

Christian Jabłoński, Mariusz Kobek, Agnieszka Nowak

Rzadki przypadek uszkodzenia tętnicy szyjnej wewnętrznej w czasie zabiegu resekcji migdałków podniebiennych u członka Związku Wyznaniowego Świadków Jehowy

A rare case of internal carotid artery injury during palatine tonsillectomy in a religious sect believer (a Jehovah's Witness)

Z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej ŚAM w Katowicach
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Z. Olszowy

W pracy przedstawiono przypadek 35-letniej kobiety, należącej do Związku Wyznaniowego Świadków Jehowy, która zmarła z powodu nie rozpoznanego uszkodzenia tętnicy szyjnej wewnętrznej i następowego wykrwawienia, po zabiegu usunięcia migdałków podniebiennych.

The report presents the case of a 35-year-old woman, a Jehovah's Witness, who died due to undiagnosed internal carotid artery injury and subsequent exsanguination following a palatine tonsillectomy.

Słowa kluczowe: tonsilektomia, tętnica szyjna wewnętrzna, świadek Jehowy.

Key words: tonsillectomy, internal carotid artery, Jehovah's Witness

WSTĘP

Potocznie tonsilektomia uważana jest za jedną z łatwiejszych technicznie operacji, obarczoną niewielką możliwością powikłań i niską śmiertelnością. Przekonanie takie funkcjonuje także w sposobie myślenia lekarzy przeprowadzających tego rodzaju zabiegi, co może prowadzić do pewnej niefrasobliwości w podejściu do techniki operacyjnej, a w szczególności do postępowania pooperacyjnego z pacjentem [1, 2, 3, 5].

Ma to szczególne znaczenie w dobie dynamicznie rozwijającej się prywatnej służby zdrowia, a także modyfikujących się, uspołecznionych usług

zdrowotnych – gdzie bardzo istotne jest minimalizowanie wydatków związanych z kosztowną obserwacją pooperacyjną i wykonywaniem badań kontrolnych.

W omawianym przypadku nie bez znaczenia był także fakt, że chora była członkiem Związku Wyznaniowego Świadków Jehowy, którzy nie wyrażają zgody na leczenie wymagające lub mogące wymagać transfuzji krwi i środków krwipochodnych. Jest to cecha, która z punktu widzenia personelu medycznego wyróżnia tę grupę pacjentów i stanowi utrudnienie w niesieniu skutecznej pomocy medycznej [4].

OPIS PRZYPADKU

W dniu 29.06.2005 roku w Zakładzie Medycyny Sądowej ŚAM w Katowicach przeprowadzono oględziny i sekcję zwłok 35-letniej kobiety zmarłej po wycięciu migdałków podniebiennych.

Wg treści akt sprawy oraz załączonej do nich dokumentacji lekarskiej w dniu 23.06.2005 roku, w godzinach popołudniowych A. H. została poddana zabiegowi tonsilektomii metodą laserową z powodu przewlekłego ropnego stanu zapalnego migdałków podniebiennych. Przed operacją przeprowadzono konsultację internistyczną oraz badanie tarczycy, a także wykonano podstawowe badania laboratoryjne – zalecone przez lekarza anestezjologa.

Jak podał mąż A. H, chora przebywała około 2 godziny na sali operacyjnej, a następnie około 5 godzin w sali pooperacyjnej. W tym czasie kilkakrotnie wymiotowała „czarną krwią”. Po zwróceniu uwagi na ten fakt lekarz poinformował rodzinę, że to „normalny objaw zatrucia dymem laserowym”. Po upływie około 7 godzin A. H. została wypisana do domu. Po przyjeździe do domu (po 3-4 godzinach), stan pacjentki zaczął się „drastycznie” pogarszać. Miał miejsce krwotok z gardła, ciągłe wymioty skrzepami krwi, a następnie utrata przytomności. Po odzyskaniu świadomości krwotok zelżał. Na miejsce przyjechał lekarz, który przeprowadzał zabieg operacyjny, a następnie karetka pogotowia ratunkowego, którą przewieziono chorą ponownie do centrum chirurgii plastycznej i zabiegowej, gdzie podjęto próbę zahamowania krwawienia – rewizja miejsca pooperacyjnego z założeniem licznych szwów na łuki podniebienne i boczną ścianę gardła. Z treści zeznań lekarzy wynikało, że po około 2 godzinach stan chorej ustabilizował się. Później jednak nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia pacjentki z cechami krwawienia z przewodu pokarmowego. Po około 30 minutach A. H. została przewieziona do szpitala wojewódzkiego. Tam po około 30 minutach została przekazana na blok operacyjny. Po operacji stan pacjentki był dobry – stabilny hemodynamicznie. W godzinach porannych ponownie doszło do załamania się stanu klinicznego, wymagającego opieki w warunkach oddziału OIT. Wg lekarzy stan zdrowia chorej był stanem bezpośredniego zagrożenia życia i konieczne było przetoczenie krwi. A. H. złożyła oświadczenie zabraniające przetoczenia krwi, które podtrzymał mąż w momencie utraty świadomości przez żonę. W dniu 24.06.2005 roku, w godzinach wczesnopopołudniowych nastąpił zgon A. H.

W czasie sądowo-lekarskiej sekcji zwłok A. H., poza śladami po wcześniej przeprowadzonej sekcji patomorfologicznej, stwierdzono stan po świeżej, obustronnej resekcji migdałków podniebnych z założoną tamponadą tylną nosogardzieli, uszkodzenie (przecięcie) tętnicy szyjnej wewnętrznej po stronie lewej, liczne ogniska zachłyśnięć krwią w płucach, znaczną ilość krwi w świetle dolnego odcinka przewodu pokarmowego oraz wybitną błądź narządów wewnętrznych i brak plam opadowych.

Badanie histopatologiczne wycinków z narządów pobranych w czasie sekcji zwłok denatki potwierdziło wynik badania makroskopowego, a także rozpoznanie kliniczne odnośnie przewlekłego stanu zapalnego w obszarze łoża migdałków.

DYSKUSJA

Nie oceniając sposobu leczenia schorzenia zasadniczego, zastosowanego w stosunku do A. H. zwrócić uwagę należy na konieczność rozważenia (szczególnie w przypadkach tzw. „trudnych” – np. Świadców Jehowy) możliwości wystąpienia nawet najrzadszych powikłań śródoperacyjnych, co pozwoliłoby na szybkie postawienie właściwego rozpoznania i wdrożenie najbardziej właściwego leczenia.

W konkretnym przypadku, abstrahując od skuteczności leczenia i możliwości terapeutycznych szpitala, dziwnym jest jednak, że odpowiednio wcześniej nie wysunięto podejrzenia uszkodzenia dużego naczynia z obszaru anatomicznego szyi (na to wskazywał dynamizm zachorowania), a dalej nie podjęto decyzji o zabiegu operacyjnym – naczyniowym.

Działania takie znajdowały szczególne uzasadnienie w sytuacji, gdy u pacjenta, z pobudek religijnych istnieją ograniczenia w prowadzeniu typowej terapii [5].

W tym miejscu zwrócić uwagę także należy, że restrykcja ta dotyczy w pełni jedynie przetaczania koncentratu krwinek czerwonych, płytkowych lub z odmową przyjęcia osocza. W przypadku produktów otrzymywanych przez frakcjonowanie osocza (albuminy, immunoglobuliny, krioprecypitat, białka biorące udział w krzepnięciu) oraz substancje pochodzące z frakcji komórkowych (roztwory hemoglobiny, interferony, interleukiny), to decyzja w sprawie ich przyjęcia ma charakter indywidualny. Część Świadców Jehowy godzi się także na transfuzję krwi własnej – pod warunkiem jednak, że nie traci ona łączności z krwiobiegiem. Pozwala to na przeprowadzenie operacji w krążeniu pozaustrojowym, a także zastosowanie hemodializy, śródoperacyjnego odzyskiwania krwi, drenażu pooperacyjnego czy hemaferazy leczniczej – jeśli jej przeprowadzenie nie wymaga odłączenia od aparatury od krwiobiegu i dodatkowego przetoczenia krwinek czerwonych, płytek lub osocza. W przypadku krążenia pozaustrojowego lub hemodializy działania wstępne nie mogą być wykonane krwią obcą, lecz płynem niekriwiopochodnym [3, 4].

Zdaniem autorów prawidłowe było zachowanie się personelu medycznego w kwestii uszanowania woli pacjenta. Mimo stanu realnego zagrożenia życia oraz nieuchronności śmierci, podjęcie decyzji niestaranja się o ubezwłasnowolnienie chorej i przetoczeniu krwi.

PIŚMIENICTWO

1. Becker W., Neuman H. H., Pfaltz C. R.: Choro-
by uszu, nosa i gardła. Bel Carp, Warszawa 1999.
2. Boennighans H. G.: Otolaryngologia. Sprin-
ger PWN, Warszawa 1997.
3. Latkowski B.: Technika zabiegów i operacji
w otolaryngologii. PZWL 2000.
4. Szeroczyńska M., Wołoszczuk-Gębicka B.,
Wiwatowski T.: Zabiegi chirurgiczne u Świadców
Jehowy – aspekty medyczne i prawne. Emu, War-
szawa 2001.
5. Zakrzewski A.: Otolaryngologia kliniczna.
PZWL, 81.

Adres pierwszego autora:
Katedra Medycyny Sądowej Śląskiej AM
40-752 Katowice
ul. Medyków 18
e-mail christianjablonski@poczta.onet.pl