

TRUDNOŚCI DIAGNOSTYCZNE I ANALIZA PRAWNA POTENCJALNYCH ROSZCZEŃ WOBEC LEKARZA MEDYCZYNY PRACY NA PRZYKŁADZIE NIEROZPOZNANEGO NACZYNIAKOMIĘŚAKA SERCA

DIAGNOSTIC DIFFICULTIES AND LEGAL ANALYSIS
OF POTENTIAL CLAIMS TO OCCUPATIONAL MEDICINE SPECIALISTS
BASED ON A CASE OF UNRECOGNIZABLE CARDIAC ANGIOSARCOMA

Katarzyna Pluta-Hadas¹, Paweł Świdorski², Monika Urbaniak¹, Natalia Macioszek², Tadeusz Pawełek³,
Czesław Żaba^{2,4}

¹ Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu / Poznan University of Medical Sciences, Poznań, Poland
Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Prawa Medycznego, Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej / Faculty of Health Sciences,
Department of Medical Law and Medical Care Organization and Management

² Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu / Poznan University of Medical Sciences, Poznań, Poland
Wydział Lekarski, Katedra i Zakład Medycyny Sądowej / Faculty of Medicine, Department of Forensic Medicine

³ Szpital Wojewódzki w Poznaniu / Poznan Provincial Hospital, Poznań, Poland
Zakład Patomorfologii / Department of Pathology

⁴ Instytut Ekspertyz Sądowych im. Jana Sehna w Krakowie / Institute of Forensic Research in Krakow, Kraków, Poland
Zakład Badania Wypadków Drogowych, Pracownia Badania Wypadków Drogowych w Poznaniu / Department of Road Accident Analysis,
Road Accident Analysis Section in Poznan

STRESZCZENIE

Przedstawiono przypadek nagłego zgonu w miejscu pracy 56-letniej kobiety, którego przyczyną był rzadki pierwotny guz serca. Rodzina zmarłej złożyła doniesienie do prokuratury, sugerując udział osób trzecich w spowodowaniu zgonu lub nieprawidłowości w badaniu lekarskim poprzedzającym zgon. Przedstawiono przegląd dostępnych w bazach elektronicznych (m.in. Web of Science i PubMed) informacji klinicznych dotyczących naczyniakomięśaka serca przydatnych w praktyce lekarza medycyny pracy oraz analizę prawną potencjalnych roszczeń w stosunku do lekarza medycyny pracy w przypadku nierozpoznania nowotworu. Med. Pr. 2020;71(6):757–764

Słowa kluczowe: angiosarcoma serca, pierwotny nowotwór serca, tamponada worka osierdziowego, zgon w miejscu pracy, błędy medyczne, badania medycyny pracy

ABSTRACT

The article presents a case of sudden death of a 56-year-old woman at the workplace, caused by a very rare primary cardiac tumor. The patient's family reported a crime to the prosecutor's office suggesting participation of third parties in causing the death or malpractice in physical examinations before the death. A review of clinical data concerning cardiac angiosarcoma, available in electronic databases (e.g., Web of Science, PubMed), was presented, which could be useful in the practice of occupational medicine specialists. A legal analysis of potential claims to occupational medicine specialist in the case of failure to recognize primary cardiac tumors was also included in the article. Med Pr. 2020;71(6):757–64

Key words: cardiac angiosarcoma, cardiac tumors (primary), pericardial tamponade, death at the workplace, malpractice, occupational medicine examinations

Autorka do korespondencji / Corresponding author: Katarzyna Pluta-Hadas, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Prawa Medycznego, Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej, ul. Przybyszewskiego 39, 60-356 Poznań, e-mail: katarzyna.hadas@op.pl
Nadesłano: 1 listopada 2019, zatwierdzono: 17 czerwca 2020

WSTĘP

Naczyniakomięsaki (*angiosarcoma* – AS) to jeden z najrzadziej występujących u dorosłych typów mięsaków tkanek miękkich. Stanowią zaledwie ok. 1–2% wszystkich mięsaków wykrywanych w tej grupie chorych, a współczynnik zachorowalności w Europie wynosi ok. 0,31/100 000 osób/rok [1].

Najczęściej stwierdza się je w skórze, piersi, wątrobie, śledzionie i tkankach głębokich. Prawie połowa przypadków dotyczy lokalizacji w obrębie głowy i szyi. Pierwotne guzy serca występują bardzo rzadko. Na podstawie danych z przeglądu 22 dużych serii badań autopsyjnych ocenia się, że częstość ich występowania (zarówno łagodnych, jak i złośliwych) wynosi ok. 0,02%, co odpowiada wykryciu 200 guzów na 1 mln sekcji zwłok [2].

Najczęstszym (75% przypadków) nowotworem pierwotnym występującym w sercu jest śluzak przedsionka: jest to nowotwór niezłośliwy. Pozostałe 25% pierwotnych guzów serca to nowotwory złośliwe: mięsaki stanowią 95%, a ok. 30% z nich to naczyniakomięsaki [3,4].

Pierwotne naczyniakomięsaki serca są nowotworami wywodzącymi się z komórek endotelialnych. Większość z nich lokalizuje się w prawej połowie serca, zwykle w obrębie przedsionka [2,5,6]. Guzy charakteryzują się agresywnym wzrostem. Naciekają *myocardium*, a następnie rozrastają się w ścianie prawego przedsionka, całkowicie ją zastępując. Naciek może przechodzić na okoliczne struktury (żyła główna dolna, ściany prawej komory, przegroda międzykomorowa). Makroskopowo najczęściej przyjmują postać niejednorodnych, krwotoczno-martwiczych mas barwy ciemnoczerwonej, naciek nasierdza powoduje powstanie pogrubionych, stwardniałych szarawych warstw. Badanie histopatologiczne wycinków serca pobranych z miejsc objętych procesem nowotworowym wykazuje obecność obszarów kanałów naczyniowych wyścielonych komórkami endotelialnymi przeplatających się ze słabo zróżnicowanymi obszarami komórek wrzecionowatych i endotelialnych. Większość przypadków stanowi guzy nisko zróżnicowane. Rozpoznanie opiera się na ocenie morfologii oraz na wyniku badań immunohistochemicznych. Naczyniakomięsaki wykazują zwykle ekspresję markerów naczyniowych, takich jak czynnik von Willebranda, CD31 i CD34 [7].

W etiopatogenezie wskazuje się na udział czynników środowiskowych. Narażenie zawodowe na polichlorek winylu (PCV) i dwutlenek toru (używany w przeszłości

w radiologii) ma udowodniony wpływ na patogenezę naczyniakomięsaka wątroby i prawdopodobnie może mieć udział w patogeniezie innych naczyniakomięsaków [8–11].

Innymi środowiskowymi czynnikami zwiększającymi ryzyko zachorowania na naczyniakomięsaki są karcynogenne związki chemiczne zawierające arsen, np. środki owadobójcze. Udowodniono również wpływ przewlekłego obrzęku chłonnego (niezależnie od jego przyczyny) oraz napromieniania na rozwój AS w lokalizacji pozasercowej z następową możliwością dawania przerzutów do osierdza. Dlatego postuluje się zachowanie czujności klinicznej – szczególnie względem młodych kobiet poddanych kilkanaście lat wcześniej napromienianiu klatki piersiowej oraz kobiet poddanych usunięciu układu chłonnego dołu pachowego z obrzękiem chłonnym obejmującym pierś. Okres latencji od przebytej radioterapii do wystąpienia naczyniakomięsaka wynosi ok. 8 lat i 8 miesięcy [12].

OPIS PRZYPADKU

Autorzy przedstawiają przypadek 56-letniej kobiety, która w miejscu pracy nagle straciła przytomność i zmarła pomimo podjętej resuscytacji. Z dostępnych informacji wynikało, że nie chorowała przewlekłe, ani nie zgłaszała istotnych dolegliwości. Nigdy nie leczyła się kardiologicznie.

Przez całe życie wykonywała pracę biurową, nigdy nie zajmowała stanowiska kierowniczego. W przeszłości i obecnie pracodawcy nie wskazywali w środowisku pracy innych narażeń zawodowych niż praca z monitorem ekranowym >4 godz. dziennie.

Sześć miesięcy przed zgonem kobieta przeszła badania okresowe w zakresie medycyny pracy i uzyskała zdolność do pracy na stanowisku pracownika biurowego na kolejne 2 lata. Przyczyną skrócenia terminu kolejnego badania była postępująca wada wzroku wymagająca korekty szklami optycznymi. Podczas wywiadu kobieta nie zgłaszała żadnych dolegliwości kardiologicznych. Wyniki badania osłuchowego serca i pomiaru ciśnienia tętniczego krwi nie wskazywały, by konieczne było pogłębienie diagnostyki kardiologicznej o badanie EKG lub skierowanie na konsultację kardiologiczną. Taka konieczność nie wynikała również ze wskazówek metodologicznych dotyczących przeprowadzania badań profilaktycznych pracowników.

W dniu zgonu, ok. godz. 13:00, kobieta zgłosiła się na konsultację do poradni lekarza rodzinnego, skarżąc się na ból głowy, podwyższoną temperaturę ciała

oraz objawy nieżyty zatok utrzymujące się od tygodnia. W badaniu przedmiotowym stwierdzono objawy ostrej infekcji górnych dróg oddechowych (zaczerwienienie gardła, powiększenie węzłów chłonnych podżuchwowych szyjnych). Opisano szmer pęcherzykowy prawidłowy, czynność serca miarową 72/min, tony czyste, prawidłowo akcentowane. Rozpoznano infekcję nosa i zatok przynosowych: zalecono standardowe leczenie.

Po wizycie pacjentka udała się do miejsca pracy, gdzie ok. godz. 15:40 nagle straciła przytomność. Początkowo resuscytację prowadzili świadkowie zdarzenia, wykonując zewnętrzny masaż serca przez ok. 10 min oraz wentylację metodą usta-usta. Wezwany na miejsce zespół ratownictwa medycznego stwierdził nagłe zatrzymanie krążenia w mechanizmie asystolii. Przez 35 min prowadzono resuscytację krążeniowo-oddechową według wytycznych Europejskiej Rady Resuscytacji (European Resuscitation Council – ERC), nie uzyskując powrotu spontanicznego krążenia. Stwierdzono zgon pacjentki.

Zgodnie z obowiązkiem wynikającym z przepisów prawa pracodawca podjął działania zmierzające do zbadania okoliczności zgonu w miejscu pracy i sporządzenia protokołu ustalenia przyczyn i okoliczności wypadku przy pracy. Wdrożenie tej procedury skutkowało koniecznością odniesienia się do dokumentacji lekarza medycyny pracy sprawującego opiekę nad pracującą.

Rodzina zmarłej niezwłocznie po zgonie zgłosiła się do prokuratury, podejrzewając otrucie – z relacji bliskich wynikało, że zmarła była skonfliktowana z jedną ze współpracownic. W przeszłości skarżyła się córce, że pijąc pozostawione wcześniej bez nadzoru napoje, odczuwała „dziwny smak”. Rodzina podnosiła także kwestię możliwości popełnienia błędu i nierozpoznanie stanu zagrożenia życia przez lekarza konsultującego zmarłą w dniu zgonu.

Sekcja zwłok została przeprowadzona w Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej w Poznaniu 5 dni po zgonie. Badanie sekcyjne wykazało obecność obustronnych złamań żeber i mostka będących powikłaniem po wykonywanym masażu zewnętrznym serca oraz tamponadę worka osierdziowego (zawartość ok. 700 ml krwi płynnej i skrzepów). Przednia ściana serca w obrębie prawego przedsionka była wielomiejscowo pozaciągana z obecnością drobnych białawych, stwardniałych, bliznowatych ognisk oraz podbiegnięć krwawych. W części środkowej ściany widoczne było pęknięcie o wymiarach ok. 1,5×1,5 cm penetrujące w głąb prawego przedsionka, którego światło było poszerzone i zniekształcone. Ściany przedsionka były objęte nieregularnym naciekiem barwy ciemnowiśniowo-szarej

o wzmożonej spoistości, pozbawionym sprężystości i z ogniskowymi stwardnieniami. Ściany przedsionka na prawie całej powierzchni były znacznie pogrubiałe (grubość ściany przedniej do 3 cm, bocznej – do 2,5 cm, uszka – do 1 cm). Miejscowo mięśniówka była znacznie ścieńczała, zmieniona bliznowato. W obrębie jednego z tych obszarów widoczne było pęknięcie ściany przedsionka.

Naciek przedsionka częściowo przechodził na ścianę prawej komory, powodując jej miejscowe pogrubienie do ok. 5 mm. Światło prawej komory było zwężone, uciśnięte przez powiększony przedsionek. Zastawka przedsionkowo-komorowa o niejednorodnie pogrubiałych płatkach była zwężona.

Badanie histopatologiczne wykazało w wycinkach pobranych ze ścian prawego przedsionka nacieki obejmujący osierdzie i mięsień sercowy. Złożony był z wrzecionowatych komórek, które wyścielały liczne, chaotycznie rozłożone kanały naczyniowe. Ogniskowo komórki nawarstwiały się. Opisano komórki nowotworu o miernej atypii, immunofenotyp CD34+. Obraz mikroskopowy przemawiał za rozpoznaniem naczyniakomięśnaka. Stwierdzono także przerost komórek mięśnia sercowego i obecność rozsianych blizn po przebyłym niedokrwieniu mięśnia sercowego. Nie stwierdzono obecności komórek nowotworowych w wycinkach pobranych z innych narządów. Także makroskopowo nie zaobserwowano ognisk sugerujących obecność przerzutów.

Badanie chemiczno-toksykologiczne nie wykazało obecności w krwi najczęściej spotykanych substancji odurzających lub psychotropowych.

Badania pośmiertne pozwoliły na jednoznaczne określenie przyczyny zgonu, którą była masywna tamponada worka osierdziowego spowodowana pęknięciem ściany prawego przedsionka na tle pierwotnego guza serca. Szczegółowe badania histopatologiczne wykazały, że u zmarłej występował bardzo rzadki złośliwy nowotwór serca – naczyniakomięśsak. Powikłanie w postaci pęknięcia ściany prawego przedsionka spowodowanego naciekiem w przebiegu *angiosarcoma* jest bardzo rzadkie.

Badania nie potwierdziły zatem wysuniętych przez rodzinę zmarłej podejrzeń i pozwoliły na jednoznaczne wykluczenie przyczynienia się osób trzecich do jej zgonu. Nie było także podstaw do sugerowania nieprawidłowości w postępowaniu lekarza, który konsultował zmarłą w dniu zgonu: postępowanie karne zostało umorzone.

W trakcie postępowania dochodzeniowego rodzina zmarłej prezentowała postawę zewnątrzsterowną

i dopatrywała się przyczyn zgonu w czynnikach zewnętrznych. Ostatecznie odstąpiła od rozważanego wcześniej zgłoszenia kolejnych roszczeń wobec zespołu ratownictwa medycznego i lekarza medycyny pracy.

METODY

Analizę danych klinicznych dotyczących pierwotnego *angiosarcoma* serca, przydatnych w codziennej praktyce lekarza medycyny pracy, sporządzono na podstawie przeglądu literatury.

Przełędem objęto artykuły opublikowane w latach 1960–2019. Publikacje wyszukiwano przede wszystkim w bazach elektronicznych (m.in. Web of Science i PubMed). Zastosowano następujące słowa kluczowe: „angiosarcoma”, „heart neoplasms”, „cardiac angiosarcoma”, „primary angiosarcoma”. W bazie PubMed znaleziono 995 artykułów, w tym 820 w języku angielskim. W artykule wykorzystano 27 publikacji.

Artykuły włączone do przeglądu zostały opublikowane w recenzowanych czasopismach naukowych. Analiza prawna przypadku została powierzona prawnikom Zakładu Prawa Medycznego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

WYNIKI

Dane kliniczne

Pierwotny naczyniakomięsak serca wykrywany jest 3 razy częściej u mężczyzn i występuje zwykle u osób w wieku 30–50 lat, ale może dotyczyć osób w każdym wieku [13,14].

Większość guzów powstaje przede wszystkim w prawym przedsionku serca, obejmując jego boczną ścianę i przeważnie oszczędzając przegrodę, co powoduje opóźnienie w początkowej diagnozie. Lewostronna lokalizacja guza odpowiada za wcześniejsze pojawienie się objawów klinicznych, które wiążą się z lepszym rokowaniem ze względu na wcześniej podjęte leczenie.

W początkowym okresie choroby naczyniakomięsak serca może przebiegać całkowicie bezobjawowo lub dawać objawy niespecyficzne. Zwykle choroba rozpoznawana jest w stadium znacznego zaawansowania miejscowego, kiedy rozwija się jawna niewydolność krążenia. Mięśaki serca mogą mieć gwałtowny przebieg kliniczny, który jest tłumaczony szybkim powiększaniem się masy guza lub gwałtownym załamaniem mechanizmów kompensacyjnych układu krążenia [15].

Średni czas trwania objawów w momencie rozpoznania wynosi – według różnych autorów – od 3,6 miesiąca

do 7,5 miesiąca (zakres 15 dni – 18 miesięcy) [16–18]. W piśmiennictwie istnieją opisy przypadków z bardzo dużymi agresywnymi guzami serca, które niemal do dnia śmierci chorego nie zakłócały jego codziennej aktywności [19].

Mięśaki serca tworzą przerzuty drogą naczyń krwionośnych. Ogniska wtórne najczęściej umiejscawiają się w płucach, ośrodkowym układzie nerwowym, wątrobie, kościach, węzłach chłonnych, nadnerczach, śledzionie i jelitach [20,21]. Ocenia się, że 1/3 chorych w momencie rozpoznania pierwotnego złośliwego guza serca ma przerzuty odległe.

Skargi pacjenta z naczyniakomięsakiem serca są niespecyficzne i obejmują najczęściej duszność wysiłkową, niespecyficzny ból w klatce piersiowej, często opisywany jako ostry, niewysiłkowy. W dalszej kolejności wymieniane są: kaszel, ogólne osłabienie, utrata masy ciała i krwioplucie. Rzadziej zgłaszanymi objawami są: napadowa duszność nocna, zdarzenia zatorowe, gorączka, wymioty, omdlenia i *ortopnoe*. W zależności od rozległości nacieku i jego lokalizacji może również wystąpić tamponada worka osierdziowego. W skrajnych przypadkach nacieki ściany może doprowadzić do perforacji jam serca lub naczyń wieńcowych – w literaturze opisano tylko kilka takich przypadków [13,22,23].

W badaniu osłuchowym serca można stwierdzić obniżenie tonów oraz tarcie osierdziowe. Zmiany elektrokardiograficzne często są nieobecne lub przy prawidłowym rytmie zatokowym występują jedynie niespecyficzne zmiany odcinka ST. Czynność rytmu komór w większości przypadków jest prawidłowa (w spoczynku 70–90/min), rzadziej przyspieszona (tachyarytmia). Opisywane są również epizody arytmii w postaci nawracającego częstoskurczu komorowego oraz migotania przedsionków.

Zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej uwidacznia nieprawidłowości – najczęściej w postaci kardiomegalii, poszerzenia śródpiersia, wysięku opłucnowego, wysięku osierdziowego i guzków w mięszu płucnym. Jednak u ok. 30% pacjentów radiogram klatki piersiowej jest prawidłowy.

Metodą pierwszego wyboru w pogłębieniu diagnostyki serca jest echokardiografia przezklatkowa często uzupełniana przez echokardiografię przezprzełykową. Najczęściej jest opisywana nieprawidłowa masa w sercu i wysięk osierdziowy. W piśmiennictwie są jednak opisy badań, w których nie wskazywano jakiegokolwiek patologii. Największą trafność uzyskano dzięki obrazowaniu metodą rezonansu magnetycznego (MRI) lub angiografii CT [5].

Badania laboratoryjne są w normie lub wskazują na różnego stopnia niedokrwistość oraz podwyższone stężenie CRP.

Rokowanie u chorych z mięśniakiem serca jest złe. Można to częściowo tłumaczyć znacznym zaawansowaniem choroby w momencie rozpoznania. Postępowanie chirurgiczne jest nadal podstawową metodą leczenia chorych z pierwotnym mięśniakiem serca. Zastosowanie radioterapii w leczeniu AS jest ograniczone ze względu na kardiotoxyczność promieniowania w dawce terapeutycznej [24,25]. Czas przeżycia chorych na AS wynosi kilka miesięcy do kilku lat (średnio 17–25 miesięcy) [25,26].

Analiza prawna

Nie budzi wątpliwości fakt, że wobec braku skarg pacjenta i informacji w udostępnionej dokumentacji medycznej na lekarzu medycyny pracy nie spoczywa obowiązek zdiagnozowania choroby nowotworowej.

W analizowanej sprawie pacjentka pół roku przed zgonem była konsultowana przez lekarza medycyny pracy, który ocenił stan jej zdrowia i wydał orzeczenie dopuszczające ją do pracy.

Pojawia się zatem pytanie o możliwość wykonywania pracy zawodowej przez pacjenta z przewlekłą chorobą nowotworową. Pacjentowi z chorobą nowotworową w trakcie leczenia przysługują 182 dni zwolnienia. Ocena, czy z agresywnym nowotworem serca pacjent może otrzymać zaświadczenie o zdolności do pracy, należy do lekarza.

Zgodnie z treścią art. 229 § 2 Kodeksu pracy [27] pracownik podlega okresowym badaniom lekarskim. W przypadku spowodowanej chorobą niezdolności do pracy trwającej >30 dni pracownik podlega kontrolnym badaniom lekarskim w celu ustalenia zdolności do wykonywania pracy na dotychczasowym stanowisku. Z treści § 4 tego artykułu wynika, że pracodawca nie może dopuścić do pracy pracownika bez aktualnego orzeczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku w warunkach pracy opisanych w skierowaniu na badania lekarskie. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy [28] reguluje zagadnienie pracowniczych badań profilaktycznych. Stosownie do postanowień § 2 analizowanego rozporządzenia lekarz przeprowadzający badanie profilaktyczne może poszerzyć

jego zakres o dodatkowe specjalistyczne badania konsultacyjne oraz badania dodatkowe, a także wyznaczyć krótszy termin następnego badania niż określono we wskazówkach metodycznych, jeżeli stwierdzi, że jest to niezbędne dla prawidłowej oceny stanu zdrowia osoby przyjmowanej do pracy lub pracownika. W sprawach m.in. orzeczeń lekarskich o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy na określonym stanowisku lekarz orzeka na podstawie wyników przeprowadzonego badania lekarskiego oraz oceny występujących na stanowisku pracy zagrożeń dla zdrowia i życia pracownika. Z kolei oceny tych zagrożeń lekarz dokonuje na podstawie przekazywanej przez pracodawcę informacji o występowaniu czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych, w tym również o aktualnych wynikach badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia występujących na stanowiskach pracy.

Lekarz medycyny pracy przeprowadzający badanie okresowe pacjentki pół roku przed jej zgonem nie wykrył występującej u niej choroby nowotworowej. Podkreślić należy, że przeprowadzając badanie profilaktyczne, lekarz dokonuje oceny stanu zdrowia pacjenta. Wydając orzeczenie, dokonuje tego na podstawie wskazówek metodycznych w sprawie przeprowadzania badań profilaktycznych pracowników. Ze wskazówek zawartych w załączniku nr 1 do przywołanego rozporządzenia [28] wynika, że badanie EKG i stężenia cholesterolu należy wykonać – oprócz badań standardowych – wyłącznie pracownikowi biurowemu zatrudnionemu na decyzyjnym stanowisku kierowniczym. U pracowników niezatrudnionych na stanowiskach związanych z większą odpowiedzialnością i wymagających decyzyjności badania takiego nie trzeba wykonywać, chyba że pracownik skarży się na dolegliwości ze strony układu krążenia, dostarczona przez niego dokumentacja wskazuje na schorzenia kardiologiczne lub w badaniu osłuchowym stwierdzona zostanie nieprawidłowa czynność serca wskazująca potrzebę oceny EKG.

Należy podkreślić, że jeśli lekarz medycyny pracy poweźmie wątpliwości dotyczące stanu zdrowia pacjenta, może wstrzymać proces orzeczniczy i zlecić dalszą, pogłębioną diagnostykę polegającą na wykonaniu badania EKG, echokardiograficznego lub przeprowadzeniu konsultacji kardiologicznej [29]. Alternatywnym rozwiązaniem jest skierowanie pacjenta do jego lekarza rodzinnego, który sprawuje nad nim długotrwałą i kompleksową opiekę. Jeśli lekarz medycyny pracy pomimo wątpliwości zaniecha przeprowadzenia dalszej diagnostyki i wyda orzeczenie o zdolności pacjenta do pracy, w przypadku niepowodzenia w dalszym leczeniu może

ponosić odpowiedzialność za tzw. błąd w sztuce. Lekarz będzie odpowiadał w sytuacji, w której wystąpiłby związek przyczynowy pomiędzy jego zaniechaniem a szkodą. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 21 maja 2003 r. [30] stwierdził, że brak związku przyczynowego pomiędzy działaniem (zaniechaniem) lekarza wyłącza jego odpowiedzialność, pomimo uszczerbku na zdrowiu, którego doznaje pacjent. Lekarz odpowiada tylko za adekwatny związek przyczynowy, czyli za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła.

Jednym z podstawowych praw pacjenta jest prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 Ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta [31]). Prawo to jest skorelowane z obowiązkiem starannego działania lekarza na każdym etapie procesu terapeutycznego. Zgodnie z zasadami etyki zawodowej i wiedzy medycznej na lekarzu spoczywa obowiązek starannego działania. Należyta staranność, zgodnie z treścią art. 355 k.c. [32], oznacza staranność ogólnie wymaganą w stosunkach danego rodzaju. Uchybienie tej zasadzie może przybrać postać subiektywną (np. niewiedza) bądź obiektywną (np. niestaranne wykonywanie czynności spowodowane naruszeniem przepisów prawa). Lekarz odpowiada tylko wtedy, gdy można przypisać mu winę w przypadku wystąpienia jednocześnie elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Sumienne przygotowanie diagnozy przez lekarza oznacza jego dbałość, rzetelność i obowiązkowość, a standard jest wyznaczany przez wzorce zawarte w przepisach prawa powszechnego i normach deontologicznych [33].

Pacjentka była pracownikiem biurowym, a zatem nie była zatrudniona na stanowisku, na którym występowały czynniki niebezpieczne, szkodliwe dla zdrowia lub czynniki uciążliwe i inne wynikające ze sposobu wykonywania pracy. Nie można zatem mówić o niedołożeniu staranności przez lekarza medycyny pracy i nieskierowaniu pacjentki na dalsze badania specjalistyczne. Obowiązek taki nie wynika z przepisów prawa powszechnego.

OMÓWIENIE I WNIOSKI

Z uwagi na rzadkie występowanie pierwotnego naczyniakomięśnaka serca istotne jest gromadzenie i udostępnianie danych dotyczących wszystkich przypadków pierwotnych mięśniaków serca.

Wykazano, że niewydolność serca niejasnego pochodzenia, ból stenokardialny, zaburzenia rytmu serca, tamponada worka osierdziowego, niepulsujące powiększenie

uszka prawego przedsionka serca i nagła śmierć sercowa mogą być spowodowane nowotworami serca. Objawy te mogą towarzyszyć wielu różnym schorzeniom mięśnia serca, więc podejrzenie nowotworu tego narządu na ich podstawie jest mało prawdopodobne: są jednak wskazaniem do poszerzenia diagnostyki kardiologicznej.

Naczyniakomięśnaki występują najczęściej w grupie wiekowej osób czynnych zawodowo i tym samym objętych obowiązkiem badań okresowych w zakresie medycyny pracy. Wobec skąpoobjawowego przebiegu klinicznego i braku poczucia choroby pacjenta lekarz medycyny pracy może być jedynym specjalistą, z którego świadczeń chory korzysta.

Dla poprawy wyników leczenia chorych z pierwotnymi złośliwymi guzami serca i wydłużenia całkowitego przeżycia zasadnicze znaczenie ma wykrycie zmiany w jak najniższym stopniu zaawansowania klinicznego choroby. Będzie to możliwe tylko wtedy, gdy specjaliści różnych dziedzin medycyny będą wiedzieli, że mięsień sercowy może być punktem wyjścia choroby nowotworowej.

Mimo że na lekarzu medycyny pracy nie spoczywa obowiązek diagnozowania procesu nowotworowego, jednak jeśli informacje ze skarg pacjenta lub z dostępnej dokumentacji medycznej budzą wątpliwości, należy wstrzymać proces orzeczniczy i poszerzyć diagnostykę. Warto zasięgnąć konsultacji kardiologicznej. Okoliczność ta nie wskazuje jednak, że sam chory lub jego rodzina nie będą mogli wysunąć roszczeń wobec lekarza w przypadku nierozpoznania nowotworu przez lekarza specjalistę medycyny pracy. Doświadczenia własne autorów, wydających opinie sądowno-lekarskie w sprawach dotyczących błędów medycznych, wskazują, że nawet jeśli roszczenia pacjenta lub jego rodziny wydają od początku nieuzasadnione, nie stanowi to przeszkody w prowadzeniu długotrwałych postępowań karnych czy spraw cywilnych. Tylko rzetelna opinia zespołu biegłych lekarzy wskazujących na brak możliwości rozpoznania nowotworu serca przez specjalistę medycyny pracy może być podstawą do umorzenia postępowania karnego czy oddalenia pozwu w postępowaniu cywilnym.

PIŚMIENNICTWO

1. Ducimetiere F, Lurkin A., Ranchere-Vince D., Decouvelaere A., Péoch M., Istier L. i wsp.: Incidence of Sarcoma Histotypes and Molecular Subtypes in a Prospective Epidemiological Study with Central Pathology Review and Molecular Testing. *PLoS One*. 2011;6(8), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0020294>

2. Reynen K.: Frequency of primary tumors of the heart. *Am. J. Cardiol.* 1996;77:107–116, [https://doi.org/10.1016/S0002-9149\(97\)89149-7](https://doi.org/10.1016/S0002-9149(97)89149-7)
3. Riberi A., Gariboldi V., Grisoli D., Collart F.: Cardiac tumors. *Rev. Pneumol. Clin.* 2010;66(1):95–103, <https://doi.org/10.1016/j.pneumo.2009.12.012>
4. Dilip Patel S., Peterson A., Bartczak A., Lee S., Chojnowski S., Gajewski P. i wsp.: Primary cardiac angiosarcoma – a review. *Med. Sci. Monit.* 2014;20:103–109, <https://doi.org/10.12659/MSM.889875>
5. Hanping W., Juhong S., Hongrui L., Yeye C., Yining W., Wenzhe W. i wsp.: Clinical and diagnostic features of angiosarcoma with pulmonary metastases. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(36), <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000008033>
6. Jin-Fen Y., Hui C., Guo-Min J., Shu-Qi L., Yong H., Ruo-Ning W. i wsp.: Clinical and imaging manifestations of primary cardiac angiosarcoma. *BMC Med Imaging*. 2019;19:16, <https://doi.org/10.1186/s12880-019-0318-4>
7. Fletcher C., Unni K., Mertens F.: World Health Organization Classification of Tumours Pathology and Genetics of Tumours of Soft Tissue and Bone. International Agency for Research on Cancer, Lyon 2002, ss.155–177
8. Datta D., Gerardi D.A., Lahiri B.: Mediastinal angiosarcoma presenting as diffuse alveolar hemorrhage. *Respir. Med. Case Rep.* 2018;23:115–117, <https://doi.org/10.1016/j.rmcr.2018.01.005>
9. Penel N., Marréaud S., Robin Y., Hohenberger P.: Angiosarcoma: State of the art and perspectives. *Crit. Rev. Oncol. Hematol.* 2011;80(2):257–263, <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2010.10.007>
10. Thomas L.B., Popper H.: Pathology of angiosarcoma of the liver among vinyl chloride – polyvinyl chloride workers. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 1975;246:268–277, <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1975.tb51102.x>
11. Young R.J., Brown N.J., Reed M.W., Hughes D., Woll P.J.: Angiosarcoma. *Lancet Oncol.* 2010;11(10):983–991, [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(10\)70023-1](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(10)70023-1)
12. Blanchard D.K., Reynolds C., Grant C.S., Farley D.R., Donohue J.H.: Radiation-induced breast sarcoma. *Am. J. Surg.* 2002;184(4):356–358, [https://doi.org/10.1016/s0002-9610\(02\)00943-1](https://doi.org/10.1016/s0002-9610(02)00943-1)
13. Kim J., Nam B.D., Hwang J.H., Park B.S., Lee M.-H., Kim D.W. i wsp.: Primary cardiac angiosarcoma with right atrial wall rupture. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(14), <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000015020>
14. Zhou X., Xu M., Zeng W., Chen Z., Lu G., Gong Y. i wsp.: Combined effects of FH (E404D) and ACOX2 (R409H) cause metabolic defects in primary cardiac malignant tumor. *Cell. Death Discov.* 2018;4:70, <https://doi.org/10.1038/s41420-018-0072-3>
15. Pathak R., Nepal S., Giri S., Ghimire S., Aryal M.R.: Primary cardiac sarcoma presenting as acute left-sided heart failure. *J. Commun. Hosp. Intern. Med. Perspect.* 2014;31(4), <https://doi.org/10.3402/jchimp.v4.23057>
16. Simpson L., Kumar S.K., Okuno S.H., Schaff H.V., Porrata L.F., Buckner J.C. i wsp.: Malignant primary cardiac tumors: review of a single institution experience. *Cancer* 2008;112(11):2440–2446, <https://doi.org/10.1002/cncr.23459>
17. Zhang Z.Y., Cheng Y.J., Gong X.L., Ge Y.P., Bai C.M., Wang X.J. i wsp.: Characteristics and outcomes of primary angiosarcoma. *Zhonghua Zhong Liu Za Zhi.* 2019;41(9):693–697, <https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0253-3766.2019.09.009>
18. Jin-Fen Y., Hui C., Guo-Min J., Shu-Qi L., Yong H., Ruo-Ning W. i wsp.: Clinical and imaging manifestations of primary cardiac angiosarcoma. *BMC Med. Imaging* 2019;19:16, <https://doi.org/10.1186/s12880-019-0318-4>
19. Harris H.R.: Angiosarcoma of the heart. *J. Clin. Pathol.* 1960;13:205–209, <https://doi.org/10.1136/jcp.13.3.205>
20. Grebenc M.L., Rosado de Christenson M.L., Burke A.P., Green C.E., Galvin J.R.: Primary cardiac and pericardial neoplasms: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics* 2000;20(4):1073–1103, <https://doi.org/10.1148/radiographics.20.4.g00jl081073>
21. Tripathy S., Tripathi M., Parida G.K., Bal C., Shamim S.A.: Primary Cardiac Angiosarcoma with Extensive Visceral Metastases: Utility of 18F-Fluorodeoxyglucose Positron Emission Tomography-Computed Tomography in Response Assessment to Sorafenib. *Indian J. Nucl. Med.* 2019;34(3):241–243, https://doi.org/10.4103/ijnm.IJNM_167_18
22. Tang K., Shang Q.L., Zhou Q.C., Zhou J.W., She X.L., Zhang M.: Primary cardiac angiosarcoma with spontaneous ruptures of the right atrium and right coronary artery. *Echocardiography* 2013;30(6):E156–160, <https://doi.org/10.1111/echo.12176>
23. Sakaguchi M., Minato N., Katayama Y., Nakashima A.: Cardiac angiosarcoma with right atrial perforation and cardiac tamponade. *Ann. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 2006;12:145–148
24. Thariat J., Clement-Colmou K., Vogin G., Beckendorfd V., Ducassou A., Alif A.M. i wsp.: Radiation therapy of cardiac sarcomas. *Cancer Radiother.* 2014;18(2):125–131, <https://doi.org/10.1016/j.canrad.2014.02.003>
25. Li H., Xu D., Chen Z., Ding W., Hong T., Chen H. i wsp.: Prognostic analysis for survival after resection of localized primary cardiac sarcomas: a single institution experience. *Ann. Thorac. Surg.* 2014;97(4):1379–1385, <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2013.12.030>

26. Randhawa J.S., Budd G.T., Randhawa M., Ahluwalia M., Jia X., Daw H. i wsp.: Primary Cardiac Sarcoma: 25-Year Cleveland Clinic Experience. *Am. J. Clin. Oncol.* 2016, 39(6):593–599, <https://doi.org/10.1097/coc.0000000000000106>
27. Ustawa z dnia 26 czerwca.1974 r. Kodeks pracy. DzU z 2019 r., poz. 1495
28. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy. DzU z 2016 r., poz. 2067
29. Wierzbowska-Drabik K., Marcinkiewicz A., Kasprzak J.D.: Preventive echocardiographic examination in athletes and workers – quadricuspid aortic valve and atrial septal aneurysm in young basketball player. *Int. J. Occup. Med. Environ. Health* 2015;28(1):180–182, <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.00397>
30. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 maja 2003 r., sygn. akt IV CKN 168/2001
31. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. DzU z 2019 r., poz. 1128
32. Ustawa Kodeks Cywilny. DzU z 2019 r., poz. 1145
33. Wrzeńska-Wal I.: Postępowanie przed sądami lekarskimi w praktyce, Warszawa 2018, s. 203