

Nadużywanie rozpoznania choroby Raynaud może prowadzić do decyzji orzeczniczych o nieistniejącym schorzeniu

Unjustified diagnosis of Raynaud's disease may lead to judicial decisions over non-existing medical condition

MICHAŁ-GORAN STANIŚĆ

Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyń Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Streszczenie

Choroba Raynaud w odróżnieniu od objawu Raynaud jest stosunkowo rzadką jednostką chorobową. Ze względu na powszechne mylenie objawu Raynaud z samoistną postacią choroby Raynaud dochodzi do „nadarozpoznawalności” choroby Raynaud, prowadzącej w konsekwencji do błędnych decyzji orzeczniczych o niezdolności do pracy. W artykule opisano przypadek pacjentki u której pochopne rozpoznanie choroby Raynaud doprowadziło do wieloinstancyjnego postępowania administracyjnego i sądowego. Omówiono kryteria diagnostyczne schorzenia oraz pułapki orzecznicze doprowadzające do wydania orzeczeń o niezdolności do pracy.

Słowa kluczowe: *choroba Raynaud, objaw Raynaud, sympatektomia, czasowa niezdolność do pracy*

Summary

Raynaud disease In contradiction to Raynaud phenomenon is less common medical condition. In medical practice Raynaud phenomenon is usually misdiagnosed with Raynaud disease, which may lead to wrong medical certification decisions. Article describes a case of patient with wrongly diagnosed Raynaud disease which led to multiple legal and administrative investigations. Diagnostic s and possible certification traps are also discussed.

Key words: *Raynaud disease, Raynaud phenomenon, sympathectomy, ability to work*

© Orzecznictwo Lekarskie 2009, 6(1): 13-16

www.ol.21.net.pl

Nadesłano: 04.11.2008

Zakwalifikowano do druku: 25.05.2009

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Michał-Goran Staniść

Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyń Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań

tel/fax. (61)854-90-82, e-mail: goranm@gazeta.pl

Wstęp

Opisywana sprawa dotyczy pacjentki JM nie zgadzającej się z decyzją ZUS odmawiającej prawa do zasiłku chorobowego w dniach 18 i 19 stycznia 2008, na podstawie orzeczenia lekarza orzecznika ZUS o wcześniejszym odzyskaniu zdolności do pracy wydanym podczas rutynowej kontroli zasadności wystawiania zwolnień lekarskich.

Opis przypadku

Pacjentka urodzona w 1968 roku. Przebywała na zwolnieniu lekarskim od dnia 21 grudnia 2007 z rozpoznaniem I-70 (miażdżyca tętnic). Kontrolowana przez konsultanta ZUS specjalistę w zakresie chirurgii ogólnej, który nie znalazł podstaw do ustalenia niezdolności do pracy po dniu swego badania. Orzeczenie to pacjentka otrzymała w dniu 17 stycznia 2008. W dniu 20 stycznia hospitalizo-

wana w szpitalu w K. z rozpoznaniem „podostre niedokrwienie kończyn, miażdżyca tętnic kończyn dolnych, choroba Raynaud”. Wypisana 24 stycznia po leczeniu zachowawczym z rozpoznaniem: Niedokrwienie przewlekłe zaostrzone obu kończyn dolnych; Choroba Raynaud; Stan po sympatektomii obustronnej”.

Dostępne informacje o chorobie przed rozpoczęciem spornego okresu zasiłkowego:

Karta informacyjna leczenia szpitalnego SPZOZ w M. 11.05.2006 do 22.05.2006. Rozpoznanie: Zespół Raynaud. Leczenie: Sympatektomia lędźwiowa lewostronna (15.05.2006). Karta informacyjna leczenia szpitalnego SPZOZ w M. 22.08.2006 do 30.08.2006. Rozpoznanie: Choroba Raynaud; Niedokrwienie prawej kończyny dolnej. Leczenie: Sympatektomia lędźwiowa prawostronna.

Dodatkowa dokumentacja medyczna dotycząca obecnego okresu zasiłkowego:

1. Dokumentacja medyczna ZUS – komputerowy wydruk badania.
2. Opinia specjalisty w zakresie chirurgii ogólnej, konsultanta ZUS, o zasadności dalszego uznania badanej za niezdolną do pracy.
3. Opinia biegłego Sądu Rejonowego – specjalisty chirurgii ogólnej.
4. Pojedynczy wynik USG Doppler układu tętniczego kończyn dolnych wykonany podczas pobytu szpitalnego w styczniu 2008 roku.

W aktach sprawy nie stwierdzono następującej dokumentacji istotnej do sprawy:

1. Kartoteki leczenia w poradni chirurgicznej.
2. Kartoteki leczenia w poradni chorób lub chirurgii naczyń.
3. Informacji o chorobach dodatkowych.
4. Dokumentacji diagnostyki w kierunku przyczyn objawu Raynaud o ile taki występuje u badanej (reumatolog, neurolog, ortopeda, angiolog).
5. Angiografii, bądź rozważań o konieczności jej wykonania.

Dostępna dokumentacja medyczna wykazuje zakwalifikowanie chorej do sympatektomii w 2006 roku na podstawie przesłanek subiektywnych zgłaszanych przez pacjentkę – drętwienia i marnięcia kończyn, bólów mięśniowych, oraz stwierdzonego zasinienia palców. Nawrót dolegliwości po stronie prawej w dwa lata od zabiegu sympatektomii świadczył albo o niedoszczędności pierwotnego zabiegu, albo o innym podłożu dolegliwości niż pierwotna choroba Raynaud. Zwraca uwagę zgłaszanie przez chorą drętwienia stopy, które nie są objawem typowym dla fenomenu Raynaud.

Z dostępnej dokumentacji wynika, że poprawnie przeprowadzone badanie lekarskie przez lekarzy leczących, specjalistów ZUS, oraz biegłego sądownego doprowadziło do wyciągnięcia wzajemnie wykluczających się wniosków. Z dużym prawdopodobieństwem lekarze leczący niezgodnie ze stanem faktycznym stwierdzili obecność choroby Raynaud w przebiegu miażdżycowego niedokrwienia kończyn – rozpoznając 20 stycznia 2008 „zaostrenie przewlekłego niedokrwienia”.

Rozpoznanie choroby Raynaud [1] jako samostnej jednostki chorobowej wymaga przynajmniej dwuletniej obserwacji objawu Raynaud i wykluczenia (czynnego, poprzez odpowiednią diagnostykę) innych schorzeń mogących dawać objaw Raynaud [2], polegający na napadowym bolesnym zblednięciu obwodowych odcinków kończyn pod wpływem zimna, niekiedy wilgoci oraz silnego stresu z następczym przekrwieniem biernym, z zasinieniem i bolesnością obwodowych odcinków kończyn [1]. Objawowi temu może również towarzyszyć nadpo-

tliwość. Klasyczny objaw Raynaud opisany w XIX wieku obejmował również istnienie zmian martwiczych na skórze, lecz w drugiej połowie XX wieku wykluczono obecność takich zmian spośród cech charakterystycznych dla objawu Raynaud [1,2,3,4]. Objaw Raynaud może występować w przebiegu: zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, chorób układowych tkanki łącznej, chorób przebiegających z zapaleniem naczyń (takich jak choroba Buergera), miażdżycy tętnic kończyn dolnych, chorób nowotworowych, oraz innych rzadko rozpoznawanych schorzeń. Stwierdzenie któregokolwiek z wymienionych schorzeń wyklucza możliwość rozpoznania choroby Raynaud [3,4].

Analiza dokumentacji szpitalnej i orzeczniczej nasuwa następujące wnioski:

1. Rodzaj przeprowadzonych badań oraz zastosowane leczenie szpitalne i poszpitalne nie odpowiadają standardom rozpoznania i leczenia ostrego niedokrwienia KKD (aktualnie nie istnieje rozpoznanie podostrego niedokrwienia kończyn) [5]. W takim przypadku chora powinna była być przekazana na oddział chirurgii naczyniowej celem diagnostyki i przyczynowego leczenia, a przede wszystkim wykonania angiografii dotętnicznej, ponieważ badanie Dopplerowskie nie rozwiązuje problemów diagnostycznych w przypadku sytuacji ostrego niedokrwienia KKD [6]. (NB. badanie dopplerowskie wykonano u pacjentki w dniu wypisu).
2. Zadziwiającym jest zbieżność pomiędzy hospitalizacją a otrzymaniem negatywnej decyzji od organu rentowego.
3. W trakcie pobytu chora miała wykonywane codzienne badanie tętna z adnotacją: słabe tętno na tętnicach grzbietowych stóp i piszczelowych tylnych, nie podjęto próby obiektywizacji badania poprzez pomiar ciśnienia skurczowego oraz oceny wskaźnika ramię/kostka. Nie dokonali tego również: ani lekarze ZUS, ani biegły sądowy.
4. Wystawiając zaświadczenia o niezdolności do pracy w postępowaniu lekarzy leczących widać brak znajomości stanowiska pracy pacjentki oraz niejako rutynowe wydawanie takich zaświadczeń wszystkim chorym po leczeniu szpitalnym.
5. W odniesieniu do badania przez biegłego sądowego: nie można zgodzić się z przedstawioną przez niego definicją choroby Raynaud – szczególnie w zakresie objawów o charakterze drętwień oraz zmian niedokrwieniowych. Fakt hospitalizacji chorej 20 stycznia z powodu zaostrenia objawów niedokrwienia nie oznacza, by ostre niedokrwienie występowało w dniach poprzedzających, z definicji jest to stan ostry i nagły i prawdopodobnie wystąpił (o ile rze-

czywiście wystąpił) dopiero 20 stycznia [5]. Biegły sądowy nie odniósł się do stanowiska pracy badanej oraz nie przedstawił racjonalnych przesłanek, z powodu których mogłaby ona być niezdolna do pracy pakowacza w dniach 18 i 19 stycznia.

Dostępna dokumentacja przesłana przez Sąd wykazuje należyte przeprowadzenie badania i rzetelne orzekanie przez ZUS. Z dostępnej dokumentacji wynika, że w spornym okresie nie występowała niezdolność do pracy, a hospitalizacja z 20 stycznia 2008 była hospitalizacją nagłą, wynikającą albo z rzeczywistego zaostrzenia przebiegu choroby podstawowej, albo z powodu reakcji chorej na decyzję ZUS. Aby ustrzec chorego przed odjęciem kończyny w przypadku ostrego niedokrwienia, należy go hospitalizować w ciągu maksymalnie 6 godzin od momentu wystąpienia objawów; jedynie w przypadku 1-go stopnia ostrego niedokrwienia można zwlekać 24 godziny przed wdrożeniem odpowiedniej diagnostyki przyczynowej i interwencji leczniczej (głównie inwazyjnej) [5,7].

Z akt sprawy wynika, że w dniach 18 i 19 stycznia 2008 pacjentka była zdolna do pracy. Analiza dokumentacji dostarczonej przez sąd wykazuje, że pacjentka nie jest pacjentką zdiagnozowaną w stopniu umożliwiającym postawienie rozpoznania choroby Raynaud. Dywagacje lekarza prowadzącego, lekarzy ZUS oraz biegłego sądowego mogą nie mieć poparcia w rzeczywistym stanie zdrowia pacjentki. Długofalowe upieranie się przy omawianym rozpoznaniu może mieć negatywne skutki dla pacjentki, nie przesądzając jednak o jej aktualnej zdolności do pracy. Pacjentka pomimo niewielkiego nasilenia objawów wymaga planowej diagnostyki wielospecjalistycznej najlepiej w oddziale reumatologicznym bądź angiologicznym (o ile sama wyrazi takie zainteresowanie).

Dyskusja

Powyższy opis przedstawia sytuację, w której z powodu przypadkowego, bądź celowego rozpoznania choroby Raynaud, doprowadza się do wdrożenia leczenia objawowego nieadekwatnego do rzeczywistej jednostki chorobowej. Dodatkowo uruchamia się procedurę orzeczniczą włącznie z odwołaniem do sądu, stwarzając sytuację, w której sąd oraz biegli sądowi, odnoszą się w swoich rozważaniach do jednostki chorobowej, która z dużym stopniem prawdopodobieństwa nie występuje u pacjentki. „Nadrozpoznawalność” choroby Raynaud w polskich warunkach wynika z braku wiedzy o rzeczywistych przyczynach objawu Raynaud, który może występować u 3-15% populacji w zależności od strefy klimatycznej [8]. Opisany przypadek wykazuje, że dla celów orzeczniczych lekarze prowadzący

mogą rozpoznawać ciężkie jednostki chorobowe (takie jak ostre niedokrwienie kończyn) jednocześnie lecząc je niezgodnie z obowiązującymi zasadami i wytycznymi [5]. Lekarz ZUS czy biegły sądowy w takich sytuacjach jest zmuszony do przyjmowania tych rozpoznań za faktycznie istniejące nawet, jeżeli w rzeczywistości omawiane jednostki nie występują u chorego. Pacjent z błędnym rozpoznaniem choroby Raynaud jest praktycznie pozbawiony możliwości diagnostyki przyczynowej ponieważ na dalszych etapach jego życia jest przez większość specjalistów traktowany jako osoba z ustalonym rozpoznaniem i poddawany procedurom leczniczym (sympatektomia) bez zapewnienia należytej ich skuteczności w odniesieniu do objawów. Jednocześnie ze względu na dość powszechne występowanie objawu Raynaud dla niektórych lekarzy jest to wygodne rozpoznanie dla wdrożenia leczenia bez szczegółowej diagnostyki, a pacjentowi umożliwia rozpoczęcie postępowania orzeczniczego i uzyskanie pewnych korzyści materialnych. Wydaje się zasadne w postępowaniu orzeczniczym bardzo krytyczne postrzeganie każdego chorego z rozpoznaniem objawu Raynaud. Szczególną uwagę w dokumentacji należy zwracać na jednostki chorobowe mogące być jego przyczyną (choroby z autoagresji, nowotwory, miażdżyca tętnic, zwyrodnienie stawów kręgosłupa, zespoły uciskowe). Paradoksalnie: stwierdzenie samoistnej choroby Raynaud z punktu widzenia orzeczniczego oznacza jedynie konieczność ograniczenia pracy w warunkach zimna. U osoby z samoistną postacią choroby Raynaud zmniejszenie narażenia na zimno spowoduje minimalizację objawów, a tym samym nie będą występowały przesłanki do orzekania niezdolności do pracy. Istotny wpływ na występowanie i nasilenie objawu Raynaud ma pierwotna prewencja, prowadzona przez lekarzy medycyny pracy. Specjalista medycyny pracy nie powinien wydawać osobom z chorobą Raynaud zaświadczenia o zdolności do pracy z narażeniem na zimno. Z kolei leczenie interwencyjne w pierwotnej chorobie Raynaud również w sposób istotny poprawia jakość życia i możliwość zarobkowania przez pacjenta.

Wnioski

Rozpoznanie choroby Raynaud w postępowaniu orzeczniczym powinno podlegać bezwzględnej weryfikacji, ze względu na „nadrozpoznawalność” tego schorzenia. Samoistna postać choroby Raynaud jedynie w wyjątkowych sytuacjach będzie powodować niezdolność do pracy, jeżeli odbywa się ona w warunkach niskich temperatur. Określenie stanowisk, na których może pracować osoba z chorobą Raynaud powinno leżeć w gestii lekarzy medycyny pracy, a nie orzeczników instytucji zabezpieczenia społecznego czy lekarzy prowadzących leczenie.

Piśmiennictwo

1. Raynaud M. Local asphyxia and symmetrical gangrene of the extremities 1862. New researches on the nature and treatment of local asphyxia of the extremities 1874. Translated by Barlow. London: New Sydenham Society, 1888.
2. Herrick AL. Pathogenesis of Raynaud's phenomenon. *Rheumatology (Oxford)*. 2005 May; 44(5): 587-96. Epub 2005 Mar 1.
3. Zapalski S. Zaburzenia naczynioruchowe. (w) *Chirurgia tętnic i żył obwodowych*. Noszczyk W (red.). PZWL 2007, 785-801.
4. Sicińska J, Rudnicka L. Objaw i Choroba Raynaud. (w) *Angiologia*. (red.) Pasiński T, Gaciąg Z, Torbicki A, Szmidt J. PZWL 2004: 407-415.
5. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA i wsp. TASC II Working Group. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2007; 33 (Suppl 1): S1-75.
6. Łyczkowski L. Ostre niedokrwienie kończyn. *Przew Lek* 2006, 5: 22-30.
7. Rykowski H, Noszczyk W. Ostre niedokrwienie kończyn. (w) *Chirurgia tętnic i żył obwodowych*. Noszczyk W (red.). PZWL 2007: 617-623.
8. Leppert J, Aberg H, Ringqvist I, Sörensson S. Raynaud's phenomenon in female population: Prevalence and association with other conditions. *Angiology* 1987, 38: 871-877.