

Chirurgická léčba gynekologických onemocnění u Svědkyň Jehovových

Gynaecological surgery of Jehovah's Witnesses

Kudela M.^{1, 2}, Pilka R.¹, Hansmanová L.¹

¹Gynekologicko-porodnická klinika LF UP a FN, Olomouc, přednosta prof. MUDr. R. Pilka, Ph.D.

²Institut zdravotnických studií, Fakulta humanitních studií UTB, Zlín, ředitelka UPA FHS UTB Mgr. L. Reslerová, Ph.D.

ABSTRACT

Objective: To present experience with surgical treatment of various gynaecological diseases in patients belonging to the Church of Jehovah's Witness.

Design: Retrospective study.

Setting: Department of Obstetrics and Gynaecology, Palacky University Olomouc, Institute of Health Care Studies, Faculty of Humanity Studies, Thomas Bata University, Zlín.

Methods and results: The study included 24 patients belonging to the Church of Jehovah's Witness who reject blood transfusion. The operations in these patients were performed for malignant as well as non-malignant gynaecological disorders which could not be treated by conservative therapeutic procedures. The operation records were analysed and evaluated

according to a set of criteria including the type of surgical procedure, estimated amount of blood loss, postoperative complications and the outcome of surgical treatment.

Conclusion: Jehovah's Witnesses represent a risk group of patients considering their refusal of blood transfusion. The indication for the operation and its performing is responsible decision which always inherits a certain degree of risk. On the other hand, when adhering to the principles of bloodless surgery, the therapeutic results are very good and in the properly indicated cases the scope of risk is acceptable.

KEYWORDS

Jehova's Witness – gynaecological operation – bloodless surgery

SOUHRN

Cíl studie: Prezentovat zkušenosti získané na souboru nemocných Svědkyň Jehovových operovaných pro různá gynekologická onemocnění na olomoucké klinice.

Typ studie: Retrospektivní studie.

Název a sídlo pracoviště: Gynekologicko-porodnická klinika LF UP a FN Olomouc, Institut zdravotnických studií, Fakulta humanitních studií, UTB Zlín.

Soubor, metodika, výsledky: Do studie bylo zařazeno 24 nemocných žen hlásících se k církvi Svědků Jehovových, odmítajících podání transfuze. Indikací k operaci byla maligní i nemaligní gynekologická onemocnění, která nebylo možno řešit konzervativními terapeutickými postupy. Operace byly vyhodnoceny

podle stanovených kritérií jako typ operačního výkonu, délka operace, krevní ztráta, operační komplikace a výsledek provedené léčby.

Závěr: Svědkyně Jehovovy představují rizikovou skupinu nemocných vzhledem k odmítání podání transfuze. Indikace a provedení operace je zodpovědným rozhodnutím, které s sebou nese jistý stupeň rizika. Při dodržování zásad bezkrevného operování jsou však výsledky léčby velmi dobré a míra rizika ve správně indikovaných případech přijatelná.

KLÍČOVÁ SLOVA

Svědkyně Jehovovy – gynekologické operace – bezkrevné operování

Čes. Gynek., 2013, 78, č. 3, s. 243–246

ÚVOD

V České republice žije přibližně 13 tisíc lidí hlásících se k církvi Svědků Jehovových. Asi nejznámější a nejdiskutovanější zásadou jejich víry je odmítání krevní transfuze. Stejně jako jiné ženy trpí i Svědkyně Jehovovy gynekologickými onemocněními, které mnohdy nemohou být zvládnuty konzervativními terapeutickými postupy a musí být řešeny operačně. Lékař pak musí řešit dilema, zda operovat i za těchto podmínek, nebo operaci odmítnout s tím, že nemůže nebo nechce podstoupit riziko možných komplikací i s eventuálními fatálními následky.

Ačkoli se v současné době prosazují zásady minimálně invazivní chirurgie spojené obvykle jen

s malým krvácením, nelze nikdy stoprocentně vyloučit nepředvídané peroperační komplikace spojené s velkou krevní ztrátou a nutností akutního doplnění krevního oběhu. I když zásady „bezkrvné medicíny“ jsou ve své podstatě správné a řadu i dramatických komplikací lze úspěšně vyřešit bez podání transfuze, nelze nikdy vyloučit situace, kdy podání, či nepodání transfuze je otázkou života, či smrti pacienta.

SOUBOR, METODIKA, VÝSLEDKY

Na gynekologicko-porodnické klinice v Olomouci jsme v letech 2007–2012 operovali 24 nemocných, které se hlásily k víře Svědků Jehovových

Tab. 1 Přehled operací a krevních ztrát

Dg	No	Operační výkon	No	Krevní ztráta (ml)
Uterus myomatosus	9	Abdominální hysterektomie	3	60–100
		Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie	6	0–80
Descensus uteri et vaginae	5	Vaginální hysterektomie a poševní plastiky	5	50–100
Metrorrhagia chronica	3	Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie	2	50–80
		Hysteroskopie	1	0
Ca cervicis uteri	1	Robotem asistovaná radikální laparoskopická hysterektomie, oboustranná adnexektomie, pánevní lymfadenektomie	1	20
Ca corporis uteri	1	Abdominální hysterektomie a oboustranná adnexektomie	1	70
Ca ovarii	2	Oboustranná adnexektomie, debulking	1	120
		Abdominální hysterektomie a oboustranná adnexektomie, omentektomie, apendektomie	1	80
Incontinentia ur. relat.	1	TVT-O	1	10
Polypus endometrii	2	Hysteroskopie, polypektomie	2	0

a v souladu s jejich přesvědčením podepsaly příslušné informované souhlasy včetně negativních reverzů odmítajících podání krve a krevních derivátů.

Složení souboru podle diagnózy, provedeního operačního výkonu a odhadované krevní ztráty udává tabulka I.

Věk nemocných se pohyboval od 42 do 63 let, s průměrem 48 let. Všechny nemocné absolvovaly před operací interní vyšetření a anesteziologické konzilium. Operační léčba byla vždy jedinou nebo optimální alternativou léčby. Všechny nemocné byly operovány standardní operační technikou a postupy zvyklými na olomoucké klinice s důrazem na „blood sparing“ zásady. Nemocné byly operovány vždy jedním ze dvou zkušených operatérů. Nezaznamenali jsme žádnou mimořádnou peroperační komplikaci. Pooperační průběh byl ve všech případech bez komplikací, hospitalizační doba se nelišila od hospitalizace jiných nemocných.

DISKUSE

Téměř každý přednosta gynekologického oddělení se setkal ve svém životě s pacientkou hlásící se k Svědkům Jehovovým a požadující provedení operace bez podání krevní transfuze. To ho staví vždy do obtížné situace, neboť pravděpodobnost nutnosti podání krve při plánovaném operačním výkonu je ve většině případů sice malá, ale každý zná situace, kdy zdánlivě jednoduchá operace se zkomplikovala a byla provázena nečekaně silným krvácením. Je proto na rozhodnutí lékaře, jak se v dané situaci k požadované operaci postaví. Náš právní řád sice rámcově řeší, jak v těchto situacích postupovat, ale i tak zůstává řada otázek otevřena a záleží na osobním názoru a přístupu jednotlivých lékařů a jejich vedoucích, jak k těmto pacientkám přistupovat. Paragraf 2 odst. 5 Etického kodexu Stavovského předpisu ČLK č. 10 umožňuje lékařům odmítnout pacientce provést operaci bez možnosti podání krevní transfuze, zejména pokud jde o plánovaný výkon [12]. Na druhé straně je etickým a morálním problémem odmítnout pomoc pacientce, zejména pokud je operační léčba jedinou nebo zdaleka nejvýhodnějším léčebným postupem a alternativní nechirurgická léčba by s největší pravděpodobností nevedla k úspěchu. Zcela neetické a amorální je, pokud lékař arogantně odmítne takovou pacientku operovat, navíc s jízlivými poznámkami zlehčujícími jejich víru. Bohužel i k takovým situacím dochází a pacientky pak hledají pomoc jinde.

Na olomoucké klinice Svědkyně Jehovovy operujeme již několik let, a proto není překvapením, že se na nás tyto pacientky často obracují. Neznamená to ale, že bychom operovali paušálně všechny ne-

mocné, které k nám s žádostí o operaci přicházejí. Pečlivá a zodpovědná rozvaha o nejvhodnějším způsobu terapie je zcela zásadním požadavkem. Existuje-li alternativní způsob konzervativní léčby musí být vždy preferován. V řadě případů je však operační léčba jedinou možným terapeutickým řešením nebo alespoň přinese pacientce mnohem větší benefit než jiné modalitě léčby. Lékař pak musí velmi zodpovědně zvážit všechna rizika spojená s plánovaným operačním výkonem a operaci provést jen tehdy, je-li míra rizika přijatelná.

Do obtížné situace se lékař dostává např. tehdy, když se na něj obrátí mladá pacientka trpící chronickými menometroragiemi s následnou těžkou sideropenickou anémií a s neúspěšnými pokusy o zvládnutí nadměrného krvácení konzervativní léčbou. Substituční léčba železem event. jinými hemostimulačními preparáty je často neúspěšná a operační výkon je jedinou racionální řešení [2]. Je však možné pacientku podrobit riziku celkové anestezie a následného operačního výkonu za situace závažné až kritické anémie? Skutečností je, že při současných vyspělých operačních a anesteziologických technikách a za předpokladu vysoké erudice a zkušeností operatéra je jen málo nemocných natolik komplikovaných nebo neúměrně rizikových, že je nutné provedení takové operace odmítnout [3, 4, 10, 11].

Profesor Pafko ve svém sdělení publikovaném v Moderní gynekologii v roce 2009 [5] zdůraznil, že vyspělá moderní operační technika je založena ne na stavění vzniklého krvácení, ale na jeho předcházení. Absolutní většinu chirurgických výkonů lze proto provést bez větší krevní ztráty a nutnosti transfuze [1, 8]. Výjimkou zůstávají jen některé výjimečně náročné operace, jako např. transplantace nebo pokročilá nádorová onemocnění.

Opačným extrémem je však i přehnané sebevědomí operatéra s nekritickou sebejistotou zvládnutí všech operačních úskalí a indikace operace i u stavů, které jsou zjevně nebo alespoň hraničně inoperabilní. Neúspěch takové operace i s možnými fatálními následky je pak tragédií nejen pro pacientku, ale i pro svědomí operatéra. Správně formulovaný a podepsaný negativní reverz sice dává lékařovi jistou ochranu před právními důsledky i neúspěšné léčby, ale není všeřešící. I tak je však vždy nezbytnou a nutnou součástí zdravotnické dokumentace [6, 12].

Odpověď na otázku, jaké operační postupy a jakou operační techniku zvolit u Svědkyň Jehovových, je poměrně snadná. Správně je operovat stejným způsobem a stejně pečlivě jako u pacientek jiných. Vždy platí pravidlo, a nejen pro Svědkyně Jehovovy, že každá zbytečná ztráta krve je škodlivá a transfuze je jen finálním východiskem z nouze. V řadě případů ke ztrátám krve dojíť

nemuselo a jsou mnohdy důsledkem nezkušenosti nebo nepozornosti operátora. Transfuze vždy s sebou nese jisté zdravotní riziko, nemluvě o ztrátách ekonomických [7]. Jiný pozitivní terapeutický efekt transfuzí kromě náhrady akutně vzniklé ztráty krve v oběhu se nepodařilo dosud u chirurgických pacientek nikdy validně prokázat.

Hysterektomie patří k nejčastěji prováděným gynekologickým operacím. Na dvou celostátních konferencích jsme referovali o našem postupu „Blood sparing LAVH“ při provádění laparoskopicky asistované hysterektomie, jejíž hlavní výhodou je právě minimální krevní ztráta. Nejde však o techniku, která by měla být používána jen u operací Svědkyň Jehovových. Jde o operační postup využitelný u všech pacientek.

Naše sestava 24 operovaných Svědkyň Jehovových není velká a nelze z ní vyvozovat statisticky validní závěry. Zahrnuje nemocné s různými diagnózami a různými operačními výkony včetně radikálních operací pro gynekologické malignomy. U těchto nemocných je zřejmě nejvýhodnějším operačním přístupem robotická chirurgie, jejíž jednou z hlavních výhod je právě minimální krevní ztráta [9]. U jedné z našich pacientek šlo o pokročilý, primárně inoperabilní cervikální karcinom. Po neoadjuvantní chemoradioterapii došlo k regresi nálezu s následnou možností provedení radikální operace. Operace byla provedena roboticky s krevní ztrátou odhadnutou na 20 ml. U pacientky bylo dosaženo do současné doby trvající kompletní remise.

ZÁVĚR

Výsledky operační léčby pacientek hlásících se k Svědkům Jehovovým a odmítajících podání krevních transfuzí ukazují, že za předpokladu zodpovědně stanovené indikace a správných operačních postupů, je možno tyto pacienty s přijatelným rizikem úspěšně operovat. Výhodné je používat minimálně invazivní blood sparing operační postupy.

U závažných, zejména onkologických onemocnění je výhodné preferovat robotické operace, které zajišťují nejmenší krevní ztráty. Je důležité neopomenout zajistit před operací všechny právní formální náležitosti, zejména podepsání správně formulovaného negativního reverzu.

LITERATURA

1. **Donnez, J., Nisolle, M.** CO₂ laser laparoscopic surgery. Adhesiolysis, salpingectomy, laser uterine nerve ablation and tubal pregnancy. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol*, 1989, 3(3), p. 525–543.
2. **Monk, TG.** Preoperative recombinant human erythropoietin in anemic surgical patients. *Crit Care*, 2004, 8, p. 45–48.
3. **Oladapo, OT.** Elective abdominal hysterectomy in Nigerian Jehovah's Witnesses. *J Obstet Gynaecol*, 2004, 24, p. 690–693.
4. **Orji, EO., Sotiloye, D., Fawole, AO., Huyinbo, KI.** Jehovah's Witnesses and blood transfusion revise: a review of the benefits and risks. *Niger J Med*, 2001, 10(2), p. 55–58.
5. **Pafko, P.** Rozhovor s prof. MUDr P. Pafkem, DrSc. *Mod Gynek Porod*, 2009, 18, 4, s. 643–647.
6. **Retamales, PA., Cardemil, HG.** Benefits from the exercise of autonomy and informed consent: the example of Jehovah's Witnesses. *Rev Med Chil*, 2009, 137(10), p. 1388–1394.
7. **Shander, A., Hofmann, A., Ozawa, S., et al.** Activity-based costs of blood transfusions in surgical patients at four hospitals. *Transfusion*, 2010, 50(4), p. 753–765.
8. **Shander, A., Javidroozi, M., Perelman, S., et al.** From bloodless surgery to patients blood management. *Mt Sinai J Med*, 2012, 79(1), p. 56–65.
9. **Shiroki, R., Maruyama, T., Kusaka, M., et al.** Robot-assisted laparoscopic partial nephrectomy using daVinci S-surgical system for localized renal tumor: report of initial five cases. *Nihon Hinyokika Gakkai Zasshi*, 2011, 102(5), p. 679–685.
10. **Simou, M., Thomakos, N., Zagouri, F., et al.** Non-blood medical care in gynecological oncology: a review and update of blood conservation management schemes. *World J Surg Oncol*, 2011, 9, p. 142.
11. **Yorozu, T.** Jehovah's Witness patients. *Masui*, 2010, 59(9), p. 1149–1152.
12. **Záleská, D.** Právní podmínky respektování práva na odmítnutí krevní transfuze. *Mod Gynek Porod*, 2009, 18, 4, s. 648–655.

Prof. MUDr. Milan Kudela, CSc.
Gynekologicko-porodnická klinika
LF UP a FN
I. P. Pavlova 6
775 20 Olomouc
e-mail: kudelam@fnol.cz