



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**



**ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

**Διευθυντής: καθηγητής ΘΕΟΦΙΛΟΣ Σ. ΚΑΡΑΧΑΛΙΟΣ**

**Διδακτορική Διατριβή**

**«ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΜΕΛΕΙΑ ΣΕ ΤΡΑΥΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΑΘΗΣΕΙΣ**

**ΧΕΡΙΟΥ ΚΑΙ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ»**

υπό

**ΔΙΟΝΥΣΙΑΣ ΒΑΣΔΕΚΗ**

Ιατρού

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των

απαιτήσεων για την απόκτηση του

Διδακτορικού Διπλώματος

Λάρισα, 2022

© 2022 ΔΙΟΝΥΣΙΑ ΒΑΣΔΕΚΗ

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας δεν υποδηλώνει αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα (σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 202, παράγραφος 2 του Ν.5343/1932).

**Εγκρίθηκε από τα Μέλη της Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής:**

- 1<sup>ος</sup> Εξεταστής  
(Επιβλέπουσα)**      **Ζωή Χ. Νταϊλιάνα**  
Καθηγήτρια Ορθοπαιδικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
- 2<sup>ος</sup> Εξεταστής**      **Σωκράτης Βαρυτιμίδης**  
Καθηγητής Ορθοπαιδικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
- 3<sup>ος</sup> Εξεταστής**      **Χαράλαμπος Χρυσανθάκης**  
Καθηγητής, Διοικητικού Δικαίου και Διοικητικών Θεσμών, Σχολή  
Οικονομικών και Πολιτικών Επιστημών, Εθνικό και Καποδιστριακό  
Πανεπιστήμιο Αθηνών
- 4<sup>ος</sup> Εξεταστής**      **Θεόφιλος Καραχάλιος**  
Καθηγητής Ορθοπαιδικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
- 5<sup>ος</sup> Εξεταστής**      **Δημήτριος Ζαχαρούλης**  
Καθηγητής Γενικής Χειρουργικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο  
Θεσσαλίας
- 6<sup>ος</sup> Εξεταστής**      **Μιχάλης Η. Χαντές**  
Καθηγητής Ορθοπαιδικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
- 7<sup>ος</sup> Εξεταστής**      **Λουκία Παπαθεοδώρου**  
Clinical Associate Professor of Orthopaedic Surgery, University of  
Pittsburgh, USA

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Όλη αυτή η προσπάθεια δεν θα είχε ολοκληρωθεί χωρίς την αμέριστη υποστήριξη της οικογένειάς μου, των φίλων μου, του Αλέξανδρου και της Πηνελόπης, της καθηγήτριάς μου, Ζωής Νταϊλιάνα, και των υπολοίπων μελών της τριμελούς επιτροπής. Τους ευχαριστώ όλους που με υποστήριξαν και συνεχίζουν να με υποστηρίζουν, που συνεχίζουν να με εμπνέουν και με κάνουν να πιστεύω ότι τίποτα δεν είναι ακατόρθωτο.

ΔΙΟΝΥΣΙΑ ΒΑΣΔΕΚΗ

“Feeling sick? Call your lawyer!”

(“Αισθάνεσαι άρρωστος? Τηλεφώνησε στον δικηγόρο σου!”)

## ΣΥΝΤΟΜΟ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ

Ονομάζομαι Διονυσία Βασδέκη και αποφοίτησα από την Ιατρική Σχολή του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης τον Ιούλιο 2007. Βρίσκομαι στο τελευταίο έτος της εκπαίδευσής μου στην ειδικότητα της Πλαστικής, Επανορθωτικής και Αισθητικής Χειρουργικής. Έχω ιδιαίτερο ενδιαφέρον στη χειρουργική του χεριού, τη χειρουργική των εγκαυμάτων και τη χειρουργική αποκατάσταση των τραυμάτων. Είμαι κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στο αντικείμενο της Διαχείρισης Κρίσεων Υγείας και Διεθνούς Ιατρικής, του τμήματος Ιατρικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Έχω πραγματοποιήσει έναν σημαντικό αριθμό παρουσιάσεων σχετικά με την Πλαστική Χειρουργική, με τη Χειρουργική του Χεριού και με το αντικείμενο της διδακτορικής διατριβής μου στην Ελλάδα και στο εξωτερικό. Έχω 13 δημοσιεύσεις σε ελληνικά και διεθνή επιστημονικά περιοδικά, δύο εκ των οποίων παρουσιάζουν αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποίησα, προκειμένου να ολοκληρωθεί η διδακτορική διατριβή μου, ενώ μια Τρίτη μελέτη βρίσκεται υπό δημοσίευση.

- D Vasdeki, SE Varitimidis, C Chryssanthakis, N Stefanou, ZH Dailiana. Medico-legal risks associated to hand and wrist trauma. *World J Crit Care Med*, 2022 Jan;11(1):40-47
- D Vasdeki, C Chryssanthakis, S Varitimidis, ZH Dailiana. Carpal Tunnel Syndrome: Complications and Legal Implications. *Acta Orthop Trauma Hell*. 2020;71(93):133-137
- D Vasdeki, SE Varitimidis, C Chryssanthakis, E Bompou, ZH Dailiana. Iatrogenic nerve injuries and medicolegal implications (submitted for publication)

Ανακοινώσεις αποτελεσμάτων της διατριβής:

- *Ιατρογενείς κακώσεις περιφερικών νεύρων του άνω άκρου και ιατρο-νομικές επιπτώσεις*, 78<sup>ο</sup> Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργικής Ορθοπαιδικής και Τραυματολογίας, Αθήνα, 2-15 Οκτωβρίου 2022 .
- *Τραυματικές κακώσεις του χεριού και του καρπού και ιατρο-νομικές επιπτώσεις*, 6<sup>ο</sup> Ευρωπαϊκό Συνέδριο Πρόληψης Τραύματος Χεριού, Σκιάθος, 3-4 Σεπτεμβρίου 2021.
- *Χειρουργική ώμου και νομικές επιπτώσεις*, 76<sup>ο</sup> Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργικής Ορθοπαιδικής και Τραυματολογίας, Αθήνα, 14-17 Οκτωβρίου 2020.

Αναρτημένες ανακοινώσεις αποτελεσμάτων της διατριβής:

- *Τραυματικές κακώσεις του χεριού και του καρπού και ιατρο-νομικές επιπτώσεις, 77<sup>ο</sup> Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργικής Ορθοπαιδικής και Τραυματολογίας, Αθήνα, 6-9 Οκτώβριου 2021.*

**«ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΜΕΛΕΙΑ ΣΕ ΤΡΑΥΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΧΕΡΙΟΥ  
ΚΑΙ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ»**

**ΔΙΟΝΥΣΙΑ ΒΑΣΔΕΚΗ**

Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τμήμα Ιατρικής, 2022

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

1. **Ζωή Χ. Νταϊλιάννα**, Καθηγήτρια Ορθοπαιδικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας  
**(Επιβλέπουσα)**
2. **Σωκράτης Βαρυτιμίδης**, Καθηγητής Ορθοπαιδικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο  
Θεσσαλίας
3. **Χαράλαμπος Χρυσανθάκης**, Καθηγητής, Διοικητικού Δικαίου και Διοικητικών Θεσμών,  
Σχολή Οικονομικών και Πολιτικών Επιστημών, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο  
Αθηνών

## Περίληψη

Η ιατρική αμέλεια ορίζεται ως η αποτυχία εξάσκησης από τον ιατρό των καθηκόντων που όφειλε να δείξει υπό συγκεκριμένες περιστάσεις και είναι αυτά που θα επιδείκνυε κάθε ιατρός στην ίδια περίπτωση ή αυτά που θα επιδείκνυε ο μέσος εκπρόσωπος του κύκλου του ιατρού, ακολουθώντας τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης. Οι ιατροί βρίσκονται συχνά αντιμέτωποι με αγωγές για ιατρική αμέλεια, των οποίων ο αριθμός παρουσιάζει αυξητική τάση παγκοσμίως. Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν περιορισμένες αναφορές σχετικά με τις αγωγές για ιατρική αμέλεια που σχετίζονται με τη χειρουργική του χεριού και του άνω άκρου, ενώ δεν υπάρχει καμία αναφορά για το θέμα αυτό στην Ελλάδα.

Η μελέτη στοχεύει στην αναζήτηση και καταγραφή των περιστατικών ιατρικής αμέλειας που σχετίζονται με τη Χειρουργική του Χεριού και του Άνω Άκρου στην Ελλάδα. Πρόκειται για μια αναδρομική μελέτη όλων των υποθέσεων για ιατρική αμέλεια σχετικά με τραύματα και παθήσεις του χεριού και του άνω άκρου, ανεξάρτητα από ειδικότητα, που προσέφυγαν στη δικαιοσύνη στην Ελλάδα στη διάρκεια μιας εικοσαετίας (2000-2019).

Συνολικά ανευρέθηκαν 31 υποθέσεις σχετιζόμενες με τη χειρουργική του χεριού και του άνω άκρου. Οι υποθέσεις αυτές αφορούσαν τραυματικές κακώσεις και συνήθεις παθήσεις, η χειρουργική αντιμετώπιση των οποίων παρουσιάζεται συχνά ως επέμβαση ρουτίνας. Στις 30 υποθέσεις η αμέλεια είχε ως αποτέλεσμα αναπηρία του ασθενή, ενώ σε μία υπόθεση τον θάνατο του ασθενή. Οι αναφερόμενοι λόγοι κατάθεσης αγωγής ήταν η λανθασμένη ή καθυστερημένη διάγνωση της κάκωσης, η κάκωση νεύρου, η ελλιπής συναίνεση πριν τη χειρουργική επέμβαση, το πτωχό λειτουργικό αποτέλεσμα, ως συνέπεια πλημμελούς θεραπευτικής προσέγγισης, είτε αυτή ήταν χειρουργική είτε συντηρητική, η λοίμωξη και σε μια περίπτωση ο θάνατος του ασθενή. Μέχρι την ολοκλήρωση της έρευνας υπήρξαν 24 οριστικές αποφάσεις, ενώ η έκδοση οριστικής απόφασης σε 7 υποθέσεις είχε αναβληθεί προκειμένου να διενεργηθεί πραγματογνωμοσύνη. Μεταξύ των 24 υποθέσεων στις οποίες υπήρξε οριστική απόφαση, 13

υποθέσεις είχαν επιτυχή έκβαση για τον ασθενή και 11 είχαν επιτυχή έκβαση για τον ιατρό. Η μέση χρηματική αποζημίωση που ορίστηκε ήταν €46.653,83, με εύρος διακύμανσης από €1.000 έως €201.697, ενώ το συνολικό ποσό των χρηματικών αποζημιώσεων ανέρχεται στα €559.846,6. Οι υψηλότερες αποζημιώσεις ορίστηκαν σε υποθέσεις που αφορούσαν κακώσεις του βραχιονίου πλέγματος σε νεογνά, για τις οποίες ήταν απαραίτητη η μετάβαση σε εξειδικευμένο νοσοκομείο του εξωτερικού προς χειρουργική αποκατάσταση της κάκωσης. Οι αγωγές που έγιναν δεκτές σχετίζονταν με τη θεραπεία της πάθησης (76.9%), τη διάγνωση της πάθησης (15.4%) και την ελλιπή συναίνεση (7.7%). Ο μέσος χρόνος που μεσολάβησε μεταξύ της κατάθεσης της αγωγής και της έκδοσης οριστικής απόφασης ήταν τα 6.5 χρόνια.

Οι αγωγές για ιατρική αμέλεια είναι μια πραγματικότητα με την οποία θα έρθουν αντιμέτωποι όλοι οι χειρουργοί σε κάποια στιγμή της καριέρας τους. Κατανοώντας τους λόγους που οδηγούν σε αγωγές υπάρχει η δυνατότητα βελτίωσης των αντίστοιχων τομέων, ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας στους ασθενείς, να ελαττωθούν τα οικονομικά κόστη που επιβαρύνουν το σύστημα υγείας, αλλά και να περιοριστεί ο αριθμός αυτών των ιδιαίτερα ψυχοφθόρων και χρονοβόρων διαδικασιών και να μπορούν οι χειρουργοί να εξασκούν την καθημερινή τους πρακτική χωρίς τον συνεχή φόβο μιας επικείμενης αγωγής.

## Abstract

Medical negligence is the failure to do what a reasonable man would have done in the same circumstances, an act or omission by a medical professional that deviates from the accepted standard of care. Health care professionals will frequently face a medical negligence claim, whose number is gradually increasing worldwide. There are a few articles related to litigation in hand surgery, but there is no available literature regarding medical negligence claims in hand surgery in Greece.

The aim of our study was to identify cases of medical negligence related to hand and upper extremity surgery in Greece. A retrospective study of all claims related to hand and upper extremity trauma and disease, regardless specialty, which ended in court, during the period from 2000 till 2019 in Greece was performed.

In total there were 31 claims, related to hand and upper extremity trauma, and common diseases, whose surgical treatment has frequently been presented as a routine. Thirty claims were related to disability as a result of negligence, while one claim was associated with the death of a patient. The reasons for filing a claim were missed or delayed diagnosis, nerve injury, inadequate consent, poor functional outcome because of poor management (surgical or conservative), infection and death of patient. There was a verdict in 24 cases, while 7 cases are still open, waiting for an expert witness' report. Among the 24 closed cases, 13 closed for the plaintiff and 11 closed for the defendant. The mean amount of compensation was €46.653,83, ranging from €1.000 to €201.697, while the total cost of the compensations was €559.846,6. The highest amounts were given to families of children with neonatal brachial plexus palsy, who required operative treatment in specialised units abroad. The successful claims were

related to treatment in 76.9% of cases, to diagnosis in 15.4% and to consent in 7.7%. The mean time between filing the claim and the verdict was 6.5 years.

All surgeons will probably face a malpractice claim over the course of their career. Understanding the reasons behind these claims will allow improvement of practice and subsequently improvement of the quality of patient care, reduction of the legal costs for the health system and reduction of the number of extremely time-consuming and stressful legal procedures, so that surgeons can practice without the constant fear of litigation.

# Πίνακας Περιεχομένων

<b>Κεφάλαιο 1 Εισαγωγή.....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.1 Ανατομία χεριού και άνω άκρου .....	Error! Bookmark not defined.
1.2 Τραυματικές κακώσεις χεριού και άνω άκρου .....	Error! Bookmark not defined.
1.3 Παθήσεις χεριού και άνω άκρου .....	Error! Bookmark not defined.
<b>Κεφάλαιο 2 Οικονομικές και νομικές επιπτώσεις της χειρουργικής του χεριού και άνω άκρου .....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2.1 Κόστη τραυματικών κακώσεων χεριού και άνω άκρου.....	Error! Bookmark not defined.
2.2 Νομική ευθύνη του ιατρού προς τον ασθενή .....	Error! Bookmark not defined.
<b>Κεφάλαιο 3 Ιατρική αμέλεια και χειρουργική του χεριού και του άνω άκρου .....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
3.1 Ιατρική αμέλεια.....	32.
3.2 Αγωγές σχετιζόμενες με την ιατρική αμέλεια.....	34.
3.2.1 Παγκόσμια τάση αγωγών.....	39.
3.2.2 Ιατρική αμέλεια στη Χειρουργική του Χεριού και του Άνω Άκρου.....	42.
3.3 Οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις αγωγών ιατρικής αμέλειας.....	Error! Bookmark not defined.
3.4 Ιατρική αμέλεια στην Ελλάδα .....	Error! Bookmark not defined.
<b>Κεφάλαιο 4 Μεθοδολογία και αποτελέσματα της έρευνας.....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.1 Μεθοδολογία... ..	Error! Bookmark not defined.
4.2 Αποτελέσματα .....	Error! Bookmark not defined.
4.3 Περιγραφή υποθέσεων .....	Error! Bookmark not defined.
<b>Κεφάλαιο 5 Συζήτηση αποτελεσμάτων.....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
5.1 Ιατρογενείς κακώσεις νεύρων, τραυματικές κακώσεις χεριού και άνω άκρου, λοιμώξεις .....	Error! Bookmark not defined.
5.1.1 Ιατρογενείς κακώσεις νεύρων.....	93.
5.1.2 Τραυματικές κακώσεις χεριού και άνω άκρου.....	104.
5.1.3 Λοιμώξεις.....	111.

5.2	Είδη προσφυγών .....	Error! Bookmark not defined.
5.3	Διάρκεια δίκης και ο ρόλος του πραγματογνώμονα .....	Error! Bookmark not defined.
5.4	Αιτίες επιτυχημένων αγωγών .....	Error! Bookmark not defined.
5.5	Συμπεράσματα.....	127.

**Κεφάλαιο 6 Σύνοψη Διατριβής .....** Error! Bookmark not defined.

**Παράρτημα.....**129.

**Βιβλιογραφία.....**138.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το χέρι αποτελεί ένα περίπλοκο, τόσο ανατομικά όσο και λειτουργικά, τμήμα του ανθρώπινου σώματος. Το χέρι και το άνω άκρο, τη λειτουργία των οποίων θεωρούμε αυτονόητη και δεδομένη είναι ιδιαίτερα σημαντικά στην καθημερινότητά μας και συνέβαλαν σε μεγάλο βαθμό στην εξέλιξη της ζωής του ανθρώπου. Με τη βοήθεια του χεριού ο άνθρωπος κατάφερε να κινήσει, να συλλέξει, να παράγει και να δημιουργήσει. Το άγγιγμα της μητέρας στο παιδί της, η μουσική που παίζει ένας πιανίστας, η δυνατή λαβή ενός αρσιβαρίστα, η ακρίβεια και η ταχύτητα μιας στενογράφου είναι αποτέλεσμα ενός ανατομικά ατέραιου και λειτουργικού χεριού, ενώ η αναφορά του χεριού σε εκφράσεις όπως «το χέρι του Θεού», «το χέρι που σε ταΐζει» ή «μαζί, χέρι με χέρι» καταδεικνύουν πόσο σημαντικό είναι το χέρι σε πολλαπλές εκφάνσεις της ζωής μας<sup>1</sup>. Η σημαντικότητα του χεριού έχει εκθειαστεί σε διάφορες μορφές της τέχνης, με κορυφαία την αποτύπωση της ανατομίας του άνω άκρου στο έργο του Rembrandt, “The anatomy lesson of Dr. Nicolaes Tulp” (1632), ενώ ένας από τους πρώτους ανατομικούς άτλαντες για το χέρι και το άνω άκρο, ο “Demonstrationum anatomico-pathologicarum liber primus brachii humani fabricam et morbos”, δημοσιεύθηκε από τον Petrus Camper το 1760<sup>2,3</sup>.

Ωστόσο το άνω άκρο και σε μεγαλύτερο βαθμό τα χέρια είναι εκτεθειμένα σε κάθε είδους τραυματισμούς και εκφυλιστικές αλλοιώσεις. Για να προστατευτούμε, ο οργανισμός μας έχει αναπτύξει ποικίλους αντανακλαστικούς μηχανισμούς, ώστε μέσα σε κλάσματα του δευτερολέπτου να αποφύγουμε οποιοδήποτε δυνητικό τραυματισμό<sup>1</sup>. Οι τραυματισμοί του χεριού και του άνω άκρου είναι συχνοί, ενώ σε αυτούς προστίθενται και οι εκφυλιστικές παθήσεις και τα σύνδρομα εγκλωβισμού, ως απόρροια παρατεταμένης χρήσης του άνω άκρου. Η αντιμετώπιση όλων των καταστάσεων αυτών μπορεί να είναι συντηρητική ή χειρουργική, ενώ παραλείψεις μπορεί να προκύψουν και στις δύο αυτές μορφές θεραπευτικής προσέγγισης.

Οι παραλείψεις αυτές μπορεί να λάβουν νομικές επεκτάσεις, με επιπτώσεις για τους ασθενείς, τους ιατρούς και τα συστήματα υγείας.

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν περιορισμένες αναφορές σχετικά με τις ιατρονομικές επιπτώσεις της Χειρουργικής του Χεριού και του Άνω Άκρου, οι οποίες βασίζονται σε μελέτες που έχουν γίνει σε χώρες της Ευρώπης και των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής (Η.Π.Α.)<sup>4,5</sup>, ενώ δεν υπάρχει καμία αναφορά σχετικά με την κατάσταση αυτή στην Ελλάδα. Ο σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή των περιστατικών ιατρικής αμέλειας που σχετίζονται με τη Χειρουργική του Χεριού και του Άνω Άκρου και των νομικών τους επιπτώσεων, η ανάλυση των αιτιών που οδηγούν σε αγωγές, καθώς και των αποτελεσμάτων των αγωγών αυτών. Μέσω της ανάλυσης των αιτιών και των αποτελεσμάτων μπορούν να προσδιοριστούν οι παράγοντες που οδηγούν σε ιατρο-νομικές επιπλοκές, ώστε μελλοντικά να μειωθούν οι σχετιζόμενες με την ιατρική αμέλεια αγωγές και οι επιπτώσεις τους.

## **1.1 ANATOMIA XEPIOY KAI ANΩ AKPOY**

Το άνω άκρο αποτελεί μια λειτουργική μονάδα του άνω τμήματος του σώματος. Διακρίνεται σε τρεις περιοχές, τον βραχίονα, το αντιβράχιο και το χέρι. Στην ανατομία του άνω άκρου περιλαμβάνεται και η άρθρωση του ώμου. Η λειτουργική μονάδα του άνω άκρου περιλαμβάνει ένα μεγάλο αριθμό νεύρων, αγγείων, μυών και οστών, ενώ η κινητική και αισθητική νεύρωση του άνω άκρου προέρχεται από ένα από τα μεγαλύτερα νευρικά πλέγματα του σώματος, το βραχιόνιο πλέγμα.

Το χέρι αποτελείται από 27 οστά, τα οποία περιλαμβάνουν τα 8 οστά του καρπού, τα 5 μετακάρπια και τις 14 φάλαγγες. Κάθε δάκτυλο, με εξαίρεση τον αντίχειρα, αποτελείται από 3 φάλαγγες, την άπω (ονυχοφόρο), τη μέση και την εγγύς φάλαγγα. Ο αντίχειρας έχει μόνο δύο φάλαγγες, την άπω και την εγγύς. Η άπω φάλαγγα των δακτύλων αποτελεί το πιο εκτεθειμένο τμήμα του χεριού. Φέρει το νύχι, ενώ είναι η φάλαγγα όπου καταφύεται τόσο ο εν τω βάθει

καμπτήρας των δακτύλων (παλαμιαία επιφάνεια), όσο και ο εκτατικός μηχανισμός του δακτύλου (ραχιαία επιφάνεια). Η μέση φάλαγγα είναι το σημείο κατάφυσης του επιπολής καμπτήρα των δακτύλων. Η εγγύς φάλαγγα του κάθε δακτύλου αρθρώνεται με κάθε ένα από τα πέντε μετακάρπια οστά του χεριού. Τα μετακάρπια οστά αρθρώνονται επίσης με τα οστά του καρπού, ενώ αποτελούν σημεία έκφυσης των ραχιαίων και παλαμιαίων μεσόστεων μυών<sup>6</sup>.

Η πηγεοκαρπική άρθρωση είναι μια από τις πιο περίπλοκες αρθρώσεις του ανθρώπινου σώματος, ενώ στο σχηματισμό της συμμετέχουν 8 οστά, που διατάσσονται σε δύο στοίχους. Ο εγγύς στοίχος σχηματίζεται από το σκαφοειδές, το μηνοειδές, το πυραμοειδές και το πισσοειδές οστό, ενώ ο περιφερικός σχηματίζεται από το μείζον πολύγωνο, το έλασσον πολύγωνο, το κεφαλωτό και το αγκιστρωτό. Η σταθερότητα της άρθρωσης εξασφαλίζεται από την ανατομία των αρθρικών επιφανειών των οστών, καθώς και από την παρουσία συνδέσμων, που επιτρέπουν ελάχιστη κίνηση μεταξύ των οστών του καρπού<sup>6</sup>.

Το σκαφοειδές αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά οστά του καρπού. Εκτείνεται τόσο στον περιφερικό όσο και τον κεντρικό στοίχο και ευθύνεται για την σταθερότητα της άρθρωσης κατά την κίνησή της. Η αιμάτωση του σκαφοειδούς είναι κατά κύριο λόγο από το περιφερικό προς το κεντρικό τμήμα του. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τα κατάγματα του σκαφοειδούς να οδηγούν συχνά σε άσηπτη νέκρωση, καθυστερημένη πώρωση ή ψευδάρθρωση του σκαφοειδούς και οστεοαρθρίτιδα του καρπού<sup>7,8</sup>. Ο τρίγωνος χόνδρος είναι μια σύνθετη ανατομικά δομή που εντοπίζεται στην ωλένια πλευρά του καρπού. Είναι ένα τριγωνικού σχήματος ινοχόνδρινο πέταλο, που παρεμβάλλεται σχεδόν οριζόντια ανάμεσα στην κεφαλή της ωλένης και στα αντίστοιχα οστά του καρπού. Αποτελεί τον κύριο σταθεροποιητή της ωλένιας πλευράς του καρπού, ενώ ο τραυματισμός ή η εκφύλισή του οδηγούν σε αστάθεια της άρθρωσης του καρπού, πόνο και, σε βαρύτερες περιπτώσεις, σε αναπηρία<sup>9</sup>.

Το αντιβράχιο σχηματίζεται από δύο οστά, την κερκίδα και την ωλένη, ενώ περιλαμβάνει έναν μεγάλο αριθμό μυϊκών μονάδων που είναι υπεύθυνες για την έκταση και την κάμψη του καρπού και των δακτύλων του χεριού. Κύρια λειτουργία του αντιβραχίου είναι

η περιστροφή του χεριού. Η κίνηση αυτή επιτυγχάνεται με τη συντονισμένη κίνηση της εγγύς κερκιδωλενικής άρθρωσης, του μεσόστεου υμένα και της άπω κερκιδωλενικής άρθρωσης. Οποιαδήποτε διαταραχή σε κάθε ένα από αυτά τα επιμέρους τμήματα μπορεί να επιφέρει περιορισμό στην κινητικότητα του αντιβραχίου, όπως συχνά παρατηρείται μετά από τραυματισμούς όπως τα κατάγματα Monteggia, τα κατάγματα Galeazzi, τις κακώσεις τύπου Essex-Lopresti και τους τραυματισμούς του τρίγωνου χόνδρου<sup>10</sup>.

Ο αγκώνας είναι μια σύνθετη τροχογίγλυμος άρθρωση που περιλαμβάνει οστέινους και συνδεσμικούς σταθεροποιητές. Διαιρείται σε 3 επιμέρους αρθρώσεις (βραχιονωλενική, βραχιονοκερκιδική και κερκιδωλενική) που περιέχονται εντός ενός κοινού αρθρικού θύλακου, σχηματίζονται από τις αρθρικές επιφάνειες του βραχιονίου οστού, την κερκίδα και την ωλένη και επιτρέπουν τόσο στροφικές όσο και γωνιώδεις κινήσεις. Το περιφερικό άκρο του βραχιονίου οστού φέρει δύο αρθρικές επιφάνειες, την τροχλία, εσωτερικά, που αρθρώνεται με την ωλένη, και τον κόνδυλο, εξωτερικά, που αρθρώνεται με την κερκίδα. Η ωλένη στο κεντρικό της άκρο φέρει το ωλέκρανο, το οποίο υποδέχεται ο ωλεκρανικός βόθρος, και την κορωνοειδή απόφυση. Στην κερκιδική επιφάνεια του κεντρικού άκρου της ωλένης βρίσκεται η κερκιδική εντομή, για την άρθρωση με την κεφαλή της κερκίδας, στην εγγύς κερκιδωλενική άρθρωση. Οι συνδεσμικοί σταθεροποιητές του αγκώνα περιλαμβάνουν τον έσω (ωλένιο) και τον έξω (κερκιδικό) πλάγιο σύνδεσμο. Πρόκειται για παχύνσεις του αρθρικού θύλακου, ενώ καθένας από αυτούς απαρτίζεται από έναν αριθμό επιμέρους συνδέσμων<sup>11</sup>.

Ο βραχίονας απαρτίζεται από το βραχιόνιο οστό, το οποίο συμμετέχει τόσο στην άρθρωση του αγκώνα όσο και του ώμου, και από μύες που συμμετέχουν στην κάμψη και έκταση του αγκώνα, τον υπτιασμό του αντιβραχίου και την κάμψη και προσαγωγή του βραχίονα. Τρεις από τους τελικούς κλάδους του βραχιονίου πλέγματος (κερκιδικό, μέσο και ωλένιο νεύρο) πορεύονται μεταξύ των μυών του βραχίονα. Το κερκιδικό νεύρο πορεύεται κατά μήκος της οπίσθιας επιφάνειας του βραχίονα, ανάμεσα στην έσω και έξω κεφαλή του τρικεφάλου βραχιονίου μυός, μέσα στην δικεφαλική αύλακα. Η ανατομική εγγύτητα μεταξύ

του νεύρου και του βραχιονίου οστού, το καθιστά ευάλωτο σε περιπτώσεις κατάγματος της διάφυσης του βραχιονίου, με κάκωση του νεύρου να περιπλέκει περίπου 22% των καταγμάτων αυτών<sup>12</sup>. Η πορεία του ωλενίου νεύρου είναι αρχικά κατά μήκος του πρόσθιου διαμερίσματος του βραχίονα, ενώ στη συνέχεια διέρχεται από το έσω μεσομύιο διάφραγμα προς το οπίσθιο διαμέρισμα του βραχίονα. Το μέσο νεύρο πορεύεται στο πρόσθιο διαμέρισμα του βραχίονα και καταλήγει, μέσω της άρθρωσης του αγκώνα, στο αντιβράχιο, όπου διέρχεται μεταξύ των κεφαλών του στρογγύλου πρηνιστή<sup>13</sup>.

Η γληνοβραχιόνια άρθρωση ή άρθρωση του ώμου είναι η άρθρωση με το μεγαλύτερο εύρος κίνησης στο ανθρώπινο σώμα. Είναι μια σφαιροειδής άρθρωση, όπου η στρογγυλή κεφαλή του βραχιονίου οστού αρθρώνεται με την σχεδόν επίπεδη γλήνη της ωμοπλάτης. Είναι μοναδικό το ότι μόνο 25-30% της κεφαλής του βραχιονίου αρθρώνεται με την γλήνη ανά πάσα στιγμή, επιτρέποντας ένα ευρύτερο πλαίσιο κίνησης, σε αντιστάθμισμα όμως με την σταθερότητά της. Η σταθερότητα της άρθρωσης εξασφαλίζεται από τη συντονισμένη λειτουργία των στατικών και δυναμικών σταθεροποιητών της άρθρωσης, καθώς και από την αρνητική ενδαρθρική πίεση. Στους στατικούς σταθεροποιητές ανήκουν οι γληνοβραχιόνιοι σύνδεσμοι, ο κορακοβραχιόνιος σύνδεσμος και ο επιχείλιος χόνδρος, ενώ στους δυναμικούς σταθεροποιητές ανήκουν οι μύες του πετάλου των στροφέων (υπερακάνθιος, υπακάνθιος, ελάσσων στρογγύλος και υποπλάτιος μυς), η μακρά κεφαλή του δικεφάλου, καθώς και μύες γύρω από την ωμοπλάτη<sup>14</sup>.

Η κινητική και αισθητική νεύρωση του χεριού και του άνω άκρου εξασφαλίζεται από ένα σύνολο νεύρων που εκφύονται από το βραχιόνιο πλέγμα. Το βραχιόνιο πλέγμα σχηματίζεται από την ένωση των πρόσθιων νωτιαίων κλάδων των 4 τελευταίων αυχενικών (A5-A8) και της πρώτης θωρακικής (T1) ρίζας, οι οποίες εξέρχονται από τα σύστοιχα μεσοσπονδύλια τμήματα και στη συνέχεια πορεύονται μεταξύ του πρόσθιου και μέσου σκαληνού μυός. Σπανιότερα στο σχηματισμό του βραχιονίου πλέγματος μπορεί να συμμετέχουν κλάδοι της 4<sup>ης</sup> αυχενικής (A4) και της 2<sup>ης</sup> θωρακικής ρίζας (Θ2). Από τη

συνένωση των πρόσθιων νωτιαίων κλάδων σχηματίζονται 3 πρωτεύοντα στελέχη, το άνω (A5, A6), το μέσο (A7) και το κάτω (A8, T1). Κάθε ένα από τα στελέχη αυτά διαιρείται σε μια πρόσθια και οπίσθια μοίρα, στο επίπεδο της κλείδας, σχηματίζοντας τελικά 3 δευτερεύοντα στελέχη: πρόσθιο-έσω, πρόσθιο-έξω και οπίσθιο. Οι πρόσθιες διακλαδώσεις νευρώνουν τα πρόσθια (καμπτικά) διαμερίσματα του άνω άκρου, ενώ οι οπίσθιες διακλαδώσεις νευρώνουν τα οπίσθια (εκτατικά) διαμερίσματα του άνω άκρου. Το πρόσθιο-έξω δευτερεύον στέλεχος σχηματίζεται από τη συμβολή των πρόσθιων διαιρέσεων του άνω και μέσου πρωτεύοντος στελέχους, το πρόσθιο-έσω δευτερεύον στέλεχος αποτελεί συνέχεια της πρόσθιας μοίρας του κάτω πρωτεύοντος στελέχους, και τέλος το οπίσθιο δευτερεύον στέλεχος σχηματίζεται από τις οπίσθιες μοίρες του άνω, μέσου και κάτω πρωτεύοντος στελέχους. Από τα δευτερεύοντα αυτά στελέχη δημιουργούνται οι 5 τελικοί κλάδοι (περιφερικά νεύρα) που νευρώνουν το άνω άκρο: το μυοδερματικό νεύρο, το μασχαλιαίο, το κερκιδικό, το μέσο και το ωλένιο νεύρο. Κατά την πορεία του βασικού βραχιονίου πλέγματος, μόλις αυτό εξέλθει από τον σπονδυλικό σωλήνα, αναδύονται τελικά νεύρα, όπως το ραχιαίο νεύρο της ωμοπλάτης και το μακρύ θωρακικό νεύρο<sup>15,16,17</sup>.

Στην ανατομία του άνω άκρου περιλαμβάνεται και το παραπληρωματικό νεύρο, καθώς είναι αυτό που νευρώνει τον τραπεζοειδή μυ, συμβάλλοντας έτσι στην κίνηση της άρθρωσης του ώμου. Το παραπληρωματικό νεύρο αποτελεί την εντέκατη (XI) εγκεφαλική συζυγία. Σχηματίζεται στον οπίσθιο κρανιακό βόθρο και αφού εξέρχεται μέσω του σφαγιτιδικού τρήματος δίνει έναν εσωτερικό κλάδο, που ενώνεται με το παραπληρωματικό νεύρο, και έναν εξωτερικό κλάδο, που νευρώνει τον στερνοκλειδομαστοειδή και τον τραπεζοειδή μυ. Αφού δώσει κλάδους για τον στερνοκλειδομαστοειδή μυ, το παραπληρωματικό νεύρο προχωρά εντός του οπίσθιου τριγώνου του τραχήλου, μεταξύ της επιπολής και της εν τω βάθει επιφάνειας της εν τω βάθει αυχενικής περιτονίας, προτού καταλήξει στον τραπεζοειδή μυ. Ο τραπεζοειδής μυς είναι ένας από τους σταθεροποιητές της ωμοπλάτης, κατά την περιστροφή της, ενώ συντελεί και στην περιστροφή της ωμοπλάτης, μαζί με τον πρόσθιο οδοντωτό μυ και τον ανελκτήρα μυ

της ωμοπλάτης, όταν το χέρι είναι σε απαγωγή. Κατά τη διαδρομή του στο οπίσθιο τραχηλικό τρίγωνο το παραπληρωματικό νεύρο βρίσκεται επιφανειακά και κοντά στους τραχηλικούς λεμφαδένες. Εξαιτίας της επιφανειακής αυτής θέσης, το παραπληρωματικό νεύρο μπορεί να υποστεί ιατρογενή κάκωση κατά τη διάρκεια επεμβάσεων, όπως η βιοψία τραχηλικού λεμφαδένα και οι λεμφαδενικοί καθαρισμοί. Σημεία που υποδηλώνουν μια τέτοια κάκωση είναι η αδυναμία απαγωγής του άνω άκρου πάνω από το οριζόντιο επίπεδο και η πτερυγοειδής ωμοπλάτη<sup>18,19</sup>.

## **1.2 ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΧΕΡΙΟΥ ΚΑΙ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ**

Οι κακώσεις του χεριού και του άνω άκρου είναι συχνές και αποτελούν συχνά βασική αιτία απουσίας από την εργασία. Υπολογίζεται ότι κατά μέσο όρο 31 εργάσιμες μέρες χάνονται για κάθε τραυματισμό του άνω άκρου, ενώ έχει εκτιμηθεί ότι στις Η.Π.Α. περίπου 3-4 εκατομμύρια εργάσιμες μέρες χάνονται λόγω των κακώσεων στο χέρι και το άνω άκρο<sup>20,21</sup>.

Οι κακώσεις του άνω άκρου αποτελούν περίπου το 42% του συνόλου των κακώσεων που παρουσιάζονται στο τμήμα των επειγόντων περιστατικών. Η συχνότερη κάκωση του άνω άκρου είναι το κατάγμα, ενώ ακολουθούν εξάρθρηματα, διαστρέμματα και θλαστικά τραύματα. Η συχνότητα των κακώσεων αυτών σχετίζεται τόσο με την ηλικία όσο και το φύλο του ασθενή. Τα κατάγματα είναι πιο συχνά στις μεγαλύτερες ηλικιακά ομάδες, οι ανοιχτές κακώσεις στους ενήλικες, ενώ οι κλειστές κακώσεις και τα εξάρθρηματα στα παιδιά. Τα κατάγματα είναι συνηθέστερα στις γυναίκες μετά την ηλικία των 65 χρόνων, ενώ οι τραυματισμοί του χεριού και του άνω άκρου είναι συνηθέστεροι στους άντρες μικρότερης ηλικίας, περίπου μέχρι την ηλικία των 40 ετών<sup>22,23</sup>. Σε μελέτη σχετικά με τις κακώσεις του άνω άκρου που προσέρχονται στο τμήμα επειγόντων στις Η.Π.Α. βρέθηκε ότι η πλειονότητα αυτών αφορούσε κακώσεις δακτύλων, ενώ ακολουθούσαν κακώσεις του καρπού, του αντιβραχίου, του αγκώνα και τέλος του βραχίονα. Όταν συνδυάστηκε η ανατομική περιοχή του άνω άκρου με το είδος της κάκωσης βρέθηκε ότι το θλαστικό τραύμα του δακτύλου αποτελεί τη συχνότερη

αιτίας επίσκεψης του τμήματος επειγόντων περιστατικών, ακολουθούμενο από κατάγματα του καρπού, κατάγματα των δακτύλων, διαστρέμματα του αγκώνα και τέλος κατάγματα του αντιβραχίου<sup>24</sup>.

Οι κακώσεις του χεριού αποτελούν 6.6-28.6% όλων των κακώσεων και 28% των κακώσεων του μυοσκελετικού συστήματος. Είναι κακώσεις που συνηθέστερα συναντιούνται σε άνδρες νεαρής ηλικίας, μέχρι τα 40 χρόνια, που είναι στην πλειονότητά τους οικονομικά παραγωγικοί. Συχνότερα είναι επαγγελματικές κακώσεις, αλλά μπορεί εξίσου συχνά να συμβούν στο σπίτι, κατά τη διάρκεια αθλητικών δραστηριοτήτων, καθώς και σε τροχαία ατυχήματα<sup>25</sup>. Τα κατάγματα του χεριού και του καρπού είναι οι συνηθέστερες τραυματικές κακώσεις του χεριού, ενώ ακολουθούν κακώσεις τενόντων και μυών, θλαστικά τραύματα της κοίτης του όνυχος, κακώσεις νεύρων και λιγότερο συχνά αγγείων<sup>24,27</sup>.

Οι τραυματικοί ακρωτηριασμοί των δακτύλων και του χεριού, και λιγότερο συχνά του αντιβραχίου, αν και σπανιότερες κακώσεις, είναι σοβαροί τραυματισμοί που συνεπάγονται σημαντικές λειτουργικές, οικονομικές, κοινωνικές και ψυχολογικές αλλαγές στη ζωή του ασθενή, ενώ η διαχείρισή τους απαιτεί πολλαπλές χειρουργικές επεμβάσεις, μακροχρόνια νοσηλεία, καθώς και μακροχρόνια αποκατάσταση. Εκτιμάται ότι το μέσο κόστος επανασυγκόλλησης ενός δακτύλου ανέρχεται σε \$20.000, ενώ απαιτείται κατά μέσο όρο 5.5 μέρες νοσηλεία στο νοσοκομείο. Στην Ελλάδα ο αριθμός των τραυματικών ακρωτηριασμών στα δάκτυλα ετησίως εκτιμάται στις 3706, με τον μεγαλύτερο αριθμό αυτών να συμβαίνουν σε άντρες ασθενείς, ενώ τα δύο τρίτα αυτών είναι αποτέλεσμα επαγγελματικής κάκωσης<sup>28</sup>.

Η νεογνική παράλυση του βραχιονίου πλέγματος (ΝΠΒΠ) είναι μια νευροπάθεια που μπορεί να προκληθεί τόσο κατά τον φυσιολογικό τοκετό, όσο και κατά τη διενέργεια καισαρικής τομής. Αυτή καθορίζεται ως αδυναμία ή παράλυση του άνω άκρου του νεογνού, με την παθητική κίνηση αυτού να είναι ευρύτερη από την ενεργητική, λόγω κάκωσης του βραχιονίου πλέγματος. Η συχνότητά της υπολογίζεται μεταξύ 0.05-0.26% του συνόλου των γεννήσεων<sup>17,29,30</sup>.

Οι βλάβες στα περιφερικά νεύρα που σχηματίζονται από το βραχιόνιο πλέγμα κατηγοριοποιούνται με βάση την προσβαλλόμενη νευρική ρίζα. Όταν η κάκωση εντοπίζεται στην πέμπτη και έκτη αυχενική ρίζα (A5, A6), στο σημείο όπου συναντάνε το πλέγμα, η πάρεση ονομάζεται ανωτέρου τύπου ή Erb-Duchenne (Erb-Duchenne palsy). Όταν η κάκωση εντοπίζεται στην όγδοη αυχενική και πρώτη θωρακική ρίζα (A8, Θ1), στο σημείο όπου συναντάνε το πλέγμα, η πάρεση ονομάζεται κατωτέρου τύπου ή Klumpke (Klumpke's palsy). Συχνότερα απαντάται η κάκωση ανωτέρου τύπου (Erb-Duchenne) και η ολικού τύπου, με προσβολή όλων των ριζών (A5 έως Θ1). Διάφοροι παράγοντες κινδύνου έχουν συσχετιστεί με την ΝΠΒΠ, όπως το αυξημένο σωματικό βάρος του εμβρύου, η δυστοκία των ώμων, ο διαβήτης της κύησης, η χρήση βοθημάτων στην διεξαγωγή του τοκετού, κτλ. Ωστόσο, κανείς από τους παράγοντες αυτούς δεν μπορεί να προβλέψει με ακρίβεια την εμφάνιση της κάκωσης αυτής<sup>30,31</sup>.

Κατά την εμφάνιση δυστοκίας των ώμων στη διάρκεια διεξαγωγής φυσιολογικού τοκετού, οι πιθανότητες για ΝΠΒΠ είναι πολύ πιο αυξημένες συγκριτικά με την παρουσία των άλλων παραγόντων κινδύνου. Ως δυστοκία ώμων χαρακτηρίζεται η κατάσταση εκείνη στη διάρκεια του τοκετού όπου, ενώ το κεφάλι του εμβρύου έχει προβάλει, το πρόσθιο τμήμα του ώμου δεν μπορεί να περάσει πίσω από την ηβική σύμφυση. Η συχνότητα εμφάνισης της επιλοκής αυτής ανέρχεται σε 0.2-3% του συνόλου των φυσιολογικών τοκετών, ενώ η εμφάνιση ΝΠΒΠ σε τοκετούς που περιπλέκονται από δυστοκία ώμων κυμαίνεται μεταξύ 4-40%<sup>30</sup>.

Η πρόγνωση της ΝΠΒΠ σχετίζεται κυρίως με τη βαρύτητα του λειτουργικού ελλείμματος του άνω άκρου, ενώ εκτιμάται ότι 70-95% των περιπτώσεων θα αποκατασταθούν πλήρως. Όσο ηπιότερη είναι η κάκωση, τόσο πιο γρήγορα επιστρέφει η λειτουργία του άνω άκρου στο φυσιολογικό. Συνηθέστερα αυτό επιτυγχάνεται εντός του πρώτου χρόνου ζωής του νεογνού. Η θεραπευτική προσέγγιση σε ΝΠΒΠ είναι αρχικά συντηρητική και περιλαμβάνει παρακολούθηση και φυσιοθεραπεία. Στις περιπτώσεις που παρατηρείται ελάχιστη πρόοδος

στην κινητικότητα του άκρου, εντός των πρώτων μηνών ζωής του νεογνού, τότε η χειρουργική προσέγγιση είναι μια σημαντική εναλλακτική. Στις μικρότερες ηλικίες η χειρουργική προσέγγιση περιλαμβάνει τοποθέτηση νευρικών μοσχευμάτων ή μεταφορές νεύρων, ενώ σε μεγαλύτερες ηλικίες πραγματοποιούνται τενοντομεταφορές, αρθρολύσεις και οστεοτομίες, προκειμένου να βελτιωθεί η κινητικότητα του άκρου<sup>30-32</sup>.

### **1.3 ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΧΕΡΙΟΥ ΚΑΙ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ**

Το σύνδρομο του καρπιαίου σωλήνα (ΣΚΣ) αποτελεί μια από τις συχνότερες νευροπάθειες του άνω άκρου. Εκτιμάται ότι 4% έως 45% των ανθρώπων παγκοσμίως παρουσιάζουν το σύνδρομο αυτό, με τη συχνότερη ηλικία εμφάνισης μεταξύ 40 και 60 χρόνων. Η συχνότητα εμφάνισής του ποικίλλει ανά γεωγραφική περιοχή, και εκτιμάται σε 7-16% στη Μεγάλη Βρετανία και σε 5% στις Η.Π.Α. Επηρεάζει συχνότερα τις γυναίκες από τους άντρες, με εκτιμώμενη συχνότητα, στον πληθυσμό της Μεγάλης Βρετανίας, 88/100.000 άντρες και 193/100.000 γυναίκες. Ωστόσο, η διαφορετική αυτή συχνότητα μεταξύ των δύο φύλων δεν ισχύει σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Σύμφωνα με νεότερα δεδομένα η συχνότητα του ΣΚΣ είναι υψηλότερη στις γυναίκες ηλικίας 45-54 χρόνων και στους άντρες ηλικίας 75-84 χρόνων. Η εμφάνισή του μπορεί να αποδοθεί είτε σε περιβαλλοντικούς παράγοντες είτε σε ιατρικά προβλήματα. Στους περιβαλλοντικούς παράγοντες περιλαμβάνονται η επαναλαμβανόμενη κάμψη του καρπού, καθώς και η παρατεταμένη κάμψη ή έκταση του καρπού. Συνήθως οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται με την εργασία του ασθενή, κάνοντας το ΣΚΣ μια από τις συχνότερες επαγγελματικές μυοσκελετικές νόσους. Τα ιατρικά προβλήματα αφορούν καταστάσεις που μπορούν να επηρεάσουν το εύρος του καρπιαίου σωλήνα, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, ο υποθυρεοειδισμός, η παχυσαρκία, η εγκυμοσύνη, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η νεφρική και καρδιακή ανεπάρκεια<sup>33,34</sup>.

Η αντιμετώπιση του ΣΚΣ εξαρτάται από τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Σε ήπια ή μετρίου βαθμού συμπτώματα η αντιμετώπιση είναι συντηρητική και περιλαμβάνει τη

ναρθηκοποίηση της άρθρωσης, τη φυσιοθεραπεία και τη χορήγηση στεροειδών. Σε ποσοστό έως και 80% η συντηρητική αντιμετώπιση επαρκεί για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, ωστόσο ο κίνδυνος επανεμφάνισής τους εντός του έτους ανέρχεται στο 80%. Σε περίπτωση σοβαρότερων συμπτωμάτων ή αποτυχίας της συντηρητικής μεθόδου, το ΣΚΣ αντιμετωπίζεται χειρουργικά, με διάνοιξη του εγκάρσιου συνδέσμου και απελευθέρωση του καρπιαίου σωλήνα, είτε ανοιχτά είτε ενδοσκοπικά. Η απελευθέρωση του καρπιαίου σωλήνα αποτελεί μια από τις πιο κοινές χειρουργικές επεμβάσεις του χεριού. Υπολογίζεται ότι στις Η.Π.Α. πραγματοποιούνται 577.000 τέτοιες επεμβάσεις ανά έτος. Όπως κάθε χειρουργική επέμβαση, έτσι και η απελευθέρωση του καρπιαίου σωλήνα δεν στερείται επιπλοκών. Αυτές είναι σπάνιες και περιλαμβάνουν την κάκωση του μέσου νεύρου διεγχειρητικά ή άλλων αισθητικών κλάδων, τη μετεγχειρητική λοίμωξη και πόνο, καθώς και τα εμμένοντα ή υποτροπιάζοντα συμπτώματα. Η διεγχειρητική κάκωση του μέσου νεύρου εκτιμάται ότι συμβαίνει σε ποσοστό περίπου 0.2%. Ο κίνδυνος κάκωσης του μέσου νεύρου υπολογίζεται ότι είναι μεγαλύτερος σε όσους υποβάλλονται σε ενδοσκοπική απελευθέρωση του καρπιαίου σωλήνα, ωστόσο συνήθως πρόκειται για παροδική νευραπραξία<sup>33,34,35</sup>.

Η οστεοαρθρίτιδα (OA) της βασικής αρθρώσεως του αντίχειρα (μεταξύ του μείζονος πολυγώνου οστού και του πρώτου μετακαρπίου) αποτελεί την συχνότερη αρθρίτιδα στο χέρι που αντιμετωπίζεται χειρουργικά. Επηρεάζει συχνότερα τις γυναίκες από τους άντρες και εμφανίζεται συνηθέστερα μετά την εμμηνόπαυση. Εκδηλώνεται με πόνο, ο οποίος επιδεινώνεται με την δραστηριότητα, ενώ σταδιακά ο ασθενής χάνει την ικανότητά του να εκτελεί απλές, καθημερινές κινήσεις του χεριού. Η αρχική αντιμετώπιση της OA της βασικής αρθρώσεως του αντίχειρα αρχικά είναι συντηρητική, ενώ σε προχωρημένα στάδια απαιτείται χειρουργική αντιμετώπισή της. Η χειρουργική αντιμετώπιση περιλαμβάνει αρθρόδεση ή διενέργεια αρθροπλαστικής<sup>36</sup>.

Οι τενοντοελυτρίτιδες αποτελούν φλεγμονές των τενόντων του χεριού και του καρπού. Οφείλονται σε ερεθισμό του τένοντα σε οποιοδήποτε σημείο κατά μήκος της πορείας τους.

Εκδηλώνονται με πόνο, πιθανό οίδημα και δυσκολία στην κίνηση των δακτύλων και του καρπού. Οι συχνότερες τενοντοελυτρίτιδες είναι η στενωτική τενοντοελυτρίτιδα του De Quervain, η στενωτική τενοντοελυτρίτιδα των καμπτήρων τενόντων (εκτινασσόμενος δάκτυλος) και η τενοντοελυτρίτιδα των εκτεινόντων των δακτύλων. Η αντιμετώπισή τους μπορεί να είναι συντηρητική ή χειρουργική<sup>37</sup>.

Οι εκφυλιστικές παθήσεις εντοπίζονται πολύ συχνά στην άρθρωση του ώμου και εκτιμάται ότι ένας στους τρεις ανθρώπους θα παρουσιάσει πόνο στον ώμο σε κάποιο στάδιο της ζωής του. Η συχνότητα εμφάνισης πόνου αυξάνει σημαντικά με την ηλικία και στους ανθρώπους ηλικίας μεγαλύτερης των 65 χρόνων ο πόνος στον ώμο αποτελεί το συνηθέστερο μυοσκελετικό πρόβλημα. Αποτέλεσμα του μακροχρόνιου πόνου είναι ο περιορισμός στη δύναμη και κινητικότητα της άρθρωσης με σημαντικές επιπτώσεις στην καθημερινότητα του ασθενή<sup>38</sup>.

Το σύνδρομο του τενοντίου πετάλου του ώμου αποτελεί μια από τις συχνότερες εκφυλιστικές παθήσεις της άρθρωσης αυτής. Αποτελεί την πιο συχνή αιτία πόνου του ώμου, αφορά συχνότερα το επικρατές άκρο, ενώ η συχνότητα του συνδρόμου αυξάνει καθώς αυξάνει και η ηλικία. Εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες, ενώ μπορεί να επιπλακεί από πλήρη ρήξη, με συχνότητα που κυμαίνεται μεταξύ 5% και 40%<sup>39</sup>.

Η οστεοαρθρίτιδα του ώμου αποτελεί εκφυλιστική νόσο της άρθρωσης, λόγω προοδευτικής βλάβης του αρθρικού χόνδρου. Όσο ο αρθρικός χόνδρος φθείρεται, αυξάνεται η τριβή μεταξύ των αρθρώμενων επιφανειών με αποτέλεσμα πόνο και περιορισμό της κινητικότητας. Αποτελεί μια συχνή αιτία πόνου στην περιοχή του ώμου σε άτομα ηλικίας μεγαλύτερη των 60 χρόνων, ενώ η προοδευτική απώλεια της κινητικότητας της άρθρωσης μπορεί να οδηγήσει σε περιορισμό των καθημερινών δραστηριοτήτων, προβλήματα στην εργασία και πολλές φορές σε κατάθλιψη. Η αντιμετώπισή της στοχεύει στην ανακούφιση του πόνου και την αποκατάσταση της λειτουργίας της άρθρωσης και πραγματοποιείται τόσο με συντηρητικές όσο και με χειρουργικές μεθόδους. Η χειρουργική αντιμετώπιση συνιστάται σε

περιπτώσεις με εμμένοντα συμπτώματα και περιλαμβάνει ημιαρθροπλαστική, ανάστροφη αρθροπλαστική και ολική αρθροπλαστική<sup>14</sup>.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

### **ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΚΑΙ ΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ**

#### **ΤΟΥ ΧΕΡΙΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ**

##### **2.1 ΚΟΣΤΗ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΚΩΣΕΩΝ ΧΕΡΙΟΥ ΚΑΙ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ**

Ως οικονομικό φορτίο μιας νόσου ορίζεται το σύνολο του κόστους που σχετίζεται με την κατάσταση που προέκυψε εξαιτίας της νόσου. Τα κόστη αυτά περαιτέρω αναλύονται στα άμεσα και έμμεσα ιατρικά κόστη, καθώς και στα άυλα κόστη.

Τα άμεσα ιατρικά κόστη συμπεριλαμβάνουν όσα σχετίζονται με την διάγνωση και την θεραπευτική προσέγγιση της νόσου ή του τραύματος. Στις Η.Π.Α. έχει υπολογιστεί ότι το μέσο συνολικό κόστος θεραπείας των κακώσεων του χεριού ανέρχεται στα \$6.162,76, με τα άμεσα κόστη να προσεγγίζουν τα \$246,96, το 4% του συνολικού κόστους θεραπείας<sup>25</sup>. Οι van Leerdam et.al., σε μελέτη που έκαναν σχετικά με τις τραυματικές κακώσεις του χεριού και του καρπού που παρουσιάζονται στο τμήμα επειγόντων στην Ολλανδία, κατέληξαν ότι το μέσο, άμεσο ιατρικό κόστος των κακώσεων αυτών υπολογίζεται στα €1.500. Το ετήσιο συνολικό κόστος για τις κακώσεις του χεριού και του καρπού εκτιμήθηκε στα €260.000.000, ποσό που αντιστοιχούσε στο 13% του συνόλου των δαπανών της χρονιάς εκείνης που έγιναν για την αντιμετώπιση του συνόλου των ασθενών που παρουσιάστηκαν στο τμήμα των επειγόντων. Η αντιμετώπιση των καταγμάτων αποτέλεσε τα 2/3 του συνολικού κόστους, ενώ το μέσο κόστος των δαπανών ήταν υψηλότερο στις μεγαλύτερες ηλικιακά ομάδες<sup>40</sup>. Πέρα από τα άμεσα ιατρικά κόστη, υπάρχουν και τα άμεσα μη-ιατρικά κόστη, τα οποία σχετίζονται με ιατρικές υπηρεσίες, αλλά δεν συγκαταλέγονται στα κόστη του τομέα της υγείας, όπως, για παράδειγμα, η μεταφορά του ασθενή από και προς το νοσοκομείο ή κέντρο αποκατάστασης<sup>25</sup>.

Τα έμμεσα ιατρικά κόστη αφορούν στις απώλειες που προκύπτουν για τον ασθενή, την οικογένεια, τον εργοδότη και την κοινωνία, λόγω της περιορισμένης παραγωγικότητας του ασθενή, η οποία είναι απότοκος της νόσου ή του τραύματος. Πιο συγκεκριμένα, οι απώλειες αυτές προκύπτουν, γιατί ο ασθενής δεν μπορεί πλέον να εργαστεί και απουσιάζει για μεγάλο χρονικό διάστημα από την εργασία, ή γιατί, λόγω της νόσου ή του τραύματος, παρουσιάζει πλέον περιορισμένη παραγωγική ικανότητα. Ασθενείς με μικρής ή μεσαίας βαρύτητας κακώσεις επιστρέφουν στην εργασία τους, χωρίς καμία δυσκολία, ενώ από τους ασθενείς με μεγαλύτερης βαρύτητας κακώσεις το 29-74% μπορεί να επιστρέψει στην εργασία, με την πιθανότητα επιστροφής να ελαττώνεται όσο αυξάνεται η βαρύτητα της κάκωσης. Η περιορισμένη αυτή παραγωγικότητα μπορεί να επηρεάσει και άλλες καθημερινές δραστηριότητες του ασθενή, όπως η φροντίδα άλλων μελών της οικογενείας ή εργασίες που μπορούσε να πραγματοποιήσει τακτικά στο σπίτι. Τα έμμεσα ιατρικά κόστη καταλαμβάνουν το μεγαλύτερο ποσοστό του συνόλου του ιατρικού κόστους, με το ποσοστό αυτό να κυμαίνεται μεταξύ 65-79%. Ένα ποσοστό 4% αντιπροσωπεύει το κόστος που προκύπτει λόγω της μακροχρόνιας αποκατάστασης με φυσιοθεραπεία και εργοθεραπεία που οι κακώσεις αυτές απαιτούν. Είναι κατανοητό επομένως ότι οι κακώσεις αυτές αποτελούν ένα σημαντικό οικονομικό φορτίο για την κοινωνία<sup>25,41,42</sup>.

Τα άυλα κόστη αναφέρονται στις οικονομικές συνέπειες που έχει η νόσος/τραύμα στην ποιότητα ζωής του ασθενή και σχετίζονται με το ψυχολογικό κόστος, τους λειτουργικούς περιορισμούς, τον πόνο και την περιορισμένη κοινωνική αλληλεπίδραση που έχει επιφέρει η νόσος/τραύμα στη ζωή του ασθενούς<sup>41</sup>.

## **2.2 ΝΟΜΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ**

Πρωταρχικό καθήκον του ιατρού είναι η φροντίδα του ασθενή. Η σχέση του ιατρού με τον ασθενή μια σχέση κοινών συμφερόντων και εμπιστοσύνης που έχει ως απώτερο κοινό σκοπό

την αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς και τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του. Ωστόσο, η σχέση αυτή διέπεται από κάποιους νόμους και υποχρεώσεις. Ο αναγκαστικός νόμος 1565/1935 «Πέρι κώδικος ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος» καθορίζει τον κώδικα συμπεριφοράς του ιατρού. Συγκεκριμένα, το άρθρο 13 ορίζει ότι «Ο ιατρός οφείλει να ασκή ευσυνειδήτως το επάγγελμα αυτού και να συμπεριφέρεται τόσο εν τη ασκήσει του επαγγέλματος, όσον και εκτός αυτής κατά τρόπον αντάξιον της αξιοπρέπειας και εμπιστοσύνης τας οποίας απαιτεί το ιατρικόν επάγγελμα», ενώ το άρθρο 24 ορίζει ότι «Ο ιατρός οφείλει να παρέχη μετά ζήλου, ευσυνειδησίας και αφοσιώσεως την ιατρικήν αυτού συνδρομήν, συμφώνως προς τας θεμελιώδεις αρχάς της ιατρικής επιστήμης και της κτηθείσης πείρας, τηρών τας ισχύουσας διατάξεις περί διαφυλάξεως των ασθενών και προστασίας των υγιών».

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με το άρθρο 11 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ν.3418/2005) «ο ιατρός έχει καθήκον αληθείας προς τον ασθενή. Οφείλει να ενημερώνει πλήρως και κατανοητά τον ασθενή για την πραγματική κατάσταση της υγείας του, τις συνέπειες και τους ενδεχόμενους κινδύνους ή επιπλοκές από την εκτέλεση της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις εναλλακτικές προτάσεις, καθώς και για τον πιθανό χρόνο αποκατάστασης, έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να σχηματίζει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων και συνεπειών της κατάστασής του και να προχωρεί, ανάλογα, στη λήψη αποφάσεων». Το καθήκον αληθείας του ιατρού προς τον ασθενή αποτελεί ταυτόχρονα δικαίωμα του ασθενή για πλήρη ενημέρωση της κατάστασής του και των εναλλακτικών θεραπευτικών προσεγγίσεων. Σύμφωνα με το άρθρο 47 του ν. 2071/1992 (123 Α'), σχετικά με τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενή, «Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. Σε περίπτωση ασθενούς με μερική ή πλήρη διανοητική ανικανότητα, η άσκηση αυτού του δικαιώματος γίνεται από το πρόσωπο που κατά νόμο ενεργεί για λογαριασμό του. Ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί ότι αφορά την κατάστασή του. Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και ακρίβεια των πληροφοριών

που του δίνονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέπει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της καταστάσεώς του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων που είναι δυνατόν να προδικάσουν την μετέπειτα ζωή του». Επιπλέον τα άρθρα 5 και 8 του ν. 2619/1998 (132 Α΄) ορίζουν ότι «Επέμβαση σε θέματα υγείας μπορεί να υπάρξει μόνον αφού το ενδιαφερόμενο πρόσωπο δώσει την ελεύθερη συναίνεσή του, κατόπιν προηγούμενης σχετικής ενημέρωσής του. Το πρόσωπο αυτό θα ενημερώνεται εκ των προτέρων καταλλήλως ως προς το σκοπό και τη φύση της επέμβασης, καθώς και ως προς τα επακόλουθα και κινδύνους που αυτή συνεπάγεται. Το ενδιαφερόμενο πρόσωπο μπορεί ελεύθερα και οποτεδήποτε να ανακαλέσει τη συναίνεσή του» και «Όταν λόγω του επείγοντος δεν δύναται να ληφθεί η δέουσα συναίνεση, επιτρέπεται να επιτελείται άμεσα κάθε ιατρικώς αναγκαία επέμβαση προς όφελος της υγείας του ενδιαφερομένου ατόμου», αντίστοιχα.

Κατά την άσκηση της ιατρικής, ο ιατρός φέρει ευθύνη έναντι του ασθενούς. Η ευθύνη αυτή διαχωρίζεται σε αστική, ποινική και πειθαρχική. Η **αστική ευθύνη** ταυτίζεται με την υποχρέωση αποζημίωσης που έχει ο ιατρός, όταν προξενεί ζημία, κατά την άσκηση της επαγγελματικής του δραστηριότητας. Η **ποινική ευθύνη** αναφέρεται στην αξιολόγηση των πράξεων και παραλείψεων του ιατρού με βάση τους κανόνες του ποινικού δικαίου, ενώ η **πειθαρχική ευθύνη** αναφέρεται σε όλες τις δυσμενείς για τον ιατρό συνέπειες, που συνδέονται με τα προβλεπόμενα στο νόμο πειθαρχικά παραπτώματα, και που επιβάλλονται από τα πειθαρχικά όργανα είτε του ιατρικού συλλόγου στον οποίο είναι μέλος είτε του οργανισμού στον οποίο εργάζεται<sup>43</sup>.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

### **ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΜΕΛΕΙΑ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΟΥ ΧΕΡΙΟΥ ΚΑΙ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ**

#### **3.1 ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΜΕΛΕΙΑ**

Η **ιατρική αμέλεια** είναι μια έννοια που έχει απασχολήσει τόσο τον ιατρικό όσο και τον νομικό κόσμο για πολλά χρόνια. Σύμφωνα με το άρθρο 28 του Ποινικού Κώδικα «από αμέλεια πράττει όποιος από έλλειψη της προσοχής την οποία όφειλε κατά τις περιστάσεις και μπορούσε να καταβάλει είτε δεν πρόβλεψε το αξιόποιο που θα προκαλούσε η πράξη του, είτε το πρόβλεψε ως δυνατό, πίστεψε όμως ότι δεν θα επερχόταν». Στο ελληνικό αστικό δίκαιο το κριτήριο προκειμένου μια συμπεριφορά να χαρακτηριστεί ως αμελής αποτελεί ο μέσος εκπρόσωπος του επαγγελματικού, κοινωνικού, μορφωτικού κλπ. κύκλου, στον οποίο το άτομο αυτό ενεργεί. Επιπλέον, ως αμελής χαρακτηρίζεται και εκείνος που αναλαμβάνει να επιχειρήσει πράξεις, για τις οποίες όμως δεν έχει τις απαιτούμενες ικανότητες<sup>43</sup>. Στη διεθνή βιβλιογραφία ως αμέλεια ορίζεται η αποτυχία εξάσκησης από τον ιατρό των κατάλληλων καθηκόντων που όφειλε να δείξει υπό συγκεκριμένες περιστάσεις. Τα κατάλληλα αυτά καθήκοντα που πρέπει να επιδείξει ο ιατρός είναι αυτά που θα επιδείκνυε κάθε ιατρός στην ίδια περίπτωση ή αυτά που θα επιδείκνυε ο μέσος εκπρόσωπος του κύκλου του ιατρού, ακολουθώντας τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης<sup>44</sup>.

Προκειμένου να στοιχειοθετηθεί αμέλεια για μια ιατρική πράξη ή ενέργεια, θα πρέπει να αποδειχθούν τα παρακάτω στοιχεία:

1. Ότι ο ιατρός είχε καθήκον επιμέλειας έναντι του ασθενούς,
2. Ότι ο ιατρός παραβίασε αυτό το καθήκον,

3. Ότι αυτή η παραβίαση του καθήκοντος επιμέλειας που όφειλε να επιδείξει ο ιατρός προκάλεσε στον ασθενή βλάβη,

4. Ότι υπάρχει αιτιώδης συνάφεια μεταξύ της παράνομης αυτής πράξης ή ενέργειας του ιατρού και της βλάβης που προκλήθηκε στον ασθενή<sup>45</sup>.

Η παραβίαση του καθήκοντος μπορεί χονδρικά να οριστεί ως ιατρική αμέλεια ή ως αποτυχία του ιατρού να ακολουθήσει τα πρότυπα της ιατρικής φροντίδας. Αυτή η ερμηνεία περιπλέκεται περαιτέρω, καθώς για τα πρότυπα της ιατρικής φροντίδας δεν υπάρχει ακριβής και λεπτομερής ορισμός<sup>46</sup>.

Η **ιατρική αμέλεια**, όπως ορίζεται στην Νομολογία του Αστικού Κώδικα, μπορεί να εμφανιστεί με τις εξής μορφές:

α) εσφαλμένη διάγνωση ή μη διάγνωση μιας νόσου, που οφείλεται στη μη συμμόρφωση προς τους κοινώς αναγνωρισμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και έχει ως συνέπεια την μη αντίληψη και μη κοινοποίηση του κινδύνου, που απειλεί το έννομο αγαθό της ζωής ή της σωματικής ακεραιότητας και υγείας (ως επί το πλείστον η ορθή διάγνωση προϋποθέτει τη λήψη του ιστορικού του ασθενούς, εξέταση του ασθενούς, εργαστηριακές εξετάσεις, ακτινογραφίες και συμβουλή άλλων ιατρών),

β) εσφαλμένη-πλημμελής θεραπευτική αγωγή (φαρμακευτική, διαιτητική, εγχειρητική, κλπ.), διαδικασία που αποσκοπεί στην ίαση του ασθενούς κατά τρόπο που παρακάμπτει τους κοινώς αναγνωρισμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης (π.χ. μετάγγιση αίματος χωρίς έλεγχο συμβατότητας ομάδων αίματος, εγκατάλειψη εργαλείων ή άλλων αντικειμένων στο σώμα του ασθενούς μετά την εγχείρηση, μη έγκαιρη επέμβαση, χορήγηση υπερβολικής δόσης φαρμάκου). Συγκεκριμένα η αμέλεια του ιατρού μπορεί να θεμελιωθεί σε σφάλμα περί την εκλογή της θεραπείας, λόγω της οποίας και επέρχεται κακό στον ασθενή, είτε αυτό οφείλεται σε άγνοια της προσήκουσας για την περίπτωση θεραπείας ή γενικά ενέργειας, είτε γιατί επέλεξε

μέθοδο και θεραπεία, η οποία, σύμφωνα με τις γενικά κρατούσες αρχές της ιατρικής επιστήμης, δεν ήταν για την περίπτωση,

γ) μη παραπομπή του ασθενούς σε ειδικό θάλαμο και την ανάληψη της διεξαγωγής ενός διαγνωστικού ή θεραπευτικού εγχειρήματος, χωρίς να υπάρχουν οι απαραίτητες ειδικές γνώσεις και ικανότητες ή τα κατάλληλα διαγνωστικά μέσα,

δ) μη εκπλήρωση καθήκοντος ιατρικής μέριμνας και επιμέλειας.

Ο όρος της ιατρικής αμέλειας συχνά συσχετίζεται με το **ιατρικό λάθος**, ωστόσο αποτελούν δύο διαφορετικές έννοιες. Το Ινστιτούτο της Ιατρικής (Institute of Medicine, IOM) απέδωσε τον ορισμό του ιατρικού λάθους ως η «αποτυχία ενός προσχεδιασμένου πλάνου να επιτευχθεί όπως προοριζόταν ή η χρήση ενός λανθασμένου πλάνου προκειμένου να επιτευχθεί ένας στόχος». Τα λάθη αυτά μπορεί να είναι αποτέλεσμα είτε ανθρώπινου σφάλματος είτε αποτυχίας του συστήματος. Σε μελέτη των Wong et.al. το 2009 σχετικά με ιατρικά λάθη των ορθοπαιδικών χειρουργών παρουσιάστηκε ότι 53% των συμμετεχόντων ορθοπαιδικών χειρουργών είχαν κάνει κάποιο ιατρικό λάθος εντός των τελευταίων 6 μηνών. Τα λάθη αυτά σχετιζόνταν κυρίως με τον εξοπλισμό (29%) και την επικοινωνία (24.7%), σε ποσοστό 13% ήταν τεχνικά λάθη, ενώ 9.7% ήταν λάθη σχετιζόμενα με την φαρμακευτική αγωγή. Η πραγματοποίηση της χειρουργικής επέμβασης σε λάθος πλευρά αποτελούσε το 5.6% των λαθών, ενώ 35% αυτών αφορούσε τη χειρουργική του χεριού<sup>47</sup>.

### **3.2 ΑΓΩΓΕΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΜΕΛΕΙΑ**

Οι ιατροί βρίσκονται συχνότερα αντιμέτωποι με την κατηγορία της αμέλειας, συγκριτικά με άλλες ομάδες επαγγελματιών, καθώς η ιατρική φροντίδα ασθενών περιλαμβάνει πολλούς κινδύνους, οι οποίοι συχνά μπορεί να έχουν σαν αποτέλεσμα σημαντική νοσηρότητα για τον ασθενή<sup>48</sup>.

Ο κίνδυνος αγωγής για ιατρική αμέλεια θεωρείται ένα φαινόμενο της σύγχρονης εποχής, ωστόσο υπάρχουν αναφορές για αντίστοιχες κατηγορίες και ποινές στην αρχαία Ελλάδα και κατά τη διάρκεια της ρωμαϊκής αυτοκρατορίας<sup>49</sup>.

Η πιθανότητα κατάθεσης αγωγής για αμέλεια είναι αυξημένη στις χειρουργικές ειδικότητες. Υπολογίζεται ότι το 80% των χειρουργών, μέχρι την ηλικία των 45, θα εμπλακούν σε μία τουλάχιστον τέτοια υπόθεση, ενώ οι ορθοπαιδικοί χειρουργοί καταλαμβάνουν την τέταρτη θέση μεταξύ των ιατρικών ειδικοτήτων που δέχονται τον υψηλότερο αριθμό αγωγών<sup>5</sup>.

Ωστόσο, ποιοι είναι οι λόγοι που οδηγούν τους ασθενείς στο να κινηθούν νομικά εναντίον των ιατρών. Οι αγωγές αποτελούν το τελευταίο στάδιο μιας κλινικής διεργασίας, στην οποία ο ασθενής αισθάνεται θλιμμένος, απογοητευμένος, δυσαρεστημένος ή νιώθει ότι οι προσδοκίες που είχε δεν ευδοκίμησαν<sup>50</sup>. Ένας ασθενής που αποφασίζει να κινηθεί νομικά είναι ένας ασθενής αρκετά αποφασισμένος και έτοιμος να υπομείνει μια νομική διαδικασία που θα έχει δυσκολίες και θα κρατήσει για πολύ καιρό. Επικρατεί η εντύπωση ότι ο κύριος λόγος που οι ασθενείς ή οι συγγενείς τους κινούνται νομικά εναντίον των ιατρών είναι η χρηματική αποζημίωση, για τυχόν οικονομικές απώλειες και ηθική βλάβη. Παρότι είναι ένας σοβαρός λόγος, ειδικά σε περιπτώσεις σοβαρής αναπηρίας ενός παιδιού, άλλοι λόγοι είναι η ανησυχία τους ότι δεν τηρήθηκαν τα σωστά πρότυπα ιατρικής φροντίδας, η ανάγκη τους να μάθουν πώς και γιατί συνέβη το μη επιθυμητό αυτό αποτέλεσμα, καθώς και η επιθυμία τους να αποδοθούν ευθύνες. Οι ασθενείς θα κατηγορήσουν συχνά τον ιατρό όχι τόσο για το ανεπιθύμητο αποτέλεσμα, αλλά γιατί ο ιατρός δεν έλαβε στα σοβαρά τις ανησυχίες του ασθενή σχετικά με αυτό και δεν φάνηκε πρόθυμος να εξηγήσει τι συνέβη, καθώς και να απολογηθεί για αυτό. Μελέτες αναφέρουν ότι ασθενείς που βίωσαν κάποιο αποτέλεσμα που δεν τους εξηγήθηκε λεπτομερώς κατά τη διαδικασία της συναίνεσης είναι πιο πιθανόν να κινηθούν νομικά<sup>5,51</sup>.

Υπάρχει όμως ένα χάσμα ανάμεσα στο τι θεωρεί ο ιατρός σημαντικό να εξηγήσει στον ασθενή και σε τι ακριβώς ο ασθενής θα ήθελε να ενημερωθεί. Οι χειρουργοί θεωρούν ότι ο ασθενής θα ήθελε να μάθει περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την αιτιολογία, τα

αποτελέσματα και την πρόγνωση της νόσου. Ο ασθενής αντιθέτως θα επιθυμούσε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τεχνικά χαρακτηριστικά της επέμβασης και με τους κινδύνους ή τις επιπλοκές που αυτή μπορεί να έχει. Σε μελέτη των Veerman et.al. σχετικά με τη συναίνεση χειρουργικών ασθενών, 67% των ασθενών δήλωσαν ότι δεν ενημερώθηκαν επαρκώς για τους κινδύνους και τις πιθανές επιπλοκές της επέμβασης και 30% ότι θα ήθελαν να γνωρίζουν περισσότερα σχετικά με τις τεχνικές λεπτομέρειες της επέμβασης, όπως ποιος χειρουργός θα πραγματοποιήσει την επέμβαση ή αν υπάρχουν εναλλακτικές θεραπευτικές επιλογές. Η αδυναμία αυτή στην επικοινωνία του ασθενή και του χειρουργού είναι πιο πιθανή να αποτελέσει αιτία αγωγής, παρά η θεραπευτική αποτυχία<sup>50</sup>.

Η αποδοχή του λάθους και η εξήγηση του τι ακριβώς συνέβη και επήλθε αυτό το αποτέλεσμα είναι μια διαδικασία που ο εμπλεκόμενος ιατρός βιώνει δύσκολα. Ένας από τους τρόπους με τους οποίους ο ιατρός μπορεί να αντιμετωπίσει ένα λάθος είναι με το να απολογηθεί για αυτό. Η απολογία είναι μια δήλωση αναγνώρισης του λάθους, μια δήλωση ευθύνης για το ανεπιθύμητο αποτέλεσμα που επήλθε και μπορεί να αποτελέσει υπόσχεση ότι θα ληφθούν μέτρα, ώστε να αποτραπεί παρόμοιο λάθος στο μέλλον και ότι ο ασθενής θα αποζημιωθεί για τη ζημία που υπέστη. Η απολογία έχει ευεργετικά αποτελέσματα τόσο για τον ασθενή όσο και για τον εμπλεκόμενο ιατρό. Συγκεκριμένα, μια απολογία βοηθά ώστε να ελαττωθεί το αίσθημα του θυμού, να βελτιώσει την εμπιστοσύνη μεταξύ του ασθενή και του ιατρού και να βελτιώσει επίσης την μεταξύ τους επικοινωνία<sup>52</sup>.

Ωστόσο, η αποδοχή ενός λάθους και η απολογία για αυτό εκλαμβάνεται από πολλούς ιατρούς ως αποδοχή ευθύνης που πιθανότερα θα επιφέρει αγωγή. Οι ιατροί ανησυχούν για λάθη και παραλείψεις που μπορεί να συμβούν στους ασθενείς, ανησυχούν για τις συνέπειες που μπορεί να έχει ένα λάθος στην υπόληψή τους, φοβούνται ότι οι ασθενείς και οι συνάδερφοί τους δεν θα τους σέβονται πια, σε περίπτωση σφάλματος, μπορεί να βιώσουν άγχος, ενοχές, χαμηλή αυτοπεποίθηση, ενώ η παρουσία σφάλματος σχετίζεται πολύ συχνά με πιθανότητα αγωγής. Σε περίπτωση σφάλματος ή παράλειψης, πολλοί ιατροί τείνουν να δίνουν ελάχιστες

πληροφορίες σχετικά με το τι συνέβη, τι οδήγησε στην παράλειψη ή στο τι θα μπορούσε να γίνει διαφορετικά στο μέλλον. Επιλέγουν στις περιπτώσεις αυτές τις λέξεις τους πολύ προσεχτικά, προκειμένου να αποφύγουν να είναι απόλυτα σαφής σχετικά με το σφάλμα, ενώ θεωρούν ότι οι ασθενείς που θα θελήσουν περισσότερες πληροφορίες για αυτό, θα τις ζητήσουν<sup>53</sup>. Η απολογία είναι δύσκολο να δοθεί. Η απολογία και η αποδοχή ενός λάθους προκαλεί ντροπή και εκλαμβάνεται ως αποδοχή, προς τους συναδέλφους, τους ασθενείς και τον ίδιο τον ιατρό, της μη τελειότητας. Προηγούμενες μελέτες έχουν παρουσιάσει ότι σε ομάδα ασθενών που κατέθεσαν αγωγή, στο 40% αυτών δεν είχε δοθεί μια εξήγηση, στο 13% αυτών ο ιατρός είχε αναλάβει μερική ή πλήρη ευθύνη για ό,τι είχε συμβεί και το 15% αυτών είχε δεχθεί μια απολογία από τον ιατρό. Αντίστοιχα άλλες μελέτες έχουν παρουσιάσει ότι οι χειρουργοί σε ποσοστό έως 57% μίλησαν με σαφήνεια για λάθος ή σφάλμα, ενώ 27% αυτών παρουσίασαν αυτό ως επιπλοκή ή πρόβλημα. Αρκετοί από αυτούς τους χειρουργούς (65%) ανέλαβαν ευθύνη του σφάλματος, είτε αυτοβούλως είτε μετά από πίεση του ασθενούς. Σε διαφορετική έρευνα που περιελάμβανε ιατρούς παθολογικών και χειρουργικών ειδικοτήτων, παρουσιάστηκε ότι ποσοστό έως 61% θα δήλωνε μετανιωμένο για το σφάλμα, ένα ποσοστό 33% θα απολογούταν εκφράζοντας με σαφήνεια την παρουσία λάθους, ενώ ποσοστό 6% δεν θα απολογούταν καθόλου. Η διάθεση για απολογία ήταν μικρότερη για τις περιπτώσεις σφαλμάτων που ήταν λιγότερο εμφανή στον ασθενή, ενώ οι χειρουργοί ήταν λιγότερο πιθανόν να απολογηθούν συγκριτικά με τους παθολόγους<sup>52</sup>.

Κατά την άσκηση αγωγής για ιατρική αμέλεια εναντίον του ιατρού και του νοσηλευτικού ιδρύματος στο οποίο αυτός εργάζεται, ο ασθενής έχει το δικαίωμα να ζητήσει χρηματική αποζημίωση. Σύμφωνα με το άρθρο 929 του Αστικού Κώδικα (Α.Κ.) «σε περίπτωση βλάβης ή ζημίας του σώματος ή της υγείας προσώπου, η αποζημίωση περιλαμβάνει, εκτός από τα νοσήλια και τη ζημία που έχει ήδη επέλθει, οτιδήποτε ο θανών θα στερείται στο μέλλον ή θα ξοδεύει επιπλέον εξαιτίας της αύξησης των δαπανών του». Επιπρόσθετα, σύμφωνα με το άρθρο 931 το Α.Κ. «η αναπηρία ή η παραμόρφωση που προξενήθηκε στον παθόντα

λαμβάνεται ιδιαίτερα υπόψη κατά την επιδίκαση της αποζημίωσης, αν επιδρά στο μέλλον του».

Τέλος, σύμφωνα με το άρθρο 932 του Α.Κ. «σε περίπτωση αδικοπραξίας, ανεξάρτητα από την αποζημίωση για την περιουσιακή ζημία, το δικαστήριο μπορεί να επιδικάσει εύλογη κατά την κρίση του χρηματική ικανοποίηση λόγω ηθικής βλάβης. Αυτό ισχύει ιδίως για εκείνον που έπαθε προσβολή της υγείας, της τιμής ή της αγνείας του ή στερήθηκε την ελευθερία του».

Απαραίτητη ωστόσο προϋπόθεση για την επιδίκαση αποζημίωσης είναι η ύπαρξη αιτιώδους συνδέσμου μεταξύ της παράνομης πράξης ή παράλειψης ή υλικής ενέργειας ή παράλειψης υλικής ενέργειας και της επελθούσας ζημίας. Εφόσον αποδειχθεί ο αιτιώδης αυτός σύνδεσμος, μπορεί να επιδικαστεί στον ασθενή, που έχει υποστεί την παραμόρφωση ή την αναπηρία, ένα εύλογο χρηματικό ποσό. Το ύψος του επιδικαζόμενου χρηματικού ποσού καθορίζεται με βάση το είδος και τις συνέπειες της αναπηρίας ή της παραμόρφωσης, την ηλικία του παθόντος, καθώς και με τη συνεκτίμηση του ποσοστού συνυπαιτιότητας του ιατρού στην πρόκληση της αναπηρίας ή παραμόρφωσης (Σ.τ.Ε. 332/2009 7μ., 334/2008, 1024/2005). Πιο αναλυτικά, από τις διατάξεις των άρθρων 297, 298, 330 και 914 του Α.Κ. συνάγεται ότι προϋποθέσεις της ευθύνης για αποζημίωση από αδικοπραξία αποτελούν: α) υπαίτια συμπεριφορά του προσώπου, η οποία υπάρχει και στην περίπτωση της αμέλειας, δηλαδή όταν δεν καταβάλλεται η επιμέλεια που απαιτείται στις συναλλαγές, β) παράνομη συμπεριφορά του υπόχρεου έναντι εκείνου που ζημιώθηκε, που, ως όρος της αδικοπραξίας, μπορεί να συνίσταται όχι μόνο σε θετική πράξη, αλλά και σε παράλειψη, εάν στην τελευταία αυτή περίπτωση, εκείνος που υπέπεσε στην παράλειψη ήταν υποχρεωμένος σε πράξη από το νόμο ή τη δικαιοπραξία, είτε από την, κατά την κρατούσα κοινωνική αντίληψη, καλή πίστη, με την οποία (παράνομη συμπεριφορά) προσβάλλεται κάποιο απόλυτο δικαίωμα, εφόσον αυτή καθαυτή ενέχει εναντίωση στην αποκλειστική εξουσία του δικαιούχου, γ) επέλευση ζημίας, και δ) ύπαρξη αιτιώδους συνάφειας μεταξύ της κατά τα ανωτέρω συμπεριφοράς και της ζημίας, η οποία υπάρχει, όταν η πράξη ή η παράλειψη του ευθυνόμενου προσώπου είναι, κατά τα διδάγματα της κοινής πείρας, ικανή και μπορεί αντικειμενικά να επιφέρει, κατά τη συνηθισμένη και κανονική πορεία των

πραγμάτων, το επίσημο αποτέλεσμα (ΑΠ 889/2000, 1128/2000). Όταν πάλι η σχετική αξίωση αποζημίωσης στρέφεται κατά δημοσίου νοσοκομείου (νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου) τότε εφαρμόζονται τα άρθρα 105 και 106 ΕισΝΑΚ, τα οποία τάσσουν τις αυτές προϋποθέσεις για την στοιχειοθέτηση της ευθύνης, εκτός από την υπαιτιότητα. Τούτο, διότι η ευθύνη του Δημοσίου και των νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου είναι «αντικειμενική», δηλαδή δεν απαιτείται υπαιτιότητα. Στην πραγματικότητα υπαιτιότητα υφίσταται, αλλά στο πρόσωπο του οργάνου (ιατρού, νοσηλεύτη, διοικητικού υπαλλήλου) του νοσοκομείου.

Η λογική συνεπώς πίσω από την απόφαση για χρηματική αποζημίωση του ασθενή είναι ότι ο ασθενής πρέπει να αποζημιωθεί πλήρως και να επανέλθει στη θέση αυτή που θα βρισκόταν, αν δεν είχε επέλθει η συγκεκριμένη ζημία. Ωστόσο, αυτό είναι δύσκολο να επιτευχθεί. Τα ελληνικά δικαστήρια αδυνατούν να αποδώσουν μεγάλες αποζημιώσεις, πιθανόν επειδή συχνά υποτιμούν τις μελλοντικές οικονομικές ζημίες και τις μη χρηματικές απώλειες για τον ασθενή. Οι μη χρηματικές απώλειες αναφέρονται στην απώλεια της ευχαρίστησης της ζωής και στον πόνο που ο ασθενής βιώνει λόγω της βλάβης που υπέστη. Το ύψος των αποδιδόμενων αποζημιώσεων επιβαρύνεται περαιτέρω από την πρόσφατη οικονομική κρίση της χώρας μας. Οι δικαστές λαμβάνουν υπόψη ότι οι αποζημιώσεις αυτές θα δοθούν από τον ήδη επιβαρυνμένο και περιορισμένο προϋπολογισμό των νοσοκομείων και ότι αρκετές φορές, προκειμένου να αποδοθούν αυτές, γίνονται περικοπές στο εναγόμενο νοσοκομείο, οι οποίες συνεπάγονται περικοπές και στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας<sup>54</sup>.

### **3.2.1 ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΤΑΣΗ ΑΓΩΓΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΜΕΛΕΙΑΣ**

Μετά τη δεκαετία του 1970 στις Η.Π.Α. αρχίζουν οι πρώτες αναφορές για το “malpractice crisis”. Ο όρος αυτός χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να περιγράψει το αδιέξοδο στο οποίο περιήλθε το αμερικανικό νομικό σύστημα, καθώς ήρθε αντιμέτωπο με μια εκρηκτική αύξηση του αριθμού των υποθέσεων σχετικά με την αστική ευθύνη των ιατρών. Επιπρόσθετα, παρατηρήθηκε αύξηση του αριθμού των αγωγών που γίνονταν δεκτές από τα δικαστήρια,

καθώς και των ποσών των επιδικαζόμενων αποζημιώσεων στους ασθενείς. Αντίστοιχη αύξηση, ωστόσο όχι τόσο εντυπωσιακή όσο αυτή στις Η.Π.Α, παρατηρήθηκε και στις χώρες της Ευρώπης<sup>55</sup>.

Οι λόγοι που οδήγησαν στην εξέλιξη αυτή έχουν ως βάση τη βαθιά μεταβολή, σε κοινωνιολογικό και ψυχολογικό επίπεδο, της σχέσης ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή, με την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης να έχει σημαντική συμβολή στη μεταβολή αυτή. Η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης οδήγησε στην αύξηση του συνολικού αριθμού των ιατρικών πράξεων, με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζεται μεγαλύτερος αριθμός ασθενών, καθώς και να αντιμετωπίζονται και περισσότεροι ασθενείς που παλιότερα απλά θα είχαν καταλήξει. Η αύξηση αυτή σε συνδυασμό με τη γενίκευση στη χρήση τεχνολογικών και χημικών μέσων κατέστησε την ιατρική αγωγή σε μια περίπλοκη και εξεζητημένη διαδικασία, στην οποία εμπλέκονται ολοένα και περισσότερα πρόσωπα και μέσα, αυξάνοντας έτσι τη στατιστική πιθανότητα σφάλματος<sup>40,52</sup>. Η ίδια αυτή τεχνολογική και επιστημονική πρόοδος οδήγησε τον ασθενή και το κοινωνικό σύνολο σε μεγαλύτερες προσδοκίες σχετικά με την υγεία του. Ο ασθενής έμαθε να επιζητά το καλύτερο για την υγεία του, το οποίο μεταφράζεται σε βελτίωση της ποιότητας της ζωής, καθώς και σε αύξηση της διάρκειάς της. Συχνά αναφέρεται ότι ο σύγχρονος δυτικός άνθρωπος δεν είναι έτοιμος να αποδεχτεί οποιαδήποτε αρνητική εξέλιξη στην υγεία του ή στην υγεία της οικογένειάς του και των οικείων του ως ένα μοιραίο και αναπόφευκτο γεγονός, το οποίο απλά οφείλει απλά να υπομείνει<sup>43</sup>.

Παράλληλα, έχει απομυθοποιηθεί η παλιότερα σχεδόν μεταφυσική διάσταση του «κλειστού» ιατρικού επαγγέλματος. Ενώ η «ιατρική εξουσία», η ξεχωριστή επαγγελματική, κοινωνική, πολιτική και οικονομική θέση των ιατρών εξακολουθεί να υπάρχει ακόμη και σήμερα, παρουσιάζεται να έχει μειωθεί ο παραδοσιακός σεβασμός και η εμπιστοσύνη της κοινωνίας στο πρόσωπο του ιατρού. Ο γιατρός έχει παύσει πια να αντιμετωπίζεται ως «σωτήρας» ή ως «θεός» από ένα μεγάλο κομμάτι του κοινωνικού συνόλου, το οποίο παρουσιάζεται πλέον έτοιμο να υπερβεί την αρχική μειονεξία του έναντι του ιατρού και να

στραφεί εναντίον του. Σημαντικό ρόλο στην αλλαγή αυτή φαίνεται να έχει παίξει η διάδοση και εκλαΐκευση της επιστημονικής γνώσης, καθώς και η σχετική μαζικότητα των ιατρικών και παραϊατρικών επαγγελμάτων. Επιπρόσθετα, ο σύγχρονος, πιο απρόσωπος τρόπος εξάσκησης της ιατρικής έχει συμβάλλει στη μεταστροφή αυτή. Ο παρωχημένος πατερναλιστικός τρόπος συμπεριφοράς πολλών ιατρών, που λειτουργούσε παλιότερα στα πρότυπα μιας προσωπικής σχέσης εμπιστοσύνης, σεβασμού ή και υποταγής μεταξύ ιατρού-ασθενή σήμερα προκαλεί αντιδράσεις. Η άρνηση ή διστακτικότητα του πατερναλιστικού ιατρού να δώσει στον ασθενή πληροφορίες σχετικά με τη διάγνωση της κατάστασής του και τη θεραπεία του μπορεί να προκαλέσει περισσότερες αντιδράσεις από το ιατρικό λάθος στο οποίο μπορεί να υποπέσει ο ιατρός αυτός<sup>43,56</sup>.

Οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες έχουν συντελέσει στην εμφάνιση του μεγάλου αριθμού αγωγών εναντίον των ιατρών. Σε αυτές εντάσσονται η επάρκεια του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης να αποζημιώσει τον ασθενή για ζημίες που είναι απότοκες ιατρικών πράξεων, η ύπαρξη ασφάλισης ευθύνης των ιατρών, καθώς και το ύψος των δικαστικών εξόδων<sup>43,56</sup>.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι υποθέσεις ιατρικής ευθύνης και ιδίως περιστατικά ιατρικού σφάλματος κάθε άλλο παρά αδιάφορα αφήνουν την κοινή γνώμη. Είναι συχνή και ενίοτε υπερβολική η προβολή τέτοιων περιστατικών από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ), ενώ συχνά προβληματισμός σχετικά με τα θέματα αυτά εμφανίζεται και στα έντυπα μέσα. Τα ΜΜΕ επικεντρώνονται στην προβολή των αρνητικών ιατρικών περιπτώσεων, ενώ αποφεύγουν να προβάλουν τις προσπάθειες που γίνονται, ώστε να ελαττωθούν τα λάθη που συχνά οδηγούν σε υποθέσεις ιατρικής ευθύνης<sup>43,47</sup>.

Τέλος, θα πρέπει να γίνει λόγος και για μια βιομηχανία αγωγών, η οποία αναπτύσσεται με ταχύτατους ρυθμούς τα τελευταία χρόνια. Ένας σημαντικός αριθμός δικηγόρων διαφημίζεται παρακινώντας τους δυσαρεστημένους, με το τελικό αποτέλεσμα της θεραπείας, ασθενείς να κινηθούν νομικά εναντίον των ιατρών και των συστημάτων υγείας, υποσχόμενοι

μια ικανοποιητική χρηματική αποζημίωση για τη ζημία που αυτοί προκάλεσαν. Πολλοί δικηγόροι παρουσιάζονται ως «άπληστοι», που αναζητούν λεία μεταξύ των ασθενών που έχουν «υποφέρει» στα χέρια αμελών ιατρών. Από πολλούς η απληστία αυτή δικαιολογείται από την συνεχόμενη εξέλιξη του νόμου σχετικά με την ιατρική ευθύνη και αμέλεια, η οποία ενισχύει την πιθανότητα επιτυχούς, για τον ασθενή, έκβαση της αγωγής. Επιπρόσθετα, οι ασθενείς είναι πλέον πιο ενήμεροι για τα δικαιώματά τους ως ασθενείς και έτσι προσφεύγουν πιο συχνά σε κάποιον δικηγόρο, προκειμένου να τα διεκδικήσουν<sup>20,56,57</sup>.

### **3.2.2 ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΜΕΛΕΙΑ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΟΥ ΧΕΡΙΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ**

Η χειρουργική του χεριού και του άνω άκρου δεν βρέθηκε εκτός του κυκλώνα των αγωγών για αμέλεια. Αντίστοιχα με την παγκόσμια αυξητική τάση που παρουσίασαν οι αγωγές για ιατρική αμέλεια σε όλες τις ειδικότητες, παρουσίασαν και οι αγωγές που σχετίζονταν με τις παθήσεις και τα τραύματα του χεριού και του άνω άκρου. Στην Μεγάλη Βρετανία ο αριθμός των αγωγών σχετικά με τη χειρουργική του χεριού αυξήθηκε από 13, κατά το 1995-6, σε 40, κατά το 2000-1, ενώ το συνολικό κόστος των αγωγών αυτών αυξήθηκε από £654.969 σε £1.743.601 στα αντίστοιχα χρονικά διαστήματα. Επιπρόσθετα, έχει εκτιμηθεί ότι ποσοστό περίπου 40% των μελών της Αμερικανικής Εταιρείας για τη Χειρουργική του χεριού έχει μηνυθεί για την αντιμετώπιση μιας οποιασδήποτε πάθησης του χεριού<sup>4,20,56</sup>.

Η γνώση μας σχετικά με τις αγωγές αυτές προέρχεται κυρίως από μελέτες που έχουν γίνει στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (Η.Π.Α) και σε χώρες της Ευρώπης. Οι περισσότερες αγωγές σχετίζονται με επεμβάσεις ρουτίνας, όπως η απελευθέρωση του καρπιαίου σωλήνα, και πολύ σπανιότερα με πιο περίπλοκες επεμβάσεις. Οι Umpierrez et.al. μελέτησαν 171 αγωγές σχετικά με τη χειρουργική του χεριού, σε 35 πολιτείες των Η.Π.Α. Ο μεγαλύτερος αριθμός των αγωγών σχετίζονταν με την απελευθέρωση του καρπιαίου σωλήνα και τη χειρουργική αντιμετώπιση ενός κατάγματος. Αιτία κατάθεσης αγωγής για σχεδόν μισές

από αυτές τις υποθέσεις υπήρξε η κάκωση ενός νεύρου, με το μέσο νεύρο να αποτελεί το πιο συχνά τραυματιζόμενο νεύρο. Επιπλέον, στις υποθέσεις που σχετίζονταν με την αντιμετώπιση των καταγμάτων, η πλημμελής πόρωση του κατάγματος υπήρξε η κυριότερη αιτία κατάθεσης αγωγής<sup>5</sup>. Παρόμοια αποτελέσματα παρουσίασαν και οι Khan και Giddins, οι οποίοι μελέτησαν 160 αγωγές σχετικά με τη χειρουργική του χεριού στη Μεγάλη Βρετανία, για την χρονική περίοδο από το 1995 έως το 2001. Η πλειονότητα των αγωγών σχετίζονταν με την πραγματοποίηση χειρουργικής επέμβασης, και πιο συγκεκριμένα την απελευθέρωση του καρπιαίου σωλήνα, και την αντιμετώπιση των καταγμάτων του καρπού, ενώ δεν υπήρξαν καθόλου αγωγές για πιο περίπλοκες καταστάσεις του χεριού. Πιο συγκεκριμένα, η πλειονότητα (78%) των υποθέσεων σχετικά με την απελευθέρωση του καρπιαίου σωλήνα αφορούσαν κάκωση του μέσου νεύρου διεγχειρητικά<sup>56</sup>.

Οι Matsen et.al. παρουσίασαν ότι οι αγωγές σχετικά με το άνω άκρο αφορούν κυρίως κοινά προβλήματα, όπως τα κατάγματα και οι εκφυλιστικές παθήσεις, παρά πολύπλοκες τραυματικές κακώσεις ή καταστάσεις, ενώ οι πιο συχνά αναφερόμενες ανεπιθύμητες συνέπειες υπήρξαν η πλημμελής πόρωση των καταγμάτων, οι κακώσεις των νεύρων και οι λοιμώξεις. Η ανάγκη επανεπέμβασης σχετίστηκε με αυξημένες πιθανότητες για αγωγή, ενώ στις περιπτώσεις των επιτυχημένων αγωγών τα αρνητικά αποτελέσματα της οποιαδήποτε θεραπευτικής προσέγγισης θεωρήθηκε ότι σχετίζονταν με παράγοντες που ελέγχονταν από τον χειρουργό και αποδόθηκαν στις χειρουργικές ικανότητές του χειρουργού, καθώς και στο επίπεδο των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών<sup>58</sup>.

Η απουσία αγωγών σχετικά με την αντιμετώπιση περίπλοκων καταστάσεων του χεριού έχει αποδοθεί στην μικρότερη συχνότητα των καταστάσεων αυτών και στη διαχείρισή τους από πιο έμπειρους χειρουργούς. Η εμπειρία αυτή έχει ως αποτέλεσμα καλύτερη και πιο λεπτομερή ενημέρωση του ασθενή από τον χειρουργό. Ο ασθενής κατανοεί με τον τρόπο αυτό τη δυσκολία της πάθησης/κατάστασης και έχει πιο ρεαλιστικές προσδοκίες σχετικά με το αποτέλεσμα της παρέμβασης. Επιπλέον, η εμπειρία του χειρουργού μειώνει τους κινδύνους της επέμβασης, ενώ

συντελεί στο να αναγνωρίσει ο χειρουργός πιο γρήγορα την επερχόμενη επιπλοκή και κατ' επέκταση να δράσει πιο άμεσα<sup>56</sup>. Οι Bastidas et.al. μελέτησαν 23 αγωγές που αφορούσαν επανασυγκόλληση δακτύλου και χεριού, σε μια χρονική περίοδο 8 χρόνων. Μόνο μια αγωγή υπήρξε επιτυχημένη και ορίστηκε χρηματική αποζημίωση για τον ασθενή, ενώ η πλειονότητα των αγωγών αφορούσε την απόφαση του χειρουργού να μην προχωρήσει σε επανασυγκόλληση του ακρωτηριασμένου άκρου. Υποστήριξαν στη μελέτη αυτή ότι η επικοινωνία μεταξύ χειρουργού και ασθενή καθορίζει την ικανοποίηση του ασθενή με το τελικό αποτέλεσμα και κατ' επέκταση την απόφασή του να κινηθεί νομικά εναντίον του συστήματος υγείας. Πλήρης ενημέρωση του ασθενή σχετικά με τη διάγνωση και την πρόγνωση της πάθησης ή του τραυματισμού δημιουργεί ρεαλιστικές προσδοκίες του ασθενή σχετικά με το αποτέλεσμα της οποιασδήποτε επέμβασης και επακόλουθη ικανοποίησή του με το αποτέλεσμα αυτό. Επιπλέον, συμπέραναν ότι τα νομικά συστήματα υποστηρίζουν ιατρούς που θεραπεύουν πολύπλοκες κακώσεις. Αντίθετα, οποιαδήποτε παρέκκλιση από τα αναμενόμενα αποτελέσματα μιας απλής επέμβασης, όπως η απελευθέρωση του καρπιαίου σωλήνα, θεωρείται ως επιπλοκή και είναι πιο πιθανό να οδηγήσει σε αγωγή<sup>59</sup>.

Σε μελέτη των Trevatt et.al. σχετικά με αγωγές για τραύματα χεριού στο Τμήμα των Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) παρουσιάστηκε ότι η συχνότερη αιτία για κατάθεση αγωγής ήταν η αποτυχία ή καθυστέρηση στη διάγνωση, ενώ η δεύτερη σε συχνότητα αιτία υπήρξε η αποτυχία ή καθυστέρηση στην αντιμετώπιση. Ένα μεγάλο ποσοστό στην αποτυχία της διάγνωσης περιελάμβανε αποτυχία στην πραγματοποίηση ή στην ερμηνεία της ακτινογραφίας του χεριού<sup>18</sup>. Η αποτυχία στη διάγνωση των τραυμάτων αποδόθηκε σε διάφορους παράγοντες, όπως η πολυπλοκότητα της ανατομίας του χεριού, η παρουσία και άλλων τραυμάτων που αποσπούν την προσοχή του ιατρού, η έλλειψη συνεργασίας από τους ασθενείς ή η προηγηθείσα του τραυματισμού χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών από εκείνους. Επιπρόσθετα, οι περισσότερες κακώσεις του χεριού εξετάζονται και αντιμετωπίζονται στο χώρο των ΤΕΠ από ειδικευμένους

ιατρούς, που μπορεί να μην έχουν τη γνώση και την κλινική εμπειρία να διαγνώσουν και να αντιμετωπίσουν κάποιες από αυτές, γεγονός που μπορεί να έχει ιατρο-νομικές επιπτώσεις<sup>20</sup>.

Η πλημμελής αντιμετώπιση και η αποτυχία στη διάγνωση αποτέλεσαν τους συχνότερους λόγους αγωγής σχετικά με το χέρι και τον καρπό και σε μελέτη που έκαναν οι Delavary et.al. στην Ολλανδία κατά την χρονική περίοδο 1993-2008. Οι συχνότερα εμπλεκόμενες χειρουργικές ειδικότητες στις αγωγές αυτές ήταν κυρίως η γενική χειρουργική και η ορθοπαιδική, ενώ η πλειονότητα των αγωγών αφορούσε την αντιμετώπιση καταγμάτων του καρπού, θλαστικά τραύματα και κατάγματα των δακτύλων. Η αποτυχία στην διάγνωση περιελάμβανε ένα σημαντικό αριθμό κακώσεων τενόντων και νεύρων και ήταν το αποτέλεσμα ελλιπούς κλινικής εξέτασης και ερμηνείας των ακτινογραφιών, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό των λανθασμένων αυτών διαγνώσεων πραγματοποιήθηκε από ειδικευόμενους ιατρούς<sup>21</sup>. Ο μεγάλος αριθμός των ειδικευόμενων που σχετίζεται με λανθασμένες διαγνώσεις των κακώσεων του χεριού στο ΤΕΠ έχει παρουσιαστεί και σε μελέτη των Morrison et.al. στην Ιρλανδία. Σε σύνολο 500 κακώσεων, υπήρξαν 16 (3.2%) λανθασμένες διαγνώσεις, που αφορούσαν κυρίως κακώσεις νεύρων και τενόντων και οι οποίες είχαν πραγματοποιηθεί από νέους ειδικευόμενους ιατρούς. Στη συγκεκριμένη μελέτη ως οι κυριότεροι λόγοι για αυτό περιγράφησαν η έλλειψη εμπειρίας στην κλινική εξέταση και εκτίμηση του χεριού, ενός τόσο λειτουργικά όσο και ανατομικά περίπλοκου οργάνου, καθώς και η συχνή έλλειψη συνεργασίας από τον ασθενή<sup>60</sup>.

### **3.3 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΓΩΓΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΜΕΛΕΙΑΣ**

Οι αγωγές για ιατρική αμέλεια έχουν σημαντικές οικονομικές επιπτώσεις για τον ασθενή, τον ιατρό και τα συστήματα υγείας, ενώ σοβαρές είναι και οι κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις για τους εμπλεκόμενους ασθενείς και ιατρούς<sup>5</sup>.

Το κόστος των αποζημιώσεων και μέρους των δικαστικών εξόδων, που έπονται μιας αγωγής, ζημιώνει το εκάστοτε σύστημα υγείας. Στην Μεγάλη Βρετανία, εντός του χρονικού διαστήματος 2004-2014, το συνολικό κόστος διευθέτησης 211 αγωγών σχετιζόμενες με το τραύμα του χεριού ανήλθε στις £6.066.215. Πιο αναλυτικά, τα συνολικά κόστη που αφορούσαν αποτυχία ή καθυστέρηση στη διάγνωση ανέρχονταν στις £2.602.100, ενώ εκείνα που αντιστοιχούσαν σε αποτυχία ή καθυστέρηση στη θεραπεία ανέρχονταν στις £664.246<sup>20</sup>. Στοιχεία σχετικά με τα μεγέθη των αποζημιώσεων στη Μεγάλη Βρετανία ανευρίσκονται και στη μελέτη των Ajwani et.al., οι οποίοι μελέτησαν τις αγωγές που σχετίζονται με τις κακώσεις του χεριού και του καρπού για την χρονική περίοδο 2002-2012, καθώς και τα κόστη που ζημιώθηκε το Βρετανικό σύστημα υγείας. Το συνολικό κόστος για τη διευθέτηση 699 αγωγών εντός της δεκαετίας αυτής υπήρξε £19.457.350,07. Πιο αναλυτικά, για το Βρετανικό σύστημα υγείας το μέσο συνολικό κόστος διευθέτησης αγωγών ήταν £58.926 για υποθέσεις σχετικά με το χέρι και £60.325 για υποθέσεις που αφορούσαν τον καρπό. Οι αποζημιώσεις που δόθηκαν κυμαίνονταν μεταξύ £1.000 και £374.077 σε υποθέσεις σχετικά με το χέρι και μεταξύ £200 και £669.471 σε υποθέσεις για τον καρπό<sup>61</sup>. Αντίστοιχα, σε μελέτη των Delavary et.al. στην Ολλανδία κατά την χρονική περίοδο 1993-2008 τα συνολικά κόστη 743 αγωγών σχετικά με κακώσεις του χεριού και του καρπού υπολογίστηκαν στα €5.082.025<sup>21</sup>.

Οι λόγοι που οδηγούν σε επιτυχημένες αγωγές είναι εξίσου σημαντικό να μελετηθούν. Η μελέτη των αγωγών ιατρικής αμέλειας μπορεί να αποτελέσει ένα σημαντικό κομμάτι της κλινικής διακυβέρνησης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Αποτελεί στην ουσία ευκαιρία να εντοπιστούν παραλείψεις στην καθημερινή πρακτική των ιατρών και χειρουργών, καθώς και οι αιτίες των παραλείψεων αυτών, ενώ παράλληλα δίνεται η δυνατότητα να αναπτυχθούν στρατηγικές, ώστε να αποφευχθούν οι παραλείψεις αυτές στο μέλλον και ως επακόλουθο οι αγωγές και οι αρνητικές επιπτώσεις που επιφέρουν. Οι Ajwani et.al. μετά την ανάλυση 699 αγωγών σχετικά με κακώσεις του χεριού και του καρπού κατέληξαν ότι οι συχνότεροι λόγοι μιας επιτυχημένης αγωγής ήταν το πτωχό λειτουργικό αποτέλεσμα, ο αδικαιολόγητος πόνος

ως αποτέλεσμα καθυστέρησης στη διάγνωση ή θεραπεία, η κάκωση νεύρου, οι επιπλέον χειρουργικές επεμβάσεις και τα κατάγματα<sup>61</sup>.

Από τη στιγμή που θα κατατεθεί μια αγωγή, ξεκινάει μια διαδικασία που έχει ως σκοπό να αποδείξει ότι όντως υπήρξε αμέλεια από την πλευρά του χειρουργού. Υπολογίζεται ότι στο ένα τρίτο των αγωγών αυτών δεν υπάρχουν επαρκείς αποδείξεις που να στοιχειοθετούν αμέλεια και έτσι η διαδικασία δεν προχωράει περαιτέρω. Ένα ποσοστό των υποθέσεων αυτών θα οδηγηθούν σε δίκη, ωστόσο μεγάλος αριθμός αυτών θα επιλυθεί εξωδικαστικά, εξαιτίας του κόστους και των κινδύνων που ελλοχεύουν για όλους τους εμπλεκόμενους από τη συμμετοχή τους σε μία δίκη. Υπολογίζεται ότι λιγότερο από 10% του συνόλου των αγωγών θα καταλήξει σε δίκη<sup>4</sup>.

Η δικαστική μάχη είναι μια διαδικασία που διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα, το αποτέλεσμα της οποίας δεν θα είναι θετικό και για τις δύο εμπλεκόμενες πλευρές. Η απόφαση που θα παρθεί θα εξαρτηθεί από διάφορους παράγοντες. Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι η απόφαση για απόδοση χρηματικής αποζημίωσης δεν συσχετίζεται με τη βαρύτητα της προκαλούμενης κάκωσης ή με τη βαρύτητα της αναπηρίας που αυτή προκαλεί. Αντίθετα, η δυνατότητα υπεράσπισης μια υπόθεσης είναι αυτή που θα καθορίσει κυρίως αν θα οριστεί αποζημίωση ή όχι<sup>62</sup>. Οι Taragin et.al. παρουσίασαν ότι σε ένα σύνολο 8231 αγωγών χρηματική αποζημίωση ορίστηκε στο 21% των αγωγών με δυνατότητα υπεράσπισης, στο 91% των αγωγών χωρίς δυνατότητα υπεράσπισης και στο 59% των υποθέσεων όπου η δυνατότητα υπεράσπισης δεν ήταν ξεκάθαρη. Το ύψος όμως της χρηματικής αποζημίωσης σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με τη σοβαρότητα της προκαλούμενης κάκωσης<sup>63</sup>. Οι Studdert et.al. κατηγοριοποίησαν 1452 υποθέσεις σύμφωνα με την πιθανότητα να συμβεί κάποιο ιατρικό λάθος και στη συνέχεια συσχέτισαν την πιθανότητα αυτή με την συχνότητα με την οποία δόθηκαν χρηματικές αποζημιώσεις. Έτσι υποθέσεις με μικρές ενδείξεις για ιατρικό λάθος είχαν σαν αποτέλεσμα χρηματική αποζημίωση σε ποσοστό 19%-23%. Αντίθετα, σε υποθέσεις με μεσαίες προς ισχυρές ενδείξεις για ιατρικό λάθος αποδόθηκαν αποζημιώσεις σε 72% των

περιπτώσεων, ενώ σε υποθέσεις με σχεδόν απόλυτη ένδειξη για ιατρικό λάθος αποδόθηκαν αποζημιώσεις σε ποσοστό 84%<sup>64</sup>.

Η μεγάλη διάρκεια της δίκης μεταφράζεται και σε κόστος, οικονομικό και ψυχολογικό, τόσο για τον ενάγοντα όσο και για τον εναγόμενο. Η καθυστέρηση εκδίκασης της υπόθεσης, η ανάγκη διενέργειας πραγματογνωμοσύνης, η ανάγκη περαιτέρω μελέτης ιατρικών φακέλων επιφέρουν σημαντικές καθυστερήσεις και έχουν επιπτώσεις και στις δύο εμπλεκόμενες πλευρές, και κατ' επέκταση στην κοινωνία και το σύστημα υγείας<sup>65</sup>.

Οι εμπλεκόμενοι ιατροί δεν ανησυχούν μόνο για το οικονομικό κόστος μιας αγωγής. Η αρνητική επίδραση που θα έχει αυτή στο όνομά τους και τη φήμη τους αποτελεί μεγαλύτερη απειλή. Υπό το άκουσμα μιας εκκρεμής ή μιας παρελθοντικής αγωγής, ο σεβασμός προς το πρόσωπο του συγκεκριμένου ιατρού, καθώς και η εμπιστοσύνη ότι μπορεί να παρέχει ασφαλή φροντίδα προς τους ασθενείς μπορεί να κλονιστεί, ενώ και ο ίδιος ο ιατρός μπορεί να βιώσει συναισθήματα ντροπής, χαμηλής αυτοπεποίθησης, ενοχής και φόβου, ως συνέπεια μιας αγωγής. Στη διάρκεια της κάθε δικαστικής αναμέτρησης ο ασθενής και οι συνήγοροι του επιζητούν συνήθως μια χρηματική αποζημίωση, ενώ ο εμπλεκόμενος ιατρός ελπίζει να αφήσει την αίθουσα με ακέραια την υπόληψή του<sup>47,66</sup>.

Αξίζει να αναφερθεί εδώ και το κόστος που έχει ο φόβος μιας πιθανής αγωγής για το κάθε ιατρό και σύστημα υγείας. Προκειμένου να αποκλείσουν κάθε πιθανότητα σφάλματος και κατ' επέκταση μιας πιθανής αγωγής, πολλοί ιατροί αποκτούν μια πιο αμυντική στάση στην άσκηση της ιατρικής. Η στάση αυτή κοστίζει, καθώς επιφέρει αύξηση του αριθμού των ζητούμενων εξετάσεων, παρατεταμένη νοσηλεία ασθενών, μακρύτερες λίστες αναμονής, ενώ αποθαρρύνει τους ιατρούς να χρησιμοποιήσουν νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις, προκειμένου να αποφύγουν πιθανές κατηγορίες ότι μαθαίνουν πάνω στους ασθενείς<sup>49,67</sup>.

### **3.4 ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΜΕΛΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Στη διεθνή και την ελληνική βιβλιογραφία υπάρχουν ελάχιστες αναφορές σχετικά με τη συχνότητα ιατρικών λαθών στην Ελλάδα, καθώς και αναφορές σχετικές με ιατρονομικά θέματα γύρω από σοβαρά νεογνικά προβλήματα που σχετίζονται με τον τοκετό. Ο ακριβής αριθμός των ιατρικών λαθών που επισυμβαίνουν στην Ελλάδα είναι δύσκολο να υπολογιστεί, καθώς δεν υπάρχει κάποιος επίσημος φορέας καταγραφής τους. Εκτιμάται ωστόσο ότι περίπου 20 έως 30 ασθενείς πεθαίνουν καθημερινά και άλλοι 200 μπορεί να υποστούν ζημία εξαιτίας ιατρικών λαθών, τα οποία θα μπορούσαν να είχαν προβλεφθεί<sup>68</sup>. Στην Ελλάδα παρατηρείται μια ολοένα αυξανόμενη τάση επιτυχημένων αγωγών, ενώ ολοένα και υψηλότερες χρηματικές αποζημιώσεις επιδικάζονται για τους ασθενείς<sup>54</sup>. Επιπλέον, δεν υπάρχουν καθόλου δημοσιευμένα στοιχεία σχετικά με αγωγές ιατρικής αμέλειας που να σχετίζονται με παθήσεις και τραύματα του χεριού και του άνω άκρου. Ως επακόλουθο, δεν γνωρίζουμε τον αριθμό των αγωγών που έχουν κατατεθεί εντός των τελευταίων δεκαετιών, τους λόγους για τους οποίους κατατέθηκαν, το ποσοστό των αγωγών που έκλεισαν με εξωδικαστικό συμβιβασμό και τον αριθμό αυτών που προχώρησαν σε δίκη, καθώς και τα αποτελέσματά τους.

Στην Ελλάδα δεν υπάρχει κάποιος επίσημος φορέας που να καταγράφει τον αριθμό των αγωγών που κατατίθενται ετησίως εναντίον των ιατρών και των αντίστοιχων νοσηλευτικών ιδρυμάτων στα οποία αυτοί εργάζονται, καθώς και τα ποσά που επιδικάζονται σαν αποζημιώσεις. Η αναζήτηση επομένως αυτών των στοιχείων ξεκινά με αντίστροφη πορεία. Στη νομολογία του Συμβουλίου της Επικρατείας μπορούν να ανευρεθούν οι υποθέσεις εκείνες που κατέληξαν σε δίκη, καθώς και οι τελικές τους αποφάσεις. Στην ποινική νομολογία μπορεί να ανευρεθεί ένα μέρος των αγωγών αυτών, κυρίως των αγωγών αυτών με ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τους νομικούς και δικαστικούς εκπροσώπους. Ωστόσο, ο αριθμός των αγωγών που επιλύονται εξωδικαστικά είναι δύσκολο να υπολογιστεί.

Γνωρίζοντας την παγκόσμια αυξητική τάση που παρουσιάζουν οι αγωγές για ιατρική αμέλεια, και πιο συγκεκριμένα για το χέρι και το άνω άκρο, καθώς και για την απουσία

οποιασδήποτε καταγραφής για την κατάσταση αυτή στην Ελλάδα αποφασίσαμε να αναζητήσουμε και να καταγράψουμε τα περιστατικά που σχετίζονται με το τραύμα και τις παθήσεις του χεριού και του άνω άκρου προκειμένου να εκτιμήσουμε την κατάσταση αυτή στην Ελλάδα.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

#### **4.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

Η συγκεκριμένη μελέτη είναι μια αναδρομική μελέτη όλων των υποθέσεων ιατρικής αμέλειας που σχετίζονται με τις τραυματικές κακώσεις και τις παθήσεις του χεριού και του άνω άκρου, οι οποίες κατέληξαν σε δίκη. Προκειμένου να ανευρεθούν οι υποθέσεις αυτές πραγματοποιήθηκε αίτηση πρόσβασης στο πληροφοριακό σύστημα του Ολοκληρωμένου Συστήματος Διαχείρισης Δικαστικών Υποθέσεων για τη Διοικητική Δικαιοσύνη (ΟΣΔΔΥΔΔ) (5804/01.11.2018). Η αίτηση εγκρίθηκε στις 26.03.2019 και έτσι επετράπη πρόσβαση στους ηλεκτρονικούς υπολογιστές της βιβλιοθήκης του Συμβουλίου της Επικρατείας (ΣτΕ), προκειμένου να γίνει χρήση του ΟΣΔΔΥΔΔ.

Η αναζήτηση των περιστατικών ξεκίνησε τον Μάρτιο του 2019 και ολοκληρώθηκε τον Μάρτιο του 2020. Η αναζήτηση και καταγραφή περιελάμβανε όλα τα περιστατικά τραυματικών κακώσεων και παθήσεων του χεριού και του άνω άκρου, ανεξάρτητα από την ειδικότητα του ιατρού που εμπλεκόταν με αυτές, που προσέφυγαν στη δικαιοσύνη εντός της εικοσαετίας, από 01/01/2000-31/12/2019, στο χώρο της Ελλάδας. Στις κακώσεις αυτές περιελήφθησαν και οι κακώσεις του βραχιονίου πλέγματος και του παραπληρωματικού νεύρου, καθώς αποτελούν σημαντικά νευρικά στελέχη για την λειτουργία, αισθητική και κινητική, του χεριού και του άνω άκρου.

Τα περιστατικά κατεγράφησαν σε αρχείο Excel. Από τις δικαστικές αποφάσεις που συγκεντρώθηκαν διεγράφησαν όλα τα ονόματα που αυτές περιελάμβαναν (ονόματα εναγόντων και εναγομένων, δικηγόρων, δικαστικών εκπροσώπων, μαρτύρων και εμπειρογνομόνων), σύμφωνα με τον γενικό κανονισμό για την προστασία προσωπικών δεδομένων. Η καταγραφή

περιελάμβανε τα διαθέσιμα δημογραφικά στοιχεία του ενάγοντα (φύλο, ηλικία), την ανατομική μονάδα του άνω άκρου που αφορούσε η πάθηση, το δικαστήριο στο οποίο εκδικάστηκε η απόφαση, την οριστική απόφαση, εφόσον ήταν διαθέσιμη, την ανάγκη διενέργειας ιατρικής πραγματογνωμοσύνης, και τη χρονική περίοδο από την κατάθεση της αγωγής έως την έκδοση οριστικής απόφασης. Επιπλέον καταγράφηκαν αν η αγωγή αφορούσε τραυματική κάκωση ή προγραμματισμένη επέμβαση στο άκρο, το αποτέλεσμα της ιατρικής πράξης στην οποία αναφερόταν η αμέλεια και ο βαθμός του εμπλεκόμενου ιατρού, εφόσον ήταν διαθέσιμη η πληροφορία αυτή. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων περιλαμβάνει την έκφρασή τους ως εκατοστιαίες ποσοστιαίες μονάδες.

## **4.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Συνολικά ανευρεθήκαν 31 αγωγές που σχετίζονται με το τραύμα και τις παθήσεις του χεριού και του άνω άκρου, και οι οποίες προσέφυγαν στη δικαιοσύνη για το χρονικό διάστημα από 01/01/2000 έως 31/12/2019.

Διακρινόμενες με βάση την **ανατομική εντόπιση** στο άνω άκρο, υπήρξαν 7 αγωγές για παθήσεις και τραύματα του χεριού, 7 αγωγές σχετιζόμενες με τον καρπό, 3 αγωγές σχετιζόμενες με το αντιβράχιο, 2 αγωγές σχετιζόμενες με τον αγκώνα, 3 αγωγές σχετιζόμενες με τον ώμο, ενώ 6 αγωγές αφορούσαν κακώσεις του βραχιονίου πλέγματος και 3 αγωγές αφορούσαν κάκωση του παραπληρωματικού νεύρου (Πιν. 1).

Διαιρούμενες με βάση τις **τραυματικές κακώσεις ή παθήσεις**, η πλειονότητα των αγωγών σχετίζεται με τραυματικές κακώσεις του χεριού και του άνω άκρου. Πιο αναλυτικά, υπήρξαν 24 αγωγές σχετικές με τραύματα του χεριού και άνω άκρου, και 7 που σχετίζονταν με μη τραυματικές παθήσεις, αλλά με προγραμματισμένες χειρουργικές επεμβάσεις στο χέρι και το άνω άκρο. Οι μη τραυματικές παθήσεις περιελάμβαναν οστεοαρθρίτιδα, σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα και τενοντοελυτρίτιδες (Πιν. 1).

Στις 30 υποθέσεις το **αποτέλεσμα της αναφερόμενης ιατρικής αμέλειας** υπήρξε η αναπηρία του ασθενή, είτε παροδική είτε μόνιμη, ενώ σε μια περίπτωση το αποτέλεσμα ήταν ο θάνατος του ασθενή.

Η **ηλικία του ενάγοντος** δεν ήταν πάντοτε κατεγγραμμένη στην αγωγή. Οι υποθέσεις αφορούσαν συνολικά 8 παιδιά και 23 ενήλικες ασθενείς. Οι αγωγές που σχετίζονταν με τραύμα αφορούσαν νεαρότερες ηλικίες ασθενών, σε σχέση με εκείνες που αφορούσαν προγραμματισμένη αντιμετώπιση παθήσεων του χεριού και του άνω άκρου.

Σχετικά με το **χρόνο εκδίκασης**, η πλειονότητα των αγωγών (27 αγωγές) εκδικάστηκαν εντός της περιόδου 2011-2019. Από αυτές 13 είχαν κατατεθεί κατά την χρονική περίοδο 2000-2010, ενώ οι υπόλοιπες 14 κατά την περίοδο 2011-2019. Οι 4 υποθέσεις που εκδικάστηκαν εντός της περιόδου 2000-2010 αντιστοιχούσαν σε 3 αγωγές που είχαν κατατεθεί το αντίστοιχο διάστημα, καθώς και σε μια που κατατέθηκε το 1998.

Οι **ιατρικές ειδικότητες** που αναφέρονται στις παραπάνω αγωγές είναι η Πλαστική Χειρουργική (2), η Ορθοπαιδική Χειρουργική (17), η Γενική Χειρουργική (9), η Αναισθησιολογία (2) και η Γυναικολογία-Μαιευτική (6). Ορισμένες αγωγές περιελάμβαναν ιατρούς περισσότερων της μίας ειδικότητας (Πιν. 2).

Δυστυχώς οι αποφάσεις που μελετήσαμε δεν ανέφεραν πάντοτε με λεπτομέρεια τον **βαθμό του εκάστοτε εμπλεκόμενου ιατρού** (ειδικευμένος ή ειδικευόμενος, επιμελητής ή διευθυντής, μέλος ΔΕΠ), καθώς και την ύπαρξη συγκεκριμένης εξειδίκευσης, όπως η εξειδίκευση στην μικροχειρουργική ή στη χειρουργική του χεριού, και συνεπώς δεν μπορούν να εξαχθούν συμπεράσματα σχετικά με το ποσοστό εμπλοκής ειδικευμένων και ειδικευόμενων ιατρών στις παραπάνω υποθέσεις.

Σχετικά με τα **δικαστήρια που εκδικάστηκαν οι ανωτέρω υποθέσεις**, 29 υποθέσεις εκδικάστηκαν σε αστικά δικαστήρια (27 σε διοικητικά δικαστήρια και 2 σε πολιτικά). Δεκαεφτά υποθέσεις έκλεισαν πρωτοδίκως, ενώ σε 5 υποθέσεις η οριστική απόφαση εκδόθηκε

από το Εφετείο, μετά από έφεση τους ενάγοντος ή/και του εναγόμενου προκειμένου να απορριφθεί η απόφαση του πρωτοδικείου. Η έκδοση οριστικής απόφασης στις υπόλοιπες 7 υποθέσεις εκκρεμεί.

Οκτώ υποθέσεις εκδικάστηκαν σε Ποινικά Δικαστήρια (7 σε Πλημμελειοδικείο και μια υπόθεση σε Αναθεωρητικό Δικαστήριο). Εξ' αυτών των υποθέσεων 6 υποθέσεις εκδικάστηκαν και σε αστικό δικαστήριο. Από τις 8 υποθέσεις αυτές, οριστική απόφαση εκδόθηκε πρωτοδίκως σε 3 υποθέσεις. Σε 4 περιπτώσεις η απόφαση εκδόθηκε μετά από εξέταση της υπόθεσης στο Εφετείο, ενώ η απόφαση μιας υπόθεσης εκκρεμεί (Πιν. 3).

**Ιατρική πραγματογνωμοσύνη**, προκειμένου να απαντηθούν πολλά ερωτήματα ιατρικής φύσης που προέκυψαν κατά την εκδίκαση της υπόθεσης, απαιτήθηκε σε 20 περιπτώσεις (64.5%). Αξιοσημείωτο είναι ότι πραγματογνωμοσύνη διενεργήθηκε σε όλες τις υποθέσεις που αφορούσαν πάρεση του βραχιονίου πλέγματος νεογνού, μετά από τη διενέργεια φυσιολογικού τοκετού.

Υπήρξαν 24 οριστικές **αποφάσεις**, ενώ η έκδοση οριστικής απόφασης σε 7 αγωγές, μέχρι και που ολοκληρώθηκε η έρευνα, είχε αναβληθεί προκειμένου να διενεργηθεί πραγματογνωμοσύνη (Πιν. 4, Πιν. 7).

Μεταξύ των υποθέσεων στις οποίες υπήρξε οριστική απόφαση, 13 υποθέσεις έκλεισαν με επιτυχή έκβαση για τον ασθενή και 11 υποθέσεις έκλεισαν υπέρ του εναγόμενου ιατρού/νοσοκομείου. Η μέση χρηματική αποζημίωση που ορίστηκε ήταν €46.653,83, με εύρος διακύμανσης από €1.000 έως €201.697, ενώ το συνολικό ποσό των χρηματικών αποζημιώσεων που δόθηκαν ανέρχεται στα €559.846,6. Στο συνολικό αυτό ποσό δεν συμπεριλαμβάνονται τα δικαστικά έξοδα και οι αμοιβές των ιατρικών πραγματογνωμόνων για το σύνολο των αγωγών. Οι υψηλότερες αποζημιώσεις ορίστηκαν σε υποθέσεις που αφορούσαν κάκωση του βραχιονίου πλέγμα σε νεογνά, για την οποία μετέβησαν σε εξειδικευμένο νοσοκομείο του εξωτερικού προς χειρουργική αποκατάσταση της κάκωσης (Πιν. 4).

Στο σύνολο των 8 υποθέσεων που εκδικάστηκαν σε ποινικό δικαστήριο, υπήρξαν 5 αθωωτικές αποφάσεις, μία καταδικαστική απόφαση, η οριστική απόφαση μίας υπόθεσης εκκρεμεί, ενώ σε μία υπόθεση στην οποία εμπλέκονταν δύο ιατροί υπήρξε μια αθωωτική και μια καταδικαστική απόφαση (Πιν. 4).

Ο **μέσος χρόνος** που μεσολάβησε μεταξύ της κατάθεσης της αγωγής και της έκδοσης οριστικής απόφασης ήταν τα 6.5 χρόνια. Η συντομότερη εκδίκαση αγωγής πραγματοποιήθηκε εντός 2 χρόνων, ενώ η μακρύτερη πραγματοποιήθηκε εντός 12 χρόνων.

Οι **αναφερόμενοι λόγοι κατάθεσης αγωγής** ήταν η λανθασμένη ή καθυστερημένη διάγνωση της κάκωσης (6), η κάκωση νεύρου (13), η ελλιπής συναίνεση πριν τη χειρουργική επέμβαση (1), το πτωχό λειτουργικό αποτέλεσμα (9), ως συνέπεια πλημμελούς θεραπευτικής προσέγγισης, είτε αυτή ήταν χειρουργική είτε συντηρητική, η χειρουργική λοίμωξη (1) και σε μια περίπτωση ο θάνατος του ασθενή. Στην υπόθεση σχετικά με τον θάνατο του ασθενή, η αγωγή σχετιζόταν με αναφερόμενη πλημμελή προεγχειρητική, διεγχειρητική και μετεγχειρητική αντιμετώπιση του ασθενή, αποτέλεσμα της οποίας υπήρξε ο θάνατος του (Πιν.5).

Η **κάκωση ή διατομή νεύρου** υπήρξε η αιτία κατάθεσης αγωγής σε 13 υποθέσεις. Οι 3 υποθέσεις αφορούσαν κάκωση του παραπληρωματικού νεύρου κατά τη διενέργεια βιοψίας τραχηλικού λεμφαδένα. Έξι υποθέσεις αφορούσαν πάρεση του βραχιονίου πλέγματος νεογνών, μετά από φυσιολογικό τοκετό στη διάρκεια του οποίου διαπιστώθηκε ωμική δυστοκία σε 5 περιπτώσεις. Οι υπόλοιπες 4 αγωγές αναφέρονταν σε κάκωση του μέσου νεύρου (1), κατά την απελευθέρωση του καρπιαίου σωλήνα, σε κάκωση του κερκιδικού νεύρου (1), κατά την προσπάθεια αποκατάστασης κατάγματος του βραχιονίου οστού, και σε κάκωση δακτυλικών νεύρων (2) κατά την διατομή της παλαμιαίας απονεύρωσης σε νόσο Dupuytren και κατά την αφαίρεση γιγαντοκυτταρικού όγκου από τον αντίχειρα (Πιν. 6).

Οι αγωγές που σχετιζόνταν με αναφερόμενη **λανθασμένη ή καθυστερημένη διάγνωση** (συνολικά 6 αγωγές) αφορούσαν τραυματικές κακώσεις του χεριού και του καρπού. Όλες οι

διαγνώσεις έλαβαν μέρος στο χώρο των επειγόντων περιστατικών γενικών νοσοκομείων ή κέντρων υγείας και πραγματοποιήθηκαν στην πλειονότητά τους είτε από ειδικευμένους ιατρούς είτε από γενικούς χειρουργούς. Στις μισές από αυτές τις υποθέσεις η καθυστέρηση στη διάγνωση είχε ως αποτέλεσμα τον ακρωτηριασμό, πλήρη ή μερικό, του τραυματισμένου άκρου, που σε όλες τις περιπτώσεις αφορούσε δάκτυλο.

Οι αγωγές που αναφέρονταν σε **πλημμελή αντιμετώπιση** αφορούσαν τόσο τραυματισμούς όσο και παθήσεις του χεριού και του άνω άκρου. Στο σύνολό τους υπήρχαν 9 αγωγές, εκ των οποίων 5 σχετίζονταν με κατάγματα του αγκώνα και του αντιβραχίου, μία αγωγή που αφορούσε τραυματικό ατελή μη βιώσιμο ακρωτηριασμό του κάτω τριτημορίου του βραχίονα και 3 αγωγές που σχετίζονταν με εκφυλιστικές παθήσεις της άρθρωσης του ώμου και των εκτεινόντων τενόντων του χεριού. Στις αγωγές αυτές ως πλημμελής αντιμετώπιση αναφέρονταν:

- η επιλογή συντηρητικής προσέγγισης έναντι της χειρουργικής,
- η επιλογή αρθροσκοπικής προσπέλασης έναντι της ανοιχτής,
- η επιλογή θεραπευτικής προσέγγισης που είχε ως συνέπεια πτωχό λειτουργικό αποτέλεσμα,
- η ελλιπής αντιμετώπιση που προέκυψε κατά την παρακολούθηση της πορείας της πάθησης του ασθενή.

Οι **υπόλοιπες 3 αγωγές** σχετίζονταν με χρόνια οστεομυελίτιδα, μετά από χειρουργική αντιμετώπιση καταγμάτων της κερκίδας και της ωλένης, με ελλιπή συναίνεση του ασθενή, σχετικά με χειρουργική επέμβαση για την αντιμετώπιση τραυματικού μερικού ακρωτηριασμού του δακτύλου του, και σε θάνατο ασθενή που αντιμετωπίστηκε για τραυματική κάκωση του καρπού, που αποδόθηκε σε πλημμελή προεγχειρητική εκτίμηση της κατάστασης της υγείας του ασθενή και σε ελλιπή τόσο διεγχειρητική όσο και μετεγχειρητική αντιμετώπιση των προβλημάτων που προέκυψαν εξαιτίας αυτής.

### **4.3 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ**

Παρακάτω περιγράφονται πιο αναλυτικά οι υποθέσεις και τα αποτελέσματα της εκδίκασής τους. Οι υποθέσεις έχουν κατηγοριοποιηθεί ανάλογα με την ανατομική εντόπιση στο άνω άκρο (χέρι, καρπός, αντιβράχιο, αγκώνας και ώμος), καθώς και ανάλογα με την προέλευση των εμπλεκόμενων νευρών που επηρεάζουν τη λειτουργία του χεριού και του άνω άκρου (βραχιόνιο πλέγμα, XI εγκεφαλική συζυγία). Σε κάθε υπόθεση αναφέρονται τα διαθέσιμα από την δικογραφία δημογραφικά στοιχεία του ενάγοντος, μια σύντομη περίληψη της δικογραφίας, οι λόγοι για τους οποίους κατατέθηκε αγωγή από τον ασθενή ή την οικογένειά του, η οριστική απόφαση που λήφθηκε από το δικαστήριο, εφόσον ήταν διαθέσιμη, και το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από την κατάθεση της αγωγής μέχρι την έκδοση οριστικής απόφασης.

#### **ΧΕΡΙ (Συνολικά 7 υποθέσεις)**

##### **Περιστατικό 1**

Ασθενής, άρρεν, ηλικίας 24 ετών τη χρονιά του ατυχήματος (1999) υπέστη τραυματισμό του μικρού και παράμεσου δακτύλων του δεξιού χεριού του, κατά την προσπάθειά του να φορτώσει ένα δέμα ασφάλινων βεργών στο χώρο που τότε εργάζονταν. Αρχικά δέχθηκε τις πρώτες βοήθειες (τοποθέτηση πρόχειρου επιδέσμου και χορήγηση αναλγησίας) σε μονάδα πρωτοβάθμιας βαθμίδας υγείας και κατόπιν μεταφέρθηκε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του εναγόμενου νοσοκομείου. Εκεί, τόσο η κλινική εξέταση όσο και ο ακτινολογικός έλεγχος επιβεβαίωσαν «κάκωση στο ύψος της δεύτερης φάλαγγας του παράμεσου και μικρού δακτύλου του δεξιού χεριού, με διαταραγμένη αισθητικότητα και κινητικότητα του μικρού δακτύλου» και για το λόγο αυτό ο ασθενής παραπέμφθηκε στο τμήμα της Πλαστικής Χειρουργικής. Μετά από εκτίμηση των Πλαστικών Χειρουργών, αποφασίστηκε η χειρουργική διερεύνηση και

αντιμετώπιση του τραύματος του μικρού δακτύλου και για το λόγο αυτό ο ασθενής οδηγήθηκε στο χώρο του χειρουργείου. Σύμφωνα με το πρακτικό χειρουργείου, «η επέμβαση πραγματοποιήθηκε με περιοχική αναισθησία και ίσχαιμο περίδεση. Διεγχειρητικά διαπιστώθηκε ευρεία συνθλιπτική κάκωση των μαλακών μορίων της καμπτικής επιφάνειας του μικρού δακτύλου συμπεριλαμβανομένων των τενόντων, αμφοτέρων των νευροαγγειακών δεματίων και συντριπτικά κατάγματα της δεύτερης φάλαγγας». Εξαιτίας των ευρημάτων αυτών οι εμπλεκόμενοι χειρουργοί θεώρησαν ότι η κατάσταση δεν ήταν κατάλληλη για επαναγγείωση του μικρού δακτύλου και για τον λόγο αυτό προχώρησαν σε ακρωτηριασμό του μικρού δακτύλου στο ύψος της δεύτερης φάλαγγας και σε διαμόρφωση του κολοβώματος. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε καθαρισμός του τραύματος του παράμεσου δακτύλου, έλεγχος της ακεραιότητας των ευγενών στοιχείων και οστεοσύνθεση του κατάγματος με βελόνες. Ο ασθενής παρέμεινε νοσηλευόμενος για 24 ώρες και εξήλθε από το νοσοκομείο σε βελτιωμένη κατάσταση.

Δύο χρόνια μετά από το αναφερόμενο συμβάν (2001) ο ασθενής άσκησε αγωγή στο νοσοκομείο και στους χειρουργούς που πραγματοποίησαν την ανωτέρω χειρουργική επέμβαση, υποστηρίζοντας ότι ο ακρωτηριασμός του μικρού δακτύλου του δεξιού χεριού του ήταν το αποτέλεσμα παράνομων πράξεων και παραλείψεων των εμπλεκόμενων χειρουργών. Συγκεκριμένα, ο ασθενής υποστήριξε ότι ο ακρωτηριασμός του μικρού του δακτύλου πραγματοποιήθηκε χωρίς την προηγούμενη νόμιμη ενημέρωσή του και χωρίς τη συναίνεσή του, ότι ο ακρωτηριασμός του μικρού δακτύλου, με βάση την κατάσταση του δακτύλου, τα μέσα που χρησιμοποιήθηκαν για τη διάγνωση της βιωσιμότητάς του και κατ' επέκταση για τη διερεύνηση της αναγκαιότητας ακρωτηριασμού του, καθώς και με βάση τα δεδομένα της ιατρικής επιστήμης, δεν ήταν αναγκαίος, αφού μπορούσαν να εφαρμοστούν άλλες μέθοδοι λιγότερο ή και καθόλου απεχθείς, και ότι ο ακρωτηριασμός του μικρού δακτύλου διενεργήθηκε κατά τρόπο τεχνικά εσφαλμένο και πλημμελή, με αποτέλεσμα συνεχείς πόνους και αιμωδίες στο κολόβωμα του μικρού δακτύλου.

Η υπόθεση εκδικάστηκε αρχικά σε *Διοικητικό Πρωτοδικείο* (ΔΠρωτΘεσ 1362/2004, ΔΠρωτΘεσ 316/2007), όπου η αγωγή του ασθενή **απορρίφθηκε**. Ακολούθως, ο ασθενής κατέθεσε έφεση και η υπόθεση εκδικάστηκε εκ νέου σε Διοικητικό Εφετείο (ΔΕφΘεσ 816/2009) . Μετά από ιατρική πραγματογνωμοσύνη, αποφασίστηκε ότι ορθά οι εμπλεκόμενοι χειρουργοί προχώρησαν σε ακρωτηριασμό του μικρού δακτύλου του ασθενή, επέμβαση που πραγματοποιήθηκε τεχνικά άρτια. Ωστόσο, **αποφασίστηκε ότι η συναίνεση του ασθενή για τον ακρωτηριασμό του δακτύλου δεν υπήρξε έγκυρη**. Η έφεση έγινε δεκτή και αποφασίστηκε χρηματική ικανοποίηση 29.347,03 ευρώ για τον ασθενή. Η υπόθεση έκλεισε το 2009, 8 χρόνια μετά την αρχική κατάθεση της αγωγής.

### **Περιστατικό 2**

Ασθενής, άρρεν, εμφάνιζε αδυναμία στην πλήρη έκταση της δεξιάς παλαμιαίας χώρας και σύγκλιση των δακτύλων του δεξιού χεριού από το 2003. Το 2005 προσήλθε στο εναγόμενο νοσοκομείο με διάγνωση νόσου Dupuytren της δεξιάς παλαμιαίας χώρας, όπου και υποβλήθηκε σε χειρουργική αντιμετώπισή της από Ορθοπαιδικό χειρουργό. Συγκεκριμένα, υπό περιοχική αναισθησία του δεξιού άνω άκρου, πραγματοποιήθηκε παρασκευή και εκτομή της ρικνωθείσας παλαμιαίας απονεύρωσης, συρραφή, επίδεση και τοποθέτηση νάρθηκα εκτάσεως. Την επόμενη μέρα ο ασθενής έλαβε εξιτήριο και οδηγίες σχετικά με τη μετεγχειρητική του πορεία.

Το 2009 ο ασθενής κατέθεσε αγωγή, με την οποία ισχυρίστηκε ότι κατά τη διεξαγωγή της επέμβασης σημειώθηκαν πλημμελείς χειρισμοί από τον εμπλεκόμενο χειρουργό, με αποτέλεσμα ο ίδιος να υποστεί μόνιμες και μη αναστρέψιμες βλάβες στη δεξιά του παλάμη, ειδικότερα δε αιμωδίες στον παράμεσο δάκτυλο, απώλεια της αισθητικότητάς του και μείωση της λειτουργικότητάς του. Ειδικότερα ισχυρίστηκε ότι ο εμπλεκόμενος ιατρός δεν αφαίρεσε πλήρως την ρικνωθείσα παλαμιαία βλάβη, με αποτέλεσμα την παραμονή τμήματος αυτής και μετά την ολοκλήρωση της επέμβασης, ότι από εσφαλμένους διεγχειρητικούς χειρισμούς, έκοψε τα δακτυλικά νεύρα του δεξιού παράμεσου δακτύλου του ασθενή, με αποτέλεσμα αιμωδίες στον παράμεσο δάκτυλο, απώλεια της αισθητικότητάς του και μείωση της λειτουργικότητάς

του, και ότι δεν προσπέλασε την πάσχουσα περιοχή με κατάλληλη τομή, με αποτέλεσμα την παρουσία δύσμορφων ουλών στην περιοχή της δεξιάς παλαμιαίας χώρας μετεγχειρητικά.

Η υπόθεση εκδικάστηκε αρχικά σε *Διοικητικό Πρωτοδικείο* (ΔΠρωτΑΘ 10956/2013), όπου η αγωγή του ενάγοντος έγινε εν μέρει **δεκτή** και αποφασίστηκε χρηματική ικανοποίηση 10.000 ευρώ για τον ασθενή. Η απόφαση στηρίχθηκε τόσο στα στοιχεία της πραγματογνωμοσύνης, όσο και σε ηλεκτρομυογραφικά ευρήματα, που επιβεβαίωσαν βλάβη των δακτυλικών νεύρων του δεξιού χεριού. Η υπόθεση εξετάστηκε περαιτέρω και σε *Διοικητικό Εφετείο* (ΔΕφΑΘ 4700/2015), καθώς ασκήθηκε έφεση τόσο από τον ενάγοντα όσο και από το εναγόμενο νοσοκομείο. Ωστόσο και οι δύο εφέσεις απορρίφθηκαν και η υπόθεση έκλεισε το 2015, 6 χρόνια μετά την κατάθεση της αγωγής.

### **Περιστατικό 3**

Ασθενής, άρρεν, εισήχθη, τον Φεβρουάριο του 2014, στην Ορθοπαιδική κλινική περιφερειακού νοσοκομείου, προκειμένου να υποβληθεί σε προγραμματισμένη αφαίρεση μορφώματος από τον δεξιό του αντίχειρα. Μετεγχειρητικά ο ασθενής παρουσίασε υπαισθησία στην ωλένια πλευρά του αντίχειρα, καθώς και έντονο πόνο στην περιοχή του χειρουργικού τραύματος. Τα συμπτώματα αυτά αποδόθηκαν σε τραυματική βλάβη του ωλενίου δακτυλικού νεύρου του δεξιού αντίχειρα, η οποία πραγματοποιήθηκε κατά τη χειρουργική αφαίρεση του μορφώματος και η οποία επιβεβαιώθηκε και ηλεκτροφυσιολογικά. Ο ασθενής κατέθεσε αγωγή κατά του εναγόμενου νοσοκομείου και του ορθοπαιδικού χειρουργού που πραγματοποίησε την χειρουργική αφαίρεση του μορφώματος από το δεξιό του αντίχειρα, ισχυριζόμενος ότι «η επελθούσα σωματική βλάβη οφείλεται σε αποκλειστική και υπαίτια (αμελή) αδικοπρακτική συμπεριφορά του χειρουργού, ο οποίος μολονότι υπόχρεος λόγω του επαγγέλματος του και της ειδικότητας του σε ιδιαίτερη προσοχή και επιμέλεια, κατά παράβαση των κοινώς αναγνωρισμένων κανόνων της ιατρικής επιστήμης, επιδεικνύοντας βαριά αμέλεια κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, υπέπεσε σε βαρύ ιατρικό σφάλμα και τραυμάτισε το ωλένιο νεύρο του εν λόγω αντίχειρα».

Η υπόθεση εκδικάστηκε σε *Διοικητικό Πρωτοδικείο* (ΔΠρωτΧαν 1051/20170, όπου η αγωγή **απορρίφθηκε**. Στοιχεία που οδήγησαν στην απόρριψη της αγωγής ήταν το αποτέλεσμα της ιστολογικής εξέτασης και η μη συμμόρφωση του ασθενή στην προτεινόμενη μετεγχειρητική παρακολούθηση. Πιο συγκεκριμένα, η διάγνωση που είχε δοθεί στον ασθενή προεγχειρητικά ήταν εκείνη του γιγαντοκυτταρικού όγκου του τενοντίου ελύτρου, ο οποίος πιθανότερα περιτύλιγε το αγγείο και το νεύρο της σύστοιχης πλευράς του αντίχειρα και για το λόγο αυτό υπήρχε ο κίνδυνος βλάβης των στοιχείων αυτών κατά τη χειρουργική αφαίρεσή του. Η διάγνωση αυτή επιβεβαιώθηκε, μετά τη διενέργεια ιστολογικής εξέτασης του αφαιρεθέντος μορφώματος. Επιπλέον από τα αρχεία των εξωτερικών ιατρείων του εναγόμενου νοσοκομείου προέκυψε ότι ο ασθενής προσήλθε στο νοσοκομείο παρά μόνο για αφαίρεση ραμμάτων και ουδέποτε ανέφερε το συγκεκριμένο πρόβλημα στον εμπλεκόμενο χειρουργό. Η υπόθεση έκλεισε 2 χρόνια μετά την κατάθεση της αγωγής.

#### **Περιστατικό 4**

Ασθενής, άρρεν, ηλικίας 9 ετών τη χρονιά του ατυχήματος (2006), παρουσιάστηκε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) περιφερικού νοσοκομείου εξαιτίας κάκωσης στο δείκτη, μέσο και παράμεσο δάκτυλο του αριστερού χεριού του, μετά από αναφερόμενη τρώση του χεριού ανάμεσα σε ξύλο και μέταλλο. Στο ΤΕΠ εξετάστηκε τόσο από ειδικευόμενο ιατρό Γενικής Χειρουργικής όσο και από ειδικευόμενο ιατρό Ορθοπαιδικής, και μετά από ακτινολογικό έλεγχο, τα τραύματα αντιμετωπίστηκαν με πλύση και άμεση συρραφή. Επιπλέον, δόθηκαν στους γονείς του ασθενή οδηγίες σχετικά με την παρακολούθηση των τραυμάτων. Δύο ημέρες αργότερα ο ασθενής με τους γονείς του επέστρεψε στο ΤΕΠ, καθώς το μεσαίο δάκτυλο του αριστερού χεριού παρουσίαζε σημεία νέκρωσης. Ο ασθενής εισήχθη στην χειρουργική κλινική του εναγόμενου νοσοκομείου, ενώ μετά από αίτημα των γονέων του ασθενή, ο ασθενής εξήλθε από αυτό και μεταφέρθηκε σε παιδιατρικό νοσοκομείο άλλης πόλης. Εκεί τέθηκε η διάγνωση της «γάγγραινας του μέσου δακτύλου του αριστερού χεριού» και πραγματοποιήθηκε ακρωτηριασμός του δακτύλου.

Οι γονείς του ασθενή κατέθεσαν αγωγή κατά του εναγόμενου νοσοκομείου, καθώς και κατά των ειδικευομένων ιατρών που εξέτασαν αρχικά τον ασθενή στο ΤΕΠ, καθώς και κατά του διευθυντή της χειρουργικής κλινικής. Συγκεκριμένα υποστήριξαν ότι ο ακρωτηριασμός του μέσου δακτύλου του αριστερού χεριού του ασθενή ήταν το αποτέλεσμα της παράνομης και υπαίτιας συμπεριφοράς των παραπάνω αναφερόμενων ιατρών, οι οποίοι προέβησαν σε απλή συρραφή του τραύματος και στη χορήγηση φαρμάκων, ενώ δεν υπέβαλαν τον ασθενή σε περαιτέρω εξετάσεις, οι οποίες θα μπορούσαν να έχουν προλάβει μια τέτοια εξέλιξη.

Η αγωγή των γονέων-εναγόντων εκδικάστηκε σε *Διοικητικό Πρωτοδικείο* (ΔΠρωτΒολ 541/2017), όπου **απορρίφθηκε**. Δεν μπόρεσε να αποδειχθεί καμία αμέλεια στις πράξεις των εμπλεκόμενων ιατρών, ενώ η αρχική αντιμετώπιση του τραύματος ήταν σύμφωνη με τις ιατρικές γνώσεις και την εμπειρία του μέσου ειδικευόμενου ιατρού της γενικής χειρουργικής στο αντίστοιχο στάδιο εκπαίδευσης. Ο ασθενής είχε υποστεί «κάκωση απογαντισμού» τύπου 4 στο μέσο δάκτυλο του αριστερού του χεριού, μια σπάνια κάκωση, επακόλουθο της οποίας μπορεί να είναι η νέκρωση του δακτύλου. Στοιχείο που οδήγησε στην απόρριψη της αγωγής υπήρξαν και οι αντικρουόμενες πληροφορίες του πατέρα του ασθενή στα δύο δικαστήρια, σχετικά με τον μηχανισμό κάκωσης του δακτύλου.

Οι τρεις εμπλεκόμενοι δικάστηκαν επίσης και σε *Τριμελές Πλημμελειοδικείο* (ΠλημΒολ 3123/2011) με την κατηγορία της σωματικής βλάβης από αμέλεια δια παραλείψεως. Ο ειδικευόμενος ιατρός της Ορθοπαιδικής όσο και ο γενικός χειρουργός αθώωθηκαν πρωτοδίκως, ενώ ο ειδικευόμενος ιατρός της Γενικής Χειρουργικής αρχικά καταδικάστηκε σε ποινή φυλάκισης 10 μηνών με τριετή αναστολή και κατόπιν αθώωθηκε στο *Τριμελές Εφετείο* (ΕφΛαρ 899/2013). Αρχικά είχε οριστεί. Η υπόθεση έκλεισε 7 χρόνια μετά την κατάθεση της αγωγής.

### Περιστατικό 5

Ασθενής, άρρεν, υπέστη κάκωση του αριστερού αντίχειρα το 2009, κατά τη διάρκεια κατάσβεσης πυρκαγιάς, όταν χρησιμοποίησε το αριστερό του χέρι σε μια προσπάθεια να προφυλαχθεί από ένα δορυφορικό πιάτο. Ο ασθενής μεταφέρθηκε στο ΤΕΠ στρατιωτικού νοσοκομείου, όπου εξετάστηκε από ορθοπαιδικό χειρουργό. Ο ιατρός διέγνωσε βαθύ θλαστικό τραύμα αριστερού αντίχειρα, χωρίς βλάβη των μαλακών μορίων και προχώρησε σε καθαρισμό και συρραφή του τραύματος. Ο ασθενής επέστρεψε στο εναγόμενο νοσοκομείο 15 ημέρες μετά το ατύχημα, όπου ανέφερε εμμένον, έντονο άλγος στο αριστερό χέρι και αδυναμία κίνησης του δακτύλου. Ο ασθενής καθυστερήθηκε, ωστόσο τα συμπτώματα συνεχίστηκαν. Ο ασθενής, 25 ημέρες μετά τον τραυματισμό, προσήλθε αυτοβούλως σε μονάδα χειρουργικής χεριού, όπου μετά από κλινική εξέταση τέθηκε η διάγνωση «Διατομή του μακρού καμπτήρα του αριστερού αντίχειρα και του κερκιδικού παλαμιαίου δακτυλικού νεύρου του ιδίου δακτύλου». Ακολούθως, ο ασθενής υπεβλήθη σε χειρουργική επέμβαση για την αποκατάσταση της διατομής τόσο του καμπτήρα όσο και του δακτυλικού νεύρου.

Ο ασθενής κατέθεσε αγωγή κατά του στρατιωτικού νοσοκομείου, ισχυριζόμενος ότι οι ιατροί που τον αντιμετώπισαν αρχικά όσο και κατά την επανεξέτασή του έκαναν εσφαλμένη εκτίμηση και διάγνωση του τραύματος του, με αποτέλεσμα να υπομένει πόνο για μεγάλο χρονικό διάστημα, να παραταθεί ο χρόνος αποκατάστασης του τραυματισμού του, καθώς και να αυξηθούν οι πιθανότητες μη αποκατάστασης λειτουργίας του αριστερού του χεριού.

Η υπόθεση δικάστηκε σε *Διοικητικό Πρωτοδικείο* (ΔΠρωτΑΘ 4502/2018, 8118/2019) και η αγωγή έγινε εν μέρει *δεκτή*. Ορίστηκε χρηματική ικανοποίηση 1.000 ευρώ στον ασθενή. Η υπόθεση έκλεισε 7 χρόνια μετά την κατάθεση της αγωγής.

### Περιστατικό 6

Ασθενής, θήλυ, ηλικίας 40 ετών, προσήλθε στο ΤΕΠ γενικού νοσοκομείου το 2004 λόγω αναφερόμενου τραυματισμού από μαχαίρι κουζίνας στο δείκτη και αντίχειρα του δεξιού χεριού

από 4ημέρου. Εκεί η ασθενής εξετάστηκε από ειδικευόμενο ιατρό Πλαστικής Χειρουργικής, όπου διαπιστώθηκε αρχόμενο ήπιο τοπικό οίδημα του δεξιού δείκτη και αντίχειρα με στοιχεία φλεγμονώδους αντίδρασης, απουσία εμφανούς ανοικτού τραύματος και απουσία πυώδους συλλογής και εκροής. Δόθηκαν οδηγίες για αντιβιοτική αγωγή και συστάθηκε επανεξέταση την επόμενη ημέρα. Την επόμενη ημέρα η ασθενής εισήχθη στη χειρουργική κλινική διαφορετικού γενικού νοσοκομείου, λόγω εκτεταμένης φλεγμονής του δεξιού χεριού, με βαριά ισχαιμία του σύστοιχου δείκτη και συνοδό νέκρωση της ονυχοφόρου φάλαγγας. Κατά τη νοσηλεία της εκεί υπεβλήθη σε χειρουργική επέμβαση διάνοιξης και παροχέτευσης του σύστοιχου δείκτη. Μετεγχειρητικά η ασθενής εξήλθε οικειοθελώς από το δεύτερο νοσοκομείο και παρά τις αντίθετες συμβουλές των θεραπόντων ιατρών, και εισήλθε σε ιδιωτικό νοσοκομείο, προκειμένου να συνεχιστεί η αγωγή της. Στο ιδιωτικό νοσοκομείο υπεβλήθη σε εκτεταμένο χειρουργικό καθαρισμό και ακρωτηριασμό της ονυχοφόρου φάλαγγας του δείκτη του δεξιού χεριού. Μεταγενέστερα υπεβλήθη σε χειρουργική επέμβαση ανασύστασης του δεξιού δείκτη με αγγειούμενο δερματικό κρημό. Ένα μήνα μετά την τελευταία χειρουργική παρέμβαση η ασθενής υπεβλήθη σε διαχωρισμό του cross-finger κρημού, μεταξύ δείκτη και μέσου δακτύλου, και σε κάλυψη των ελλειμμάτων δέρματος με δερματικά μοσχεύματα ολικού πάχους, με καλή μετεγχειρητική πορεία και τη μέση φάλαγγα του δεξιού δείκτη να έχει διασωθεί ολόκληρη.

Η ασθενή κατέθεσε αγωγή κατά του γενικού νοσοκομείου στο οποίο κατέφυγε αρχικά, ισχυριζόμενη ότι ο ιατρός που την εξέτασε στο ΤΕΠ του εν λόγω νοσοκομείου προέβη σε εσφαλμένη διάγνωση με αποτέλεσμα να συστήσει τη λήψη ανεπαρκούς και ακατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής, που οδήγησε στη μετέπειτα ραγδαία εξέλιξη της φλεγμονής και σε ισχαιμία.

Η υπόθεση δικάστηκε σε *Διοικητικό Πρωτοδικείο* (ΔΠρωτΑΘ 1027/2019) και η αγωγή **απορρίφθηκε**. Η απουσία αποδεικτικών μέσων που να αποδεικνύουν την βαριά κλινική εικόνα που περιέγραφε η ασθενής την ημέρα παρουσίας της στο εναγόμενο νοσοκομείο (υψηλός

πυρετός, εκτεταμένο οίδημα δεξιού χεριού εκτεινόμενο έως τη μεσότητα της παλάμης, παρουσία μελανών σημείων στην ονυχοφόρο φάλαγγα του δεξιού δείκτη και εκροή πύου από αυτό), και η οποία ήταν σε αντίθεση με την καταγεγραμμένη στο δελτίο ασθενούς ΤΕΠ του εναγόμενου νοσοκομείου οδήγησαν στην απορριπτική αυτή απόφαση.

Ο εμπλεκόμενος ειδικευόμενος ιατρός Πλαστικής Χειρουργικής δικάστηκε επιπλέον σε Τριμελές Πλημμελειοδικείο (ΠλημΑθ 37038/2010) με την κατηγορία της σωματικής βλάβης εξ αμελείας παρ' υπόχρεου, όπου κρίθηκε αθώος. Η υπόθεση έκλεισε 10 χρόνια μετά την κατάθεση της αγωγής.

### **Περιστατικό 7**

Ασθενής, άρρεν, ηλικίας 51, προσήλθε στο ΤΕΠ Κέντρου Υγείας (Κ.Υ.) νησιού, λόγω αναφερόμενου τραυματισμού του δείκτη του αριστερού χεριού, όταν κατά τον χειρισμό μηχανήματος βαφής, το δάκτυλο τραυματίστηκε και εισήλθε σε αυτό ασβέστης. Υπό τις οδηγίες γενικού χειρουργού, πραγματοποιήθηκε καθαρισμός του τραύματος, αφαίρεση των υπολειμμάτων ασβέστη και περίδεση του τραύματος. Αργότερα την ίδια μέρα ο ασθενής επέστρεψε στο ΤΕΠ λόγω εκροής αιματηρού υγρού από το τραύμα του. Πραγματοποιήθηκε εκ νέου καθαρισμός του τραύματος και δόθηκε φαρμακευτική αγωγή. Τρεις μέρες μετά τον τραυματισμό, ο ασθενής επέστρεψε στο ΤΕΠ για επανεξέταση, όπου και διαπιστώθηκαν σημεία γάγγραινας του αριστερού δείκτη. Λόγω των σημείων αυτών κρίθηκε απαραίτητη η παραπομπή του ασθενούς στο πλησιέστερο νοσοκομείο που διέθετε ορθοπαιδικό ιατρό. Την ίδια μέρα ο ασθενής μετέβη σε νοσοκομείο γειτονικού νησιού, όπου νοσηλεύτηκε μέχρι την επομένη, οπότε και παραπέμφθηκε σε μονάδα Πλαστικής Χειρουργικής σε άλλη πόλη και από εκεί σε μονάδα χειρουργικής του χεριού, όπου και εισήχθη με τη διάγνωση «γάγγραινα αριστερού δείκτη επί εδάφους εκρηκτικής εισόδου ασβέστη στην εγγύς φάλαγγα». Έξι μέρες μετά τον τραυματισμό ο ασθενής υπεβλήθη σε ακρωτηριασμό του δείκτη του αριστερού χεριού στο επίπεδο της μετακαρποφαλαγγικής άρθρωσης.

Έξι μήνες μετά την αποκατάσταση της υγείας του ο ασθενής κατέθεσε αγωγή κατά του Κ.Υ., ενώ αιτήθηκε και την κίνηση ποινικής δίωξης κατά του γενικού χειρουργού που αρχικά αντιμετώπισε το τραυματισμό του αριστερού του δείκτη. Ο ασθενής υποστήριξε ότι ο χειρουργός του εναγόμενου Κ.Υ., λόγω λανθασμένης εκτίμησης του τραύματος του, δεν αντιμετώπισε επαρκώς το τραύμα και καθυστέρησε την παραπομπή του σε νοσοκομείο με ορθοπαιδική κλινική. Η υπόθεση εκδικάστηκε σε *Διοικητικό Πρωτοδικείο* (ΔΠρωτΡοδ 263/2019), χωρίς όμως να έχει εκδοθεί ακόμη οριστική απόφαση, ενώ αναμένεται και η τελική απόφαση του *Πλημμελειοδικείου*.

### **ΚΑΡΠΟΣ (Συνολικά 7 υποθέσεις)**

#### **Περιστατικό 8**

Ασθενής, θήλυ, υπεβλήθη προγραμματισμένα το 2002 σε επέμβαση διάνοιξης του διαμερίσματος των εκτεινόντων τους δακτύλους, υπό περιοχική αναισθησία, προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα χρόνια συμπτώματα άλγους και αδυναμίας του αριστερού της χεριού. Λόγω μη υποχώρησης των κινητικών ενοχλημάτων, ένα χρόνο αργότερα η ασθενής υπεβλήθη σε νέα χειρουργική επέμβαση, υπό περιοχική αναισθησία που πραγματοποιήθηκε από αναισθησιολόγο. Το διαμέρισμα των εκτεινόντων τους δακτύλους τενόντων ανοίχθηκε εκ νέου και αφαιρέθηκε η δημιουργηθείσα ίνωση των ελύτρων. Ωστόσο, μετεγχειρητικά, η ασθενής συνέχισε να παρουσιάζει αδυναμία (νευραπραξία) του αριστερού της χεριού και για το λόγο αυτό υπεβλήθη σε συστηματική φυσιοθεραπεία, οπότε και κατάφερε να επανέλθει στην εργασία της ένα χρόνο αργότερα.

Η ασθενής κατέθεσε αγωγή κατά του εναγόμενου νοσοκομείου, ισχυριζόμενη ότι η αδυναμία και δυσλειτουργία του αριστερού της χεριού μετεγχειρητικά οφείλεται σε αμέλεια του εμπλεκόμενου αναισθησιολόγου και συγκεκριμένα στην παρατεταμένη, πέρα των δύο

ωρών, περίσφιξη του αριστερού της βραχίονα, προκειμένου να επιτευχθεί η περιοχική αναισθησία.

Η υπόθεση δικάστηκε στο *Πρωτοδικείο* (ΠρωτΘεσ 39634/2007) και η αγωγή της ασθενούς *απορρίφθηκε*, καθώς και μετά από τη διενέργεια πραγματογνωμοσύνης, δεν μπόρεσε να στοιχειοθετηθεί αμέλεια από την πλευρά του εμπλεκόμενου αναισθησιολόγου. Η υπόθεση έκλεισε 4 χρόνια μετά την κατάθεση της αγωγής.

### **Περιστατικό 9**

Ασθενής, άρρεν, ηλικίας 17 ετών τη χρονιά του τραυματισμού (2001) προσήλθε στο ΤΕΠ γενικού νοσοκομείου φέροντας βαθύ θλαστικό τραύμα στην παλαμιαία επιφάνεια του αριστερού αντιβραχίου από τέμνον όργανο (καθρέπτη). Μετά από κλινική εξέταση, αποφασίστηκε ο ασθενής να μεταφερθεί στο χειρουργείο, ώστε να γίνει διερεύνηση του τραύματος και αποκατάσταση των καμπτήρων μυών. Πριν τη μεταφορά του στο χειρουργείο, διενεργήθηκαν εργαστηριακές εξετάσεις και καρδιολογική εκτίμηση. Από το ιστορικό του ασθενή έγινε γνωστό ότι ήταν καπνιστής, με συχνές λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος και ότι έπασχε από ιχθύαση εκ γενετής. Υπό γενική αναισθησία πραγματοποιήθηκε διερεύνηση του τραύματος και αποκατάσταση του ωλενίου καμπτήρα του καρπού και ραχιαίου κλάδου του ωλενίου νεύρου. Ωστόσο, μετά το πέρας του χειρουργείου ο ασθενής υπέστη καρδιακή ανακοπή. Έγιναν προσπάθειες ανάταξης, επανήλθε ο κανονικός σφυγμός, αλλά ο ασθενής παρουσίαζε προβλήματα στην ανάνηψη, με αποτέλεσμα να διασωληνωθεί και μεταφερθεί σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Κατά τη νοσηλεία του στη ΜΕΘ παρουσίασε υπαραχνοειδή αιμορραγία και δέκα μέρες μετά τον τραυματισμό ο ασθενής κατέληξε. Σύμφωνα με το πόρισμα της νεκροτομής ο θάνατος του ασθενή οφειλόταν σε αποδραμούσα μυοκαρδίτιδα, εξελισσόμενη προς διατακτική μυοκαρδιοπάθεια, λοβώδη πνευμονία, σε στάδιο ερυθράς ηπατώσεως.

Μετά το συμβάν αυτό, η μητέρα του ασθενή υπέβαλε μήνυση κατά παντός υπευθύνου για τον επισυμβάντα θάνατο του υιού της. Επιπρόσθετα, κατέθεσε αγωγή κατά του

νοσοκομείου και συγκεκριμένα κατά του αναισθησιολόγου και του ορθοπαιδικού χειρουργού, που πραγματοποίησε την επέμβαση. Υποστήριξε ότι υπαίτιοι για τον θάνατο του παιδιού της ήταν οι προαναφερόμενοι ιατροί, οι οποίοι κατά παράβαση των καθηκόντων τους, παρέβησαν τους κοινώς αναγνωρισμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και το καθήκον επιμέλειας που όφειλαν να δείξουν, και με τις πράξεις και παραλείψεις τους κατά τον προεγχειρητικό έλεγχο, στη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης και μετεγχειρητικά συνετέλεσαν αιτιωδώς στο θάνατο του παιδιού της.

Ο ορθοπαιδικός χειρουργός που πραγματοποίησε την επέμβαση και η αναισθησιολόγος που πραγματοποίησε την γενική αναισθησία δικάστηκαν σε *Τριμελές Πλημμελειοδικείο* (ΠλημΑθ 17342<sup>α</sup>/2007, 16585/2007) με την κατηγορία της ανθρωποκτονίας εξ αμελείας και ειδικότερα με την κατηγορία ότι αμφότεροι ιατροί από αμέλειά τους δεν φρόντισαν ώστε ο ασθενής να υποβληθεί σε ενδεδειγμένο προεγχειρητικό έλεγχο και ειδικότερα στην εξέτασή του από καρδιολόγο και στην υποβολή του σε εξετάσεις, ώστε να διαγνωστεί ότι έπασχε από μυοκαρδίτιδα. Με απόφαση του Πλημμελειοδικείου και οι δυο γιατροί κρίθηκαν ένοχοι της αποδιδόμενης κατηγορίας, με την αιτιολογία ότι παρέβησαν τους κοινούς αναγνωρισμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και οι πράξεις τους δεν ήταν σύμφωνες με το αντικειμενικά επιβαλλόμενο καθήκον επιμέλειας τους ως ιατρών, γιατί παρότι διαπιστώθηκε κατά τις εργαστηριακές εξετάσεις καρδιοθωρακικός δείκτης μεγαλύτερος του φυσιολογικού, προέβησαν σε γενική αναισθησία και κατόπιν σε χειρουργική επέμβαση, παραλείποντας τη διενέργεια υπερηχογραφήματος καρδιάς και λήψη γνωμάτευσης ειδικευμένου καρδιολόγου σχετικά με το βαθμό κινδύνου μιας τέτοιας παρέμβασης για τον ασθενή. Μετά την άσκηση έφεσης (ΔΕΦΑθ 4988/2008, 5278/2008), η εμπλεκόμενη αναισθησιολόγος κρίθηκε τελικά αθώα, ενώ ο ορθοπαιδικός που πραγματοποίησε την επέμβαση είχε ήδη αποβιώσει. Η αιτιολογία της εφετειακής απόφασης στηρίχθηκε στο ότι η ασφαλής διάγνωση της μυοκαρδίτιδας μπορεί να γίνει μόνο με ενδοκαρδιακή βιοψία και η διενέργεια υπερηχογραφήματος δεν αρκεί για τη διάγνωσή της, ότι ο ασθενής είχε υποβληθεί σε πλήρη

προεγχειρητικό έλεγχο και εν γένει ότι η κατηγορούμενη αναισθησιολόγος δεν προέβη σε ενέργεια αντίθετη προς το επιβαλλόμενο καθήκον επιμελείας.

Η υπόθεση εκδικάστηκε επιπλέον σε *Διοικητικό Πρωτοδικείο* (ΔΠρωτΑθ 4397/2009), όπου *απορρίφθηκε*, καθώς δεν στοιχειοθετήθηκε αμέλεια των εμπλεκόμενων ιατρών, ενώ είχε ήδη εκδοθεί αθωωτική απόφαση υπέρ της εμπλεκόμενης ιατρού. Η μητέρα του ασθενούς άσκησε έφεση (ΔΕφΑθ 82/2012), προκειμένου να ανακληθεί η απόφαση του Πρωτοδικείου, η οποία επίσης απορρίφθηκε. Η υπόθεση έκλεισε 8 χρόνια μετά τον θάνατο του ασθενή.

### **Περιστατικό 10**

Ασθενής, θήλυ, ηλικίας 36 ετών, προσήλθε στην ορθοπαιδική κλινική γενικού νοσοκομείου, προκειμένου να υποβληθεί σε προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση απελευθέρωσης καρπιαίου σωλήνα του δεξιού χεριού, υπό τοπική αναισθησία. Ένα χρόνο αργότερα, καθώς οι ενοχλήσεις στο χέρι της παρέμειναν, η ασθενής επισκέφτηκε τον ίδιο γιατρό, ο οποίος μετά από κλινική εξέταση κατέληξε ότι η ασθενής πάσχει από σύνδρομο De Quervain και της συνέστησε νέα χειρουργική επέμβαση. Ένα μήνα αργότερα η ασθενής υπεβλήθη προγραμματισμένα σε διάνοιξη του οστεοϊνώδους ελύτρου του μακρού απαγωγού και του βραχέος εκτείνοντα τένοντα του δεξιού της χεριού. Ωστόσο οι ενοχλήσεις παρέμειναν, οπότε η ασθενής επισκέφτηκε διαφορετικό χειρουργό. Μετά την εξέταση και τη διενέργεια ηλεκτρομυογραφήματος διαπιστώθηκε κάκωση του μέσου νεύρου και διατομή του αισθητικού κλάδου του κερκιδικού νεύρου του δεξιού της χεριού. Η ασθενής υπεβλήθη σε δύο ακόμη επεμβάσεις, χωρίς ωστόσο αποκατάσταση του προβλήματος, με αποτέλεσμα να πάσχει πλέον από δευτερογενή εμφάνιση επώδυνης συνδρομής του τύπου αλγοδυστροφίας και επώδυνη δυσκαμψία του δεξιού της χεριού, ενώ χαρακτηρίστηκε ανίκανη προς εργασία σε ποσοστό 81%.

Η ασθενής κατέθεσε αγωγή κατά του γενικού νοσοκομείου ισχυριζόμενη ότι οι βλάβες που υπέστη στο δεξιό της χέρι είναι το αποτέλεσμα παραλείψεων και παράνομων πράξεων του

ορθοπαιδικού χειρουργού που πραγματοποίησε τις δύο χειρουργικές επεμβάσεις στο εναγόμενο γενικό νοσοκομείο.

Η υπόθεση εκδικάστηκε σε *Διοικητικό Πρωτοδικείο* (ΔΠρωτΛαμ 303/2016, 566/2019) και η αγωγή έγινε *δεκτή*. Ορίστηκε χρηματική ικανοποίηση 20.000 ευρώ για την ασθενή. Η υπόθεση έκλεισε 12 χρόνια μετά την κατάθεση της αγωγής.

### **Περιστατικό 11**

Ασθενής, θήλυ, προσήλθε στο ΤΕΠ γενικού νοσοκομείου λόγω τραύματος που έφερε στον αριστερό καρπό, μετά από θραύση υαλοπίνακα εσωτερικής πόρτας. Εκεί εκτιμήθηκε από ιατρούς της Ορθοπαιδικής και της Γενικής Χειρουργικής και μετά από ακτινολογικό έλεγχο, πραγματοποιήθηκε συρραφή του τραύματος. Δώδεκα μέρες αργότερα η ασθενής μετέβη σε διαφορετικό νοσοκομείο, προκειμένου να γίνει αφαίρεση των ραμμάτων του προαναφερθέντος τραύματος. Κατά την εξέταση της εκεί διαπιστώθηκαν κλινικά σημεία διατομής των ωλενίου νεύρου του αριστερού της χεριού και για το λόγο αυτό παραπέμφθηκε σε ειδική μονάδα χειρουργικής του χεριού. Η διατομή του ωλενίου νεύρου επιβεβαιώθηκε και εκεί και η ασθενής, 23 μέρες από τον τραυματισμό της, υπεβλήθη σε συρραφή του ωλενίου νεύρου του αριστερού της χεριού. Η ανάρρωση της υπήρξε χωρίς επιπλοκές, ωστόσο δεν υπήρξε πλήρης αποκατάσταση του αριστερού χεριού μετεγχειρητικά.

Η ασθενής κατέθεσε αγωγή κατά του νοσοκομείου στο οποίο αρχικά αντιμετωπίστηκε το τραύμα της, ισχυριζόμενη ότι οι ιατροί που αρχικά την εξέτασαν έσφαλαν στη διάγνωση με αποτέλεσμα την καθυστερημένη παραπομπή της σε εξειδικευμένο κέντρο, την καθυστερημένη αποκατάσταση της διατομής του ωλενίου νεύρου, με επακόλουθο την περιορισμένη λειτουργικότητα του αριστερού της χεριού.

Η υπόθεση εκδικάστηκε σε *Διοικητικό Πρωτοδικείο* (ΔΠρωτΠειρ 3852/2017, 2459/2019) και έγινε *δεκτή*. Ορίστηκε χρηματική ικανοποίηση 3.000 ευρώ στην ασθενή. Η υπόθεση έκλεισε 9 χρόνια μετά την κατάθεση της αγωγής.

## Περιστατικό 12

Ασθενής, άρρεν, προσήλθε τον Ιούλιο του 2011 στο ΤΕΠ γενικού νοσοκομείου, όπου μετά την κλινική εξέταση και τον ακτινολογικό έλεγχο διαγνώστηκε με κάταγμα στην αριστερή πηγεοκαρπική άρθρωση και κάταγμα-εξάρθρωμα του αριστερού αγκώνα. Πραγματοποιήθηκε ανάταξη των καταγμάτων και τοποθετήθηκε κυκλοτερής βραχιονοπηγεοκαρπικός γύψινος επίδεσμος, ενώ του δόθηκαν και οδηγίες σχετικά με την παρακολούθησή του. Δύο ώρες μετά την αποχώρησή του από το νοσοκομείο, αισθάνθηκε έντονο άλγος στο αριστερό του χέρι και για τον λόγο αυτόν επικοινωνήσε με τον ορθοπαιδικό ιατρό που τον εξέτασε στο προαναφερόμενο νοσοκομείο, προκειμένου να λάβει οδηγίες. Ο ιατρός, σύμφωνα με την κατάθεση του ασθενή, του συνέστησε επανεξέταση στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου την επομένη ημέρα. Την επομένη ημέρα ο ασθενής όντως επισκέφτηκε τα εξωτερικά ιατρεία, όπου αφού υποβλήθηκε σε σχετικές εξετάσεις, διαπιστώθηκε ότι πάσχει από σύνδρομο διαμερίσματος του αριστερού άνω άκρου και για τον λόγο αυτό αφαιρέθηκε ο κυκλοτερής βραχιονοπηγεοκαρπικός γύψινος επίδεσμος και τοποθετήθηκε ανοιχτός γύψινος νάρθηκας. Έκτοτε ο ασθενής επισκεπτόταν τα εξωτερικά ιατρεία σε τακτά χρονικά διαστήματα, για παρακολούθηση και φυσιοθεραπευτική αγωγή. Ωστόσο, λόγω της παρατεταμένης παραμονής του κυκλοτερούς βραχιονοπηγεοκαρπικού γύψινου επιδέσμου, είχαν ήδη προκληθεί μόνιμες και μη αναστρέψιμες βλάβες στους μύες και τα νεύρα του αριστερού του χεριού, με αποτέλεσμα ο ασθενής να εμφανίζει μόνιμη αναπηρία σε ποσοστό 75%.

Ο ασθενής κατέθεσε αγωγή κατά του προαναφερόμενου νοσοκομείου ισχυριζόμενος ότι η μόνιμη και μη αναστρέψιμη αναπηρία του αριστερού του χεριού ήταν το αποτέλεσμα της εσφαλμένης και πλημμελούς αντιμετώπισης της πάθησής του από τους ορθοπαιδικούς ιατρούς του εναγόμενου νοσοκομείου.

Η υπόθεση εκδικάστηκε σε *Διοικητικό Πρωτοδικείο* (ΔΠρωτΠειρ 5843/2017). Αναβλήθηκε η έκδοση οριστικής απόφασης, ενώ ζητήθηκε ο ιατρικός φάκελος του ασθενή,

προκειμένου να προσδιοριστεί η ιατρική αντιμετώπιση που έλαβε ο ενάγων και ο ακριβής χρόνος προσέλευσής του στο νοσοκομείο για επανεξέταση.

### **Περιστατικό 13**

Ασθενής, άρρεν, προσήλθε στο ΤΕΠ περιφερειακού γενικού νοσοκομείου τον Ιούνιο του 2006, μετά από αναφερόμενη πτώση από ύψος 2.5 μέτρων και κάκωση της αριστερής πηχεοκαρπικής άρθρωσης. Αφού εξετάστηκε από ειδικευόμενο ιατρό της ορθοπαιδικής κλινικής και μετά από ακτινολογικό έλεγχο, διαγνώστηκε με κλειστή κάκωση της αριστερής πηχεοκαρπικής άρθρωσης και το αριστερό άνω άκρο τοποθετήθηκε σε βραχιονοπηχεοκαρπικό νάρθηκα. Ο ασθενής επέστρεψε στα εξωτερικά ιατρεία του ίδιου νοσοκομείου μια εβδομάδα αργότερα για επανεξέταση, όπως του είχε συσταθεί. Σε επαναληπτικό απεικονιστικό ακτινολογικό έλεγχο διαπιστώθηκε κάταγμα του αριστερού σκαφοειδούς οστού. Την επομένη ο ασθενής εισήχθη στο νοσοκομείο, προκειμένου να υποβληθεί σε «οστεοσύνθεση του σκαφοειδούς οστού με αυτοσυμπιεζόμενη βίδα Acutrac με βελόνες». Ωστόσο, διεγχειρητικά η λεπτή οδηγός βελόνη έσπασε, με αποτέλεσμα οι χειρουργοί να αλλάξουν μέθοδο οστεοσύνθεσης και η αποκατάσταση του κατάγματος να πραγματοποιηθεί με δυο διαδερμικές βελόνες. Εννέα μήνες αργότερα ο ασθενής εξετάστηκε από επιτροπή για αίτηση συνταξιοδότησεως, όπου διαπιστώθηκε «περιορισμός κάμψης και έκτασης αριστερής πηχεοκαρπικής άρθρωσης, ευαισθησία στην περιοχή του σκαφοειδούς, κάταγμα σκαφοειδούς αριστερά – μη πώρρωθεν εισέτι πλήρως με παραμονή θραυσθέντος υλικού οστεοσύνθεσης -σπινθηρογράφημα: εικόνα αυξημένου οστικού μεταβολισμού στην περιοχή του αριστερού σκαφοειδούς».

Ο ασθενής κατέθεσε αγωγή κατά του προαναφερόμενου νοσοκομείου, ισχυριζόμενος αφενός ότι ο ειδικευόμενος ορθοπαιδικός χειρουργός έκανε λανθασμένη διάγνωση της κατάστασης του αριστερού καρπού του, με αποτέλεσμα την εσφαλμένη αντιμετώπιση του κατάγματος, και αφετέρου, όταν έγινε ορθή διάγνωση της πάθησης και αποφασίστηκε χειρουργική αντιμετώπιση του κατάγματος, οι θεράποντες χειρουργοί δεν επέδειξαν την επιμέλεια που όφειλαν και μπορούσαν κατά τις περιστάσεις να επιδείξουν, με αποτέλεσμα τη

θραύση της λεπτής οδηγού βελόνης της βίδας, το οποίο θραύσμα δεν αφαιρέθηκε και παραμένει στον καρπό του.

Η υπόθεση εκδικάστηκε σε *Διοικητικό Πρωτοδικείο* (ΔΠρωτΠειρ 1252/2019). Έχει αναβληθεί η έκδοση οριστικής απόφασης, καθώς έχει διαταχθεί η διενέργεια πραγματογνωμοσύνης, προκειμένου να συμπληρωθούν περαιτέρω αποδείξεις.

#### **Περιστατικό 14**

Ασθενής, θήλυ, προσήλθε στο ΤΕΠ γενικού νοσοκομείου μετά από αναφερόμενη πτώση εξ'ιδίου ύψους και τραυματισμό του αριστερού της χεριού. Μετά από κλινική εξέταση και απεικονιστικό ακτινολογικό έλεγχο διαγνώστηκε κάταγμα Colles (κάταγμα της κάτω επίφυσης της κερκίδας) του αριστερού άνω άκρου και σύστοιχο θλαστικό τραύμα. Ακολούθως πραγματοποιήθηκε κλειστή ανάταξη του κατάγματος, τοποθέτηση πηχεοκαρπικού νάρθηκα, ενώ η ασθενής παρέμεινε στο νοσοκομείο για παρακολούθηση. Έξι εβδομάδες μετά τον τραυματισμό η ασθενής προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του ίδιου νοσοκομείου, όπου πραγματοποιήθηκε κλινική εξέταση και καινούριος απεικονιστικός έλεγχος, ενώ αφαιρέθηκε και ο νάρθηκας, καθώς το κάταγμα είχε πωρωθεί σε ικανοποιητική θέση. Επιπρόσθετα, της συστάθηκε φυσιοθεραπευτική αγωγή. Ωστόσο, η ασθενής διαπίστωνε ότι σταδιακά το χέρι της επιδειωνόταν, με αποτέλεσμα να βιώνει έντονους πόνους, οιδήματα, δυσκαμψία και αδυναμία συγκράτησης αντικειμένων. Για το λόγο αυτό επισκέφθηκε αρχικά ιδιώτη ορθοπαιδικό χειρουργό και στη συνέχεια ορθοπαιδικό χειρουργό του εναγόμενου νοσοκομείου, οι οποίοι και συνέστησαν συνέχιση της φυσιοθεραπευτικής αγωγής. Ακολούθως, λόγω μη υποχώρησης των συμπτωμάτων, η ασθενής επισκέφθηκε τα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής Χειρουργικής του χεριού – Μικροχειρουργικής, όπου ευρέθη «πάσχουσα εκ κατάγματος κάτω επίφυσης αριστερά πωρωθέν σε πλημμελή θέση με έλλειμμα πρηνισμού-υπτιασμού και αδυναμία κάμψεως των δακτύλων για ισχυρή σύλληψη, αρχόμενο Sudek».

Η ασθενής κατέθεσε αγωγή κατά του νοσοκομείου, ισχυριζόμενη ότι οι ιατροί του εναγόμενου νοσοκομείου δεν επέδειξαν την δέουσα προσοχή κατά την ανάταξη του

κατάγματός της, με αποτέλεσμα αυτό να αναταχθεί σε πλημμελή θέση, γεγονός που της επέφερε βαρεία σωματική βλάβη.

Η υπόθεση εκδικάστηκε αρχικά σε *Διοικητικό Πρωτοδικείο* (ΔΠρωτΑθ 2096/2012), όπου *απορρίφθηκε*, καθώς δεν στοιχειοθετήθηκε καμία αμέλεια των ιατρών του εναγόμενου νοσοκομείου, καθώς οι απεικονιστικοί ακτινολογικοί έλεγχοι τόσο κατά τη νοσηλεία της όσο και την ημέρα αφαίρεσης του νάρθηκα απεδείκνυαν ικανοποιητική πορεία ανάταξης του κατάγματος. Η υπόθεση εκδικάστηκε περαιτέρω σε *Διοικητικό Εφετείο* (ΔΕφΑθ 61/2015), μετά από έφεση της ασθενούς, κατά την οποία ζητήθηκε η εξαφάνιση της οριστικής απόφασης του Πρωτοδικείου. Η έφεση απορρίφθηκε, καθώς δεν αποδείχθηκε καμία αμέλεια εκ μέρους των ιατρών του εφεσίβλητου νοσοκομείου, γεγονός που καταδεικνύεται από την αθώωση του ειδικευόμενου ιατρού, που παρακολούθησε την ασθενή από την ημέρα εισαγωγής της στο νοσοκομείο έως και την έξοδό της από αυτό, από το Τριμελές Εφετείο (ΔΕφΑθ 2224/2006), σύμφωνα με την απόφαση του οποίου η ανάταξη του κατάγματος της εκκαλούσας ήταν σωστή. Η υπόθεση έκλεισε 5 χρόνια μετά την κατάθεση της αγωγής.

### **ANTIBPAXIO (Συνολικά 3 υποθέσεις)**

#### **Περιστατικό 15**

Ασθενής, άρρεν, ηλικίας 49 ετών, διακομίσθηκε στο ΤΕΠ νομαρχιακού γενικού νοσοκομείου, μετά από τραυματισμό του αριστερού άνω άκρου, που υπέστη χειριζόμενος μηχανή ζύμωσης. Εκεί διαπιστώθηκε ατελής μη βιώσιμος ακρωτηριασμός του αριστερού άνω άκρου και για το λόγο αυτό ο ασθενής διακομίσθηκε σε ειδική μονάδα περιφερειακού πανεπιστημιακού γενικού νοσοκομείου γειτονικής πόλης. Μετά από εισαγωγή στην ορθοπαιδική κλινική του δεύτερου νοσοκομείου και αφού προηγήθηκε προεγχειρητικός έλεγχος, ο ασθενής υποβλήθηκε σε χειρουργική επέμβαση επανασυγκόλλησης, την ίδια μέρα που είχε πραγματοποιηθεί ο τραυματισμός. Διεγχειρητικά πραγματοποιήθηκε οστεοσύνθεση αμφότερων των οστών του

αντιβραχίου, αναστόμωση της ωλένιας και κερκιδικής αρτηρίας με χρήση φλεβικών μοσχευμάτων και αποκατάσταση του κερκιδικού νεύρου. Μετεγχειρητικά χορηγήθηκε συστηματικά αντιπηκτική, αντιαιμοπεταλιακή και αντιβιοτική φαρμακευτική αγωγή, ενώ πραγματοποιήθηκαν πολλαπλοί χειρουργικοί καθαρισμοί του τραύματος υπό άσηπτες συνθήκες, εντός της χειρουργικής αίθουσας.

Την δέκατη μετεγχειρητική ημέρα ο ασθενής παρουσίασε αιφνίδια ισχαιμία των δακτύλων με συνοδό έντονο άλγος, οπότε και οδηγήθηκε στο χειρουργείο, όπου διαπιστώθηκε θρόμβωση των αναστομώνσεων και για το λόγο αυτό έγιναν θρομβεκτομές, ενώ αντικαταστάθηκαν τα πρώτα μοσχεύματα με καινούρια φλεβικά μοσχεύματα. Εντούτοις συνεχίστηκε ο σχηματισμός θρόμβων, καθώς και οι προσπάθειες θρομβεκτομής και αναθεώρησης των αναστομώνσεων, ωστόσο η επαναιμάτωση των δακτύλων δεν επανήλθε παρά προσωρινά, οπότε και πάρθηκε η απόφαση για καθυστερημένο ακρωτηριασμό του αριστερού άνω άκρου. Την δωδέκατη μετεγχειρητική ημέρα ο ασθενής παρουσίασε σημεία ισχαιμίας στο αριστερό κάτω άκρο, ενώ ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε απόφραξη τόσο στην αριστερή βραχιόνιο αρτηρία, όσο και στην αριστερή μηριαία αρτηρία. Λόγω της ανάγκης επείγουσας αγγειοχειρουργικής αντιμετώπισης, ο ασθενής διακομίστηκε σε αντίστοιχη μονάδα, όπου διαγνώστηκε απόφραξη της λαγονίου αρτηρίας αριστερά και γάγγραινα του αριστερού άνω άκρου, και για τον λόγο αυτό πραγματοποιήθηκε εμβολεκτομή στις αρτηρίες του αριστερού κάτω άκρου. Την επομένη της εμβολεκτομής, και παρουσία του ορθοπαιδικού που πραγματοποίησε την επανασυγκόλληση του αριστερού άνω άκρου, πραγματοποιήθηκε ακρωτηριασμός του κάτωθεν του αγκώνα. Κατά τη νοσηλεία του ασθενή στην αγγειοχειρουργική κλινική πραγματοποιήθηκαν περαιτέρω απεικονιστικές εξετάσεις, που ανέδειξαν την παρουσία θρόμβων στις αρτηρίες του αριστερού κάτω άκρου, καθώς στην περιοχή του αριστερού κόλπου της καρδιάς.

Ο ασθενής κατέθεσε αγωγή κατά του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου ισχυριζόμενος ότι δεν επεδείχθη η δέουσα επιμέλεια από τους θεράποντες ιατρούς κατά το

μετεγχειρητικό στάδιο της νοσηλείας του, με συνέπεια τον ακρωτηριασμό του αριστερού άνω άκρου του, ο οποίος προήλθε ως αποτέλεσμα σήψης.

Η υπόθεση εκδικάστηκε σε *Διοικητικό Πρωτοδικείο* (ΔΠρωτΛαρ 384/2012) και η αγωγή *απορρίφθηκε*, καθώς δεν στοιχειοθετήθηκε ο ισχυρισμός του ασθενή ότι ο ακρωτηριασμός του αριστερού άνω άκρου ήταν το αποτέλεσμα σήψης που δεν αναγνωρίστηκε και δεν αντιμετωπίστηκε άμεσα. Ο ακρωτηριασμός ήταν αποτέλεσμα των πολλαπλών αρτηριακών αποφράξεων μετά την επανασυγκόλληση, αποφράξεις που προέκυψαν λόγω του συνδρόμου λευκού θρόμβου (σύνδρομο αντισωμάτων στην ηπαρίνη) που ανέπτυξε ο ασθενής και το οποίο επιβεβαιώθηκε τόσο από αιματολογικό όσο και γονιδιακό έλεγχο. Η υπόθεση έκλεισε 5 χρόνια μετά την κατάθεση της αγωγής.

### **Περιστατικό 16**

Ασθενής, άρρεν, ηλικίας 21 ετών, εισήχθη στην ορθοπαιδική κλινική γενικού κρατικού νοσοκομείου, λόγω κατάγματος σε αμφότερα οστά του αριστερού αντιβραχίου και κατάγματος Monteggia στον δεξιό αγκώνα, συνεπεία τροχαίου ατυχήματος. Για την αντιμετώπισή τους πραγματοποιήθηκε ανάταξη και εσωτερική οστεοσύνθεση με πλάκα και βίδες των καταγμάτων της κερκίδας και της ωλένης του αριστερού αντιβραχίου, καθώς και του κατάγματος της ωλένης δεξιά, και ανάταξη του εξάρθρηματος της κεφαλής της κερκίδας δεξιά. Τέσσερις μέρες αργότερα εξήλθε από το νοσοκομείο σε καλή γενική κατάσταση. Τρεις μήνες αργότερα ο ασθενής εισήχθη και πάλι στην ορθοπαιδική κλινική, καθώς παρουσίασε θραύση του υλικού οστεοσύνθεσης της αριστερής κερκίδας. Για το λόγο αυτό υπεβλήθη σε εγχείρηση, όπου αφαιρέθηκε το υλικό της οστεοσύνθεσης και τοποθετήθηκε νέο υλικό. Δεκαεφτά μέρες αργότερα επανεισήχθη, λόγω φλεγμονής του αριστερού αντιβραχίου επί εδάφους εσωτερικής οστεοσύνθεσης. Για το λόγο αυτό υπεβλήθη σε χειρουργικό καθαρισμό και έλαβε ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή. Τέσσερα χρόνια μετά το συμβάν, ο ασθενής επανεισήχθη στην ίδια ορθοπαιδική κλινική, λόγω θραύσης των υλικών οστεοσύνθεσης δεξιάς ωλένης και ψευδάρθρωση αυτής. Για τον λόγο αυτό υποβλήθηκε σε χειρουργική επέμβαση αλλαγής του

υλικού οστεοσύνθεσης στη δεξιά ωλένη, ενώ σε καλλιέργεια του αφαιρεθέντος υλικού απομονώθηκε *proteus spp* και *staphylococcus coagulase* αρνητικό. Δύο χρόνια αργότερα ο ασθενής εισήχθη στην ορθοπαιδική κλινική άλλου νοσοκομείου, λόγω περιπροσθετικού κατάγματος αριστερής κερκίδας, μετά από πτώση εξ 'ιδίου ύψους, το οποίο αντιμετωπίστηκε συντηρητικά. Τέλος, 7 χρόνια μετά το αρχικό συμβάν ο ασθενής υπεβλήθη σε χειρουργική επέμβασης αφαίρεσης των υλικών οστεοσύνθεσης από τα δύο αντιβράχια, καθώς και σε επέμβαση Karandji, λόγω χρόνιου εξάρθρηματος της δεξιάς κερκιδωλενικής άρθρωσης.

Ο ασθενής κατέθεσε αγωγή κατά του νοσοκομείου στο οποίο αντιμετωπίστηκαν αρχικά τα κατάγματα του. Υποστήριξε ότι κατά τη νοσηλεία του εκεί προσβλήθηκε από τα παθογόνα μικρόβια που ανέδειξαν οι καλλιέργειες των υλικών οστεοσύνθεσης, με αποτέλεσμα την οστεομυελίτιδα. Υποστήριξε ότι η προσβολή του από τα μικρόβια αυτά ήταν το αποτέλεσμα πλημμελούς χειρουργικής τεχνικής και ελλειπών μέτρων προφύλαξης. Λόγω της οστεομυελίτιδας αναγκάστηκε να παραμείνει κλινήρης και μακριά από την εργασία του για μεγάλο χρονικό διάστημα, ενώ αποτέλεσμά της υπήρξε και το περιπροσθετικό κάταγμα που υπέστη στο αριστερό του αντιβράχιο.

Η υπόθεση εκδικάστηκε σε *Διοικητικό Πρωτοδικείο* (ΔΠρωτΠειρ 2220/2019). Έχει αναβληθεί η έκδοση οριστικής απόφασης, καθώς έχουν ζητηθεί από τον ενάγοντα περαιτέρω αποδείξεις που να στοιχειοθετούν αμέλεια των χειρουργών του εναγόμενου νοσοκομείου.

### **Περιστατικό 17**

Ασθενής, άρρεν, ηλικίας 7 ετών την εποχή του συμβάντος, μεταφέρθηκε από τους γονείς του στο Κέντρο Υγείας (Κ.Υ.) νησιού λόγω κάκωσης του αριστερού αντιβραχίου. Μετά από εξέταση και ακτινολογικό έλεγχο διαγνώστηκε κάταγμα στο άπω άκρο της αριστερής κερκίδας και ωλένης, το οποίο έγινε προσπάθεια ανάταξης και τοποθετήθηκε γυψονάρθηκας. Κατά την παρακολούθηση του ασθενή, στο πλησιέστερο νοσοκομείο που διέθετε ορθοπαιδικό χειρουργό, πραγματοποιήθηκαν περαιτέρω ακτινολογικές απεικονίσεις, χωρίς να εκφραστεί καμία ανησυχία των θεραπόντων σχετικά με την πορεία επούλωσης του κατάγματος, ενώ ο

ασθενής ανέφερε εμμένοντα πόνο και δυσκολία στην κίνηση του αριστερού αντιβραχίου. Ωστόσο, κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης διαπιστώθηκε παρεκτόπιση του πωρωθέντος κατάγματος και για τον λόγο αυτό επισκέφτηκε με τους γονείς του ιδιωτική κλινική σε άλλη πόλη, όπου και πραγματοποιήθηκε κλειστή ανάταξη του κατάγματος με επανακάταγμα του οστού και επανατοποθέτηση σε γυψονάρθηκα, 2 μήνες μετά το συμβάν.

Οι γονείς άσκησαν αγωγή κατά του κέντρου υγείας όπου αρχικά αντιμετωπίστηκε το κάταγμα του ανήλικου γιου τους, καθώς και κατά του νοσοκομείου, όπου έγινε η διάγνωση της πώρωσης σε πλημμελή θέση. Υποστήριξαν ότι λόγω της πλημμελούς αντιμετώπισης και παρακολούθησης της ως άνω αναφερόμενης κάκωσης ο γιος τους βίωσε παρατεταμένο πόνο και ταλαιπωρία.

Η υπόθεση εκδικάστηκε σε *Διοικητικό Πρωτοδικείο* (ΔΠρωτΒολ 113/2019), όπου η αγωγή *απορρίφθηκε*, καθώς δεν μπόρεσε να στοιχειοθετηθεί αμέλεια των ιατρών του εναγόμενου νοσοκομείου. Η παρεκτόπιση του κατάγματος κατά την πορεία της επούλωσής του ήταν σε αποδεκτή θέση και δεν απαιτούσε καμία νέα επέμβαση, ενώ τα συμπτώματα του πόνου και της δυσκολίας στην κίνηση που βίωνε ο ασθενής περιλαμβάνονται στα συνήθη συμπτώματα των ασθενών με αντίστοιχη κάκωση. Αντιθέτως, η κλειστή ανάταξη με επανακάταγμα δεν αποτελεί πρακτική σύμφωνη με τα διδάγματα της ιατρικής επιστήμης και τέχνης και τα διδάγματα της κοινής λογικής. Η υπόθεση έκλεισε 11 χρόνια μετά την κατάθεση της αγωγής.

## **ΑΓΚΩΝΑΣ (Συνολικά 2 υποθέσεις)**

### **Περιστατικό 18**

Ασθενής, άρρεν, εισήχθη στην ορθοπαιδική κλινική γενικού νοσοκομείου και παρέμεινε για χρονικό διάστημα ενός μηνός, λόγω τραυματισμού του σε τροχαίο ατύχημα. Συνεπεία του ατυχήματος αυτού υπέστη εξάρθρωμα του δεξιού αγκώνα, ανοιχτό κάταγμα του ωλεκράνου

δεξιά και εγκάρσιο κάταγμα της μεσότητας του αριστερού βραχιονίου οστού. Επιπλέον, υπέστη κάταγμα έξω σφυρού και εξάρθρωμα της ποδοκνημικής άρθρωσης του αριστερού κάτω άκρου. Η θεραπευτική προσέγγιση των καταγμάτων του άνω άκρου ήταν συντηρητική και περιελάμβανε ανάταξη του εξαρθήματος του δεξιού αγκώνα και εφαρμογή βραχιονοπηχεοκαρπικού γυψονάρθηκα, εφαρμογή V-slap στο κάταγμα του αριστερού βραχιονίου οστού και εφαρμογή ωμοβραχιονίου κηδεμόνα τύπου Samiento στο αριστερό άνω άκρο.

Ο ασθενής κατέθεσε αγωγή κατά του νοσοκομείου και των ιατρών της ορθοπαιδικής κλινικής, υποστηριζόμενος ότι η μειωμένη κινητικότητα του αριστερού του αγκώνα, καθώς και η παραμόρφωση-δυσμορφία του αριστερού του βραχίονα ήταν αποτέλεσμα πλημμελούς αντιμετώπισης από τους ιατρούς του εναγόμενου νοσοκομείου. Συγκεκριμένα υποστήριξε ότι έπρεπε να είχε ακολουθηθεί χειρουργική, και όχι συντηρητική, προσέγγιση για την αντιμετώπιση των κακώσεων του άνω άκρου.

Η υπόθεση εκδικάστηκε σε *Διοικητικό Πρωτοδικείο* (ΔΠρωτΠειρ 7744/2017), όπου ***απορρίφθηκε***, καθώς δεν στοιχειοθετήθηκε αμέλεια των ιατρών του εναγόμενου νοσοκομείου. Ο ασθενής αναφέρθηκε στην αγωγή του σε περιορισμένη κινητικότητα του αριστερού αγκώνα, λόγω συντηρητικής αντιμετώπισης της κάκωσης, παρότι το κάταγμα-εξάρθρωμα είχε συμβεί στον δεξιό αγκώνα. Επιπλέον, σύμφωνα με τις καταθέσεις ορθοπαιδικών χειρουργών, η συντηρητική των εγκαρσίων καταγμάτων του βραχιονίου οστού είναι η εξ' ορισμού αντιμετώπιση, ενώ για την χειρουργική αντιμετώπισή τους υπάρχουν αυστηρές προϋποθέσεις, οι οποίες και δεν συνέτρεχαν στη συγκεκριμένη περίπτωση. Η υπόθεση έκλεισε 2 χρόνια μετά την κατάθεση της αγωγής.

### **Περιστατικό 19**

Ασθενής, άρρεν, ηλικίας 40 χρόνων, εισήχθη στην ορθοπαιδική κλινική γενικού νοσοκομείου, λόγω τραυματισμού του σε τροχαίο ατύχημα. Συνεπεία του ατυχήματος υπέστη κάταγμα της αριστερής ποδοκνημικής άρθρωσης και κάταγμα του αριστερού ωλεκράνου. Η θεραπευτική

προσέγγιση του κατάγματος του άνω άκρου ήταν χειρουργική και περιελάμβανε ανάταξη και εσωτερική οστεοσύνθεση.

Λόγω εμμενόντων πόνων τόσο στην ποδοκνημική άρθρωση όσο και στον αγκώνα, ο ασθενής, τρία χρόνια μετά το ατύχημα, μετέβη σε κλινική του εξωτερικού για περαιτέρω εκτίμηση του προβλήματος του και αντιμετώπιση. Κατά την εκτίμηση εκεί προέκυψε βράχυνση του αριστερού κάτω άκρου και ραχιαίος γωνιασμός του αστραγάλου, ενώ η άρθρωση του αγκώνα παρουσίαζε κενό 1 εκατοστού, με έλλειμμα έκτασης 30 μοιρών. Ο ασθενής υπεβλήθη σε νέες χειρουργικές επεμβάσεις αποκατάστασης στις δύο αρθρώσεις στο νοσοκομείο του εξωτερικού.

Ο ασθενής κατέθεσε αγωγή κατά του νοσοκομείου και του ορθοπαιδικού χειρουργού που πραγματοποίησε τις παραπάνω δύο χειρουργικές επεμβάσεις, υποστηρίζοντας ότι ο χειρουργός δεν επέδειξε την απαιτούμενη επιμέλεια και δεν εφάρμοσε την ενδεδειγμένη ιατρική μέθοδο, με αποτέλεσμα λειτουργικό έλλειμμα του αριστερού του αγκώνα και της αριστερής ποδοκνημικής άρθρωσης.

Η υπόθεση εκδικάστηκε σε *Διοικητικό Πρωτοδικείο* (ΔΠρωτΑθ 17051/2017, 9331/2019), όπου η αγωγή έγινε *δεκτή*. Αποδείχθηκε αμέλεια του ορθοπαιδικού χειρουργού στην αντιμετώπιση και των δύο κακώσεων. Ορίστηκε ως χρηματική αποζημίωση του ασθενή το ποσό των €43.058.

Η υπόθεση έκλεισε 10 χρόνια μετά την κατάθεση της αγωγής.

### **ΩΜΟΣ (Συνολικά 3 υποθέσεις)**

#### **Περιστατικό 20**

Ασθενής, θήλυ, ηλικίας 63 χρόνων, με ιστορικό οστεοαρθρίτιδας του δεξιού ώμου, υπεβλήθη προγραμματισμένα σε χειρουργική επέμβαση αντικατάστασης της κεφαλής του δεξιού βραχιονίου οστού δια μεταλλικής πρόθεσης. Κατά τη διάρκεια της επέμβασης αυτής επισυνέβη

επίμηκες κάταγμα της διάφυσης του βραχιονίου οστού, η αποκατάσταση του οποίου πραγματοποιήθηκε άμεσα, ενώ στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο διαπιστώθηκε πάρεση του κερκιδικού νεύρου, δεξιά. Ένα χρόνο μετά την χειρουργική επέμβαση, σε επανεξέταση από τον ορθοπαιδικό χειρουργό που πραγματοποίησε την επέμβαση, διαπιστώθηκε ότι η λειτουργία του κερκιδικού νεύρου στο δεξιό άνω άκρο δεν είχε αποκατασταθεί, με αποτέλεσμα η ασθενής να μην μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί και να εργαστεί.

Η ασθενής κατέθεσε αγωγή εναντίον του χειρουργού, υποστηρίζοντας ότι η μόνιμη βλάβη στο δεξί χέρι της, μετά το πέρας της χειρουργικής επέμβασης ημιαρθροπλαστικής, ήταν το αποτέλεσμα εσφαλμένων χειρισμών του ορθοπαιδικού χειρουργού. Συγκεκριμένα υποστήριξε ότι ο ορθοπαιδικός χειρουργός έδειξε αμέλεια κατά την πραγματοποίηση της ημιαρθροπλαστικής του ώμου και κυρίως κατά την ανάταξη του κατάγματος της διάφυσης του βραχιονίου οστού, με αποτέλεσμα την κάκωση του δεξιού κερκιδικού νεύρου.

Η υπόθεση εκδικάστηκε σε *Διοικητικό Πρωτοδικείο* (ΔΠρωτΑθ 4277/2011), όπου η αγωγή έγινε **δεκτή** και ορίστηκε ως αποζημίωση της ασθενούς το ποσό των €26.705. Η υπόθεση έκλεισε εντός 3 χρόνων από την κατάθεση της αγωγής.

### **Περιστατικό 21**

Ασθενής, θήλυ, εισήχθη προγραμματισμένα στην ορθοπαιδική κλινική πανεπιστημιακού νοσοκομείου, προκειμένου να υποβληθεί σε αρθροσκόπηση του αριστερού της ώμου και αφαίρεση των τόφων ασβεστίου μέσα από το τενόντιο πέταλο των στροφέων του αριστερού της ώμου, λόγω παρουσίας ευμεγεθών επασβεστώσεων στο όριο της κατάφυσης του τένοντα του υπερακανθίου και υπακανθίου μυών, ως επί ασβεστοποιού τενοντίτιδας. Η ανάρρωσή της ήταν χωρίς επιπλοκές, ενώ κατά τη μετεγχειρητική της πορεία ακολούθησε εντατικό πρόγραμμα φυσιοθεραπείας, σύμφωνα με τις οδηγίες των θεραπόντων χειρουργών. Πέντε μήνες μετά την αρθροσκόπηση, η ασθενής πραγματοποίησε μαγνητική τομογραφία του αριστερού ώμου της, η οποία ανέδειξε ρήξη στο μέσο και οπίσθιο τμήμα του τένοντα του υπερακανθίου μυός. Ακολούθως η ασθενής επισκέφτηκε τους ιατρούς του εναγόμενου

νοσοκομείου, οι οποίοι, βασιζόμενοι στα απεικονιστικά ευρήματα και στα ευρήματα της κλινικής εξέτασης, που συνηγορούσαν υπέρ παγωμένου αριστερού ώμου, συνέστησαν συνέχιση της φυσιοθεραπείας. Αντίστοιχες ήταν και οι συστάσεις που της δόθηκαν από διαφορετικό ορθοπαιδικό χειρουργό και από φυσίατρο, τους οποίους ανεξάρτητα επισκέφθηκε η ασθενής. Η ασθενής ακολούθησε το πρόγραμμα αυτό και σε επαναληπτική μαγνητική τομογραφία, που πραγματοποιήθηκε 9 μήνες μετά το χειρουργείο, αναδείχθηκε ρήξη του υπερακανθίου τένοντα με συνοδό ενδαρθρικό υγρό. Με τα ευρήματα αυτά, η ασθενής επισκέφθηκε ιδιώτη ορθοπαιδικό χειρουργό, ο οποίος της συνέστησε συρραφή του υπερακανθίου τένοντα και συμφυσιόλυση στον αριστερό ώμο, αρθροσκοπικά, και η οποία πραγματοποιήθηκε 10 μήνες μετά την αρχική αρθροσκόπηση.

Η ασθενής κατέθεσε αγωγή κατά του νοσοκομείου και των ορθοπαιδικών χειρουργών που πραγματοποίησαν τη χειρουργική επέμβαση του αριστερού της ώμου. Υποστήριξε ότι οι χειρουργοί δεν κατέβαλλαν την ιδιαίτερη επιμέλεια και προσοχή που όφειλαν, με αποτέλεσμα να προκαλέσουν ρήξη του υπερακανθίου τένοντα. Επιπλέον, υποστήριξε ότι λανθασμένα επιλέχθηκε η αρθροσκοπική προσέγγιση για την αφαίρεση των τόφων ασβεστίου, καθώς, λόγω του μεγέθους τους, η ανοιχτή προσπέλαση ήταν η κατάλληλη μέθοδος.

Η υπόθεση εκδικάστηκε σε *Διοικητικό δικαστήριο* (ΔΠρωτΛαρ 1317/2018). Έχει αναβληθεί η έκδοση οριστικής απόφασης, καθώς έχει οριστεί η διενέργεια ιατρικής πραγματογνωμοσύνης.

## **Περιστατικό 22**

Ασθενής, θήλυ, ηλικίας 63 χρόνων, εισήχθη προγραμματισμένα στην ορθοπαιδική κλινική γενικού, περιφερειακού νοσοκομείου, προκειμένου να υποβληθεί σε αρthroπλαστική δεξιού ώμου, λόγω οστεοαρθρίτιδας. Μία εβδομάδα μετά την εισαγωγή της υπεβλήθη σε ολική αρthroπλαστική δεξιού ώμου, τύπου Equinox. Η ανάρρωσή της υπήρξε ικανοποιητική, ενώ μετεγχειρητικά η ασθενής ακολούθησε πρόγραμμα κινησιοθεραπείας. Σε επανεξέταση, 3 μήνες αργότερα, διαπιστώθηκε δυσκαμψία του δεξιού ώμου και πόνος, που αποδόθηκε σε

υπακρωμιακή προστριβή, πιθανόν λόγω υψηλής θέσης της κεφαλής της πρόθεσης, ενώ η ασθενής συνέχισε το πρόγραμμα της κινησιοθεραπείας. Πέντε μήνες αργότερα, η ασθενής υπεβλήθη σε αρθροσκοπική συμφυσιόλυση του δεξιού ώμου, λόγω μετεγχειρητικής δυσκαμψίας, σε διαφορετικό νοσοκομείο. Ενάμιση χρόνο μετά από την διενέργεια της ολικής αρθροπλαστικής, η ασθενής εισήλθε σε τρίτο νοσοκομείο, όπου υπεβλήθη σε αναθεώρηση και τοποθέτησης αναστροφής ολικής αρθροπλαστικής δεξιού ώμου, λόγω εμμένοντος πόνου και ρήξης του μυοτενοντίου πετάλου.

Η ασθενής κατέθεσε αγωγή κατά του νοσοκομείου και του ορθοπαιδικού χειρουργού που πραγματοποίησε την ολική αρθροπλαστική, υποστηρίζοντας ότι υπήρξε αμέλεια του χειρουργού, με αποτέλεσμα τη μετεγχειρητική επιδείνωση της κατάστασης του δεξιού της ώμου. Συγκεκριμένα υποστήριξε ότι ο ορθοπαιδικός χειρουργός προέβη σε λανθασμένη επιλογή υλικών για την πραγματοποίηση της ολικής αρθροπλαστικής, με αποτέλεσμα βαριά μετεγχειρητική αρθρίτιδα, η οποία δεν αντιμετωπίστηκε ούτε με τις επακολουθήσασες χειρουργικές επεμβάσεις ούτε με το παρατεταμένο και συνεχές πρόγραμμα φυσιοθεραπείας και ενδυνάμωσης που αυτή ακολούθησε.

Η υπόθεση εκδικάστηκε σε *Διοικητικό Πρωτοδικείο* (ΔΠρωτΑθ 8572/2019), όπου η αγωγή έγινε *δεκτή*, καθώς ο ορθοπαιδικός χειρουργός που πραγματοποίησε την ολική αρθροπλαστική ομολόγησε την λανθασμένη επιλογή πρόθεσης διεγχειρητικά. Ορίστηκε το ποσό των €10.000 ως χρηματική αποζημίωση για την ασθενή. Η υπόθεση έκλεισε 4 χρόνια μετά την κατάθεση της αγωγής.

## **ΒΡΑΧΙΟΝΙΟ ΠΛΕΓΜΑ (Συνολικά 6 υποθέσεις)**

### **Περιστατικό 23**

Γυναίκα, πρωτοτόκος, γέννησε με φυσιολογικό τοκετό νεογνό, θήλυ, βάρους 3.300 γραμμαρίων. Ο τοκετός πραγματοποιήθηκε από τον γυναικολόγο-μαιευτήρα που

παρακολουθούσε την ενάγουσα καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης της. Διενεργήθηκε δε χωρίς τη χρήση επικουρικών εργαλείων. Άμεσα μετά τον τοκετό, το νεογνό διεγνώσθη με παράλυση βραχιονίου πλέγματος τύπου Erb αριστερά, για την οποία υπεβλήθη σε εντατικό πρόγραμμα φυσιοθεραπείας επί μακρό χρονικό διάστημα. Σε ηλικία 5 ετών το παιδί διεγνώσθη με ποσοστό αναπηρίας 35%.

Οι γονείς του νεογνού κατέθεσαν αγωγή κατά του γυναικολόγου-μαιευτήρα που πραγματοποίησε τον τοκετό, ισχυριζόμενοι ότι η πάρεση του βραχιονίου πλέγματος της κόρης τους οφείλεται σε αμέλεια του ιατρού, ο οποίος μη καταβάλλοντας τη σύνεση και προσοχή που όφειλε προέβη σε βίαιους μαιευτικούς χειρισμούς, τραβώντας το έμβρυο με δύναμη από την αριστερή ωμοπλάτη.

Η υπόθεση εκδικάστηκε σε *Πρωτοδικείο* (26/2007), όπου η αγωγή έγινε **δεκτή**. Ορίστηκε ως χρηματική αποζημίωση το ποσό €49.602,21 για το νεογνό που υπέστη την πάρεση. Η υπόθεση εκδικάστηκε περαιτέρω στο *Εφετείο* (03/2009), καθώς οι γονείς του νεογνού διεκδίκησαν υψηλότερη αποζημίωση, ωστόσο η έφεσή τους απορρίφθηκε. Η υπόθεση έκλεισε 12 χρόνια μετά την κατάθεση της αγωγής.

#### **Περιστατικό 24**

Γυναίκα, πρωτοτόκος, γέννησε με φυσιολογικό τοκετό με την εφαρμογή της μεθόδου της συκιουλκίας νεογνό, θήλυ, βάρους 3.760 γραμμαρίων. Κατά τον τοκετό διαπιστώθηκε δυστοκία ώμων του εμβρύου, ενώ το νεογνό έφερε περιτύλιξη του ομφαλίου λώρου στον αυχένα και δεξιό ώμο. Άμεσα μετά τον τοκετό, το νεογνό διεγνώσθη με παράλυση του βραχιονίου πλέγματος, τύπου Duchene-Erb, δεξιά, για την οποία υπεβλήθη σε εντατικό πρόγραμμα φυσιοθεραπείας, επί μακρό χρονικό διάστημα.

Οι γονείς κατέθεσαν αγωγή κατά του νοσοκομείου και των γυναικολόγων-μαιευτήρων που πραγματοποίησαν τον τοκετό, ισχυριζόμενοι ότι αυτοί δεν επέδειξαν τη δέουσα προσοχή και επιμέλεια κατά την παρακολούθηση της κύησης, με αποτέλεσμα την ταλαιπωρία της

ενάγουσα κατά τη διάρκεια του τοκετού και την σοβαρότατη κάκωση στο δεξιό άνω άκρο του νεογνού, ενόψει της αδικαιολόγητης επιλογής της μεθόδου της συκιουλκίας, έναντι της ενδεδειγμένης επιλογής της καισαρικής τομής.

Η υπόθεση εκδικάστηκε σε *Διοικητικό Πρωτοδικείο* (ΔΠρωτΘεσ 183/2015), όπου η αγωγή *απορρίφθηκε*. Δεν μπόρεσε να στοιχειοθετηθεί αμέλεια των γυναικολόγων-μαιευτήρων ως προς την επιλογή της μεθόδου του τοκετού. Κατά την παρακολούθηση της κύησης δεν προέκυψε κανένα στοιχείο (ανάπτυξη εμβρύου, βάρος εμβρύου, υγεία εγκυμονούσας) που να καθορίζει την επιλογή της καισαρικής τομής ως ενδεδειγμένης μεθόδου τοκετού. Η δυστοκία των ώμων είναι κατάσταση που δεν θα μπορούσε να είναι γνωστή εκ των προτέρων, ενώ η χρήση της συκίας υπήρξε δικαιολογημένη, καθώς αποτελεί κοινή πρακτική. Η υπόθεση έκλεισε 8 χρόνια μετά την κατάθεση της αγωγής.

### **Περιστατικό 25**

Γυναίκα, ηλικίας 32 χρόνων, γέννησε με φυσιολογικό τοκετό με την εφαρμογή της μεθόδου της συκιουλκίας νεογνό, θήλυ, βάρους 4.000 γραμμαρίων, Κατά τον τοκετό διαπιστώθηκε δυστοκία ώμων του εμβρύου και για το λόγο αυτό πραγματοποιήθηκαν από τον γυναικολόγο-μαιευτήρα μια σειρά μαιευτικών χειρισμών, προκειμένου να απελευθερωθεί ο ενσφηνωμένος ώμος του εμβρύου. Το νεογνό, άμεσα μετά την έξοδό του, παρουσίασε ταχύπνοια, εκχυμωτικό προσωπείο, γογγυσμό, κεφαλαιμάτωμα βρεγματοϊνιακής χώρας και καθολική πάρεση βραχιονίου πλέγματος αριστερά. Το νεογνό υπεβλήθη σε χειρουργική αποκατάσταση του αριστερού βραχιονίου πλέγματος σε νοσοκομείο του εξωτερικού, ωστόσο η υπολειπόμενη αναπηρία ανέρχεται σε ποσοστό 67%.

Οι γονείς του νεογνού κατέθεσαν μήνυση κατά του γυναικολόγου-μαιευτήρα που πραγματοποίησε τον τοκετό, ισχυριζόμενοι ότι ο γυναικολόγος-μαιευτήρας εσφαλμένα δεν επέλεξε την καισαρική τομή ως την κατάλληλη μέθοδο διεξαγωγής του τοκετού, με αποτέλεσμα την ταλαιπωρία της ενάγουσας κατά τη διάρκεια του τοκετού και την σοβαρότατη κάκωση στο αριστερό άνω άκρο του νεογνού. Η υπόθεση εκδικάστηκε στο *Πλημμελειοδικείο*

(ΠλημΠατρ 2376/2016), όπου ο εμπλεκόμενος ιατρός *αθωώθηκε*. Δεν μπόρεσε να στοιχειοθετηθεί αμέλεια του μαιευτήρα, καθώς κατά την διάρκεια της παρακολούθησης της κύησης δεν προέκυψε κανένα στοιχείο που να καθορίζει την επιλογή της καισαρικής τομής ως ενδεδειγμένης μεθόδου τοκετού. Περαιτέρω, η δυστοκία των ώμων είναι κατάσταση που δεν θα μπορούσε να είναι γνωστή εκ των προτέρων, ενώ ο μαιευτήρας έκανε όλους τους κοινώς αναγνωρισμένους χειρισμούς για την αντιμετώπισή της. Η υπόθεση έκλεισε 4 χρόνια μετά την κατάθεση της αγωγής.

### **Περιστατικό 26**

Γυναίκα, ηλικίας 32 χρόνων, πρωτοτόκος, με γνωστό ιστορικό αντιφωσφολιπιδικού συνδρόμου, γέννησε με φυσιολογικό ιστορικό και κατόπιν χρήσης αναρροφητικού εμβρυουλκού νεογνό, άρρεν, βάρους 3.255 γραμμαρίων. Κατά την έξοδο του νεογνού διαπιστώθηκε δυστοκία ώμων, ωστόσο ο γυναικολόγος-μαιευτήρας δεν προχώρησε στους απαραίτητους κατά σειρά χειρισμούς που απαιτούνται για την ομαλή έκβαση της κατάστασης αυτής, παρά προχώρησε στη χρήση αναρροφητικού εμβρυουλκού. Άμεσα μετά τον τοκετό, το νεογνό διεγνώσθη με πάρεση βραχιονίου πλέγματος ανωτέρου τύπου (Erb) δεξιά με συνοδό σύνδρομο Horner. Σε ηλικία 3.5 μηνών το νεογνό μεταφέρθηκε σε νοσοκομείο του εξωτερικού, όπου υπεβλήθη σε τρεις χειρουργικές επεμβάσεις, προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα ελλείμματα που προκάλεσε η παράλυση του βραχιονίου πλέγματος στο δεξιό άνω άκρο του. Ο βαθμός αναπηρίας του προσδιορίστηκε σε ποσοστό άνω του 67% μετά τις χειρουργικές αυτές επεμβάσεις.

Οι γονείς του νεογνού κατέθεσαν αγωγή κατά του νοσοκομείου και του γυναικολόγου-μαιευτήρα που πραγματοποίησε τον τοκετό, ισχυριζόμενοι ότι ο γυναικολόγος-μαιευτήρας εσφαλμένα δεν επέλεξε την καισαρική τομή ως την κατάλληλη μέθοδο διεξαγωγής του τοκετού, με αποτέλεσμα την ταλαιπωρία της ενάγουσας κατά τη διάρκεια του τοκετού και την σοβαρότατη κάκωση στο αριστερό άνω άκρο του νεογνού. Πιο συγκεκριμένα, υποστήριζαν ότι η κύηση της ενάγουσας ήταν υψηλού κινδύνου, γεγονός που επέβαλε την καισαρική τομή ως

τη μέθοδο επιλογής για την πραγματοποίηση του τοκετού, ενώ ταυτόχρονα υπήρχαν παράγοντες κινδύνου που προμήνυαν την εμφάνιση δυστοκίας ώμων. Επιπλέον, υποστήριξαν ότι ακόμη και όταν διαπίστωσε τη δυστοκία των ώμων του νεογνού, ο μαιευτήρας δεν προέβη στους κατάλληλους ιατρικούς χειρισμούς, αλλά αντίθετα συνέχισε τη διεξαγωγή του τοκετού με την χρήση αναρροφητικού εμβρυουλκού.

Η υπόθεση εκδικάστηκε σε *Διοικητικό Πρωτοδικείο* (ΔΠρωτΠατρ 2078/2018), όπου η αγωγή έγινε **δεκτή**. Ορίστηκε ως χρηματική αποζημίωση των εναγόντων το ποσό των €201.697,07. Η υπόθεση έκλεισε 5 χρόνια μετά την κατάθεση της αγωγής.

### **Περιστατικό 27**

Γυναίκα, ηλικίας 33 χρόνων, τριτοτόκος, γέννησε με φυσιολογικό τοκετό νεογνό, θήλυ, βάρους 4.200 γραμμαρίων. Ωστόσο κατά τη διάρκεια του τοκετού διαπιστώθηκε δυστοκία ώμων, ενώ άμεσα μετά τον τοκετό το νεογνό διεγνώσθη με παράλυση βραχιονίου πλέγματος, τύπου Erb-Duchenne, δεξιά, για την οποία υπεβλήθη σε εντατικό πρόγραμμα φυσιοθεραπείας, επί μακρό χρονικό διάστημα.

Οι γονείς του νεογνού κατέθεσαν αγωγή κατά του νοσοκομείου και των γυναικολόγων-μαιευτήρων που πραγματοποίησαν τον τοκετό, ισχυριζόμενοι ότι οι ιατροί δεν επέδειξαν τη δέουσα προσοχή και επιμέλεια κατά την παρακολούθηση της κύησης, με αποτέλεσμα την αδικαιολόγητη επιλογή της μεθόδου του φυσιολογικού τοκετού, έναντι της ενδεδειγμένης επιλογής της καισαρικής τομής, και την συνεπακόλουθη δυστοκία ώμων, λόγω του μεγέθους και του βάρους του νεογνού, που είχε ως συνέπεια το νεογνό να υποστεί παράλυση του βραχιονίου πλέγματος δεξιά. Επιπρόσθετα, υποστήριξαν ότι η διενέργεια του τοκετού ανατέθηκε σε ειδικευόμενο ιατρό, παρότι ο ειδικευμένος ιατρός είχε την υποχρέωση να διενεργήσει τον τοκετό, ή τουλάχιστον να παρευρίσκεται εντός της αίθουσας του τοκετού ως επιβλέπουσα, προκειμένου να παρέμβει σε περίπτωση επιπλοκής. Ακολούθως, ο τοκετός διενεργήθηκε αποκλειστικά από τον ειδικευόμενο ιατρό, ο οποίος λόγω της απειρίας του και

της έλλειψης εξειδίκευσης, δεν ήταν σε θέση να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά την επιπλοκή της δυστοκίας των ώμων.

Η υπόθεση εκδικάστηκε σε *Διοικητικό Πρωτοδικείο* (ΔΠρωτΒερ 210/2017), όπου η αγωγή έγινε *δεκτή*. Ορίστηκε ως χρηματική αποζημίωση των εναγόντων το ποσό των €12.000.

Οι δύο εμπλεκόμενοι γυναικολόγοι δικάστηκαν επίσης και σε Τριμελές *Πλημμελειοδικείο* (ΠλημΒερ 1716/2012) με την κατηγορία της σωματικής βλάβης από συγκλίνουσα αμέλεια. Ο ειδικευόμενος ιατρός αθώωθηκε πρωτοδίκως, ενώ ο ειδικευμένος γυναικολόγος-μαιευτήρας κρίθηκε ένοχος για την ως άνω κατηγορία και καταδικάστηκε σε ποινή φυλάκισης δύο ετών, με τριετή αναστολή. Η ποινή μειώθηκε στους 18 μήνες, μετά από απόφαση του *Εφετείου* (ΕφΘεσ 629/2015). Η υπόθεση έκλεισε 4 χρόνια μετά την κατάθεση της αγωγής.

### **Περιστατικό 28**

Γυναίκα, ηλικίας 33 χρόνων, δευτερότοκος, γέννησε με φυσιολογικό τοκετό νεογνό, θήλυ, βάρους 4.265 γραμμαρίων. Κατά τη διάρκεια του τοκετού διαπιστώθηκε περιτύλιξη του ομφαλίου λώρου περί του αυχένα του νεογνού, καθώς και δυστοκία ώμων, η οποία αντιμετωπίστηκε με τους κατάλληλους ιατρικού χειρισμούς. Άμεσα μετά τον τοκετό διεγνώσθη πάρεση του βραχιονίου πλέγματος, ανωτέρου και κατωτέρου τύπου, και σύνδρομο Horner αριστερά. Το νεογνό υπεβλήθη σε εντατικό πρόγραμμα φυσιοθεραπείας, τόσο κατά την παραμονή του στο μαιευτήριο, όσο και κατά την έξοδό του από εκεί. Το νεογνό μετέβη αργότερα σε κέντρο του εξωτερικού, όπου υπεβλήθη σε χειρουργική επέμβαση, προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα ελλείμματα που προκάλεσε η παράλυση του βραχιονίου πλέγματος στο αριστερό άνω άκρο του. Ο βαθμός αναπηρίας του προσδιορίστηκε σε ποσοστό άνω του 67% μετά τις χειρουργικές αυτές επεμβάσεις.

Οι γονείς του νεογνού κατέθεσαν αγωγή κατά του νοσοκομείου και του γυναικολόγων-μαιευτήρων που πραγματοποίησαν τον τοκετό, ισχυριζόμενοι ότι οι αναστρέψιμες βλάβες

σωματικές βλάβες του νεογνού, εν προκειμένω η πάρεση ολόκληρου του βραχιονίου πλέγματος αριστερά, οφείλονται στις λανθασμένες ενέργειες των ιατρών αυτών. Πιο συγκεκριμένα, οι ιατροί δεν επέλεξαν την καισαρική τομή ως μέθοδο τοκετού, παρά το, γνωστό από το υπερηχογράφημα, αυξημένο βάρος του νεογνού, και ότι κατά τον φυσιολογικό τοκετό, προέβησαν πρόωρα σε εσφαλμένους χειρισμούς, οι οποίοι είχαν σαν αποτέλεσμα τον τραυματισμό του νεογνού.

Η υπόθεση εκδικάστηκε σε *Διοικητικό Πρωτοδικείο* (ΔΠρωτΑθ 6835/2017, 9053/2019), όπου η αγωγή έγινε *δεκτή*. Ορίστηκε ως χρηματική αποζημίωση των εναγόντων το ποσό των €153.437,57. Η υπόθεση έκλεισε 3 χρόνια μετά την κατάθεση της αγωγής.

### **ΤΡΑΧΗΛΙΚΗ ΧΩΡΑ-ΠΑΡΑΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΟ ΝΕΥΡΟ (συνολικά 3 υποθέσεις)**

#### **Περιστατικό 29**

Ασθενής, άρρεν, υπεβλήθη προγραμματισμένα σε χειρουργική επέμβαση αφαίρεσης λεμφαδένων της αριστερής τραχηλικής χώρας, καθώς είχε εμφανίσει λεμφαδενίτιδα, προφανώς ως επιπλοκή του αντιφυματικού εμβολιασμού του. Μετεγχειρητικά ο ασθενής παρουσίασε σοβαρά λειτουργικά και κινητικά προβλήματα στο αριστερό άνω άκρο και την ωμοπλάτη, ως συνέπεια της κάκωσης του αριστερού παραπληρωματικού νεύρου, κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης. Ακολούθως, ο ασθενής υπεβλήθη σε χειρουργική επέμβαση προς αποκατάσταση του παραπληρωματικού νεύρου, όπου διαπιστώθηκε διακοπή της συνεχείας του κάτω κλάδου του νεύρου με νευρικό έλλειμμα 4 εκατοστών, το οποίο και γεφυρώθηκε με νευρικό μόσχευμα, 7 μήνες μετά την επέμβαση της βιοψίας των λεμφαδένων.

Ο ασθενής κατέθεσε μήνυση κατά του χειρουργού που πραγματοποίησε την χειρουργική επέμβαση, υποστηρίζοντας ότι από έλλειψη επιμέλειας και προσοχής την οποία όφειλε από τις περιστάσεις και μπορούσε να καταβάλει ο χειρουργός, προκάλεσε κάκωση του παραπληρωματικού νεύρου κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης με αποτέλεσμα

σοβαρά κινητικά προβλήματα του αριστερού άνω άκρου του ασθενή. Επιπλέον, ο χειρουργός αποσιώπησε το γεγονός της βλάβης του νεύρου, με αποτέλεσμα να χαθεί χρόνος επτά μηνών μέχρι την υποβολή του ασθενούς σε χειρουργική αποκατάσταση του νεύρου.

Η υπόθεση εκδικάστηκε μόνο σε *αναθεωρητικό δικαστήριο* (ΑναθΔικΑθ 2008), όπου ο εμπλεκόμενος χειρουργός κηρύχθηκε *ένοχος* για την κατηγορία της σωματικής βλάβης από αμέλεια και του επιβλήθηκε ποινή φυλάκισης 8 μηνών με τριετή αναστολή. Η υπόθεση έκλεισε 7 χρόνια μετά την κατάθεση της αγωγής.

### **Περαστικό 30**

Ασθενής, άρρεν, εισήχθη στη χειρουργική κλινική γενικού νοσοκομείου, προκειμένου να υποβληθεί σε προγραμματισμένη χειρουργική αφαίρεση οζιδίου της δεξιάς τραχηλικής χώρας, υπό γενική αναισθησία. Η ιστολογική εξέταση του αφαιρεθέντος μορφώματος έδειξε καλοήθες νεόπλασμα μεσεγχυματικής προέλευσης περιβαλλομένου από κάψα, με μορφολογικά χαρακτηριστικά νευρεινωμάτος (Schwannoma). Μετεγχειρητικά ωστόσο ο ασθενής παρουσίασε αδυναμία απαγωγής του ώμου, καθώς και αδυναμία έξω στροφής του βραχίονα, η οποία και επιβεβαιώθηκε ηλεκτροφυσιολογικά. Η παραπάνω σωματική βλάβη αποδόθηκε σε διεγχειρητική κάκωση του παραπληρωματικού νεύρου, ενώ ο ασθενής κρίθηκε ανάπηρος σε ποσοστό 55%.

Ο ασθενής κατέθεσε αγωγή κατά του νοσοκομείου ισχυριζόμενος ότι αν και ακολουθήθηκε η ιατρικά ενδεδειγμένη μέθοδος για την αφαίρεση του όγκου από την περιοχή του τραχήλου, αυτή εφαρμόστηκε πλημμελώς, καθώς από εσφαλμένους χειρισμούς του χειρουργού που πραγματοποίησε την επέμβαση τραυματίστηκε το παραπληρωματικό νεύρο, με αποτέλεσμα τη μόνιμη αναπηρία του.

Η υπόθεση εκδικάστηκε σε *Διοικητικό Πρωτοδικείο* (ΔΠρωτΠατρ 2418/2017), ωστόσο δεν εκδόθηκε οριστική απόφαση, καθώς διατάχθηκε η διενέργεια πραγματογνωμοσύνης.

### Περιστατικό 31

Ασθενής, άρρεν, ηλικίας 42 χρόνων, προσήλθε προγραμματισμένα στη χειρουργική κλινική γενικού νοσοκομείου, προκειμένου να υποβληθεί σε βιοψία τραχηλικών λεμφαδένων δεξιά, υπό τοπική αναισθησία, καθώς ο προηγούμενος απεικονιστικός έλεγχος και ηβιοψία με λεπτή βελόνη έθεταν την υποψία λεμφοϋπερπλαστικής εξεργασίας. Από την ιστολογική εξέταση του αφαιρεθέντος μορφώματος προέκυψαν ευρήματα συμβατά με χαμηλού βαθμού κακοήθειας μη-Hodgkin λεμφώματος, Β-κυτταρικής αρχής. Μετεγχειρητικά, ο ασθενής παραπονέθηκε για αδυναμία απαγωγής του δεξιού άνω άκρου και για τον λόγο αυτό παραπέμφθηκε σε νευρολόγο. Μετά από ηλεκτροφυσιολογικό έλεγχο απεδείχθη αξονική βλάβη του παραπληρωματικού νεύρου δεξιά, ενώ ο ασθενής κρίθηκε ανάπηρος σε ποσοστό 36%.

Ο ασθενής κατέθεσε αγωγή κατά του νοσοκομείου, ισχυριζόμενος ότι ο χειρουργός που πραγματοποίησε την βιοψία των τραχηλικών λεμφαδένων παρέλειψε να λάβει τα αναγκαία μέτρα, σύμφωνα με τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης, τόσο κατά τη διάρκεια της βιοψίας, προκειμένου να μην προκαλέσει την κάκωση του παραπληρωματικού νεύρου, όσο και μετά την πρόκληση αυτής, υποδεικνύοντάς του τις απαραίτητες εξετάσεις, προκειμένου να αποκατασταθεί, ή τουλάχιστον, να μην επιδεινωθεί το πρόβλημά του.

Η υπόθεση εκδικάστηκε σε *Διοικητικό Πρωτοδικείο* (ΔΠρωτΣερ 101/2018), ωστόσο δεν εκδόθηκε οριστική απόφαση, καθώς διατάχθηκε η διενέργεια πραγματογνωμοσύνης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Οι αγωγές για τα τραύματα του χεριού και του άνω άκρου παρουσιάζουν μια παγκόσμια αυξητική τάση. Αφορούν κυρίως συχνά προβλήματα του χεριού και του άνω άκρου, όπως τα κατάγματα, η αρθρίτιδα, οι τενοντίτιδες και τα σύνδρομα παγίδευσης νεύρων, ενώ η πλειονότητά τους αφορά περιπτώσεις που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά και περιπτώσεις που αντιμετωπίστηκαν στο τμήμα των επειγόντων περιστατικών. Η πλειονότητα των αγωγών αυτών σχετίζεται με την κάκωση ενός νεύρου, ενώ και η παρουσία μετεγχειρητικών επιπλοκών αφορά μεγάλο αριθμό αυτών των αγωγών<sup>5,56,58</sup>.

Αυτή είναι η πρώτη καταγραφή των αγωγών για ιατρική αμέλεια σχετικά με τραύματα και παθήσεις του χεριού και του άνω άκρου που προσέφυγαν στη δικαιοσύνη στην Ελλάδα στη διάρκεια μιας εικοσαετίας. Ανευρέθηκαν 31 αγωγές που αφορούσαν τραυματισμούς και παθήσεις του χεριού και του άνω άκρου. Οι αγωγές αφορούσαν κοινά προβλήματα του άνω άκρου, όπως το σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα και τη νόσο του Dupuytren, κατάγματα και συνήθεις τραυματικές κακώσεις του χεριού και του άνω άκρου, ενώ δεν ανευρέθηκε καμία αγωγή σχετιζόμενη με σπάνιες παθήσεις. Διακρίνεται μια σταθερή τάση στον αριθμό των αγωγών αυτών, οι οποίες αφορούν σχεδόν πάντοτε αναπηρία του άκρου, η οποία συνεπάγεται αλλαγή στον τρόπο ζωής του ασθενή και πιθανή αλλαγή στην επαγγελματική του ενασχόληση, ενώ πολλές φορές συνοδεύεται από μακροχρόνιο πόνο. Οι κυριότεροι λόγοι κατάθεσης αγωγής ήταν η κάκωση νεύρου, η λανθασμένη ή καθυστερημένη διάγνωση της τραυματικής κάκωσης, το πτωχό λειτουργικό αποτέλεσμα, που αποδόθηκε κυρίως σε πλημμελή αντιμετώπιση της πάθησης, η ελλιπής συναίνεση, η ανάπτυξη λοίμωξης και ο θάνατος του ασθενή.

Οι κακώσεις νεύρων που αναφέρονταν στις αγωγές ήταν αποτέλεσμα λανθασμένης χειρουργικής τεχνικής και λανθασμένων χειρισμών κατά τη διάρκεια προγραμματισμένων

χειρουργικών επεμβάσεων και κατά τη διάρκεια φυσιολογικού τοκετού, καθώς στη μελέτη μας συμπεριλαμβάνονται και οι κακώσεις του βραχιονίου πλέγματος. Καθώς συνέβησαν κατά τη διάρκεια χειρουργικών επεμβάσεων/φυσιολογικού τοκετού θεωρούνται ιατρογενείς κακώσεις, και ως τέτοιες θα αναλυθούν παρακάτω. Ωστόσο, παρότι ιατρογενείς οι κακώσεις αυτές, δεν συνεπάγονται πάντοτε ιατρική αμέλεια από την πλευρά του χειρουργού.

## **5.1 ΙΑΤΡΟΓΕΝΕΙΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΝΕΥΡΩΝ, ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ**

### **ΧΕΡΙΟΥ ΚΑΙ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ, ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ**

#### **5.1.1 ΙΑΤΡΟΓΕΝΕΙΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΝΕΥΡΩΝ**

Ως ιατρογενείς κακώσεις των νεύρων χαρακτηρίζονται οι κακώσεις εκείνες που προκλήθηκαν στη διάρκεια χειρουργικών ή άλλων παρεμβάσεων από τον θεράποντα ιατρό. Είναι κακώσεις με ιδιαίτερο ιατρικό, κοινωνικο-οικονομικό και ιατρονομικό ενδιαφέρον, με την αναφορά και καταγραφή τους να γίνεται ολοένα και συχνότερη, εξαιτίας εν μέρει του αυξημένου αριθμού αγωγών που τις συνοδεύει. Σε μελέτη των Kretschmer et.al. βρέθηκε ότι σε ένα σύνολο 722 ασθενών με κακώσεις των περιφερικών νεύρων που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά, οι ιατρογενείς κακώσεις αποτελούσαν το 17.4% αυτών, με την πλειονότητα αυτών (94%) να έχουν συμβεί κατά τη διάρκεια χειρουργικής επέμβασης<sup>69,70</sup>. Η ακριβής ωστόσο συχνότητά τους είναι δύσκολο να υπολογιστεί<sup>71</sup>.

Τα νεύρα που συνηθέστερα εμπλέκονται σε τέτοιου είδους κακώσεις στο άνω άκρο είναι το μέσο και το κερκιδικό νεύρο, το παραπληρωματικό νεύρο, καθώς και το βραχιόνιο πλέγμα, ο τραυματισμός των οποίων μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικού βαθμού αναπηρία<sup>64</sup>. Τόσο το μέσο νεύρο όσο και το παραπληρωματικό νεύρο βρίσκονται επιφανειακά εντός του καρπιαίου σωλήνα και του οπίσθιου τριγώνου του τραχήλου, αντίστοιχα, και σε γειτνίαση με τον χειρουργικό στόχο της επέμβασης, γεγονός που τα κάνει ευάλωτα σε τραυματισμό κατά τη διάρκεια χειρουργικών παρεμβάσεων στις περιοχές αυτές<sup>18,72</sup>.

## Μέσο Νεύρο

Η πλειονότητα των περιπτώσεων ιατρογενούς κάκωσης του μέσου νεύρου σχετίζεται με την απελευθέρωση του καρπιαίου σωλήνα. Οι Kretschmer et.al. αναφέρουν ότι οι κακώσεις αυτές συνέβησαν σε ποσοστό περίπου 75% διεγχειρητικά, κατά την απελευθέρωση του καρπιαίου σωλήνα, είτε αυτή πραγματοποιήθηκε με ανοιχτή προσπέλαση (45%) είτε ενδοσκοπικά (55%)<sup>70</sup>. Η απελευθέρωση του καρπιαίου σωλήνα θεωρείται μια απλή επέμβαση ρουτίνας, αποτελεί τη χειρουργική επέμβαση που συχνότερα διενεργείται στο χέρι, ενώ επίσης αποτελεί και κύριο λόγο για αγωγή. Σε μελέτη των Khan και Giddins σχετικά με τη χειρουργική του χεριού και του καρπού, η απελευθέρωση του καρπιαίου σωλήνα αποτελούσε το 23% του συνόλου των αγωγών και το 48% των αγωγών που αφορούσαν τη χειρουργική αντιμετώπιση παθήσεων του χεριού<sup>56</sup>. Οι Ajwani και Hinduja παρουσίασαν τα κόστη και τους λόγους υποβολής 60 αγωγών που σχετίζονταν με τη χειρουργική του καρπιαίου σωλήνα, οι οποίες έκλεισαν επιτυχώς για τον ασθενή, για μια χρονική περίοδο 10 ετών, στη Μεγάλη Βρετανία. Ο κυριότερος λόγος κατάθεσης αγωγής, στις περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις, ήταν η κάκωση νεύρου, ακολουθούμενος από την πραγματοποίηση μιας επιπλέον/μη απαραίτητης χειρουργικής επέμβασης. Το συνολικό κόστος των αγωγών αυτών για το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας ανήλθε στα £3.9 εκατομμύρια, ενώ το μέσο ποσό αποζημίωσης που ορίστηκε για ασθενείς με κάκωση νεύρου ήταν £55.460<sup>73</sup>.

Όμοια, οι Kumar et.al. μελέτησαν 92 αγωγές που σχετίζονταν με την απελευθέρωση του καρπιαίου σωλήνα στις Η.Π.Α. Η πλειονότητα των αγωγών αυτών (66%) έκλεισαν υπέρ του χειρουργού, ενώ χρηματικές αποζημιώσεις ορίστηκαν στο 27% αυτών, με το μέσο ποσό αποζημίωσης να ανέρχεται στα \$305.923 (εύρος \$12.000 - \$1.338.147). Οι αγωγές υποστήριζαν ότι ο χειρουργός επέδειξε αμέλεια σε ποσοστό 75%, ωστόσο μόνο στο 33% αυτών ορίστηκε χρηματική αποζημίωση, ενώ η πιο συχνά αναφερόμενη κάκωση κατά την απελευθέρωση του καρπιαίου σωλήνα υπήρξε η κάκωση του μέσου νεύρου (45%). Σχεδόν στις

μισές (41%) από τις αγωγές που αναφέρονταν σε κάκωση του μέσου νεύρου ορίστηκε χρηματική αποζημίωση για τον ασθενή<sup>74</sup>.

Στην παρούσα μελέτη στην Ελλάδα υπήρξε μόνο μια αγωγή που αναφερόταν στην απελευθέρωση του καρπιαίου σωλήνα και πιο συγκεκριμένα σε κάκωση του μέσου νεύρου, κάκωση που αποτελεί γνωστή επιπλοκή της επέμβασης αυτής<sup>74</sup>. Στην συγκεκριμένη περίπτωση η ασθενής, μετά το ατυχές αυτό συμβάν, υπεβλήθη και σε δεύτερη χειρουργική επέμβαση, λόγω της μη υποχώρησης των συμπτωμάτων της μετεγχειρητικά. Επιπρόσθετα, η κάκωση τόσο του μέσου νεύρου όσο και του αισθητικού κλάδου του κερκιδικού νεύρου διαπιστώθηκε ηλεκτροφυσιολογικά, καθώς διενεργήθηκε ηλεκτρομυογράφημα μετεγχειρητικά. Η υπόθεση έκλεισε υπέρ της ασθενούς, καθώς στοιχειοθετήθηκε αιτιώδης συνάφεια μεταξύ της παράνομης πράξης του χειρουργού (κάκωση νεύρου) και της τελικής αναπηρίας στο χέρι της ασθενούς.

### **Παραπληρωματικό Νεύρο**

Οι περισσότερες τραυματικές κακώσεις του παραπληρωματικού νεύρου είναι ιατρογενείς στην αιτιολογία τους, με ποσοστό που φτάνει το 94% μεταξύ αυτών που χρήζουν χειρουργική αντιμετώπιση, ενώ ως συνηθέστερη αιτία κάκωσης περιγράφεται η διενέργεια βιοψίας τραχηλικού λεμφαδένα<sup>70,71,72</sup>. Λόγω της επιφανειακής του θέσης, ο κίνδυνος κάκωσης του νεύρου κατά τη λήψη βιοψίας λεμφαδένα υπολογίζεται σε 3-10%, ενώ αυξάνει περαιτέρω μετά από ριζικό λεμφαδενικό καθαρισμό, 50-60%<sup>18,19</sup>. Σε ορισμένες περιπτώσεις, λόγω της εμπλοκής του νεύρου εντός των ορίων της νόσου για την οποία πραγματοποιείται ο λεμφαδενικός καθαρισμός, είναι προγραμματισμένη η διατομή του. Στο υπόλοιπο των περιπτώσεων όμως, η κάκωση του νεύρου είναι ιατρογενής και δύναται να προβλεφθεί. Ένα σημαντικό ποσοστό των βιοψιών αυτών πραγματοποιείται από χειρουργούς χωρίς ιδιαίτερη εμπειρία, σε ασθενείς στους οποίους συνηθέστερα δεν έχει πραγματοποιηθεί κάποιος άλλος απεικονιστικός έλεγχος, θέτοντας έτσι το νεύρο σε μεγαλύτερο κίνδυνο τραυματισμού κατά τη διενέργεια βιοψίας. Επιπλέον, τα συμπτώματα με τα οποία μπορεί να εκδηλωθεί η τραυματική αυτή κάκωση ποικίλλουν, από έντονο άλγος στην περιοχή του ώμου έως την αδυναμία

ανύψωσης του ώμου, ενώ πιο καθυστερημένες εκδηλώσεις περιλαμβάνουν πτώση του ώμου, ατροφία του τραπεζοειδούς μύος, ακόμη και σύνδρομο παγωμένου ώμου, λόγω της παρουσίας συμφύσεων εντός της άρθρωσης. Εξαιτίας αυτού, η έγκαιρη διάγνωση της κάκωσης μπορεί να καθυστερήσει, καθώς συχνά τα συμπτώματα αυτά αποδίδονται σε άλλες αιτιολογίες, με αποτέλεσμα την καθυστερημένη αντιμετώπισή της. Επί υποψίας κάκωσης του νεύρου η διενέργεια ηλεκτρομυογραφήματος κρίνεται απαραίτητη για τη διάγνωση, ενώ η χειρουργική διερεύνηση του τραχήλου προς αποκατάσταση της κάκωσης του νεύρου μπορεί να έχει αρκετά ικανοποιητικά αποτελέσματα, εφόσον πραγματοποιηθεί εντός 3-6 μηνών, μετά από την κάκωση. Δυστυχώς, στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν αναφορές όπου ο μέσος χρόνος παραπομπής για αποκατάσταση της νευρικής κάκωσης ανέρχεται στους 14 μήνες<sup>75,76</sup>.

Οι Morris et.al. μελέτησαν τις αποφάσεις 81 δικαστικών υποθέσεων σχετικές με την χειρουργική κάκωση του παραπληρωματικού νεύρου, εντός μιας χρονικής περιόδου 22 χρόνων στις Η.Π.Α. Στο 68% των περιπτώσεων η κάκωση πραγματοποιήθηκε κατά τη διενέργεια βιοψίας τραχηλικού λεμφαδένα, ενώ η κάκωση ήταν το αποτέλεσμα αφαίρεσης σμηγματογόνου κύστης στο 7% και ριζικών λεμφαδενικών καθαρισμών στο 5% αυτών. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις ο τραυματισμός του νεύρου πραγματοποιήθηκε κατά την διάρκεια face-lift, καρωτιδικής ενδαρτηριεκτομής, αφαίρεσης μελανωμάτων και λιπωμάτων, καθώς και βραγχιακών κύστεων. Οι εμπλεκόμενες ειδικότητες ήταν αυτές του γενικού χειρουργού και του ωτορινολαρυγγολόγου. Ο κύριος λόγος που οι ασθενείς κατέθεσαν αγωγή ήταν η παρουσία χειρουργικού σφάλματος, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό αγωγών αφορούσε ελλιπή συναίνεση και αδυναμία διάγνωσης της κάκωσης μετεγχειρητικά. Από τις 81 αυτές υποθέσεις, στο 15% υπήρξε συμβιβασμός στη διάρκεια της δίκης, με μέση αποζημίωση στα \$356.132 (εύρος \$22.281-\$622.988). Το 46% έκλεισε υπέρ του εναγόμενου χειρουργού, ενώ το 40% υπέρ του ενάγοντος ασθενή, με τη μέση χρηματική αποζημίωση να ανέρχεται στα \$515.968 (εύρος \$50.260-1.299.720). Αξιοσημείωτο είναι ότι 55% των κακώσεων που επισυνέβησαν κατά τη

διάρκεια βιοψίας τραχηλικού λεμφαδένα έκλεισαν υπέρ του ασθενή, στον οποίο ορίστηκε χρηματική αποζημίωση<sup>76</sup>.

Στην παρούσα μελέτη στον Ελληνικό χώρο ανευρέθηκαν 3 αγωγές που σχετίζονταν με κάκωση του παραπληρωματικού νεύρου. Σε όλες τις περιπτώσεις η κάκωση συνέβη κατά τη διάρκεια βιοψίας τραχηλικού λεμφαδένα, η οποία διενεργήθηκε από γενικό χειρουργό. Στην μοναδική περίπτωση που εκδόθηκε οριστική απόφαση, ο χειρουργός κρίθηκε ένοχος για σωματική βλάβη από αμέλεια. Η αμέλεια ορίστηκε ως αδυναμία να ταυτοποιήσει και να προστατεύσει το νεύρο, κατά τη διάρκεια της επέμβασης, γεγονός που ο ίδιος παραδέχθηκε, καθώς και η αποσιώπηση του γεγονότος για 7 μήνες, με αποτέλεσμα την καθυστερημένη παραπομπή του ενάγοντος σε εξειδικευμένη μονάδα και την καθυστερημένη αντιμετώπιση της κάκωσης. Στην συγκεκριμένη υπόθεση ο ασθενής δεν αιτήθηκε χρηματικής αποζημίωσης για τη ζημία που υπέστη.

Η ταυτοποίηση και διατήρηση του παραπληρωματικού νεύρου κατά τη διενέργεια χειρουργικών επεμβάσεων στην περιοχή του οπίσθιου τριγώνου του τραχήλου είναι αμφιλεγόμενο αν αποτελεί το πρότυπο της φροντίδας για τις επεμβάσεις της περιοχής αυτής. Στη μελέτη των Morris et.al. η πλειονότητα των εναγόμενων χειρουργών υποστήριξαν ότι δεν είναι απαραίτητη η ταυτοποίηση του νεύρου στην περιοχή αυτή. Μεταξύ των 55 υποθέσεων που αφορούσαν κάκωση του νεύρου κατά τη βιοψία λεμφαδένα μόνο σε μία περίπτωση περιγράφηκε ταυτοποίηση του νεύρου κατά τη διάρκεια της βιοψίας. Ανεξάρτητα με το αν η ταυτοποίηση ή όχι του νεύρου εκλαμβάνεται ως το πρότυπο της φροντίδας για αυτές τις επεμβάσεις από τους χειρουργούς, ο μεγάλος αριθμός αποφάσεων υπέρ του ασθενή και οι αντίστοιχες αποδιδόμενες αποζημιώσεις αποδεικνύουν ότι το δικαστικό σύστημα την αντιμετωπίζει ως απαραίτητη<sup>76</sup>.

### **Κερκιδικό Νεύρο**

Το κερκιδικό νεύρο είναι πιθανό να υποστεί κάκωση ιατρογενώς τόσο κατά μήκος της διάφυσης του βραχιονίου οστού, όσο και στην περιοχή του καρπού (αισθητικός κλάδος

κερκιδικού νεύρου). Οι συχνότερες κακώσεις του κερκιδικού νεύρου είναι αποτέλεσμα ενός παρεκτοπισμένου κατάγματος της διάφυσης του βραχιονίου οστού, ωστόσο κάθε προσπάθεια ανοιχτής ανάταξης του κατάγματος και οστεοσύνθεσης θέτουν το νεύρο σε κίνδυνο τραυματισμού. Έχουν περιγραφεί περιπτώσεις που το νεύρο έχει βιδωθεί επάνω στο οστό, με την παρουσία λύσης της συνεχείας του νεύρου να συνηγορεί υπέρ περαιτέρω τραυματισμού του νεύρου από το κάταγμα. Στην περιοχή του καρπού οι επιφανειακοί αισθητικοί κλάδοι του κερκιδικού νεύρου μπορούν να τραυματιστούν κατά την τοποθέτηση βελόνων Kirschner ή βελόνων εξωτερικής οστεοσύνθεσης για αντιμετώπιση καταγμάτων της κερκίδας<sup>70,77</sup>.

Στη μελέτη μας στον ελληνικό χώρο υπήρξε μόνο μια περίπτωση κάκωσης του κερκιδικού νεύρου, η οποία προκλήθηκε διεγχειρητικά από κάταγμα της διάφυσης του βραχιονίου οστού, κατά τη διάρκεια προγραμματισμένης ημιαρθροπλαστικής του ώμου. Παρότι υπάρχει καταγεγραμμένη συσχέτιση μεταξύ κατάγματος της διάφυσης του βραχιονίου οστού και κάκωσης του κερκιδικού νεύρου, στην συγκεκριμένη περίπτωση η ύπαρξη μη συνειδητής αμέλειας, όπως χαρακτηρίστηκε, στηρίχθηκε στο ότι προκλήθηκε μόνιμη κάκωση στο νεύρο, κατά τη διάρκεια ανάταξης ενός κατάγματος, το οποίο ήταν το αποτέλεσμα εσφαλμένου χειρισμού κατά τη διενέργεια της ημιαρθροπλαστικής.

### **Δακτυλικά Νεύρα**

Τα δακτυλικά νεύρα είναι επίσης πιθανόν να τραυματιστούν κατά τη διάρκεια χειρουργικών παρεμβάσεων, όπως η απελευθέρωση του εκτινασσόμενου δακτύλου. Συνηθέστερα τέτοιες κακώσεις συνοδεύονται από δυσαισθησία και επώδυνα νευρώματα, ενώ η διαχείρισή τους συνίσταται κυρίως στην αντιμετώπιση των νευρωμάτων<sup>70</sup>.

Στην παρούσα μελέτη υπήρξαν δύο περιπτώσεις ιατρογενούς κάκωσης των δακτυλικών νεύρων. Η μία περίπτωση αφορούσε την εκτομή ρικνωθείσας παλαμιαίας απονεύρωσης, ενώ η δεύτερη την εκτομή γιγαντοκυτταρικού όγκου του τενοντίου ελύτρου του αντίχειρα, διάγνωση που επιβεβαιώθηκε και ιστολογικά. Αμφότερες οι επεμβάσεις αυτές μπορούν να επιπλακούν από διατομή των δακτυλικών νεύρων, καθώς η πρωταρχική νόσος μπορεί να περιβάλλει ή και

να προσβάλλει αυτά. Στη μία από αυτές τις περιπτώσεις η διατομή του νεύρου αποδόθηκε σε εσφαλμένους χειρισμούς του χειρουργού και ορίστηκε χρηματική αποζημίωση για τον ασθενή, ενώ στη δεύτερη περίπτωση δεν μπόρεσε να στοιχειοθετηθεί αμέλεια.

### **Ιατρογενείς κακώσεις νεύρων και ιατρονομικές επιπτώσεις**

Οι ιατρογενείς κακώσεις των νεύρων μπορεί να έχουν και σημαντικές ιατρονομικές επιπτώσεις, ενώ θεωρείται ότι ένας αριθμός αυτών είναι αποτέλεσμα αμέλειας. Είναι λίγες οι αναφορές σχετικά με τις επιπτώσεις αυτές στη διεθνή βιβλιογραφία. Το 1984 οι Muller-Vahl et.al. αναζήτησαν τις περιπτώσεις κακώσεων περιφερικών νεύρων στα αρχεία 2500 αγωγών σε επαρχία της πρώην Ανατολικής Γερμανίας. Παρατήρησαν ότι 336 περιπτώσεις αφορούσαν ιατρογενείς κακώσεις του νευρικού συστήματος, από τις οποίες οι 217 σχετίζονταν με περιφερικά νεύρα, με ποσοστό 60% αυτών να έχουν συμβεί διεγχειρητικά<sup>78</sup>.

Σε μελέτη των Dubuisson et.al. σχετικά με 42 περιπτώσεις ιατρογενών κακώσεων περιφερικών νεύρων, αναφέρεται η κατάθεση αγωγών σε ποσοστό 23.8%. Η πλειονότητα αφορούσε περιφερικά νεύρα του κάτω άκρου, ενώ η αμέλεια υπήρξε ο λόγος κατάθεσης αγωγής σε μικρό αριθμό περιστατικών. Αναφορικά με το άνω άκρο υπήρχε μία αγωγή για αμέλεια, που αφορούσε κάκωση του παραπληρωματικού νεύρου κατά τη διάρκεια βιοψίας τραχηλικού λεμφαδένα. Η αμέλεια σχετιζόταν με καθυστέρηση στη διάγνωση της κάκωσης και επακόλουθη αδυναμία αποκατάστασης του νεύρου<sup>71</sup>.

Οι ιατρογενείς κακώσεις παραβιάζουν τον πιο παλιό και βασικό νόμο της ιατρικής ηθικής, «ωφελείν, μην βλάπτειν». Ωστόσο, η πρόκλησή τους δεν συνεπάγεται άμεσα ιατρική αμέλεια. Εφόσον ο ιατρός λειτουργεί σύμφωνα με τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης, επιδεικνύοντας τη δέουσα επιμέλεια, όπως αυτή που αναμένεται από το μέσο εκπρόσωπο του κύκλου του, ακόμη και αν προκληθεί ιατρογενής κάκωση στον ασθενή, η πράξη του αυτή δεν στοιχειοθετεί αμέλεια. Οι ιατρογενείς κακώσεις δεν είναι απαραίτητα το αποτέλεσμα αμέλειας, ούτε απαραίτητα επιδεικνύουν την ελλιπή ικανότητα κάποιου να πραγματοποιήσει μια ιατρική πράξη<sup>44</sup>.

Οι κακώσεις των νεύρων στις παραπάνω περιπτώσεις αποτελούν καταγεγραμμένες επιπλοκές των χειρουργικών επεμβάσεων, στη διάρκεια των οποίων αυτές συνέβησαν (μέσο νεύρο σε απελευθέρωση του καρπιαίου σωλήνα, παραπληρωματικό νεύρο σε βιοψία τραχηλικού λεμφαδένα). Εύκολα μπορεί να συνηγορήσει κανείς ότι από τη στιγμή που η κάκωση είναι γνωστή επιπλοκή και ο ασθενής ενημερώθηκε σχετικά με αυτή, όταν συναίνεσε για την πραγματοποίηση της χειρουργικής επέμβασης, δεν στοιχειοθετείται αμέλεια του χειρουργού.

Η αμέλεια στις κακώσεις αυτές αναφέρεται στην μη εκπλήρωση του καθήκοντος ιατρικής μέριμνας και επιμέλειας που όφειλε ο χειρουργός να επιδείξει στην συγκεκριμένη περίπτωση. Αυτό μεταφράζεται είτε σε αμέλεια του χειρουργού να παρασκευάσει και να προστατεύσει το νεύρο διεγχειρητικά, είτε σε αδυναμία του μετεγχειρητικά να κάνει όλες τις απαραίτητες ενέργειες, ώστε να διαγνώσει την κάκωση και ακολούθως να παραπέμψει τον ασθενή σε κατάλληλη μονάδα, προς αντιμετώπιση της κάκωσης. Η αδυναμία της έγκαιρης διάγνωσης έχει ως αποτέλεσμα καθυστέρηση στην παραπομπή του ασθενή σε εξειδικευμένη μονάδα και επακόλουθη καθυστέρηση στην αντιμετώπισή του, η οποία μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στην αποκατάσταση της κάκωσης. Οι Birch et.al. τόνισαν ότι στο μισό περίπου των ασθενών με ιατρογενείς κακώσεις η διάγνωση της κάκωσης καθυστέρησε για περισσότερο από 6 μήνες. Αντίθετα, οι Piza-Katzer et.al. ανέφεραν ότι το 75% των παραπεφθέντων ιατρογενών κακώσεων αντιμετωπίστηκε εντός 6 μηνών, από τη στιγμή που έλαβαν χώρα<sup>78</sup>. Η καθυστέρηση στη διάγνωση θα μπορούσε να δικαιολογηθεί από το εύρος των συμπτωμάτων με τα οποία αυτές οι κακώσεις μπορούν να εκδηλωθούν. Σε ορισμένες περιπτώσεις κάκωσης του παραπληρωματικού νεύρου, ο ασθενής μπορεί να συνεχίζει να ανασηκώνει τους ώμους του, ενώ ο κύριος λόγος παραπόνων του να είναι ο πόνος στην περιοχή του ώμου, ο οποίος μπορεί να αποδοθεί σε μυοσκελετικά αίτια. Είναι κατανοητό ότι ο χειρουργός πρέπει να είναι ενήμερος για όλες τις πιθανές εκδηλώσεις αυτών των κακώσεων, ώστε να υποπτευθεί πιο γρήγορα την παρουσία τους και να παραπέμψει τον ασθενή, ενώ ζωτικής σημασίας κρίνεται και η

επικοινωνία του με τον ασθενή. Οφείλει να εξηγήσει σε αυτόν την πιθανότητα παρουσίας της επιπλοκής και να συζητήσει μαζί του όλους τους εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισής της<sup>19</sup>.

Οι Krauss et.al. μελέτησαν 614 αγωγές που αφορούσαν κακώσεις νεύρων του άνω άκρου στις Η.Π.Α. Η συχνότερη πάθηση του χεριού που σχετιζόνταν με αγωγή ήταν το σύνδρομο του καρπιαίου σωλήνα (41% του συνόλου των αγωγών), με μέση χρηματική αποζημίωση τα \$177.912, ενώ το συνολικό ποσό των αποζημιώσεων που δόθηκαν ανήλθε στα \$9.4 εκατομμύρια. Η πλειονότητα των αγωγών (49%) υποστήριζε πλημμελή επίδοση του εμπλεκόμενου χειρουργού, η οποία σε σημαντικό βαθμό δεν ήταν εύκολο να καταγραφεί, με αποτέλεσμα περίπου οι μισές από αυτές τις αγωγές να κλείσουν υπέρ του ασθενή και να οριστεί για αυτόν χρηματική αποζημίωση<sup>46</sup>.

### **Βραχιόνιο πλέγμα**

Ο ιατρογενείς κακώσεις του βραχιονίου πλέγματος μπορεί να επέλθουν κατά τη διάρκεια επεμβάσεων λόγω ακατάλληλης τοποθέτησης του άνω άκρου διεγχειρητικά ή να αποτελούν το αποτέλεσμα τραυματισμού του από βελόνα κατά τη διάρκεια τοποθέτησης κεντρικής φλεβικής γραμμής, ενώ είναι πιθανόν να πραγματοποιηθούν και κατά τη διάρκεια φυσιολογικού τοκετού<sup>69,77</sup>.

### **Νεογνική παράλυση του βραχιονίου πλέγματος (ΝΠΒΠ)**

Τόσο ο φυσιολογικός τοκετός όσο και η καισαρική τομή είναι διαδικασίες που μπορεί να έχουν δυσάρεστες επιπλοκές τόσο για την μητέρα, όσο και για το νεογνό. Μια από τις σοβαρότερες επιπλοκές για το νεογνό είναι η παράλυση του βραχιονίου πλέγματος. Η νεογνική παράλυση του βραχιονίου πλέγματος (ΝΠΒΠ) έχει εκτιμώμενη συχνότητα 1,6/1000 φυσιολογικούς τοκετούς και 0,3/1000 καισαρικές τομές. Οι περισσότερες περιπτώσεις ΝΠΒΠ είναι ήπιες, ενώ υπολογίζεται ότι σε 1-2 από τις 10.000 γεννήσεις οι κακώσεις είναι μόνιμες<sup>29</sup>.

Οι κακώσεις αυτές έχουν σοβαρές λειτουργικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις για τα παιδιά, καθώς και για τις οικογένειές τους. Τα παιδιά με μόνιμη αναπηρία

χρειάζονται ένα σημαντικό αριθμό επεμβάσεων, προκειμένου να καταστεί το άνω άκρο σχετικά λειτουργικό, ενώ υποβάλλονται σε μακροχρόνια φυσιοθεραπεία και εργοθεραπεία. Η διαφορετική εμφάνιση και λειτουργία του άκρου επηρεάζει τον τρόπο με το οποίο το παιδί αντιλαμβάνεται τον εαυτό του και ενίοτε μπορούν να εκδηλωθούν παρεκκλίνουσες συμπεριφορές εξαιτίας αυτού. Οι γονείς παρακολουθούν καθημερινά τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά αυτά, οι οποίες πολλές φορές είναι πιο έντονες από την έκταση της βλάβης στο βραχιόνιο πλέγμα, ενώ νιώθουν αβεβαιότητα για το μέλλον των παιδιών τους. Η αβεβαιότητα αυτή πολλές φορές ενισχύεται από την ελλιπή ενημέρωση που έχουν σχετικά με την κάκωση και την πρόγνωσή της<sup>29,62</sup>.

Η λειτουργική ανεπάρκεια του άκρου έχει σαν συνέπεια σημαντικό οικονομικό φορτίο για την κοινωνία και τα συστήματα υγείας. Υπολογίζεται ότι η εφ'όρου ζωής απώλεια εισοδημάτων σε κάθε περίπτωση ΝΠΒΠ είναι 1 εκατομμύριο δολάρια, επομένως με 1200 έως 3000 τέτοιες περιπτώσεις ετησίως στις ΗΠΑ το συνολικό κόστος για την κοινωνία ανέρχεται στα 1-3 δισεκατομμύρια δολάρια<sup>29</sup>.

Αποτέλεσμα όλων αυτών των επιπτώσεων είναι να αποτελεί η ΝΠΒΠ την συχνότερη αιτία κατάθεσης αγωγών κατά των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με τις γεννήσεις και την φροντίδα των νεογνών αυτών. Εκτιμάται ότι σε κάθε 45.000 τοκετούς κατατίθεται μια αγωγή λόγω ΝΠΒΠ<sup>29,32</sup>. Η πιθανότητα κατάθεσης αγωγής καθορίζεται από πολλούς παράγοντες. Οι Domino et.al. παρουσίασαν ότι η έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ του ιατρού και των γονιών υπήρξε καθοριστικός παράγοντας για αυτό. Η ανεπαρκής αυτή επικοινωνία προσδιορίστηκε ως ελλιπής ενημέρωση κατά την περιγεννητική περίοδο, καθώς και ως ελλιπής ανταπόκριση στις ανησυχίες των γονιών, σχετικά με μία, σύμφωνα με τους γονείς, αδικαιολόγητη κάκωση. Οι Chauhan et.al. συνέκριναν οικογένειες παιδιών με ΝΠΒΠ και κατέληξαν ότι ανεξάρτητα από κάθε άλλο παράγοντα, η ανάγκη χειρουργικής αποκατάστασης των νεύρων αποτέλεσε τον κύριο παράγοντα κατάθεσης αγωγής<sup>29,62</sup>.

Για πολλά χρόνια η ΝΠΒΠ θεωρούνταν ότι ήταν το αποτέλεσμα βίαιων χειρισμών του μαιευτήρα, ο οποίος τραβούσε με δύναμη το μεγάλο σε μέγεθος νεογνό κατά την διάρκεια ενός δύσκολου τοκετού και για τον λόγο αυτόν είχε αποδοθεί στην κάκωση αυτή η ονομασία «μυαιευτική παράλυση του βραχιονίου πλέγματος». Η ΝΠΒΠ μπορεί να είναι τραυματικής αιτιολογίας, σαν αποτέλεσμα ενός δύσκολου τοκετού, ο οποίος συχνότερα περιπλέκεται από δυστοκία των ώμων του νεογνού. Νεότερα όμως δεδομένα αποδεικνύουν ότι υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν την κάκωση αυτή. Εκτιμάται ότι η ΝΠΒΠ μπορεί να προκύψει και από ιδιαίτερη θέση του εμβρύου εντός της μήτρας. Η υπόθεση αυτή στηρίζεται στην παρουσία ΝΠΒΠ μεταξύ νεογνών χωρίς κεφαλική προβολή στη διάρκεια του τοκετού, μεταξύ νεογνών που γεννήθηκαν πρόωρα ή με καισαρική τομή, και μεταξύ νεογνών που δεν παρουσίαζαν δυστοκία ώμων ή που αν παρουσίαζαν, αυτή αφορούσε το οπίσθιο τμήμα του ώμου<sup>32</sup>. Άλλες, μη τραυματικής αιτιολογίας, περιπτώσεις ΝΠΒΠ που έχουν περιγραφεί αφορούν συγγενή παράλυση του βραχιονίου πλέγματος, δυσμορφία της μήτρας και συγγενές σύνδρομο λόγω ανεμευλογιάς<sup>30</sup>. Η ανεύρεση και άλλων αιτιολογικών παραγόντων, πέρα από την βίαιη και υπερβολική έλξη που μπορεί να άσκησε ο μαιευτήρας κατά τη διάρκεια του τοκετού, προκάλεσε μια αλλαγή στις αιτίες που κατατίθενται πλέον οι αγωγές. Κατά συνέπεια, οι περισσότερες αγωγές στηρίζονται πλέον είτε στο γεγονός ότι ο μαιευτήρας δεν μπόρεσε να προβλέψει μια τέτοια κατάληξη και άρα εσφαλμένα δεν επέλεξε την καισαρική τομή ως μέθοδο τοκετού, είτε στο ότι ο μαιευτήρας επέδειξε αμέλεια κατά τη διάρκεια των χειρισμών που χρησιμοποίησε, προκειμένου να αντιμετωπίσει την δυστοκία των ώμων<sup>79</sup>.

Στην παρούσα μελέτη στον Ελληνικό χώρο υπήρξαν συνολικά 6 αγωγές που σχετίζονταν με πάρεση του βραχιονίου πλέγματος μετά από φυσιολογικό τοκετό, ενώ σε μισές από αυτές τις περιπτώσεις το νεογνό υπεβλήθη σε χειρουργική επέμβαση αποκατάστασης των ελλειμμάτων του άνω άκρου σε κέντρο του εξωτερικού. Στις 5 περιπτώσεις κατά τη διάρκεια του τοκετού διαπιστώθηκε δυστοκία ώμων, η οποία θεωρείται σημαντικός αιτιολογικός παράγοντας της ΝΠΒΠ<sup>32</sup>. Σε όλες τις περιπτώσεις που διαπιστώθηκε δυστοκία ώμων κατά τον

τοκετό, η αγωγή στηρίχθηκε στην μη επιλογή της καισαρικής τομής ως μεθόδου τοκετού, με αποτέλεσμα την ταλαιπωρία της μητέρας και την κάκωση του βραχιονίου πλέγματος του νεογνού. Στην περίπτωση που δεν διαπιστώθηκε δυστοκία ώμων, η πάρεση αποδόθηκε στους βίαιους χειρισμούς του γυναικολόγου-μαιευτήρα.

Συνολικά σε 4 από τις 6 (67%) αγωγές ορίστηκε αποζημίωση για τον ενάγοντα, ενώ οι υπόλοιπες δύο υποθέσεις έκλεισαν υπέρ του εμπλεκόμενου ιατρού. Η μέση χρηματική αποζημίωση που ορίστηκε ήταν €104.184 (€12.000 - €201.697), ενώ τα υψηλότερα ποσά δόθηκαν στις περιπτώσεις εκείνες που το παιδί με ΝΠΒΠ χειρουργήθηκε για αυτό σε εξειδικευμένη μονάδα του εξωτερικού. Παρόμοιο ποσοστό, περίπου 60%, αγωγών στις οποίες ορίστηκε αποζημίωση έχει περιγραφεί και από τους McAbee και Ciervo σε μελέτη που πραγματοποίησαν στις Η.Π.Α., ενώ η μέση χρηματική αποζημίωση ανερχόταν στα \$301.000, αποζημίωση σχεδόν 4 φορές μεγαλύτερη από τη μέση χρηματική αποζημίωση που είχε οριστεί σε όλες τις άλλες αγωγές για ιατρική αμέλεια την περίοδο της μελέτης<sup>32</sup>. Επιπλέον, μία από τις 6 περιπτώσεις εκδικάστηκε περαιτέρω σε ποινικό δικαστήριο. Οι δύο συμμετέχοντες στον τοκετό γυναικολόγοι, ένας ειδικευμένος και ένας ειδικευόμενος, κατηγορήθηκαν για την πρόκληση σωματικής βλάβης από αμέλεια. Καταδικαστική υπήρξε η απόφαση μόνο για τον ειδικευμένο μαιευτήρα, καθώς αποδείχθηκε ότι απουσίαζε από την αίθουσα του τοκετού καθ' όλη τη διάρκειά του, ακόμη και όταν παρουσιάστηκε δυστοκία ώμων του νεογνού, και ότι ο τοκετός πραγματοποιήθηκε εξ' ολοκλήρου από τον ειδικευόμενο ιατρό με τη βοήθεια της εφημερεύουσας μαίας.

### **5.1.2 ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΧΕΡΙΟΥ ΚΑΙ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ**

Οι τραυματικές κακώσεις του χεριού και του καρπού είναι συχνές και αποτελούν περίπου το 10-30% των περιστατικών που εμφανίζονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ). Μπορεί να συμβούν στον εργασιακό χώρο, στο σπίτι, στη διάρκεια αθλητικών δραστηριοτήτων ή να είναι το αποτέλεσμα ενός τροχαίου ατυχήματος. Συχνότερα συμβαίνουν σε άτομα νεαρής ηλικίας, που είναι οικονομικά παραγωγικά<sup>80,81</sup>. Δεν είναι θανατηφόρες κακώσεις, ωστόσο

απαιτούν μακροχρόνια αποθεραπεία και μπορεί να οδηγήσουν σε σοβαρή αναπηρία, η οποία συνεπάγεται παρατεταμένη απουσία από την εργασία και αλλαγή στον καθημερινότητα του ασθενή, ενώ μπορεί να έχουν σημαντικές επιπτώσεις και στην ψυχική υγεία του ασθενή. Οι επιπτώσεις αυτές περιπλέκονται περαιτέρω αν η αρχική διάγνωση των τραυματικών αυτών κακώσεων καθυστερήσει ή γίνει λανθασμένα, με συνακόλουθη καθυστέρηση στην αντιμετώπισή τους και αρκετές φορές την ανάγκη πραγματοποίησης επιπλέον χειρουργικών επεμβάσεων<sup>82</sup>.

Στο ιδιαίτερα πολυάσχολο τμήμα των επειγόντων περιστατικών, όπου οι ασθενείς αντιμετωπίζονται αρχικά από ιατρούς με συχνά μικρή εμπειρία στην πολύπλοκη ανατομία και στη χειρουργική του χεριού, είναι πιθανό κάποιες κακώσεις να παραβλεφθούν ή και να αντιμετωπιστούν πλημμελώς. Αρκετές φορές οι ασθενείς με τέτοιες κακώσεις μπορεί να είναι υπό την επήρεια αλκοόλ ή άλλων ουσιών ή να φέρουν και άλλες συνοδές κακώσεις, δυσχεραίνοντας έτσι την κλινική τους εξέταση και αντιμετώπιση. Παράλληλα, η παρουσία πόνου και το άγχος που προκαλεί ο τραυματισμός δεν επιτρέπει σε πολλούς ασθενείς να συνεργαστούν κατά την κλινική εξέταση, δυσκολεύοντας περαιτέρω το κλινικό έργο των ιατρών.

Η αποτυχία ή η καθυστέρηση στη διάγνωση και στην αντιμετώπιση των τραυματικών κακώσεων του χεριού και του καρπού αποτελούν από τους συχνότερους λόγους κατάθεσης αγωγής<sup>20,56,65</sup>. Συνηθέστερα οι τραυματισμοί αυτοί αφορούν απλές, μεμονωμένες κακώσεις, όπως κατάγματα του καρπού ή των δακτύλων, εξάρθρηματα και θλαστικά τραύματα. Η πλειονότητα των αγωγών αφορά περιστατικά που αντιμετωπίστηκαν στο τμήμα των επειγόντων. Συχνά τα περιστατικά αυτά αντιμετωπίζονται από ιατρούς ειδικότητας διαφορετικής από την πλαστική ή ορθοπαιδική χειρουργική<sup>21</sup>.

Στην παρούσα μελέτη στον Ελληνικό χώρο υπήρξαν 7 περιπτώσεις που αφορούσαν τραυματικές κακώσεις του χεριού και του καρπού. Εξ 'αυτών 5 περιπτώσεις αφορούσαν λανθασμένη διάγνωση των κακώσεων αυτών στο τμήμα των επειγόντων περιστατικών, μία

περίπτωση αναφέρονταν σε ελλιπή συναίνεση του ασθενή σχετικά με την χειρουργική αντιμετώπιση της κάκωσης, ενώ στην τελευταία περίπτωση επήλθε ο θάνατος του ασθενή κατά τη διάρκεια της χειρουργικής αποκατάστασης της κάκωσης.

Στις 5 περιπτώσεις που η αγωγή στηρίχθηκε σε *λανθασμένη διάγνωση* της κάκωσης, η αρχική εκτίμηση και αντιμετώπιση του ασθενή έγινε από ειδικευόμενους ιατρούς σε 2 περιπτώσεις, σε μία περίπτωση από ορθοπαιδικό ιατρό, σε μία περίπτωση από γενικό χειρουργό, ενώ στην πέμπτη περίπτωση ο ασθενής εξετάστηκε από ιατρό τόσο της γενικής χειρουργικής όσο και της ορθοπαιδικής, ωστόσο ο βαθμός κανενός δεν αναφερόταν στην αγωγή. Οι διαγνώσεις των κακώσεων αυτών αφορούσαν κυρίως θλαστικά τραύματα και συνθλιπτικές κακώσεις. Στις 3 περιπτώσεις η λανθασμένη διάγνωση είχε ως αποτέλεσμα τον ακρωτηριασμό ενός δακτύλου, μερικό ή πλήρη. Οι δύο από τις τρεις αυτές αγωγές τελικά απορρίφθηκαν, ενώ εκκρεμεί η έκδοση απόφασης στην τρίτη υπόθεση. Οι λόγοι στους οποίους στηρίχθηκαν οι αποφάσεις απόρριψης αγωγής ήταν η σπανιότητα της κάκωσης, την οποία ωστόσο ο ειδικευόμενος ιατρός αντιμετώπισε όπως θα την αντιμετώπιζε ο κάθε ιατρός με την αντίστοιχη με αυτόν εμπειρία, και η λεπτομερής καταγραφή της κάκωσης στο ιατρικό φάκελο του ασθενή, στην οποία στηρίχθηκε η απόφαση και η οποία ερχόταν σε αντίθεση με όσα ο ασθενής υποστήριζε. Στις άλλες δύο περιπτώσεις η λανθασμένη διάγνωση επέφερε καθυστέρηση στην χειρουργική αποκατάσταση του ωλενίου νεύρου, και του μακρού καμπτήρα του αντίχειρα και του σύστοιχου δακτυλικού νεύρου. Αυτό είχε σαν συνέπεια οι ασθενείς να βιώσουν επιπλέον πόνο, ενώ η καθυστέρηση μπορούσε να επιδράσει αρνητικά στο τελικό αποτέλεσμα. Οι δυο αυτές αγωγές έγιναν δεκτές και ορίστηκε μέση χρηματική αποζημίωση €2.000.

Σε μελέτη τους οι Morrison et.al. στην Ιρλανδία παρουσίασαν ότι σε σύνολο 500 τραυματικών κακώσεων του χεριού η σωστή διάγνωση παραλείφθηκε σε ποσοστό 3.2%. Στην πλειονότητά τους αφορούσαν κακώσεις που είχαν γίνει με γυαλί, ενώ όλες οι διαγνώσεις ήταν λανθασμένες σε ασθενείς που αρχικά εξετάστηκαν από ειδικευόμενους ιατρούς<sup>60</sup>. Παρόμοια

αποτελέσματα παρουσίασαν οι Mahdavian Delavary et.al. σε μελέτη τους στην Ολλανδία, οι οποίοι ανέφεραν ότι διαγνώσεις που αφορούσαν τραυματισμό νεύρων ή τενόντων δεν αναγνωρίστηκαν σε ποσοστό 74.5% από ειδικευμένους ιατρούς. Επιπλέον, οι ειδικευόμενοι ιατροί στη γενική χειρουργική ευθύνονταν για το 66.7% των κακώσεων των τενόντων που δεν αναγνωρίστηκαν. Οι παραλείψεις αυτές στη διάγνωση προέκυψαν κυρίως από αδυναμία των ιατρών να πραγματοποιήσουν ολοκληρωμένη κλινική εξέταση ή αδυναμία να ερμηνεύσουν σωστά τα ακτινολογικά ευρήματα, με αποτέλεσμα καθυστέρηση στην αντιμετώπιση της κάκωσης<sup>21</sup>.

Οι Mouton et.al. μελέτησαν τα αποτελέσματα 80 αγωγών που αφορούσαν τη διαχείριση τραυματικών κακώσεων του χεριού στο τμήμα των επειγόντων περιστατικών σε νοσοκομείο της Γαλλίας. Η ανεπαρκής διερεύνηση του τραύματος, η μη διερεύνηση του τραύματος, η παρουσία δυσκαμψίας και δυσαισθησίας, η παραμονή ξένου σώματος εντός του τραύματος και η λοίμωξη αποτέλεσαν τους λόγους για τους οποίους κατατέθηκαν οι αγωγές αυτές. Η ελλιπής διερεύνηση του τραύματος είχε σαν αποτέλεσμα να μην αναγνωριστούν κακώσεις των τενόντων και των νεύρων. Αξιοσημείωτο στη μελέτη αυτή υπήρξε το ότι ζητήθηκε σε επίπεδο ΤΕΠ η συμβουλή ειδικευμένου χειρουργού μόνο στο 16% των περιπτώσεων αυτών, φανερώνοντας την ανάγκη μεγαλύτερης συμμετοχής των ειδικευμένων ιατρών στην αντιμετώπιση τέτοιων κακώσεων<sup>83</sup>.

Μια από τις αγωγές σχετικά με τις κακώσεις του χεριού αναφερόταν επιπλέον στο **θέμα της συναίνεσης**. Ο ασθενής μεταφέρθηκε στο χειρουργείο προκειμένου να πραγματοποιηθεί επανασυγκόλληση του μικρού του δακτύλου, μετά από τραυματικό ατελή ακρωτηριασμό του. Διεγχειρητικά ωστόσο διαπιστώθηκε ότι η κατάσταση του δακτύλου δεν ήταν κατάλληλη για επαναγγείωση, οπότε και προχώρησαν σε ακρωτηριασμό του δακτύλου, για τον οποίο ο ασθενής υποστήριξε ότι δεν είχε συναίνεση. Η υπόθεση έκλεισε υπέρ του ασθενή, καθότι αποδείχθηκε ότι η συναίνεση του ασθενή για τον ακρωτηριασμό του δακτύλου δεν υπήρξε έγκυρη. Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, σύμφωνα με τον κώδικα της ιατρικής

δεοντολογίας, ο ιατρός οφείλει να ενημερώσει τον ασθενή για την κατάσταση της υγείας του, τις εναλλακτικές μεθόδους αντιμετώπισής της και τις πιθανές επιπλοκές που η θεραπεία μπορεί να έχει. Η συναίνεση ισχύει για συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση. Μπορεί να είναι είτε γραπτή είτε προφορική, ωστόσο η προφορική είναι κατώτερη της γραπτής, καθώς η δομή της συναίνεσης διαφέρει στις περιγραφές από τον ενάγοντα και τον εναγόμενο<sup>84</sup>. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η επικοινωνία μεταξύ του ιατρού και του ασθενή είναι πολύ σημαντική, ώστε ο ασθενής να έχει ρεαλιστικές προσδοκίες σχετικά με το αποτέλεσμα της θεραπευτικής τεχνικής που θα εφαρμοστεί, ενώ παράλληλα ελαττώνεται η πιθανότητα αγωγής προς τον ιατρό. Ειδικά σε περιπτώσεις προσπάθειας επανασυγκόλλησης δακτύλου είναι σημαντικό να εξηγηθεί στον ασθενή ότι η ανατομική αποκατάσταση του δακτύλου δεν συνεπάγεται πάντα και λειτουργική αποκατάστασή του. Οι προσδοκίες αυτές συζητιούνται κύρια κατά τη διάρκεια της συναίνεσης, όπου εξηγείται σε αυτόν τι ποσοστά επιτυχίας έχει η κάθε θεραπευτική προσέγγιση, καθώς και η εναλλακτική θεραπεία που θα ακολουθηθεί, σε περίπτωση αδυναμίας εκτέλεσης του αρχικού θεραπευτικού πλάνου<sup>59</sup>.

Οι Bastidas et.al. περιγράφουν την εμπειρία τους σε αγωγές που σχετίζονται με την αντιμετώπιση τραυματικών ακρωτηριασμών δακτύλων. Η πλειονότητα των ασθενών που κατέθεσαν αγωγές ανήκαν στην ομάδα των ασθενών για τους οποίους αποφασίστηκε να μην πραγματοποιηθεί επανασυγκόλληση του τραυματισμένου άκρου. Παρουσιάζουν ότι η πιθανότητα αγωγής μετά από επανασυγκόλληση υπολογίζεται σε 2.98% και ότι ένα πολύ μικρό ποσοστό των αγωγών αυτών (4.3%) φτάνουν σε διακανονισμό. Επισημαίνουν τη βαρύτητα της καλής καταγραφής τόσο του τραυματισμένου δακτύλου, όσο και της συζήτησης που προηγήθηκε της συναίνεσης, καταλήγοντας έτσι στην αυξημένη ανάγκη νομικής υποστήριξης των ομάδων που ασχολούνται με επανασυγκολλήσεις δακτύλων<sup>59</sup>.

Οι αγωγές σχετικά με το χέρι και το άνω άκρο αναφέρονται στην **αναπηρία, προσωρινή ή μόνιμη**, που η λανθασμένη διάγνωση ή αντιμετώπιση μπορεί να επιφέρει. Σε μια από τις υποθέσεις στη μελέτη μας, η αγωγή στηρίχθηκε στο **θάνατο** του ασθενή, ο οποίος δεν

προκλήθηκε από την κάκωση, αλλά στον αναφερόμενο πλημμελή προεγχειρητικό έλεγχο που πραγματοποιήθηκε στον ασθενή. Η αγωγή απευθυνόταν σε κάθε ιατρό που ενεπλάκη στην διαχείριση του ασθενή, κυρίως όμως στον ορθοπαιδικό χειρουργό, που πραγματοποίησε την εγχείρηση, και στον αναισθησιολόγο, που του χορήγησε γενική αναισθησία. Αμφότεροι οι ιατροί κατηγορήθηκαν ότι δεν έκαναν ολοκληρωμένο προεγχειρητικό έλεγχο, τόσο εργαστηριακό όσο και κλινικό, με αποτέλεσμα την κατάληξη του ασθενή. Σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία, αμέλεια κατά την προεγχειρητική περίοδο στοιχειοθετείται, όταν συμβεί λάθος στη διάγνωση και όταν η προεγχειρητική εκτίμηση του ασθενή είναι ανεπαρκής<sup>37</sup>. Ο προεγχειρητικός έλεγχος κάθε ασθενή αποτελεί ευθύνη του αναισθησιολόγου και στόχο έχει την εκτίμηση του ασθενή, προκειμένου να καθοριστεί ο κίνδυνος νοσηρότητας ή θνητότητας που σχετίζεται με την επέμβαση και τη χορήγηση αναισθησίας, να βελτιωθεί η ποιότητα της διεγχειρητικής αγωγής, να αποφασιστεί το είδος της αναισθησίας που μπορεί να χορηγηθεί και να αποφασιστεί το πλάνο της μετεγχειρητικής αναλγησίας. Ο προεγχειρητικός έλεγχος βασίζεται σε κατευθυντήριες οδηγίες που εκδίδονται από διάφορες ιατρικές εταιρίες, όπως των αναισθησιολόγων και των καρδιολόγων. Σύμφωνα με τις οδηγίες αυτές ο ασθενής υποβάλλεται σε ένα σύνολο συγκεκριμένων εξετάσεων, ανάλογα με το ιατρικό του ιστορικό και τη βαρύτητα της χειρουργικής επέμβασης που θα πραγματοποιηθεί. Ωστόσο, πάντα υπάρχει η πιθανότητα ενός ανεπιθύμητου συμβάντος, παρά την πραγματοποίηση του προεγχειρητικού ελέγχου<sup>85,86</sup>.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες ανανεώνονται με βάση τις εξελίξεις στους διάφορους τομείς της ιατρικής, κυριότερα της καρδιολογίας. Ωστόσο, αρκετές φορές οι αλλαγές στις κατευθυντήριες οδηγίες δεν βρίσκουν σύμφωνους τους ιατρούς, οι οποίοι προτιμούν να ακολουθούν τις παλαιότερες οδηγίες που ξέρουν, ακόμη και αν αυτό συνεπάγεται περιττές εργαστηριακές εξετάσεις, κόστος για το σύστημα υγείας, περιττό χρόνο αναμονής για κάποιες επεμβάσεις, καθώς και περιττές πρόσθετες εξετάσεις, σε περίπτωση ψευδώς θετικών μη φυσιολογικών αποτελεσμάτων. Ένα αίτιο αυτής της πρακτικής αποτελεί και ο φόβος μιας επικείμενης αγωγής. Η κάλυψη του ιατρού αποτελεί βασικό λόγο για τις περισσότερες

προεγχειρητικές εξετάσεις σε ασυμπτωματικούς ασθενείς. Σε περίπτωση δίκης, η υπεράσπιση ενός ιατρού θα στηριχθεί στις κατευθυντήριες οδηγίες και σε επιστημονικά άρθρα, ωστόσο η βαρύτητα της υπεράσπισης θα δοθεί στα πρότυπα της φροντίδας, στο τι θα έκανε δηλαδή ένας άλλος ιατρός σε παρόμοια περίπτωση. Για παράδειγμα, αν ο ασθενής έχει ένα ανεπιθύμητο συμβάν, όπως ο θάνατος ο οποίος περιγράφεται στην παρούσα μελέτη, παρότι υπεβλήθη σε μια μέτριας βαρύτητας επέμβαση και παρότι είχε υποβληθεί σε προεγχειρητικό έλεγχο σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες, ο εναγόμενος θα μπορέσει να υπερασπίσει τις πράξεις του ισχυριζόμενος ότι ακολούθησε τις κατευθυντήριες οδηγίες. Η μαρτυρία ενός πραγματογνώμονα που θα υποστηρίξει ότι ο εναγόμενος ενήργησε όπως θα ενεργούσε ο κάθε ιατρός σε αντίστοιχη περίπτωση, θα ενισχύσει περαιτέρω την υπεράσπιση του εναγόμενου<sup>85,86,87</sup>.

### **Κατάγματα χεριού και άνω άκρου**

Η διάγνωση και αντιμετώπιση των καταγμάτων του χεριού και του άνω άκρου σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο αγωγής<sup>55,58</sup>. Έχουν αποδοθεί διάφορες εξηγήσεις σχετικά με αυτό. Οι ασθενείς που έχουν υποστεί κάταγμα θεωρούν ότι μετά από την αντιμετώπιση του κατάγματος θα επιστρέψουν στο λειτουργικό επίπεδο που είχαν πριν από τον τραυματισμό τους, σε αντίθεση με τους ασθενείς με χρόνιες καταστάσεις, οι οποίοι ευελπιστούν απλά σε βελτίωση της ήδη υπάρχουσας κατάστασης τους. Κρίνεται επομένως απαραίτητη η σωστή ενημέρωση τους σχετικά με τα λειτουργικά αποτελέσματα που η θεραπεία μπορεί να επιφέρει, καθώς και για τις πιθανές επιπλοκές που μπορεί να υπάρξουν. Επιπλέον, αρκετές φορές ο εφημερεύων χειρουργός καλείται να αντιμετωπίσει ένα κάταγμα που δεν ανήκει στον τομέα της εξειδίκευσης του. Για παράδειγμα, ένας ορθοπαιδικός εξειδικευμένος στην αντιμετώπιση καταγμάτων της ποδοκνημικής μπορεί να κληθεί να αντιμετωπίσει ένα κάταγμα του χεριού σε έφηβο, η διαχείριση του οποίου ξεφεύγει από το καθημερινό του γνωστικό αντικείμενο. Σε πολλές τέτοιες περιπτώσεις θα χρειαστεί ο χειρουργός αυτός να συμβουλευτεί κάποιον

συνάδερφο του εξειδικευμένο στις παθήσεις του άνω άκρου, προκειμένου να επιτευχθεί ένα ικανοποιητικό αποτέλεσμα για τον ασθενή<sup>58</sup>.

Τα κατάγματα αποτελούν την διάγνωση που πιο συχνά μπορεί να διαφύγει στον χώρο των επειγόντων περιστατικών και υπολογίζεται ότι 5.4% των καταγμάτων των άκρων που μπορούν να διαφυγούν αφορούν το χέρι<sup>20</sup>.

Στη μελέτη μας υπήρξαν 7 αγωγές που είχαν ως αντικείμενο την διάγνωση ή αντιμετώπιση ενός ή περισσότερων καταγμάτων του χεριού και του άνω άκρου. Τα κατάγματα αφορούσαν το σκαφοειδές οστό, το περιφερικό τμήμα της κερκίδας, την κερκίδα με την ωλένη, τον αγκώνα και το βραχίονιο οστό. Ένα πτωχό λειτουργικό ή αισθητικό αποτέλεσμα και η ανάγκη περαιτέρω χειρουργικών παρεμβάσεων υπήρξαν οι κύριοι λόγοι κατάθεσης αγωγής στις 7 αυτές υποθέσεις. Το πτωχό λειτουργικό αποτέλεσμα περιγραφόταν ως συνέπεια καθυστέρησης στη διάγνωση και κατά συνέπεια στην αντιμετώπιση του κατάγματος, πλημμελούς χειρουργικής ή μη αντιμετώπισης, πλημμελούς πόρωσης του κατάγματος, ανάπτυξης συνδρόμου διαμερίσματος μετά την εφαρμογή βραχιονοπηχεοκαρπικού νάρθηκα, οστεομυελίτιδας και θραύσης των υλικών οστεοσύνθεσης.

Υπήρξαν 4 οριστικές αποφάσεις, ενώ 3 υποθέσεις παραμένουν ανοιχτές, καθώς αναμένεται διενέργεια ιατρικής πραγματογνωμοσύνης. Σε τρεις υποθέσεις η αγωγή απορρίφθηκε, ενώ σε μια περίπτωση η αγωγή έγινε δεκτή και ορίστηκε χρηματική αποζημίωση €43.058 για τον ασθενή. Η υπόθεση αυτή περιελάμβανε τη χειρουργική αντιμετώπιση κατάγματος του ωλεκράνου και της ποδοκνημικής άρθρωσης, η οποία είχε ανεπαρκές λειτουργικό αποτέλεσμα, για το οποίο ο ασθενής χρειάστηκε περαιτέρω χειρουργική αντιμετώπιση σε εξειδικευμένο κέντρο του εξωτερικού.

Υπήρξε μια δεύτερη περίπτωση στην οποία ασθενής ηλικίας 7 ετών υπεβλήθη σε δεύτερη επέμβαση (κλειστή ανάταξη) κατάγματος του αντιβραχίου, λόγω πόρωσης σε πλημμελή θέση, μετά την συντηρητική αντιμετώπιση που αρχικά ακολουθήθηκε. Η αγωγή αυτή απορρίφθηκε, καθώς μετά από διενέργεια ιατρικής πραγματογνωμοσύνης αποδείχθηκε

ότι το κάταγμα είχε πωρωθεί σε ανατομικά αποδεκτή θέση και ότι δεν είχε κάποια ένδειξη η παρέμβαση που πραγματοποιήθηκε από τον δεύτερο ιδιώτη χειρουργό.

Αξιοσημείωτη είναι η περίπτωση ασθενούς που υπέστη εξάρθρωμα και ρωγμώδες κάταγμα αγκώνα και βραχιονίου οστού συνεπεία τροχαίου ατυχήματος. Στην κατατιθέμενη αγωγή αναφερόταν σε δυσμορφία του βραχίονα, λόγω της λανθασμένης επιλογής των εναγόμενων χειρουργών για συντηρητική αντιμετώπιση του εν λόγω κατάγματος, καθώς και για παραμόρφωση και δυσκαμψία του αριστερού του αγκώνα, παρότι ο δεξιός αγκώνας του είχε υποστεί κάταγμα. Η αγωγή του κρίθηκε άκυρη εν μέρει, ενώ δεν διαπιστώθηκε καμία αμέλεια σχετικά με την αντιμετώπιση του κατάγματος του βραχιονίου. Η υπόθεση έκλεισε εντός 2 χρόνων από την κατάθεση της αγωγής, ενώ δεν διενεργήθηκε ιατρική πραγματογνωμοσύνη, καθώς δεν υπήρξε καμία αμφιβολία σχετικά με την αντιμετώπιση του κατάγματος και το λειτουργικό αποτέλεσμα που αυτή επέφερε. Ο ενάγων ασθενής απαλλάχθηκε από κάθε δικαστική δαπάνη, λόγω πενίας. Τίθεται έτσι το θέμα κατά πόσο ήταν μια κατευθυνόμενη και επιπόλαια αγωγή, σε μια προσπάθεια του ασθενή να αποζημιωθεί, βασιζόμενη σε αόριστη και αβάσιμη κατηγορία.

**Λάθη που οφείλονται σε αμιγή ιατρική αμέλεια είναι σπάνια και αποτελούν λιγότερο από το 2% του συνόλου των ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων των ιατρικών πράξεων.** Από το σύνολο των ασθενών που υπέστησαν τις συνέπειες ιατρικής αμέλειας ένα ποσοστό 15% θα κινηθεί νομικά εναντίον του ιατρού. Ωστόσο, παρατηρείται ένας σημαντικός αριθμός αγωγών που στερούνται ισχυρών αποδεικτικών στοιχείων που να στοιχειοθετούν λάθος ή παράλειψη από την πλευρά του ιατρού. Στις αγωγές αυτές έχει αποδοθεί ο όρος «**επιπόλαιες**» και υπολογίζεται ότι αποτελούν το 40%-80% του συνόλου των αγωγών στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Σε μελέτη των Krauss et.al. στις Η.Π.Α. σχετικά με αγωγές που αφορούν τις κακώσεις περιφερικών νεύρων του άνω άκρου, ποσοστό 19% των αγωγών στερούνταν αποδεικτικών στοιχείων, και μικρό ποσοστό αυτών κατέληξε σε χρηματική αποζημίωση (3% του συνόλου των αγωγών)<sup>46</sup>.

Η *καθυστέρηση στη διάγνωση και η ελλιπής θεραπεία* των καταγμάτων του άνω άκρου έχουν περιγραφεί σαν δύο από τους κύριους λόγους κατάθεσης αγωγής. Η ελλιπής θεραπεία αναφέρεται στην ανεπαρκή συντηρητική αντιμετώπιση του κατάγματος ή στην ελλιπή χειρουργική τεχνική που χρησιμοποιήθηκε, αποτέλεσμα των οποίων είναι είτε η παραμόρφωση είτε η ανάγκη επανεπέμβασης<sup>88</sup>.

Τα κατάγματα του σκαφοειδούς οστού αποτελούν το 2-7% του συνόλου των κακώσεων του χεριού και του καρπού, καθώς και το 82-89% των κακώσεων της άρθρωσης του καρπού. Η λανθασμένη διάγνωση ή η καθυστέρηση στην αντιμετώπιση των καταγμάτων του σκαφοειδούς οστού αποτελεί συχνό λόγο αγωγής. Η λανθασμένη διάγνωση αναφέρεται σε παράλειψη, σε καθυστέρηση ή σε λάθος στη διάγνωση του κατάγματος. Οι παραλείψεις στη διάγνωση και αντιμετώπιση των καταγμάτων αυτών κόστισε στο σύστημα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας, σε μια περίοδο 17 ετών, £3.451.100 σε δικαστικά έξοδα, συμπεριλαμβανομένων και των αποζημιώσεων που δόθηκαν<sup>89</sup>. Σε μελέτη των Atrey et.al. στη Μεγάλη Βρετανία, σε σύνολο 126 αγωγών για το άνω άκρο, οι 15 αγωγές σχετίζονταν με κατάγματα του σκαφοειδούς οστού, με μέση χρηματική αποζημίωση τα \$78.771<sup>88</sup>. Στην παρούσα μελέτη υπήρξε ένα περιστατικό που αφορούσε κάταγμα του σκαφοειδούς οστού. Η διάγνωσή του πραγματοποιήθηκε μια εβδομάδα μετά τον τραυματισμό, αντιμετωπίστηκε χειρουργικά, ενώ διεγχειρητικά επισυνέβη θραύση της οδηγού βελόνης, το θραύσμα της οποίας παρέμεινε εντός του οστού. Ο ασθενής απέδωσε το λειτουργικό έλλειμμα στην πηγεοκαρπική άρθρωσή του στην καθυστερημένη αντιμετώπισή του και στην παρουσία του ξένου σώματος εντός του οστού.

Τα κατάγματα του περιφερικού άκρου της κερκίδας αποτελούν το πιο συχνό κάταγμα του ανθρώπινου σκελετού, με συχνότητα 18% του συνόλου των καταγμάτων. Η αντιμετώπισή τους μπορεί να επιπλακεί από πάρωση σε πλημμελή θέση, η οποία είναι αποτέλεσμα είτε ανεπαρκούς ανάταξης είτε απώλειας της θέσης ανάταξης. Επιπρόσθετα, τα κατάγματα αυτά αποτελούν πολύ συχνό λόγο κατάθεσης αγωγής, με την πλημμελή πάρωση, την παραμόρφωση,

την ελάττωση του εύρους κίνησης και τον πόνο να αποτελούν τους κυρίαρχους λόγους. Κοινό χαρακτηριστικών της μελέτης των αγωγών σχετικά με τα κατάγματα του περιφερικού άκρου της κερκίδας αποτελεί η αποτυχία ανάταξης του κατάγματος σε ανατομικά αποδεκτή θέση, ανεξάρτητα με το αν πραγματοποιήθηκε ανοιχτή ή κλειστή ανάταξη. Οι αγωγές δεν αναφέρονται σε επιπλοκές που μπορεί να επισυμβούν κατά τη χειρουργική αποκατάστασή τους, όπως η κάκωση τενόντων ή νεύρων, αλλά στην αποτυχία ανάταξης του κατάγματος<sup>90,91</sup>. Στη μελέτη μας υπήρξαν δύο αγωγές που αφορούσαν τη διαχείριση αντίστοιχων καταγμάτων. Στη μια περίπτωση το κάταγμα αντιμετωπίστηκε συντηρητικά, ωστόσο η ασθενής, όπως γνωμοδότησε έτερο νοσοκομείο, παρουσίασε λειτουργικό έλλειμμα και αρχόμενο Sudek, μετά την αγωγή. Στη δεύτερη περίπτωση το εν λόγω κάταγμα συνοδευόταν από κάταγμα-εξάρθρωμα του σύστοιχου αγκώνα. Μετά την τοποθέτηση γυψονάρθηκα ο ασθενής εμφάνισε σύνδρομο διαμερίσματος, για την αντιμετώπιση του οποίου δεν επέστρεψε άμεσα στο νοσοκομείο, αλλά μετά από διάστημα 24 σχεδόν ωρών. Στην πρώτη περίπτωση η αγωγή της ασθενούς απορρίφθηκε, καθώς δεν μπόρεσε να στοιχειοθετηθεί αμέλεια από την πλευρά του ιατρού, ενώ η απόφαση της δεύτερης υπόθεσης εκκρεμεί.

### Ωμος

Στην παρούσα μελέτη οι αγωγές για την ανατομική περιοχή του ώμου αφορούσαν παθήσεις (οστεοαρθρίτιδα, ασβεστοποιός τενοντίτιδα τενοντίου πετάλου του ώμου) και όχι τραυματικές κακώσεις. Η μία υπόθεση παραμένει ανοιχτή, ενώ οι δύο άλλες έκλεισαν υπέρ του ασθενή με μέση αποδιδόμενη αποζημίωση €18.352,5 (εύρος €10.000-€26.705). Όλες οι αγωγές στηρίχθηκαν σε πλημμελή χειρουργική αντιμετώπιση της πάθησης του ώμου, η οποία στην μια περίπτωση οδήγησε σε μόνιμη νευρολογική βλάβη, ενώ στις άλλες δύο περιπτώσεις σε ανάγκη επανεπέμβασης.

Οι Talbot et.al. μελέτησαν 581 αγωγές σχετικά με τη χειρουργική του αγκώνα και του ώμου στη Μεγάλη Βρετανία. Οι κυριότεροι λόγοι κατάθεσης αγωγής αφορούσαν τη διάγνωση, η οποία είτε ήταν λανθασμένη, είτε είχε διαφύγει, είτε ήταν καθυστερημένη. Τα κατάγματα

και τα εξαρτήματα αποτελούσαν τη διάγνωση που είχε παραλειφθεί στην πλειονότητα των αγωγών, με το 43% των αγωγών αυτών να αναφέρονται σε διαγνώσεις που παραλείφθηκαν στο τμήμα των επειγόντων περιστατικών. Δεύτερη συχνότερη αιτία ήταν η πλημμελής αντιμετώπιση της πάθησης, ενώ ακολουθούσε η παρουσία νευρολογικού ελλείμματος<sup>92</sup>.

### 5.1.3. ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

Ο κίνδυνος λοίμωξης ελλοχεύει σε κάθε τραύμα. Οι λοιμώξεις των τραυμάτων των άκρων αποτελούν σοβαρή επιπλοκή, που αρκετές φορές μπορεί να έχουν δραματικές συνέπειες για τον ασθενή. Οι ασθενείς με χειρουργικές λοιμώξεις έχουν πενταπλάσιο κίνδυνο επανεισαγωγής στο νοσοκομείο, ενώ παρουσιάζουν 60% περισσότερες πιθανότητες να εισαχθούν σε μονάδα εντατικής θεραπείας. Επιπρόσθετα, οι χειρουργικές λοιμώξεις απαιτούν κατά μέσο όρο 12 ημέρες επιπλέον νοσηλεία και συνεπάγονται σημαντικά οικονομικά κόστη<sup>93</sup>. Η παρουσία τέτοιων λοιμώξεων έχει αποτελέσει λόγο κατάθεσης αγωγής εναντίον των ορθοπαιδικών χειρουργών. Σε μελέτη των Mouton et.al. στη Γαλλία, σε ένα σύνολο 126 αγωγών σχετικά με ορθοπαιδικές επεμβάσεις, οι λοιμώξεις αποτελούσαν την αιτία στο 80% των αγωγών αυτών<sup>94</sup>, ενώ σε μελέτη των Talbot et.al. σχετικά με αγωγές για παθήσεις του αγκώνα και του ώμου, σε ένα σύνολο 581 αγωγών οι 8 αφορούσαν λοιμώξεις. Μισές από αυτές τις αγωγές έκλεισαν υπέρ του ασθενή και η μέση χρηματική αποζημίωση που ορίστηκε ανέρχονταν στις £110.000<sup>92</sup>. Σε μελέτη των Atrey et.al. στη Μεγάλη Βρετανία σχετικά με αγωγές που σχετιζόνταν με ορθοπαιδικά προβλήματα, οι λοιμώξεις αποτελούσαν επίσης συχνή αιτία αγωγών. Εντός μιας χρονικής περιόδου 6 χρόνων υπήρξαν 123 αγωγές, οι οποίες κόστισαν στο εθνικό σύστημα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας \$2.557.6646, ενώ η μέση χρηματική αποζημίωση που αποδόθηκε ήταν \$426.273<sup>88</sup>. Όμοια σε μελέτη των Umpierrez et.al. στις Η.Π.Α. σε σύνολο 171 αγωγών οι λοιμώξεις αποτέλεσαν την αιτία στο 11.1% αυτών<sup>5</sup>.

## **5.2 ΕΙΔΗ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ**

Ο ασθενής δύναται να προσφύγει στη δικαιοσύνη, εφόσον θεωρεί ότι η ανεπιθύμητη έκβαση μιας ιατρικής πράξης ήταν το αποτέλεσμα ιατρικής αμέλειας. Μπορεί ο ασθενής να αιτηθεί να αξιολογηθούν οι πράξεις του ιατρού με βάση τον ποινικό κώδικα, καταθέτοντας μήνυση κατά του ιατρού. Επιπλέον, μπορεί να αιτηθεί αποζημιώσεως για τις οικονομικές απώλειες που υπέστη, λόγω της ανεπιθύμητης αυτής έκβασης, καταθέτοντας αγωγή κατά του ιατρού ή και του νοσηλευτικού ιδρύματος όπου αυτός εργάζεται.

Τα **Ποινικά Δικαστήρια** εκδικάζουν υποθέσεις με βάση τον ποινικό κώδικα, που αφορούν πρόκληση σωματικής βλάβης ή θάνατο από αμέλεια. Διακρίνονται σε *Ειρηνοδικεία και Πλημμελειοδικεία*, όπου οι υποθέσεις εκδικάζονται πρωτοδίκως. Ως πλημμέλημα χαρακτηρίζεται το αδίκημα εκείνο που τιμωρείται από το νόμο με φυλάκιση έως 5 χρόνων. Οι αποφάσεις των ειρηνοδικείων και πλημμελειοδικείων μπορούν να εξεταστούν περαιτέρω σε *Εφετείο*, ενώ το ανώτατο ποινικό δικαστήριο είναι ο *Άρειος Πάγος*.

Τα **Αστικά Δικαστήρια** εκδικάζουν υποθέσεις με βάση το αστικό δίκαιο. Διακρίνονται σε Διοικητικά και Πολιτικά. Το *Διοικητικό Πρωτοδικείο* αποτελεί το πρωτοβάθμιο διοικητικό δικαστήριο στην Ελλάδα. Εκεί δικάζονται σε πρώτο βαθμό υποθέσεις που αφορούν διοικητικές διαφορές, όπως η προσφυγή κατά του Δημοσίου. Ανάλογα με τη σύστασή του διακρίνεται σε Μονομελές και Τριμελές. Το *Πολιτικό Πρωτοδικείο* αποτελεί το βασικό πρωτοβάθμιο πολιτικό δικαστήριο της Ελλάδας, στο οποίο εκδικάζονται σε πρώτο βαθμό οι διαφορές μεταξύ ιδιωτών. Διακρίνεται σε Μονομελές και Πολυμελές, ανάλογα με τη σύστασή του.

Στις αποφάσεις που εκδίδονται από τα πρωτοδικεία, είτε πολιτικά είτε διοικητικά, μπορεί να ασκηθεί έφεση, σε περίπτωση που ο ενάγων ή και ο εναγόμενος αιτηθούν επανεξέταση της απόφασης που εκδόθηκε πρωτοδίκως. Οι εφέσεις εκδικάζονται στο *Εφετείο*,

το οποίο όμοια με το πρωτοδικείο, διακρίνεται σε διοικητικό και πολιτικό. Το *Συμβούλιο της Επικρατείας* αποτελεί το ανώτατο διοικητικό δικαστήριο και ο *Άρειος Πάγος* το ανώτατο πολιτικό δικαστήριο, όπου δύναται να επανεξεταστούν οι αποφάσεις των εφετείων.

Στις περισσότερες χώρες η εκδίκαση υποθέσεων ιατρικής αμέλειας πραγματοποιείται στα αστικά δικαστήρια, όπου ανάλογα με την έκβαση της δίκης επιδικάζεται ή όχι χρηματική αποζημίωση για τον ασθενή. Σε χώρες όπως η Ιαπωνία, η Νέα Ζηλανδία και η Ινδία ο ιατρός αντιμετωπίζεται ως ποινικά εναγόμενος, ενώ σε χώρες, όπως η Ουκρανία και η Λετονία, η ιατρική αμέλεια έχει ποινικοποιηθεί, ωστόσο οι επιβαλλόμενες ποινές δεν είναι αυστηρές, δεδομένου ότι η εξάσκηση του ιατρικού επαγγέλματος συνοδεύεται από μεγάλο κίνδυνο πρόκλησης βλάβης στον ασθενή<sup>95,96</sup>.

Στη μελέτη μας 29 από τις 31 υποθέσεις εκδικάστηκαν σε αστικά πρωτοδικεία. Από τις 29 αυτές υποθέσεις, 6 υποθέσεις εκδικάστηκαν και σε ποινικό δικαστήριο, καθώς οι εμπλεκόμενοι ιατροί κατηγορήθηκαν για την πρόκληση σωματικής βλάβης από αμέλεια και ανθρωποκτονία από αμέλεια, σε μια περίπτωση. Οι αποφάσεις του αστικού πρωτοδικείου επανεξετάστηκαν σε εφετείο σε 5 περιπτώσεις, όπου και εκδόθηκε η οριστική απόφαση. Δύο από τις συνολικά 31 υποθέσεις της παρούσας μελέτης εκδικάστηκαν μόνο σε ποινικό δικαστήριο, καθώς ο ασθενής δεν αιτήθηκε αποζημίωσης.

Η απόφαση του ποινικού δικαστηρίου προηγείται αυτής του αστικού και οι δύο αυτές αποφάσεις είναι συνήθως σύμφωνες. Σύμφωνα με το άρθρο 314 του Ποινικού Κώδικα «Όποιος από αμέλεια προκαλεί σωματική κάκωση ή βλάβη της υγείας άλλου τιμωρείται με φυλάκιση έως δύο έτη ή χρηματική ποινή ή παροχή κοινωνικής εργασίας. Αν η σωματική βλάβη που προκλήθηκε είναι βαριά, τιμωρείται με φυλάκιση έως τρία έτη, και αν αυτή είναι εντελώς ελαφριά, επιβάλλεται χρηματική ποινή ή παροχή κοινωφελούς εργασίας». Ο παραπάνω νόμος ισχύει για κάθε πολίτη και επαγγελματικό κλάδο και δεν αναφέρεται αποκλειστικά στους ιατρούς. Προκειμένου όμως να γίνει πιο συγκεκριμένο για τους ιατρούς, στην νομολογία αναφέρεται ότι «καμία αμέλεια δεν μπορεί να είναι έγκυρη, ακόμη και αν ο ασθενής πεθάνει,

στην περίπτωση που σε διαγνωστικό επίπεδο έχει δοθεί η κατάλληλη προσοχή, και αν μια έγκυρη επιστημονική προσέγγιση έχει υιοθετηθεί»<sup>45</sup>. Η περαιτέρω εκδίκαση σε ποινικό δικαστήριο δεν συνέβαλε σε αύξηση της χρονικής διάρκειας της δικαστικής διαμάχης, αλλά συνέβαλε σε επιπρόσθετο άγχος και ανησυχία του εμπλεκόμενου ιατρού, μέχρι την έκδοση οριστικής απόφασης.

## **5.3 ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΔΙΚΗΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΡΑΓΜΑΤΟΓΝΩΜΟΝΑ**

### **5.3.1. ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΔΙΚΗΣ**

Η δικαστική διαμάχη είναι μια διαδικασία που διαρκεί μεγάλο χρονικό διάστημα, μέχρι να εκδοθεί μια οριστική απόφαση, με σημαντικές οικονομικές και συναισθηματικές επιπτώσεις για τον ασθενή, την οικογένειά του, αλλά και για τους εμπλεκόμενους ιατρούς. Η κατηγορία για αμέλεια μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση ενοχής και επαγγελματικής υπαιτιότητας στον εμπλεκόμενο ιατρό, ενώ μπορεί να αποσπάσει σημαντικά την προσοχή του από την καθημερινή του επαγγελματική δραστηριότητα. Στη μελέτη μας ο χρόνος που μεσολάβησε μεταξύ της κατάθεσης της αγωγής και της έκδοσης οριστικής απόφασης ήταν τα κατά μέσο όρο τα 6.5 χρόνια. Η συντομότερη εκδίκαση αγωγής πραγματοποιήθηκε εντός 2 ετών, η οποία ολοκληρώθηκε χωρίς τη διενέργεια ιατρικής πραγματογνωμοσύνης, ενώ η πιο χρονοβόρα υπόθεση έκλεισε εντός 12 χρόνων, η οποία περιελάμβανε και τη διαδικασία της έφεσης της αρχικής απόφασης του πρωτοδικείου. Στην Ελλάδα εκτιμάται ότι ο μέσος χρόνος αναμονής για την πρώτη ανάγνωση της αγωγής στο δικαστήριο είναι 3-5 χρόνια, λόγος για τον οποίο η χώρα μας έχει καταδικαστεί αρκετές φορές από το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα [παραβίαση του άρθρου 6, «δικαίωμα για μια δίκαιη δίκη, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος δημόσιας ακρόασης ενώπιον ανεξάρτητου και αμερόληπτου δικαστηρίου εντός εύλογου χρονικού διαστήματος»]<sup>54</sup>.

### 5.3.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΡΑΓΜΑΤΟΓΝΩΜΟΝΑ

Κατά τη διάρκεια της δίκης ο δικαστής ζητείται να αποφασίσει υπέρ ή κατά του ενάγοντος ασθενή για θέματα που δεν άπτονται της ειδικεισής του. Ζητείται να κρίνει τον εναγόμενο ιατρό, αν ενήργησε με βάση τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης, επιδεικνύοντας την επιμέλεια που αναμένεται από τον μέσο εκπρόσωπο του κύκλου του. Η κρίση αυτή όμως απαιτεί εξειδικευμένες γνώσεις ιατρικής, τις οποίες ζητείται να δώσει ο ιατρικός πραγματογνώμονας. Με τη διενέργεια **ιατρικής πραγματογνωμοσύνης**, ζητείται από ανεξάρτητο ιατρό της ίδιας ειδικότητας με αυτήν του εναγόμενου ιατρού, να απαντήσει σε θέματα σχετικά με την εκδικαζόμενη υπόθεση, όπως οι ενδείξεις μιας συγκεκριμένης χειρουργικής επέμβασης, οι καταγεγραμμένες επιπλοκές μιας επέμβασης ή τις ενδεδειγμένες εργαστηριακές εξετάσεις που χρειάζονται προκειμένου να πραγματοποιηθεί η διάγνωση μιας νόσου, καθώς και η ανατομία της περιοχής που αφορά η αγωγή. Ζητείται επίσης από τον πραγματογνώμονα να αναλύσει τα γεγονότα και να σχολιάσει κατά πόσο οι πράξεις του εναγόμενου έγιναν σύμφωνα με τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης. Η απόφαση του δικαστηρίου θα στηριχθεί στα δεδομένα που ο πραγματογνώμονας θα παρουσιάσει, τα οποία πρέπει να είναι αντικειμενικά και να μην κλίνουν να ενισχύσουν την μία ή την άλλη πλευρά, όπως έχει αναφερθεί σε παρελθοντικές περιπτώσεις στη διεθνή βιβλιογραφία<sup>65,97</sup>. Οι ιατρικοί εμπειρογνώμονες ωστόσο δεν υφίστανται κάποιον αυστηρό έλεγχο πριν την επιλογή τους. Παρότι κατέχουν την ίδια ιατρική ειδικότητα με τον εναγόμενο ιατρό, δεν είναι πάντοτε οι ειδικοί στο υπό συζήτηση κλινικό πεδίο, ενώ σε απαιτητικές υποθέσεις μπορεί να μην έχουν όλες τις τεχνικές και εξειδικευμένες γνώσεις που απαιτούνται για την υποστήριξή τους. Επομένως, πολλές φορές «είναι λαχείο ποιος μπορεί και ποιος δεν μπορεί να αποδείξει αμέλεια»<sup>52</sup>. Σύμφωνα με την παρούσα μελέτη απαιτήθηκε ιατρική πραγματογνωμοσύνη στο 64.5% των υποθέσεων, προκειμένου να απαντηθούν ερωτήματα σχετικά με την υπόθεση. Σε όλες τις αγωγές που αφορούσαν κάκωση του βραχιονίου πλέγματος σε νεογνά μετά από

φυσιολογικό τοκετό κρίθηκε απαραίτητη η διενέργεια ιατρικής πραγματογνωμοσύνης, προτού εκδοθεί οριστική απόφαση. Σε 5 περιπτώσεις κατά τη διάρκεια του τοκετού παρουσιάστηκε δυστοκία ώμων, η οποία αντιμετωπίστηκε από τον μαιευτήρα, αλλά κατέληξε σε αναπηρία του νεογνού. Σε 3 από αυτές τις περιπτώσεις η αναπηρία αντιμετωπίστηκε χειρουργικά σε εξειδικευμένο κέντρο του εξωτερικού. Ωστόσο οι 2 από αυτές τις υποθέσεις έκλεισαν υπέρ του ενάγοντος, ενώ η μία κατά, υπογραμμίζοντας την επίδραση που μπορεί να έχει η διενεργηθείσα ιατρική πραγματογνωμοσύνη στην οριστική απόφαση.

Συχνά στην Ελλάδα οι ιατροί διστάζουν να συμμετέχουν σε δικαστικές διαμάχες ως εμπειρογνώμονες, είτε λόγω αλληλεγγύης προς τους άλλους συναδέλφους ιατρούς, είτε λόγω έλλειψης κινήτρων, όπως για παράδειγμα η αποδιδόμενη αμοιβή για τη διενέργεια της πραγματογνωμοσύνης, η οποία είναι ιδιαίτερα χρονοβόρα διαδικασία. Επιπλέον, σε αρκετές περιπτώσεις έχει αμφισβητηθεί η ουδετερότητα των εμπειρογνομόνων, καθότι, όχι σπάνια, θα διατηρήσουν μια στάση αλληλεγγύης προς τον κατηγορούμενο συνάδερφο<sup>54</sup>.

#### **5.4 ΑΙΤΙΕΣ ΕΠΙΤΥΧΗΜΕΝΩΝ ΑΓΩΓΩΝ**

Στη μελέτη μας υπήρξαν 13 επιτυχημένες αγωγές στο σύνολο των 22 υποθέσεων στις οποίες εκδόθηκε οριστική απόφαση, 12 από τις οποίες κατέληξαν σε χρηματική αποζημίωση του ασθενή, ενώ μια αγωγή εκδικάστηκε μόνο σε αναθεωρητικό δικαστήριο, η απόφαση της οποίας υπήρξε καταδικαστική για τον εμπλεκόμενο χειρουργό. Η μέση χρηματική αποζημίωση που ορίστηκε ήταν €46.653,83, με εύρος διακύμανσης από €1.000 έως €201.697. Οι λόγοι για τους οποίους κατατέθηκαν οι αγωγές αυτές συμπεριελάμβαναν λανθασμένη διάγνωση τραυματικών κακώσεων του χεριού και του καρπού, τη χειρουργική αντιμετώπιση καταγμάτων, την πλημμελή χειρουργική αντιμετώπιση εκφυλιστικής πάθησης του άνω άκρου, κακώσεις νεύρων και την απουσία έγκυρης συναίνεσης του ασθενή, για την πραγματοποίηση

χειρουργικής επέμβασης. Οι υψηλότερες αποζημιώσεις αποδόθηκαν σε αγωγές που συσχετιζόνταν με νεογνική παράλυση του βραχιονίου πλέγματος και στις περιπτώσεις που το παιδί υπεβλήθη σε περαιτέρω χειρουργική επέμβαση στο εξωτερικό, προκειμένου να αποκατασταθεί εν μέρει το λειτουργικό έλλειμμα που η πάρεση αυτή προκάλεσε (€153.437, €201.697). Η πραγματοποίηση περαιτέρω χειρουργικών επεμβάσεων, μετά την αρχική για την αντιμετώπιση του προβλήματος, υπήρξε σημαντικός παράγοντας για την επιτυχή έκβαση της αγωγής. Στο σύνολο 10 αγωγών που σχετιζόνταν με δεύτερη χειρουργική επέμβαση, 6 αγωγές έκλεισαν υπέρ του ασθενή, 3 κατά, ενώ εκκρεμεί η έκδοση οριστικής απόφασης σε μια αγωγή. Επιπλέον, δεν μπορούμε να συγκρίνουμε και να σχολιάσουμε αν υπήρξε διαφορά στο ύψος των χρηματικών αποζημιώσεων που αποδόθηκαν σε κάθε μία από τις δεκαετίες που μελετήσαμε, καθώς οι 27 από τις 31 αγωγές εκδικάστηκαν εντός της περιόδου 2011-2019.

Οι επιτυχημένες αγωγές σχετιζόνταν με τη θεραπεία της πάθησης/τραύματος (76.9%), τη διάγνωση της πάθησης/τραύματος (15.4%) και την ελλιπή συναίνεση (7.7%). Η πλειονότητα των υποθέσεων που σχετιζόνταν με τη θεραπεία της πάθησης/τραύματος αναφέρονταν σε λανθασμένους χειρουργικούς χειρισμούς, που είχαν ως συνέπεια την κάκωση κάποιου νεύρου και την πλημμελή ανατομική ανάταξη καταγμάτων. Οι επιτυχημένες αγωγές που σχετιζόνταν με τη διάγνωση της πάθησης/τραύματος αφορούσαν τραυματικές κακώσεις. Η σωστή διάγνωση διέφυγε κατά την αρχική εκτίμηση του ασθενή και πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της επανεξέτασής του, με αποτέλεσμα την καθυστέρηση στην αντιμετώπιση του προβλήματος. Η αγωγή που αφορούσε τη συναίνεση του ασθενή αφορούσε τραυματική κάκωση του χεριού, η θεραπευτική προσέγγιση της οποίας άλλαξε διεγχειρητικά, λόγω των χειρουργικών ευρημάτων, καθιστώντας την αρχική συναίνεση του ασθενή άκυρη.

Παρόμοια αποτελέσματα παρουσίασαν και οι Ajwani et.al. από τη Μεγάλη Βρετανία σε μια μελέτη 325 αγωγών που αφορούσαν κακώσεις του χεριού και του καρπού, οι οποίες έκλεισαν με επιτυχή έκβαση. Οι κυριότεροι λόγοι που συνέβαλαν στην έκβαση αυτή ήταν το

πτωχό αποτέλεσμα, συνηθέστερα λειτουργικό, η κάκωση νεύρου, η ανάγκη περαιτέρω χειρουργικών επεμβάσεων, ο περιττός πόνος και η αντιμετώπιση των καταγμάτων<sup>61</sup>.

Η μελέτη των υποθέσεων αυτών στοχεύει στον προσδιορισμό των λόγων που οι ασθενείς προσφεύγουν στη δικαιοσύνη για περιστατικά που αφορούν τραύματα και παθήσεις του χεριού και του άνω άκρου, καθώς στον προσδιορισμό των λόγων που οδήγησαν σε επιτυχή έκβαση τις αγωγές αυτές. Η ανάλυση των παραγόντων αυτών θα βοηθήσει ώστε να σχεδιαστούν στρατηγικές πρόληψης τους, καθώς και να βελτιωθεί η παρεχόμενη ιατρική φροντίδα, ούτως ώστε να ελαττωθεί το οικονομικό κόστος που επιφέρουν οι αγωγές για το σύστημα υγείας. Περαιτέρω θα ανευρεθούν οι τομείς εκείνοι στους οποίους απαιτείται καλύτερη εκπαίδευση του προσωπικού τους, προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος αγωγής τους.

Τα τραύματα του χεριού και του άνω άκρου αντιμετωπίζονται κυρίως στο τμήμα επειγόντων περιστατικών γενικών και πανεπιστημιακών νοσοκομείων, στην πλειονότητά τους από *ειδικευμένους ιατρούς*, ενώ στα κέντρα υγείας της χώρας από *γενικούς και αγροτικούς ιατρούς*. Τα πιο περίπλοκα τραύματα καταλήγουν πάντοτε σε ειδικευμένους ορθοπαιδικούς και πλαστικούς χειρουργούς, ωστόσο η πλειονότητα των απλών τραυμάτων θα φτάσει σε αυτούς με μικρότερη συχνότητα και θα αντιμετωπιστεί από ιατρούς με λιγότερη εμπειρία. Η διάγνωση και αντιμετώπιση των απλών αυτών τραυμάτων, όπως τα κατάγματα και τα θλαστικά τραύματα, του χεριού και του καρπού είναι οι κυριότεροι λόγοι που οι ασθενείς προσφεύγουν στη δικαιοσύνη. Διακρίνεται έτσι η ανάγκη καλύτερης εκπαίδευσης στη χειρουργική και την ανατομία του χεριού των ιατρών που στελεχώνουν τα τμήματα των επειγόντων περιστατικών. Η πρώτη επανεξέταση των ασθενών αυτών θα πρέπει να γίνεται από ειδικούς ορθοπαιδικούς ή πλαστικούς χειρουργούς εντός σύντομου χρονικού διαστήματος, ώστε διαγνώσεις που πιθανόν να παραλήφθηκαν στην αρχική εκτίμηση του ασθενή, να γίνουν σύντομα και έτσι να μην καθυστερήσει η αντιμετώπισή τους. Η δημιουργία πρωτοκόλλων σχετικά με τα κριτήρια παραπομπής των τραυματικών κακώσεων αυτών σε εξειδικευμένα κέντρα χειρουργικής του

χειριού θα συντελούσε στην ταχύτερη παραπομπή και αντιμετώπισή τους, ειδικά για τους ασθενείς αυτούς που μένουν στα νησιά ή σε περιοχές απομακρυσμένες από τα μεγάλα αστικά κέντρα. Η χρήση της τηλεϊατρικής, καθώς και της τεχνολογίας που προσφέρουν τα κινητά τηλέφωνα και οι υπολογιστές θα βοηθούσε στην άμεση επικοινωνία των ιατρών που στελεχώνουν τα κέντρα υγείας με εξειδικευμένους χειρουργούς, ώστε να απαντηθούν διαγνωστικά τους ερωτήματα και ερωτήματα σχετικά με τη θεραπευτική προσέγγιση των κακώσεων αυτών.

### **Ο ρόλος της επικοινωνίας μεταξύ ιατρού και ασθενή**

Η σωστή επικοινωνία ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή είναι εξίσου σημαντική για την αντιμετώπιση τόσο των τραυματικών κακώσεων όσο και των παθήσεων του χειριού και του άνω άκρου. Η σωστή επικοινωνία είναι αναγκαία ώστε να δημιουργηθεί μια σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ του ασθενή και του ιατρού. Ο χειρουργός πρέπει να εξηγεί με λεπτομέρεια την πάθηση στον ασθενή, τους τρόπους με τους οποίους μπορεί να αντιμετωπιστεί, τους κινδύνους που ενέχει κάθε τρόπος, καθώς και το λειτουργικό αποτέλεσμα που μπορεί να επιτευχθεί με κάθε προσέγγιση. Η σωστή επικοινωνία με τον ασθενή θα βοηθήσει ώστε αυτός να έχει πιο ρεαλιστικές προσδοκίες σχετικά με το αποτέλεσμα της θεραπευτικής παρέμβασης, ελαχιστοποιώντας τον κίνδυνο αγωγής λόγω πτωχού λειτουργικού αποτελέσματος.

Ακόμη και σε περίπτωση εμφάνισης επιπλοκής ή κάποιου αρνητικού αποτελέσματος, η επικοινωνία είναι μείζονος σημασίας. Η ειλικρινής στάση απέναντι στον ασθενή και η σωστή επικοινωνία αποτρέπουν τους ασθενείς να κινηθούν νομικά εναντίον των ιατρών<sup>4</sup>. Η συγγνώμη και η αναγνώριση της πράξης που επέφερε το αρνητικό αποτέλεσμα, μπορεί πολλές φορές να σταματήσει τον ασθενή από το να κινηθεί νομικά εναντίον του ιατρού και του νοσηλευτικού ιδρύματος στο οποίο αυτός εργάζεται. Η συγγνώμη υποδηλώνει ότι ο ιατρός αναγνωρίζει το λάθος ή την παράλειψη που επέφερε το αρνητικό αποτέλεσμα και ότι αναλαμβάνει την ευθύνη να το αντιμετωπίσει. Η συγγνώμη διαφέρει από την δικαιολογία, καθώς αυτός που ζητάει

συγγνώμη αναλαμβάνει και την ευθύνη για τη ζημία που έχει προκληθεί. Η συγγνώμη μπορεί να ελαττώσει το θυμό που νιώθει ο ασθενής, να μειώσει τις κατηγορίες που μπορεί να αποδοθούν στον ιατρό και να βελτιώσει τη σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ ιατρού και ασθενή. Από την άλλη πλευρά όμως, ο φόβος μιας επικείμενης αγωγής αποτρέπει την έκφραση της συγγνώμης αυτής, παρότι αυτή μπορεί να οδηγήσει στη διακοπή κάθε νομικής διαμάχης. Σε προηγούμενες μελέτες έχει παρουσιαστεί ότι οι ασθενείς σε ποσοστό μεγαλύτερο του 88% θα επιθυμούσαν ο ιατρός να αναγνωρίσει την παράλειψη ή το λάθος που έχει γίνει και να ζητήσει συγγνώμη. Ο Witman αναφέρει ότι οι ασθενείς που έχουν ενημερωθεί για την παρουσία μιας παράλειψης ή ενός λάθους είναι λιγότερο πιθανόν να καταθέσουν αγωγή, συγκριτικά με τους ασθενείς που δεν έχουν ενημερωθεί για αυτό<sup>52,93</sup>.

Πέρα από τη σωστή επικοινωνία, εξίσου σημαντική είναι και η καταγραφή της επικοινωνίας αυτής. Η καταγραφή περιλαμβάνει τα κλινικά ευρήματα, την κλινική διάγνωση, τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων και απεικονιστικών μεθόδων, την θεραπευτική προσέγγιση που ακολουθήθηκε, οτιδήποτε περιλαμβάνει η παρακολούθηση του ασθενή, τους κινδύνους που η θεραπεία ενέχει και τα αποτελέσματα που μπορεί να επιφέρει. Η καταγραφή όλων των στοιχείων αυτών θα βοηθήσει στην υπεράσπιση του χειρουργού και θα καθορίσει την έκβαση της δίκης. Όπως λέει και η ρήση, «the lawyers don's try you, they try the medical record». Αν κάτι δεν έχει καταγραφεί, τότε δεν έχει συμβεί<sup>4</sup>.

Η μελέτη μας αποτελεί την πρώτη επίσημη καταγραφή για τις ιατρονομικές επιπτώσεις στα τραύματα και τις παθήσεις του χεριού και του άνω άκρου στην Ελλάδα. Ωστόσο, δεν αποδίδει τη συνολική εικόνα της κατάστασης αυτής. Η έλλειψη κάποιου επίσημου φορέα που να συγκεντρώνει στοιχεία σχετικά με τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα των ιατρικών πράξεων, τα ιατρικά λάθη και το σύνολο των αγωγών για ιατρική αμέλεια που κατατίθενται κάνει αδύνατη την εκτίμηση της συνολικής κατάστασης στην Ελλάδα. Τα στοιχεία μας προέρχονται μόνο από τις αγωγές εκείνες που έφτασαν στην δικαστική αίθουσα. Υποθέτουμε όμως ότι ο αριθμός των αγωγών είναι μεγαλύτερος από αυτόν που εκδικάστηκαν. Σύμφωνα με τη διεθνή

βιβλιογραφία ένα ποσοστό μικρότερο του 10% των αγωγών καταλήγει σε δίκη, καθώς ένα μεγάλο ποσοστό αυτών επιλύονται εξωδικαστικά, ενώ περίπου το ένα τρίτο αυτών αποσύρονται, επειδή ο ενάγων στερείται επαρκών αποδεικτικών στοιχείων που να μπορούν να στοιχειοθετήσουν την αμέλεια του ιατρού<sup>4</sup>.

Τα αποτελέσματα της μελέτης μας επιτρέπουν ωστόσο μια πιο ακριβή εκτίμηση του κόστους που οφείλει να καλύψει ένα, ήδη αποδυναμωμένο οικονομικά, σύστημα υγείας, όπως αυτό της Ελλάδας. Για το σύνολο των 13 επιτυχημένων αγωγών το ελληνικό σύστημα υγείας απέδωσε σε χρηματικές αποζημιώσεις €559.846, εντός δύο δεκαετιών. Στο συνολικό αυτό ποσό δεν συμπεριλαμβάνονται τα δικαστικά έξοδα, ούτε και οι αμοιβές των ιατρικών εμπειρογνομόνων για το σύνολο των 31 αγωγών. Το κόστος αυτών είναι μέρος ενός μεγαλύτερου κόστους που καλείται να πληρώσει το σύστημα υγείας για το σύνολο των αγωγών που αφορούν ιατρική αμέλεια στο σύνολο των ιατρικών ειδικοτήτων.

Στοιχεία σχετικά με τον βαθμό του εμπλεκόμενου ιατρού και με την εξειδίκευσή του, εφόσον υπήρχε, δυστυχώς δεν ήταν διαθέσιμα σε όλες τις δικογραφίες, καθιστώντας δύσκολη την εξαγωγή γενικών συμπερασμάτων σχετικά με την συσχέτιση του κινδύνου αγωγής και του βαθμού του χειρουργού. Δεν γνωρίζουμε κατά πόσο η γνώση αυτής της πληροφορίας θα επηρέαζε την τελική απόφαση του δικαστηρίου, ωστόσο θα βοηθούσε στο σχεδιασμό στρατηγικών, ώστε να ελαττωθούν περαιτέρω αγωγές στο μέλλον. Το εύρημα ότι ένας αριθμός λανθασμένων διαγνώσεων πραγματοποιείται στο τμήμα των επειγόντων περιστατικών από ειδικευμένους ιατρούς ή από ιατρούς ειδικότητας διαφορετικής της ορθοπαιδικής και πλαστικής χειρουργικής βοηθά ώστε μέρος της προσπάθειας να εστιάσει στο χώρο αυτό. Οι κακώσεις όμως των νεύρων, που αποτελούν και τη συχνότερη αιτία των αγωγών, πραγματοποιούνται εντός του χειρουργείου. Οι απλές επεμβάσεις ρουτίνας, όπως είναι η διάνοιξη του καρπιαίου σωλήνα, είναι δυνατόν να πραγματοποιούνται από ειδικευμένους, ενώ δεν είναι γνωστός ο βαθμός επιτήρησης αυτών κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Δεδομένου ότι η κάκωση του μέσου νεύρου είναι η συχνότερα αναφερόμενη κάκωση νεύρου και σχεδόν

πάντοτε σχετίζεται με τη διάνοιξη του καρπιαίου σωλήνα, μας κάνει να συμπεράνουμε ότι μεγάλη βαρύτητα πρέπει να δοθεί στις επεμβάσεις ρουτίνας, στην σχολαστικότερη επιτήρηση των νέων ιατρών κατά τη διάρκεια των επεμβάσεων αυτών, και πιθανόν και στην καλύτερη εκπαίδευσή τους, τόσο στην ανατομία του χεριού όσο και στις χειρουργικές τεχνικές των επεμβάσεων αυτών.

## 5.5 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι αγωγές για ιατρική αμέλεια είναι μια πραγματικότητα με την οποία θα έρθουν αντιμέτωποι όλοι οι χειρουργοί σε κάποια στιγμή της καριέρας τους. Ο ασθενής μπορεί να υποβάλλει μήνυση προς τον ιατρό, αξιώνοντας την αξιολόγησή του με βάση τον ποινικό κώδικα, με την κατηγορία της πρόκλησης σωματικής βλάβης ή θανάτου από αμέλεια. Επιπλέον, μπορεί να αξιωθεί αποζημιώσεως για τις απώλειες που υπέστη λόγω μιας ανεπιθύμητης ιατρικής έκβασης, υποβάλλοντας αγωγή κατά του ιατρού ή και του νοσηλευτικού ιδρύματος, όπου αυτός εργάζεται.

Συνηθέστερα οι αγωγές αυτές, σε ό,τι αφορά το χέρι και το άνω άκρο, σχετίζονται με απλές χειρουργικές επεμβάσεις ρουτίνας και την αντιμετώπιση καταγμάτων, ωστόσο οι επιπτώσεις, οικονομικές, κοινωνικές και ψυχολογικές, θα είναι σοβαρές τόσο για τον ασθενή όσο και για τον χειρουργό και το αντίστοιχο σύστημα υγείας.

Η ειλικρινής επικοινωνία του ασθενή με τον ασθενή θεωρείται σημαντική προκειμένου να αποφευχθεί η πλειονότητα των ιατρονομικών αυτών επιπτώσεων, όπως και η λεπτομερής καταγραφή των διαγνωστικών και θεραπευτικών προσεγγίσεων, και η λήψη συναίνεσης κατόπιν ενημέρωσης. Κατανοώντας επομένως τους λόγους που οδηγούν σε αγωγές και ειδικότερα σε επιτυχημένες αγωγές θα μπορέσουμε να βελτιώσουμε τους τομείς αυτούς, είτε αυτοί αναφέρονται στην εκπαίδευση των ιατρών είτε σε δικλίδες ασφαλείας, ώστε όλες οι τραυματικές παθήσεις του χεριού και του άνω άκρου να εκτιμώνται από εξειδικευμένους ιατρούς, με σκοπό να βελτιωθεί η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας στους ασθενείς, να ελαττωθούν τα οικονομικά κόστη που επιβαρύνουν το σύστημα υγείας, αλλά και να μπορέσουν οι χειρουργοί να εξασκούν την καθημερινή τους πρακτική χωρίς τον συνεχή φόβο μιας επικείμενης αγωγής.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6**

### **ΣΥΝΟΨΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ**

Η μελέτη μας αποτελεί την πρώτη καταγραφή των ιατρονομικών επιπτώσεων της χειρουργικής του χεριού και του άνω άκρου στην Ελλάδα, εντός των δύο τελευταίων δεκαετιών. Οι αγωγές για αμέλεια σχετικά με τη χειρουργική του χεριού και του άνω άκρου στην Ελλάδα παρουσιάζουν αντίστοιχη τάση με αυτήν που έχει περιγραφεί παγκοσμίως. Η κάκωση ενός νεύρου, το πτωχό λειτουργικό αποτέλεσμα λόγω πλημμελούς αντιμετώπισης, και η λανθασμένη ή καθυστερημένη διάγνωση μιας κάκωσης αποτελούν τους κυριότερους λόγους κατάθεσης αγωγής. Στο σύνολο τους υπήρξαν 31 αγωγές, από τις οποίες εκδικάστηκαν οριστικά οι 24 και εξ' αυτών οι 13 ήταν επιτυχείς για τον ασθενή, με συνολικό κόστος για το ελληνικό σύστημα υγείας €559.846,6. Από την ανάλυση των υποθέσεων προκύπτει η σημασία της ειλικρινούς και λεπτομερούς επικοινωνίας του ιατρού με τον ασθενή, καθώς και η ανάγκη λεπτομερούς καταγραφής των διαγνωστικών και θεραπευτικών προσεγγίσεων, της αναλυτικής ενημέρωσης και της λήψης συναίνεσης, καθώς και όλων των στοιχείων που διαμορφώνουν τη σχέση ιατρού και ασθενή, στοιχεία στα οποία θα βασιστεί η υπεράσπιση τόσο του ενάγοντος όσο και του εναγομένου, σε περίπτωση αγωγής.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

<b>ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΚΩΣΗΣ</b>				
Ανατομική εντόπιση		Σύνολο υποθέσεων	<i>Τραύμα</i>	<i>Πάθηση</i>
<i>Χέρι</i>		<b>7</b>	5	2
<i>Καρπός</i>		<b>7</b>	5	2
<i>Αντιβράχιο</i>		<b>3</b>	3	-
<i>Αγκώνας</i>		<b>2</b>	2	
<i>Ωμος</i>		<b>3</b>	-	3
<i>Τραχηλική χώρα</i>	<i>Βραχιόνιο πλέγμα</i>	<b>6</b>	6	-
	<i>Παραπληρωματικό νεύρο</i>	<b>3</b>	3	-

□ Πίνακας 1: Ανατομική εντόπιση και αιτιολογία κακώσεων

<b>ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΕΜΠΛΕΚΟΜΕΝΩΝ ΙΑΤΡΩΝ</b>	
	Αριθμός υποθέσεων
Ορθοπαιδική χειρουργική	17
Γενική Χειρουργική	9
Γυναικολογία-Μαιευτική	6
Πλαστική Χειρουργική	2
Αναισθησιολογία	2

Πίνακας 2: Ειδικότητα εμπλεκόμενων ιατρών

<b>ΕΙΔΟΣ ΔΙΚΑΣΤΗΡΙΟΥ ΕΚΔΙΚΑΣΗΣ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ</b>			
<b>Αστικό Δικαστήριο</b>	<b>Διοικητικό</b>	Πρωτοδικείο	<b>27</b>
		Εφετείο	4
	<b>Πολιτικό</b>	Πρωτοδικείο	<b>2</b>
		Εφετείο	1
<b>Ποινικό Δικαστήριο</b>	Πλημμελειοδικείο		<b>7</b>
		Εφετείο	4
	Αναθεωρητικό Δικαστήριο		1

Πίνακας 3: Είδος δικαστηρίου εκδίκασης υποθέσεων

Είδος δικαστηρίου	Οριστικές Αποφάσεις		Εκκρεμείς αποφάσεις	Μέση τιμή και εύρος αποζημιώσεων	Σύνολο
	Αποδοχή αγωγής	Απόρριψη αγωγής			
Διοικητικό Δικαστήριο (27)	11	9	7	€ 46.653,8 €1.000 - €201.697	€510.244,6
Πολιτικό Δικαστήριο (2)	1	1	-	€49.602	€49.602
<b>Σύνολο (29)</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>7</b>		<b>€559.846,6</b>
	Αθωωτική απόφαση	Καταδικαστική απόφαση	Εκκρεμής απόφαση	Άλλη απόφαση	
Ποινικό και Αστικό Δικαστήριο (6)	4	-	1	1	
Ποινικό Δικαστήριο (2)	1	1			
<b>Σύνολο</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	

Πίνακας 4: Οριστικές αποφάσεις εκδίκασης υποθέσεων

<b>ΑΙΤΙΕΣ ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΓΩΓΩΝ</b>	
Κάκωση νεύρου	13
Πτωχό λειτουργικό αποτέλεσμα, λόγω πλημμελούς αντιμετώπισης	9
Αποτυχία ή καθυστέρηση στη διάγνωση τραυματικής κάκωσης	6
Ελλιπής συναίνεση	1
Χειρουργική λοίμωξη	1
Θάνατος	1

Πίνακας 5: Αιτίες κατάθεσης αγωγών

<b>ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΝΕΥΡΩΝ</b>		
Βραχιόνιο πλέγμα	6	Φυσιολογικός τοκετός
Παραπληρωματικό νεύρο	3	Βιοψία τραχηλικού λεμφαδένα
Μέσο νεύρο	1	Απελευθέρωση καρπιαίου σωλήνα
Κερκιδικό νεύρο	1	Αποκατάσταση κατάγματος διάφυσης βραχιονίου οστού
Δακτυλικά νεύρα	2	Νόσος Dupuytren, γιγαντοκυτταρικός όγκος

Πίνακας 6: Κακώσεις νεύρων

ΕΤΟΣ	ΑΙΤΙΑ ΠΡΟΣΦΥΓΗΣ	ΑΠΟΦΑΣΗ ΑΣΤΙΚΟΥ ΔΙΚΑΣΤΗΡΙΟΥ	ΑΠΟΦΑΣΗ ΠΟΙΝΙΚΟΥ ΔΙΚΑΣΤΗΡΙΟΥ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΔΙΚΗΣ
2007	Πλημμελής αντιμετώπιση	Απόρριψη	N/A	4 χρόνια
2008	Κάκωση νεύρου	N/A	Καταδικαστική απόφαση	7 χρόνια
2009	Πλημμελής συναίνεση	Αποδοχή (€29.347)	N/A	8 χρόνια
2010	Κάκωση βραχιονίου πλέγματος	Αποδοχή (€49.602)	N/A	12 χρόνια
2011	Κάκωση νεύρου	Αποδοχή (€26.705)	N/A	3 χρόνια
2012	Θάνατος ασθενή	Απόρριψη	Αθωωτική απόφαση	8 χρόνια
2012	Πλημμελής αντιμετώπιση	Απόρριψη	N/A	5 χρόνια
2015	Κάκωση βραχιονίου πλέγματος	Απόρριψη	N/A	8 χρόνια
2015	Κάκωση νεύρου	Αποδοχή (€10.000)	N/A	6 χρόνια
2015	Κάταγμα – Πλημμελής αντιμετώπιση	Απόρριψη	Αθωωτική απόφαση	5 χρόνια
2016	Κάκωση βραχιονίου πλέγματος	N/A	Αθωωτική απόφαση	4 χρόνια
2017	Λανθασμένη ή καθυστερημένη διάγνωση	Απόρριψη	Αθωωτική απόφαση	7 χρόνια
2017	Κάκωση νεύρου	Απόρριψη	N/A	2 χρόνια
2017	Κάταγμα- Πλημμελής αντιμετώπιση	Αναβολή	N/A	----
2017	Κάκωση νεύρου	Αναβολή	N/A	----
2017	Κάκωση βραχιονίου πλέγματος	Αποδοχή (€12.000)	Άλλη απόφαση	4 χρόνια
2017	Κάταγμα- Πλημμελής αντιμετώπιση	Απόρριψη	N/A	2 χρόνια

2018	Λανθασμένη ή καθυστερημένη διάγνωση	Αποδοχή (€3.000)	N/A	9 χρόνια
2018	Κάκωση βραχιονίου πλέγματος	Αποδοχή (€201.697)	N/A	5 χρόνια
2018	Πλημμελής αντιμετώπιση	Αναβολή	N/A	----
2018	Κάκωση νεύρου	Αναβολή	N/A	----
2018	Λανθασμένη ή καθυστερημένη διάγνωση	Αποδοχή (€1.000)	N/A	7 χρόνια
2019	Λανθασμένη ή καθυστερημένη διάγνωση	Απόρριψη αγωγής	Αθωωτική απόφαση	10 χρόνια
2019	Λανθασμένη ή καθυστερημένη διάγνωση	Αναβολή	N/A	----
2019	Κάκωση νεύρου	Αποδοχή (€20.000)	N/A	12 χρόνια
2019	Λανθασμένη ή καθυστερημένη διάγνωση	Αναβολή	Εκκρεμής απόφαση	----
2019	Λοίμωξη	Αναβολή	N/A	----
2019	Κάταγμα- Πλημμελής αντιμετώπιση	Απόρριψη	N/A	11 χρόνια
2019	Κάταγμα- Πλημμελής αντιμετώπιση	Αποδοχή (€43.058)	N/A	10 χρόνια
2019	Πλημμελής αντιμετώπιση	Αποδοχή (€10.000)	N/A	4 χρόνια
2019	Κάκωση βραχιονίου πλέγματος	Αποδοχή (€153.437)	N/A	3 χρόνια

Πίνακας 7: Χρονολογία εκδίκασης υπόθεσης, λόγος προσφυγής, απόφαση και διάρκεια δίκης

## **ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ**

D Vasdeki, SE Varitimidis, C Chryssanthakis, N Stefanou, ZH Dailiana. Medico-legal risks associated to hand and wrist trauma. *World J Crit Care Med*, 2022 Jan;11(1):40-47

D Vasdeki, C Chryssanthakis, S Varitimidis, ZH Dailiana. Carpal Tunnel Syndrome: Complications and Legal Implications. *Acta Orthop Trauma Hell*. 2020;71(93):133-137

D Vasdeki, SE Varitimidis, C Chryssanthakis, E Bompou, ZH Dailiana. Iatrogenic nerve injuries and medicolegal implications (submitted for publication)

## **ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

*Ιατρογενείς κακώσεις περιφερικών νεύρων του άνω άκρου και ιατρο-νομικές επιπτώσεις, 78<sup>ο</sup> Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργικής Ορθοπαιδικής και Τραυματολογίας, Αθήνα, 2-15 Οκτωβρίου 2022*

*Τραυματικές κακώσεις του χεριού και του καρπού και ιατρο-νομικές επιπτώσεις, 6<sup>ο</sup> Ευρωπαϊκό Συνέδριο Πρόληψης Τραύματος Χεριού, Σκιάθος, 3-4 Σεπτεμβρίου 2021*

*Χειρουργική ώμου και νομικές επιπτώσεις, 76<sup>ο</sup> Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργικής Ορθοπαιδικής και Τραυματολογίας, Αθήνα, 14-17 Οκτωβρίου 2020*

### **Αναρτημένες ανακοινώσεις**

*Τραυματικές κακώσεις του χεριού και του καρπού και ιατρο-νομικές επιπτώσεις, 77<sup>ο</sup> Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργικής Ορθοπαιδικής και Τραυματολογίας, Αθήνα, 6-9 Οκτώβριου 2021.*

## **Βιβλιογραφία**

- [1] **Hart RG.** “Hand injury prevention”. *Ann Emerg Med*, 2005 Jun;45(6):636-8.
- [2] **Ijpma FF, van de Graaf RC, Nicolai JP, Meek MF.** “The anatomy lesson of Dr. Nicolaes Tulp by Rembrandt (1632): a comparison of the painting with a dissected left forearm of a Dutch male cadaver”. *J Hand Surg Am*, 2006 Jul-Aug;31(6):882-91.
- [3] **Ijpma FF, van de Graaf RC, van Guilk TM.** “Petrus Camper’s work on the anatomy and pathology of the arm and the hand in the 18<sup>th</sup> century”. *J Hand Surg Am*, 2010 Aug;35(8):1382-7.
- [4] **Pappas ND, Moat D, Lee DH.** “Medical malpractice in hand surgery”. *J Hand Surg Am*, 2014 Jan;39(1):168-70.
- [5] **Umpierrez E, Ohliger E, Scollan JP, Styron JF.** “Malpractice litigation in hand surgery: A comprehensive nationwide analysis”. *Hand (NY)*, 2022 Nov;17(6):1214-1218.
- [6] **Panchal-Kildare S, Malone K.** “Skeletal anatomy of the hand”. *Hand Clin*, 2013 Nov;29(4):459-71.
- [7] **Soltani AM, Peric M, Francis CS, Nguyen TT, Chan LS, Chiassi A, et al.** “The variation in the absence of the palmaris longus in a multiethnic population of the United States: an epidemiological study”. *Plast Surg Int*, 2012;2012:282959.
- [8] **Karantanas A, Dailiana Z, Malizos K.** “The role of MR imaging in scaphoid disorders”. *Eur Radio*, 2007 Nov;17(11):2860-71.
- [9] **Skalski MR, White EA, Patel DB, Schein Aj, RiveraMelo H, Matcuk GR.** “The traumatized TFCC: An illustrated review of the anatomy and injury patterns of the triangular fibrocartilage complex”. *Curr Probl Diagn Radiol*, 2016 Jan-Feb;45(1):39-50.
- [10] **LaStayo PC, Lee MJ.** “The forearm complex: anatomy, biomechanics and clinical considerations”. *J Hand Ther*, 2006 Apr-Jun;19(2):137-44.

- [11] **Karbach LE, Elfar J.** “Elbow instability: Anatomy, biomechanics, diagnostic maneuvers, and testing”. *J Hand Surg Am*, 2017 Feb;42(2):118-126.
- [12] **Ljungquist KL, Martineau P, Allan C.** “Radial nerve injuries”. *J Hand Surg Am*, 2015 Jan;40(1):166-72.
- [13] **Athlani L, Delgove A, Dautel G, Casoli V.** “Anatomy of the ulnar nerve in the posterior compartment of the upper arm: Relationships with the triceps brachii muscle”, *Morphologie*. 2020 May;104(345):85-90.
- [14] **Pandya J, Johnson T, Low AK.** “Shoulder replacement for osteoarthritis: A review of surgical management”. *Maturitas*, 2018 Feb;108:71-76.
- [15] **Leinberry CF, Wehbé MA.** “Brachial plexus anatomy”, *Hand Clin*, 2004 Feb;20(1):1-5.
- [16] **Valenti P, Dailiana Z, Gilbert A.** “Traumatic brachial plexus injuries in adults and in newborns”, Malizos KN (ed) “Reconstructive Microsurgery”, published by Landes Bioscience, in Georgetown, Texas, USA, 2003. p. 204-221.
- [17] **Νταϊλιάνα Ζ, Αλεξίου Κ.** «Παράλυση του Βραχιονίου Πλέγματος στα Νεογνά», Νταϊλιάνα Ζ. (ed) e-book “ΜΙΚΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ” ISBN “978-960-603-151-9” Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα & Βοηθήματα ([www.kallipos.gr](http://www.kallipos.gr)), 2015. Κεφάλαιο 7β.
- [18] **Dailiana ZH, Mehdian H, Gilbert A.** “Surgical anatomy of spinal accessory nerve: is trapezius functional deficit inevitable after division of the nerve?”. *J Hand Surg Br*, 2001 Apr;26(2):137-41.
- [19] **Boström D, Dahlin LB.** “iatrogenic injury to the accessory nerve”. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg*, 2007;41(2):82-7.

- [20] **Trevatt AE, Smith OJ, Needleman J, Banerjee A.** “An analysis of the most common types of hand injury mistakes and their costs in the acute setting”. *Med Leg J*, 2016 Dec;84(4):206-211.
- [21] **Mahdavian Delavary B, Cremers JE, Ritt MJ.** “Hand and wrist malpractice claims in The Netherlands: 1993-2008”. *J Hand Surg Eur Vol*, 2010 Jun;35(5):381-4.
- [22] **Giustini M, de Leo A, Leti Acciaro A, Pajardi G, Mamo C, Voller F, et al.** “Incidence estimates of hand and upper extremity injuries in Italy”. *Ann Ist Super Sanita*, 2015;51(4):305-12.
- [23] **Polinder S, Iordens GI, Panneman MJ, Eygendaal D, Patka P, Den Hartog, et al.** “Trends in incidence and costs of injuries to the shoulder, arm and wrist in The Netherlands between 1986 and 2008”. *BMC Public Health*, 2013 Jun 1;13:531.
- [24] **Ootes D, Lambers KT, Ring DC.** “The epidemiology of upper extremity injuries presenting to the emergency department in the United States”. *Hand (NY)*, 2012 Mar;7(1):18-22.
- [25] **Trybus M, Lorkowski J, Brongel L, Hladki W.** “Causes and consequences of hand injuries”. *Am J Surg*, 2006 Jul;192(1):52-7.
- [26] **Manley OWG, Wormald JCR, Furniss D.** “The changing shape of hand trauma: an analysis of Hospital Episode Statistics in England”. *J Hand Surg Eur Vol*, 2019 Jun;44(5):532-536.
- [27] **Στεφάνου Ν, Νταϊλιάνα Ζ.** «Κακώσεις Χεριού-Ακρωτηριασμοί». Νταϊλιάνα Ζ. (ed) e-book “ΤΡΑΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥΣ”, Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα & Βοηθήματα ([www.kallipos.gr](http://www.kallipos.gr)), 2023. Κεφάλαιο 6
- [28] **Panagopoulou P, Antonopoulos CN, Dessypris N, Kanavidis P, Michelakos T, Petridou ET.** “Epidemiological patterns and preventability of traumatic hand amputations among adults in Greece”. *Injury*, 2013 Apr;44(4):475-80.

- [29] **Chauhan SP, Chang KW, Ankumah NE, Yang LJ.** “Neonatal brachial plexus palsy: obstetric factors associated with litigation”. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 2017 Oct;30(20):2428-2432.
- [30] **Zaami S, Busardò FP, Signore F, Felici N, Briganti V, Baglio G, et al.** “Obstetric brachial plexus palsy: a population-based retrospective case-control study and medicolegal considerations”. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 2018 Jun;31(11):1412-1417.
- [31] **Κοντογεωργάκος Β, Νταϊλιάνα Ζ.** «Κακώσεις Βραχιονίου Πλέγματος και Περιφερικών Νεύρων». Νταϊλιάνα Ζ. (ed) e-book “ΤΡΑΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ”, Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα & Βοηθήματα ([www.kallipos.gr](http://www.kallipos.gr)), 2023. Κεφάλαιο 8
- [32] **McAbee GN, Ciervo C.** “Medical and legal issues related to brachial plexus injuries in neonates”. *J Am Osteopath Assoc*, 2006 Apr;106(4):209-12.
- [33] **Genova A, Dix O, Saefan A, Thakur M, Hassan A.** “Carpal tunnel syndrome: A review of literature”. *Cureus*, 2020 Mar 19;12(3):e7333.
- [34] **Νταϊλιάνα Ζ, Αντωνίου Ι.** «Σύνδρομο πίεσης περιφερικών νεύρων: χειρουργική αντιμετώπιση», Φουντάς Κ. (ed) “Γενικές Αρχές Νευροχειρουργικής”, ISBN “978-960-6802-76-8”, Εκδόσεις Κωσταντάρας 2017. Κεφάλαιο 48, σελ. 415-426.
- [35] **Karl JW, Gancarczyk SM, Strauch RJ.** “Complications of carpal tunnel release”. *Orthop Clin North Am*, 2016 Apr;47(2):425-33.
- [36] **Turker T, Thirkannad S.** “Trapezio-metacarpal arthritis: The price of an opposable thumb!”. *Indian J Plast Surg*, 2011 May-Aug;44(2):308-316.
- [37] **Adams JE, Habbu R.** “Tendinopathies of the hand and wrist”. *J Am Acad Orthop Surg*, 2015;23:741-750.
- [38] **Lewis JS.** “Rotator cuff tendinopathy”. *Br J Sports Med*, 2009 Apr;43(4):236-41.

- [39] **Pegreff F, Paladini P, Campi F, Porcellini G.** “Conservative management of rotator cuff tear”. *Sports Med Arthrosc Rev*, 2011 Dec;19(4):348-53.
- [40] **van Leerdam RH, Krijnen P, Panneman MJ, Schipper IB.** “Incidence and treatment of hand and wrist injuries in Dutch emergency departments”. *Eur J Trauma Emerg Surg*, 2022 Dec;48(6):4327-43332.
- [41] **Robinson LS, Sarkies M, Brown T, O’Brien L.** “Direct, indirect and intangible costs of acute hand and wrist injuries: A systematic review”. *Injury*, 2016 Dec;47(12):2614-2626.
- [42] **Özgen M, Merve Aydoğan A, Uygur A, Armağan O, Berkan F, Multu F.**  
“Rehabilitation cost share and cost analysis of traumatic hand injuries: Our single-center results”. *Turk J Phys Med Rehabil*, 2021 Sep 1;67(3):308-314.
- [43] **Φουντεδάκη Κ.** «Αστική ιατρική ευθύνη», 1<sup>η</sup> έκδοση. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Σάκουλα Α.Ε.;2004.
- [44] **Klaas PB, Berge KH, Klaas KM, Klaas JP, Larson AN.** “When patients are harmed, but are not wronged: ethics, law, and history”. *Mayo Clin Proc*, 2014 Sep;89(9):1279-86.
- [45] **Sakellidis EI, Papadodima SA, Spiliopoulou CA.** “Current aspects of penal surgical liability in Greece”. *J Forensic Leg Med*, 2013 May;20(4):260-3.
- [46] **Krauss EM, Shankar V, Patterson JMM, Mackinnon SE.** “Medical malpractice in nerve injury of the upper extremity”. *Hand (NY)*, 2021 Jul;16(4):425-431.
- [47] **Johnson SP, Adkinson JM, Chung KC.** “Addressing medical errors in hand surgery”. *J Hand Surg Am*, 2014 Sep;39(9):1877-82.
- [48] **Studdert DM, Hall MA.** “Medical malpractice law- Doctrine and Dynamics”. *N Engl J Med*, 2022 Oct;387(17):1533-1537.
- [49] **Di Rocco C.** “Malpractice and medical litigation”. *Childs Nerv Syst*, 2010 Dec;26(12):1655-7.

- [50] **Veerman MM, van der Woude LA, Tellier MA, Legemaate J, Scheltinga MR, Stassen LPS, et al.** “A decade of litigation regarding surgical informed consent in the Netherlands”. *Patient Educ Couns*, 2019 Feb;102(2):340-345.
- [51] **Vincent C, Young M, Phillips A.** “Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action”. *Lancet*, 1994 Jun 25;343(8913):1609-13.
- [52] **Robbennolt JK.** “Apologies and medical error”. *Clin Orthop Relat Res*, 2009 Feb;467(2):376-82.
- [53] **Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W.** “Patients’ and physicians’ attitudes regarding the disclosure of medical errors”. *JAMA*, 2003 Feb 26;289(8):1001-7.
- [54] **Panagiotou A.** “Liability of serious injuries related to childbirth in Greece: civil liability issues and the possibility of introducing a system of compensation without prejudice”. *Dilemma*, 2016;12:97-126.
- [55] **Knaak JP, Parzeller M.** “Court decisions on medical malpractice”. *Int J Legal Med*, 2014 Nov;128(6):1049-57.
- [56] **Khan IH, Giddins G.** “Analysis of NHSLA claims in hand and wrist surgery”. *J Hand Surg Eur Vol*, 2010 Jan;35(1):61-4.
- [57] **Pienaar L.** “Investigating the reasons behind the increase in medical negligence claims”. *PELJ/PER*, 2016(19).
- [58] **Matsen FA 3<sup>rd</sup>, Stephens L, Jette JL, Warne WJ, Huang JI, Posner KL.** “The quality of upper extremity orthopedic care in liability claims filed and claims paid”. *J Hand Surg Am*, 2014 Jan;39(1):91-9.
- [59] **Bastidas N, Cassidy L, Hoffman L, Sharma S.** “A single-institution experience of hand surgery litigation in a major replantation center”. *Plast Reconstr Surg*, 2011 Jan;127(1):284-292.

- [60] **Morrison CM, Thompson NW, Herbert KJ, Brennen MD.** “Missed injuries in the acutely traumatised hand”. *Ulster Med J*, 2003 May;72(1):22-5.
- [61] **Ajwani SH, Halai SM, Mohil RS.** “Litigation in hand and wrist related injuries and surgery”. *Ortop Traumatol Rehabil*, 2018 Jun 30;20(3):205-209.
- [62] **Domino J, McGovern C, Chang KW, Carlozzi NE, Yang LJ.** “Lack of physician-patient communication as a key factor associated with malpractice litigation in neonatal brachial plexus palsy”. *J Neurosurg Pediatr*, 2014 Feb;13(2):238-42.
- [63] **Taragin MI, Willett LR, Wilczek AP, Trout R, Carson JL.** “The influence of standard of care and severity of injury on the resolution of medical malpractice claims”. *Ann Intern Med*, 1992 Nov 1;117(9):780-4.
- [64] **Morris LG, Ziff DJ, DeLacure MD.** “Malpractice litigation after surgical injury of the spinal accessory nerve: an evidence-based analysis”. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 2008 Jan;134(1):102-7.
- [65] **Gidwani S, Zaidi SM, Bircher MD.** “Medical negligence in orthopaedic surgery: a review of 130 consecutive medical negligence reports”. *J Bone Joint Surg Br*, 2009 Feb;91(2):151-6.
- [66] **Kloss D.** “The duty of care: medical negligence”. *Br Med J (Clin Res Ed)*, 1984 Jul 7;289(6436):66-8.
- [67] **Michalodimitrakis E, Petinellis E, Mavroforou A.** “Medical aspects of malpractice crisis in Greece: medical responsibility: a doctor’s view”. *Am J Forensic Med Pathol*, 2003 Mar;24(1):76-9.
- [68] **Riga M, Vozikis A, Pollalis Y.** “Medical errors in Greece: An economic analysis of compensations awarded by civil courts (2000-2009)”. *Open J Appl Sci*, 2014;4:168-175.
- [69] **Rasulić L, Savić A, Vitošević F, Samardžić M, Živković B, Mićović M, et al.** “Iatrogenic peripheral nerve injuries – surgical treatment and outcome: 10 years’ experience”. *World Neurosurg*, 2017 Jul;103:841-851.

- [70] **Kretschmer T, Heinen CW, Antoniadis G, Richter HP, König RW.** “Iatrogenic nerve injuries”. *Neurosurg Clin N Am*, 2009 Jan;20(1):73-90.
- [71] **Dubuisson A, Kaschten B, Steinmetz M, Gérardy F, Lombard A, Dewandre Q, et al.** “Iatrogenic nerve injuries: a potentially serious medical and medicolegal problem. About a series of 42 patients and review of the literature”. *Acta Neurol Belg*, 2021 Feb;121(1):119-124.
- [72] **Antoniadis G, Kretschmer T, Pedro MT, König RW, Heinen CPG, Richter HP.** “Iatrogenic nerve injuries—prevalence, diagnosis and treatment”. *Dtsch Arztebl Int*, 2014;111(16): 273–9.
- [73] **Ajwani SH, Hinduja K.** “Litigation and malpractice in carpal tunnel surgery: An analysis of 60 successful claims over a 10-year period (2002-2012)”. *J Hand Microsurg*, 2016 Aug;8(2):96-9.
- [74] **Ganesh Kumar N, Hricz N, Drolet BC.** “Litigation following carpal tunnel release”. *Hand (NY)*, 2019 Jul;14(4):466-470.
- [75] **London J, London NJ, Kay SP.** “Iatrogenic accessory nerve injury”. *Ann R Coll Surg Engl*, 1996 Mar;78(2):146-50.
- [76] **Morris LG, Ziff DJ, DeLacure MD.** “Malpractice litigation after surgical injury of the spinal accessory nerve: an evidence-based analysis”. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 2008 Jan;134(1):102-7.
- [77] **Zhang J, Moore AE, Stringer MD.** “Iatrogenic upper limb nerve injuries: a systematic review”. *ANZ J Surg*, 2011 Apr;81(4):227-36.
- [78] **Kretschmer T, Antoniadis G, Braun V, Rath SA, Richter HP.** “Evaluation of iatrogenic lesions in 722 surgically treated cases of peripheral nerve trauma”. *J Neurosurg*, 2001 Jun;94(6):905-12.
- [79] **Cohen WR, Schiffrin BS.** “Medical negligence lawsuits relating labor and delivery”. *Clin Perinatol*, 2007 Jun;34(2):345-60.

- [80] **de Putter CE, Selles RW, Polinder S, Panneman MJ, Hovius SE, van Beeck EF.** “Economic impact of hand and wrist injuries: health-care and productivity costs in a population-based study”. *J Bone Joint Surg Am*, 2012 May 2;94(9):e56.
- [81] **Rosberg HE, Carlsson KS, Cederlund RI, Ramel E, Dahlin LB.** “Costs and outcome for serious hand and arm injuries during the first year after trauma – a prospective study”. *BMC Public Health*, 2013 May 24;113:501.
- [82] **Crowe CS, Massenburg BB, Morrison SD, Chang J, Friedrich JB, Abady GG, et al.** “Global trends of hand and wrist trauma: a systematic analysis of fracture and digit amputation using the Global Burden of Disease 2017 Study”. *Inj Prev*, 2020 Oct;26 (Supp 1):i115-i124.
- [83] **Mouton J, Houdre H, Beccari R, Tarissi N, Autran M, Auquit-Auckbur I.** “Surgical exploration of hand wounds in the emergency room: Preliminary study of 80 personal injury claims”. *Orthop Traumatol Surg Res*, 2016 Dec;102(8):1009-1012.
- [84] **Gittler GJ, Goldstein EJ.** “The elements of medical malpractice: an overview”. *Clin Infect Dis*, 1996 Nov;23(5):1152-5.
- [85] **Kitts JB.** “The preoperative assessment: who is responsible?”. *Can J Anaesth*, 1997 Dec;44(12):1232-6.
- [86] **García-Miguel FJ, Serrano-Aguilar PG, López-Bastida J.** “Preoperative assessment”. *Lancet*, 2003 Nov 22;362(9397):1749-57.
- [87] **Brateanu A, Rothberg MB.** “Why do clinicians continue to order ‘routine preoperative tests’ despite the evidence?”. *Cleve Clin J Med*, 2015 Oct;82(10):667-70.
- [88] **Atrey A, Gupte CM, Corbett SA.** Review of successful litigation against English health trusts in the treatment of adults with orthopaedic pathology: clinical governance lessons learned”. *J Bone Joint Surg Am*, 2010 Dec 15;92(18):e36.
- [89] **Ring J, Talbot C, Price J, Dunkow P.** “Wrist and scaphoid fractures: a 17-year review of NHSLA litigation data”. *Injury*, 2015 Apr;46(4):682-6.

- [90] **DeNoble PH, Marshall AC, Barron OA, Catalano LW 3<sup>rd</sup>, Glickel SZ.** “Malpractice in distal radius fracture management: an analysis of closed claims”. *J Hand Surg Am*, 2014 Aug;39(8):1480-8.
- [91] **Sandelin H, Waris E, Hirvensalo E, Vasenius J, Huhtala H, Raatikainen T, Helkamaa T.** “Patient injury claims involving fractures of the distal radius”. *Acta Orthop*, 2018 Apr;89(2):240-245.
- [92] **Talbot CL, Ring J, Holt EM.** “Litigation relating to conditions affecting the shoulder and elbow: an analysis of claims against the National Health Service”. *Bone Joint J*, 2014 May;96-B(5):574-9.
- [93] **East SC, Snyckers CH.** “Orthopaedic litigation in South Africa: a review of the Medical Protection Society data base involving orthopaedic members over the last 10 years”. *SA Orthop J*, 2011 Jan;10(3):71-79.
- [94] **Mouton J, Gauthé R, Ould-Slimane M, Bertiaux S, Putman S, Dujardin F.** “Litigation in orthopedic surgery: What can we do to prevent it? Systematic analysis of 126 legal actions involving four university hospitals in France”. *Orthop Traumatol Surg Res*, 2018 Feb;104(1):5-9.
- [95] **Lin PJ.** “Criminal judgments to medical malpractice in Taiwan”. *Leg Med (Tokyo)*, 2009 Apr;11 Suppl 1:S376-8.
- [96] **Gutorova N, Zhytnyi O, Kahanovska T.** “Medical negligence subject to criminal law”. *Wiad Lek*, 2019;72(11 cz 1):2161-2166.
- [97] **Wheeler R, Blackburn S, Biggs H.** “When might an operative complication be regarded as acceptable? Part 2: Judicial factors that influence the finding of fault during surgical litigation”. *Ann R Coll Surg Engl*, 2015 Apr;97(3):180-3.