekę medyczną nad pacjentkami poważnie chorymi, naturalne jest, że lekarze częściej niż inna grupa zawodowa są sądzeni za błędy

Ryan III jest partnerem w firmie Ryan, Ryan, Deluca LLP, Stamford, Conn. Specjalizuje się głównie w obronie pozwanych z powodu błędów w sztuce lekarskiej i innych sprawach związanych z katastrofalnymi dla zdrowia zdarzeniami. Dr Brown, praktykująca ginekolog-położnik w Stamford, Conn.

w sztuce. Szczególnie w sytuacjach, w których istnieje możliwość uzyskania znaczącego zadośćuczynienia w wyniku ugody lub zasądzonego odszkodowania za błędy w sztuce, prawnik będzie raczej poszukiwał w dokumentacji medycznej danych (lub ich braku) stwarzających podstawę do sformułowania zarzutu wobec lekarza, niż skupi się na uzyskaniu odpowiedzi, czy pacjentka była prawidłowo diagnozowana i leczona.

Co należy odnotować w dokumentacji?

Dokumentacja medyczna zawierająca niewiele danych lub ich pozbawiona pozwoli pacjentce i jej prawnikowi zinterpretować istniejące niewiadome na niekorzyść lekarza. Jeśli w dokumentacji nie odnotowano, że poinformowano pacjentkę o istnieniu ryzyka zachorowania na raka piersi, że zalecono samodzielne badanie piersi i przeprowadzono instruktaż w tym zakresie oraz że zalecono profilaktyczną mammografię i wyznaczono kontrolne badania i wizyty, to w takich przypadkach pacjentka i jej pełnomocnik mogą utrzymywać, że te działania z twojej strony nigdy nie były podjęte.

Chociaż uaktualniane są rekomendacje dotyczące mammografii i trwa gorąca debata wokół tych zaleceń, to aktualne standardy skryningu, diagnostyki i leczenia raka piersi nie są zasadniczą kwestią większości rozpraw sądowych. Postępowanie procesowe prowadzi się na podstawie standardów obowiązujących w chwili zaistnienia podejrzenia popełnienia błędu w sztuce. Chociaż standardy opieki się zmieniają, większość lekarzy śledzi na bieżąco piśmiennictwo, zna podstawowe wytyczne opieki i zalecenia dotyczące badania przedmiotowego, samodzielnego badania piersi przez pacjentkę, wizyt okresowych, profilaktycznych badań mammograficznych i ultrasonograficznych. Chociaż środowisko medyczne może i powinno prowadzić dyskusję o standardach opieki i aktualizować zalecenia, to dociekania na sali sądowej dotyczą raczej takich faktów, jak: wywiad chorobowy i główne dolegliwo-

ści pacjentki, czy zalecono skryning lub wykonanie innego badania, czy we właściwym czasie poinformowano pacjentkę o wynikach wykonanych badań oraz czy ustalono termin i rodzaj badania kontrolnego będącego składową nadzoru medycznego nad pacjentką.

Dokumentacja medyczna pacjentki powinna zawierać odpowiedzi na te wszystkie pytania. Lekarz i inny personel świadczący usługi medyczne są z reguły jedynymi osobami dokumentującymi działania i historię opieki nad pacjentką. Ponieważ dokumentacja medyczna będzie jedynym źródłem informacji w sprawie, to nie zawsze z dochodzenia wyłania się sposób, w jaki lekarz sprawował opiekę i leczył pacjentkę. Nie oznacza to, że lekarz powinien poświęcać więcej czasu na dokumentowanie swoich działań niż samej pacjentce, ale powinien zdawać sobie sprawę, że w przyszłości dokumentacja medyczna może być analizowana przez jej prawnika. Świadomość tego powinna motywować lekarza do odnotowywania swoich działań medycznych, co w przyszłości będzie dowodem właściwej opieki nad pacjentką i pozwoli obronić się w sądzie.

Zacznijmy od podstaw. Jeśli dokumentacja medyczna nie jest jeszcze prowadzona w formie elektronicznej (electronic health record, EHR), ale w formie odręcznie dokonywanych zapisów, należy upewnić się, czy pismo jest czytelne dla samego lekarza, a co ważniejsze, dla innych. Jeśli nie, należy rozważyć podyktowanie treści dokumentacji innej osobie lub dokonywać wpisów na maszynie. Nieczytelna dokumentacja medyczna nie chroni przed pozwem sądowym i w takim przypadku lekarz zobowiązany jest potwierdzić treść dokumentacji pod przysięgą w kancelarii adwokackiej. Ponadto nie należy używać własnych skrótów (zarówno w dokumentacji elektronicznej, jak i odręcznej), tylko powszechnie zaakceptowanych.

Dokumentacja prowadzona przez pacjentkę

Bardzo pomocne będzie namówienie pacjentki do prowadzenia przez nią

samą dokumentację przebiegu opieki medycznej. Nie ma bardziej przekonującego dowodu o przebiegu leczenia i zgłaszanych dolegliwościach niż własne zapiski pacjentki. Chociaż w wielu gabinetach podczas pierwszej wizyty pacjentka wypełnia wstępną ankietę dotyczącą przebytych chorób, to warto rozważyć wypełnianie przez nią krótkiego formularza także podczas kolejnych wizyt. W takim formularzu pacjentka wpisze powód zgłoszenia się, dolegliwości, czy i jak często samodzielnie bada piersi, czy któryś obszar piersi wzbudza jej niepokój, czy odczuwa napięcie piersi lub obserwuje inne niepokojące objawy i jeśli tak, to od jak dawna. Lekarz powinien zapytać o datę i wynik ostatniej mammografii oraz o to, czy nie rozpoznano nowotworu u członków rodziny od czasu jej poprzedniej wizyty. Czy nie zostało zmodyfikowane leczenie zlecane przez lekarzy innych specjalności? W takim formularzu można umieścić inne dodatkowe pytania uznane przez lekarza za istotne. Należy uważnie przeczytać wypełniony formularz i odnieść się do każdej wpisanej przez pacjentkę odpowiedzi czy zgłoszonej dolegliwości.

Z chwilą rozpoznania raka piersi prawie każda pacjentka zacznie się zastanawiać, czy kiedykolwiek wcześniej wyczuła guzek lub inne niepokojące zmiany w piersiach i czy zgłaszała to swojemu lekarzowi. Wiele kobiet świadomie lub podświadomie będzie przekonywać siebie, że w przeszłości informowały swojego lekarza o takich dolegliwościach, a swoją wizytę u adwokata zacznie od słów: „Myślę, że przed rokiem informowałam lekarza, że coś jest nie tak z moją piersią”. Prawniki przejrzy dokumentację medyczną pacjentki, szukając tej informacji, którą lekarz zignorował, co mogło skutkować opóźnieniem rozpoznania. Jeśli formularz własnoręcznie wypełniony przez pacjentkę i dołączony do wskazanej wizyty nie zawiera żadnej wzmianki o takich dolegliwościach, mało prawdopodobne jest, aby lekarz kiedykolwiek spotkał się ze swoją pacjentką i jej adwokatem w sali sądowej.

Chociaż większość lekarzy docenia znaczenie świadomej zgody pacjentki

na leczenie, to jednocześnie zapomina, jak ważne jest odnotowanie świadomej odmowy pacjentki na podjęcie leczenia. Jeśli pacjentka nie wyraża zgody na diagnostykę, leczenie lub inne zalecane postępowanie, to należy odnotować w dokumentacji, że wyczerpująco poinformowano pacjentkę o możliwych następstwach odmowy.

Wiele pacjentek, zwłaszcza starszych, może obawiać się konsekwencji choroby i unikać bądź opóźniać wykonanie zalecanych badań. W takich przypadkach konieczne jest udokumentowanie, że poinformowano pacjentkę o potencjalnych korzyściach z podjęcia leczenia i możliwych skutkach jego odmowy.

Często osobą pozywającą lekarza nie jest sama pacjentka, ale członek jej rodziny. Chociaż sama pacjentka ma pełne prawo odmówić postępowania zgodnego z zaleceniem lekarza i uznać taką decyzję za słuszną, to inni członkowie jej rodziny mogą o tym nie wiedzieć i nie akceptować faktu, że bliska im osoba nie podjęła stanowczej walki z chorobą mimo istnienia takiej szansy.

Jeśli w dokumentacji lekarskiej nie ma wzmianki o tym, że pacjentka została dokładnie poinformowana o następstwach opóźnienia lub rezygnacji z diagnostyki i leczenia, czego skutkiem jest nieodwracalny postęp choroby, to rodzina pacjentki może zeznać w sądzie, że bliska jej osoba na pewno podjęłaby dalsze leczenie i mogłaby żyć, gdyby lekarz wystarczająco zadbał o jej zdrowie i poświęcił więcej czasu na edukację chorej.

W celu uniknięcia takiej sytuacji ważne jest, aby po uprzednim omówieniu z pacjentką rozpoznania i leczenia pod koniec wizyty lekarz odnotował w dokumentacji fakt wyjaśnienia chorej, że brak zgody na diagnostykę i leczenie wiąże się z określonym ryzykiem. Warto poprosić pacjentkę o podpisanie adnotacji o przeprowadzonej rozmowie informacyjnej i braku zgody pacjentki na badania i leczenie. Taki dokument mógłby brzmieć następująco: „Potwierdzam, że zostałam w pełni poinformowana przez doktora....., że moja odmowa przeprowadzenia zalecanych badań (ultrasonografii/biopsji/mam-

mografii/konsultacji chirurgicznej/konsultacji z innym lekarzem/itp.) może uniemożliwić bądź opóźnić rozpoznanie i leczenie poważnych chorób, w tym nowotworu, oraz przyjmuję do wiadomości, że jestem narażona na zwiększone ryzyko poważnej choroby lub zgonu”.

Jeśli odmowa wyraźnie łączy się ze znaczącym ryzykiem zachorowania pacjentki, można rozważyć wysłanie jej poświadczającego oświadczenia dokumentującego rozmowę podczas wizyty i jej odmowę na proponowaną diagnostykę i leczenie. Takie postępowanie może wymagać od lekarza dodatkowego czasu, ale będzie stanowić mocny argument oddalający roszczenie.

Dokumentacja wszelkich kontaktów dotyczących pacjentki

Nieprawidłowa komunikacja między różnymi lekarzami czy instytucjami leczącymi chorą na raka jest częstą kwestią podnoszoną w sprawach sądowych o błąd w sztuce.

W celu zminimalizowania ryzyka nieprawidłowej komunikacji z konsultantami czy innymi specjalistami należy przyjąć zasadę odnotowywania otrzymania wszelkich informacji dotyczących pacjentki, wpisując datę i godzinę otrzymania danych drogą telefoniczną, elektroniczną, faksem czy w jakikolwiek inny sposób oraz zasadę dokumentowania swojego stanowiska w odpowiedzi na napływające informacje.

Należy postępować tak, aby istniał dowód, że lekarz zapoznał się z wynikami badań diagnostycznych. Ponieważ żaden sposób nie jest doskonały, warto włączyć pacjentkę do planu zabezpieczającego lekarza, zalecając, aby po upływie określonego czasu pacjentka telefonicznie dowiedziała się o wyniki swoich badań i następnie odnotowując ten fakt w dokumentacji. Jeśli pacjentka nie zgłasza się na zalecane wizyty kontrolne, testy diagnostyczne czy konsultacje, należy rozważyć wysłanie listu ze zwrotnym poświadczaniem odbioru, w którym lekarz opisuje swoje stanowisko. Kopia takiego listu powinna być dołączona do dokumentacji.

Jeśli mimo to pacjentka złoży skargę lub pojawi się inny problem, nie należy ignorować sprawy i trzeba porozmawiać o tym z pacjentką. W dokumentacji warto umieścić adnotację o odbyciu rozmowy i sposobie rozwiązania problemu.

Pacjentki pozywające lekarzy często zeznają w sądzie, że próbowały porozmawiać z lekarzem o jakiejś kwestii, ale zostały zignorowane, co skłoniło je do porady u adwokata w celu wyjaśnienia sprawy. Gdy pacjentka konsultuje już sprawę z prawnikiem, rozważane jest już tylko to, czy istnieją wystarczające podstawy do złożenia pozwu.¹

Jeśli pacjentka składa pozew, należy niezwłocznie skontaktować się firmą ubezpieczeniową, z którą została zawarta polisa ubezpieczeniowa obejmująca praktykę lekarską. Większość ubezpieczycieli będzie w stanie udzielić porady, jak zachować się w takiej sytuacji, lub zapewni poradę prawną. W wielu okręgach istnieje „formuła przeprosin”, która pozwala świadczącemu usługi medyczne na rozmowę z pacjentką, a nawet przeproszenie jej za popełniony błąd bez obaw, że taka rozmowa będzie wykorzystana w sądzie jako dowód. Należy jednak dokładnie zapoznać się z obowiązującymi zasadami, ponieważ może się okazać, że akurat nie będzie można się na nie powołać.

Jak stwierdziliśmy, karta medyczna pacjentki nie powinna być postrzegana jako narzędzie minimalizowania ryzyka pozwania, ale jako narzędzie służące do ułatwiania ciągłości opieki, co z kolei zmniejszy ryzyko pozwu. Samo prowadzenie dokumentacji nie powinno sterować procesem leczenia pacjentki, ale należy pamiętać, że to, co nie zostało wpisane do dokumentacji medycznej, podczas rozprawy sądowej będzie uznane za niewykonane.²

Contemporary OB/GYN, Vol. 55, No. 1, January 2010, p. 34. Could you be sued for a missed breast cancer diagnosis?

PIŚMIENICTWO

- Hickson GB, Clayton EW, Entman SS, et al. Obstetricians' prior malpractice experience and patients' satisfaction with care. JAMA. 1994;272(20):1583-1587.
- Simon RI, Shuman DW. Therapeutic risk management of clinical-legal dilemmas: should it be a core competency? J Am Acad Psychiatry Law. 2009;37(2):155-161.

Jak prawidłowo badać piersi?

Victoria Green, MD, JD

Podczas badania piersi należy pamiętać o fizjologicznych zmianach charakterystycznych dla środkowej fazy cyklu miesięczkowego, takich jak obrzęk podścieliska, który może utrudniać wykrycie guza (lub inaczej, zwiększyć prawdopodobieństwo niewykrycia guza).

Jeśli badana pacjentka jest w połowie cyklu miesięczkowego, zdecyduj o ponownym badaniu w pierwszym tygodniu po miesiączce, gdy stężenia hormonów są mniejsze, a napięcie i bolesność piersi będą miały mniejszy wpływ na badanie. Pacjentki z obwisłymi piersiami lepiej badać wtedy, gdy piersi układają się wzdłuż klatki piersiowej niż wtedy, gdy przemieszczają się ku bokom w ułożeniu pacjentki na plecach. Pacjentka powinna dostosować ułożenie ciała, rotując biodra tak, aby piersi „ułożyły się” na klatce piersiowej, co zmniejszy napięcie tkanki gruczołów piersiowych i ułatwi wykrycie nieprawidłowości. (Pacjentka będzie musiała obrócić się 2-3 razy, zanim zakończy się badanie jednej strony.)

Ciężarne, karmiące oraz pacjentki z gęstą strukturą piersi również mogą mieć fizjologiczne zmiany w piersiach, które utrudnią badanie. Prawidłowe badanie piersi powinno być przeprowadzone w różnych pozycjach: siedzącej, leżącej, z rękami uniesionymi nad głowę i z rękami na biodrach. Upewnij się, że dokładnie zbadałeś doły pachowe oraz zaczerwienione obszary, które mogą być objawem patologii nawet bez towarzyszącego guza. Aby poprawić wykrywalność zmian, należy stosować spójną metodę badania (metoda pionowego badania palpacyjnego polecana przez American Cancer Society).

W celu wykluczenia patologii przydatne będzie powtórzenie badania w odstępie 1-2 miesięcy. W sytuacji nieprawidłowości w badaniu palpacyjnym pomocne są badania obrazowe, ale ich prawidłowy wynik nie powinien zwalniać z dalszej diagnostyki. Podobnie nie należy ignorować nieprawidłowego wyniku badania obrazowego nawet przy niepodejrzanym badaniu przedmiotowym. Nie lekceważ dolegliwości zgłaszanych przez młodsze kobiety lub nastolatki, u których ryzyko raka chociaż niskie, nadal istnieje. Podobnie nie lekceważ guza u starszych kobiet dopóty, dopóki dokładne badanie nie wykluczy istnienia zmian chorobowych.

Zbieżność trzech czynników, jakimi są wiek pacjentki poniżej 40 r.ż., prawidłowy wynik badania obrazowego oraz samodzielne znalezienie guza, generuje najwięcej pozwów sądowych. Bądź świadomy tej kombinacji i wyznacz wizyty i badania kontrolne mimo prawidłowej wstępnej oceny lub stwierdzenia łagodnych zmian. Aby potwierdzić prawidłowe badanie przedmiotowe, kolejna wizyta powinna się odbyć w ciągu 1-3 miesięcy – zależnie od wieku pacjentki, potencjalnego ryzyka zachorowania na raka piersi, danych demograficznych lub wywiadu rodzinnego i wyniku badania przedmiotowego. Takie podejście pomoże lekarzowi i skutecznie uspokoi pacjentkę. Naczelną zasadą praktyki lekarskiej niech będzie teza: „guzek jest dowodem raka piersi dopóty, dopóki nie udowodni się, że nim nie jest”. Z twojej strony wskazana jest duża dokładność.

Ważnym elementem wizyty profilaktycznej jest oszacowanie indywidualnego ryzyka zachorowania na raka piersi, ponieważ pozwala to zmniejszyć ryzyko nowotworu w przyszłości, a tym samym konieczność zabiegów chirurgicznych lub prewencyjnej chemioterapii. Należy zaproponować oce-

nę ryzyka raka piersi każdej pacjentce zgłaszającej się do ginekologa z powodu planowania ciąży, chorób przenoszonych drogą płciową lub innych dolegliwości ginekologicznych, a następnie udzielić informacji o opcjach dalszego postępowania w zależności od stopnia indywidualnego ryzyka (np. porada genetyczna, testy w kierunku *BRCA*, profilaktyczne usunięcie piersi lub jajników). Pamiętaj, że badanie rezonansem magnetycznym, mammografia oraz ewentualnie ultrasonografia powinny być oferowane kobietom, których członkowie rodziny są nosicielami genu *BRCA*, oraz pacjentkom, u których istnieje 20-25% ryzyko zachorowania na raka piersi w ciągu życia. Należy zapytać o wywiad rodzinny ze strony matki i ojca. Wywiad ze strony ojca również może być istotny, biorąc pod uwagę małe, ale istniejące, ryzyko raka piersi u mężczyzn. Może to uczulić pacjentkę na potencjalne ryzyko zachorowania na raka piersi u mężczyzn w jej rodzinie.

Uzyskanie świadomej zgody na niezbędne badanie i leczenie może być trudne, szczególnie jeśli istnieją problemy językowe czy kulturowe w komunikacji z pacjentką. Ważnym aspektem procesu pozyskiwania świadomej zgody jest taktowne zachowanie lekarza w chwili przekazywania informacji o rozpoznaniu nowotworu, ponieważ wiele pacjentek ze strachu przed rozpoznaniem nie ukończy niezbędnej diagnostyki.

Jeśli pacjentka nie wyraża zgody na leczenie lub nie stosuje się do zaleceń należy: 1) upewnić się, że rozumie zagrożenia i korzyści wynikające z podjęcia leczenia i dalszej kontroli oraz, że przedstawione rozpoznanie nie musi być dla niej „wyrokiem śmierci”, 2) omówić przyczyny niestosowania się pacjentki do zaleceń, 3) sprawdzić jej możliwości finansowe, rozumienie problemów zdrowotnych,

Dr Green, associate professor, Department of Gynecology and Obstetrics, Emory University, Atlanta, Georgia. Jest też członkiem zespołu redakcyjnego *Contemporary OB/GYN*.

uwarunkowania psychospołeczne. Jak wspomniano wyżej, należy dokumentować wszystkie kwestie omawiane z pacjentką.

Utwórz standaryzowane procedury postępowania, przedstaw je personelowi i wymagaj postępowania zgodnie z nimi. Wyniki badań diagnostycznych, laboratoryjnych i obrazowych nie powinny być dołączone do dokumentacji dopóty, dopóki specjalista nie odnotuje w karcie pacjentki, że się z nimi zapoznał. W teczce z wynikami muszą się znaleźć pisemne informacje, że otrzymano od radiologa

wynik mammografii/ultrasonografii/rezonansu magnetycznego, że lekarz zapoznał się z nim i że pacjentka otrzymała wynik. Ponadto zgodnie z utworzoną procedurą w dokumentacji lekarskiej powinien się znaleźć wpis, czy pacjentka stosuje się do wszystkich zaleceń, czy wykonuje badania diagnostyczne i czy wyniki tych badań są wpisane i dołączone do dokumentacji. Jeśli wykonano biopsję, chirurg lub radiolog powinien wpisać, czy wynik biopsji jest zgodny z badaniem przedmiotowym i obrazowym. Nigdy nie zakładaj, że wykrycie łagod-

nej zmiany zamyka kwestię zgodności wyników trzech wymienionych badań. Jeśli pacjentka przeżyła wcześniej biopsję, spróbuj uzyskać wszystkie wyniki jej badań niezależnie od łagodnego charakteru zmiany, gdyż niektóre nowotwory, takie jak atypowa hiperplazja przewodowa, guz liściasty lub dysplazja gruczołowo-włóknista wymagają szczególnego nadzoru i kolejnych badań kontrolnych.

Powyższe zalecenia przyczynią się do poprawy diagnostyki i wyników leczenia twojej pacjentki i przyniosą korzyści twojej praktyce lekarskiej.