

James M. Shwayder, MD, JD

Indokolt volt-e a rectokele korrekciója?

Ez a rovat olyan eseteket mutat be, amelyek különböző peres ügyekben tárgyalt orvosjogi alapelvekre hívják fel a figyelmet. Nem szándékozik jogi tanácsokat adni. Az esetek végén a magyar kiadás főszerkesztője tesz észrevételeket.

Egy 40 éves nő kórelőzményében két terhesség és két szülés szerepelt, amikor erős menstruációs vérzés és „rectokelére utaló tünetek” miatt kereste fel orvosát és arról számolt be neki, hogy úgy érzi, hogy méhe egyre lejjebb és lejjebb csúszik. Rectokelére specifikus tünetek nem mutatkoztak. A hasi vizsgálat során a beteg jobb alhasi fájdalmat jelzett. A kismedencei vizsgálat első és másodfokú méhelőesésre, első fokú cystokelére és első fokú rectokelére derített fényt. A kismedencei ultrahangvizsgálat a jobb méhfüggelékben 5×7×7 cm nagyságú szolid terimét igazolt. A beteget laparotomiára és/vagy laparoscópiára és hasi hysterectomiára, jobb oldali salpingo-oophorectomiára, potenciális mellső és hátsó hüvelyfali plasztikai műtétre jegyezték elő. Mivel a beteg az első vizit során eseti vizeletszivárgásról számolt be, cystometriára (CMG) is sor került, mely normális viszonyokat igazolt.

Végül teljes hasi méheltávolítást, kétoldali salpingo-oophorectomiát, appendectomiát és hátsó hüvelyfali plasztikát végeztek, melynek során kiterjedt endometriosis és jobb oldalon endometriomát észleltek. A rectokele korrekciója céljából egyesítették az uterosacralis szalagokat, később felszívódó varróanyaggal három koncentrikus varratot készítettek a rectokele csökkentésére, majd további zárásra került sor

nem felszívódó monofilament varróanyaggal készített nyolc csomós öltéssel. A beteg kórházi tartózkodása szövődménymentesen zajlott, a műtét után nem jelentkezett fájdalom vagy mozgáskorlátozottság.

A műtét után 6 héttel végzett kontrollvizsgálat során nem volt észlelhető kóros eltérés, a gát és a hüvely épnek bizonyult. A beteg egy héttel később hüvelyi fájdalmat és nyomásérzést panaszolt. A vizsgálat nem mutatott kórosat azon túl, hogy a hüvelyfal kissé elvékonyodott. Az orvos ösztrogéntartalmú krémet rendelt.

Az utolsó vizit után két héttel a beteg saját elhatározásából kismedencei fájdalom terén szakavatott nőgyógyászati urológust keresett fel azzal, hogy a házasságot fájdalmasnak érzi, a kismedencei fájdalom miatt nem képes szexuális aktusra, és egyszer vizeletszivárgást is észlelt. A vizsgálat nem mutatott kórosat, a varratok helyén nem volt észlelhető erózió vagy sipolyképződés. Mindkét oldali levator izom tónusa fokozott volt. Az orvos levatorspasmus diagnózisával kismedencei fizioterápiára utalta a beteget, centrális izomrelaxánst írt fel számára, továbbá felajánlotta fájdalomcsillapító injekciók lehetőségét is. A következő hétben a beteg már kétszer is képes volt házasságot élni, és összességében is jobban érezte magát. A vizsgálati

leletek továbbra is negatívak voltak. A beteg ezúttal nem élt az injekciós fájdalomcsillapítás lehetőségével és továbbra is hetente járt a fizioterapeutájához.

Körülbelül három héttel később – az eredeti műtét után 12 hónappal – a beteg saját döntése alapján egy másik nőgyógyászati urológust keresett fel egy elismert egyetemi intézményben. Arról panaszkodott, hogy járás és ülés közben fájdalmai vannak (utóbbi miatt speciális ülőpárnát használt), ezen kívül dyspareuniáról is beszámolt. A vizsgálat során gáttáji feszesség és nyomásérzékenység, valamint a hátsó hüvelyfal merevsége volt észlelhető. Pudendus-neuralgia diagnózisát állították fel azzal, hogy a hüvelyfali merevséget valószínűleg a hátsó hüvelyfal helyreállításakor használt tartós varratok okozzák. Az orvos a rectokele revíziójára és pudendus-blokád megfontolására tett javaslatot. Az intézményben dolgozó fájdalomspecialista által elvégzett vizsgálat szerint a hüvelybemenet átlagos átmérőjű, a hátsó fal elvékonyodott, és a nervus pudendus ellátási területének direkt áttapintása fájdalmat vált ki. Ez alapján az orvos a pudendus-neuralgia kezelésében jártas urológushoz utalásra tett javaslatot.

A beteg a rectokele revíziója mellett döntött, melyre az eredeti műtét után kb. 12 és fél héttel sor is került. A műtét során eltávolították a nyolc tartós varratot és a hüvelybemenetet úgy zárták, hogy az funkcionálisan kiszélesítse azt. A sebészeti revízió után egy héttel történt kontrollvizsgálat során a beteg 10/10-es erősségű fájdalomról számolt be. A vizsgálat kiderítette, hogy néhány varrat meglazult, ezért az orvos az öltések egy részét eltávolította. Egy héttel később a beteg diszkomfortérzése és a gáttájék duzzanata csökkent. A beteg nem szteroid gyulladáscsökkentőket (NSAID) szedett fájdalmai enyhítésére. A műtét után három héttel a beteg fájdalmai enyhültek, és rövid időre az ülés sem okozott neki kényelmetlenséget. Ismét megfogalmazódott a pudendus-blokádra vonatkozó javaslat, amennyiben a beteg ezt igényli. A műtét utáni nyolcadik hétre a diszkomfortérzés csökkent, és a székürítés is könnyebbé vált. A beteg képessé vált a házaseletre úgy, hogy az már nem okozott számára jelentősebb fájdalmat. A levator izom területén enyhe spasmus még fennállt, ennek oldására az orvos fizioterápiát és ösztrogén krémet javasolt.

A reoperációt követően 12 héttel a beteg fájdalma csaknem felére csökkent, mégis azzal tért vissza orvosához, hogy a tartós varratok eltávolítását kérje. A nőgyógyászati urológus ezt nem látta indokoltnak, ehelyett inkább pszichiátriai konzíliumot javasolt. A szakvizsgálat borderline krónikus fájdalom szindrómára derített fényt, melyre az orvos triciklusos antidepressívumot (TCA) írt fel a beteg számára.

Ez utóbbi vizit után három héttel a beteg egy harmadik nőgyógyászati urológust is felkeresett vizsgálat céljából. A vizsgálat során az orvos a hüvelyt és a hüvelybemenetet anatómiailag épnek találta. A hátsó hüvelyfal mentén, illetve a rectovaginalis vizsgálat során nem észlelt varratokat. A levator területén némi nyomásérzékenység mutatkozott, és megerősítést nyert a medencefenék tenziós myalgiajának kórisméje.

Ez alkalommal felmerült a nervus pudendus becsípődésének a gyanúja is, emiatt az orvos elektromiográfiát (EMG) tartott indokoltnak és antidepresszív kezelést (a beteg nyilvánvalóan abbahagyta a TCA szedését), fizioterápiát, pudendus-infiltrációt és esetleg a nervus pudendus sebészeti felszabadítását javasolta. A 7 héttel később elvégzett EMG a nervus pudendus motoros terminális latenciájának növekedését igazolta, mely a jobb oldali nervus pudendus neuropathiájára utal. Az eredmények alapján felmerült, hogy az első műtét során az ideg megfeszülhetett. A harmadik nőgyógyászati urológus elvégezte a nervus pudendus blokádját, ezzel sikerül elérnie a gáttájék fájdalomtanságát. A betegnél ekkor gabapentinkezelést is indítottak.

Bár a beteg fizikális állapota szemmel láthatóan javult, a beteg aggodalmát fejezte ki pszichiáterének arra vonatkozóan, hogy az őt ellátó egyik helyi orvos megemlítette neki egy kismedencei vizsgálat kapcsán, hogy a sebészeti korrekció nyomán „szűz” állapot jött létre nála. Egyben azt is kinyilvánította, hogy nem bízik meg az őt ellátó orvosokban.

A pudendus-blokád után 9 héttel a harmadik nőgyógyászati urológus telefonon érdeklődött a beteg hogyléte felől, ennek kapcsán megbizonyosodott arról, hogy a beteg állapota javult. Azt javasolta a beteg számára, hogy folytassa a medencefenék-terápiát, és történjen meg a jobb oldali nervus pudendus felszabadítása, esetleg akupunktúrával is kiegészítve. Ugyanakkor megemelte a beteg gabapentinadagját is. A beteg kábító fájdalomcsillapítókat igényelt fájdalmai enyhítésére, ezért helyi orvosához utalták, hogy ő írja fel szükség esetén a szert.

Hat hét elteltével a beteg saját döntése alapján egy másik helyi nőgyógyász rendelésén jelent meg azzal, hogy továbbra is fájdalmai vannak, és felvetette, hogy sebészeti vizsgálatra lehet szükség perzisztáló vagy rekurrens endometriosis irányában. Az orvos urológushoz küldte a beteget hólyagtükrözés végzése céljából interstitialis cystitis bizonyítására vagy kizárására. A vizsgálat nem jelzett kóros eltérést. Ezt követően diagnosztikus laparoszkópiára került sor, ekkorra már csaknem egy év telt el az első műtét óta. A laparoszkópia során összenövéseket nem észleltek, és csak „felszínes endometriosis” mutatkozott a Douglas-úr elülső és hátsó részén. A patológus azonban

vaslerakódásokat látott, miközben egyértelmű endometrialis mirigyek vagy stroma nem volt kimutatható. A beteget arra bátorították, hogy folytassa a fizioterápiát, melynek a következő 2 hónapban ő eleget is tett. Meg kell jegyezni, hogy a harmadik műtét után 2 nappal megkeresés érkezett a felperes ügyvédjétől, melyben az addigi kezelési dokumentáció kiadását kérte.

A harmadik műtét után 8 hónappal az asszony egy harmadik nőgyógyásznál jelent meg állapotfelmérésre azzal a panasszal, hogy a házaséletet ismét fájdalmasnak érzi. A vizsgálat során a beteg gáttáji érzékenységet jelzett, ezért az orvos gabapentint, kábító fájdalomcsillapítókat és ösztrogén krémet írt fel számára. Két hónappal később a beteg fájdalomspecialistához került, aki botulinum toxint vagy a nervus sacralis stimulációját javasolta. A beteg kivizsgálása a per idején is tartott. Fontos megjegyezni, hogy a beteg egész idő alatt keresőképtelen állományban volt.

A per során a felperes jogi képviselője azt emelte ki, hogy a rectokele műtétjére egyetlen javallat sem állt fenn, és nem szerepel a dokumentumokban olyan tünet, mely rectokelére utalna. A beteg bélműködése rendezett volt, és nem említett székelési nehezítettséget sem. A műtét előtt végzett évenkénti vizsgálatok dokumentációjában nem történik említés bélrendszeri panaszokról, és a fizikális leletekben következetesen az áll, hogy a rectum eltérést nem mutat. Ennek ellentmondani látszik, hogy az éves vizsgálat során első fokú rectokelét, a műtét előtti, illetve az 5 hétre rá elvégzett vizsgálatok kapcsán pedig első-másodfokú rectokelét írtak le. Végül pedig nem történt próbálkozás arra, hogy székletlágysítókkal vagy konzervatív módszerekkel kíséreljék meg a probléma megoldását, mielőtt műtétre szánták el magukat. A felperesi szakértők álláspontja szerint a rectokele korrekciója alapjaiban indokolatlan volt. Ezen túlmenően szakmai szabályszerűségeként értékelték, hogy az operatőr tartós varratokat használt a rectokele műtete során. A beteget az eredeti műtét után ellátó orvosok gyakorlatával szemben nem merült fel jelentősebb kifogás.

Az alperes ügyvédje szerint a tünetek dokumentálása megfelelő volt. Azt is kifejtette, hogy bár a rectokele zárása során a tartós varratok készítése nem számít gyakorinak, de nem is minősíthető szakmai mulasztásnak. Ezen túlmenően az is

nehezítette a beteg ellátását, hogy szerzte az államban több alkalommal számos orvost felkeresett saját elhatározásából. Az elsődleges kezelést nyújtó nőgyógyász még annak sem volt tudatában, hogy a beteg más orvosoktól is segítséget kért.

Végül a bíróság 750 ezer dolláros kártérítést ítélt meg a felperes számára. Az ítélethozatal után az alperes tanácsadója azzal szembesült, hogy az esküdtszék tagjai úgy gondolták, hogy a rectokele műtétje alapjaiban szükségtelen volt. Az esküdtek egyöntetű véleménye azt volt, hogy az alperes szakértője – bár magasan képzett volt, de – nem alakított ki jó kapcsolatot az esküdtszékkel. A szakértő tanúkat ezzel szemben reálisnak és hitelesnek ítélték,

Tanulságok

A tünetmentes rectokele sebészeti kezelése nem javasolt. Tünetek fennállásakor alapvető jelentősége van a gondos dokumentációnak. Az esetek többségében a műtét előtt meg kell próbálkozni konzervatívabb terápiás módszerekkel is.

Ugyancsak fontos a beteggel való megfelelő kommunikáció. A beteg az első műtét utáni 8 hétben második szakvéleményt kért ellátására vonatkozóan. Amennyiben az egészségügyi ellátó úgy érzi, hogy betege elégedetlen a kezelés eredményeivel, elsőként beszélgetést kell kezdeményezni vele, melynek során további lehetőségeket is fel kell ajánlani annak megelőzésére, hogy a beteg orvostól orvosig járjon.

» Főszerkesztői észrevételek

Az ismertetett esetben a nőgyógyászati beteg kálváriája során pszichiátriai beteggé lett. Az orvosok sokféle megoldással próbálkoztak, persze helyesebb lett volna, ha az eredeti műtétet végző intézet foglalkozott volna vele a továbbiakban is. Az biztos, hogy a hátsó hüvelyplasztika nem bagatellizálható el, pedig nagyon helytelenül a kezdő szakorvosjelöltek első nőgyógyászati műtétje – a főnököknek köszönhetően – ez szokott lenni, hiszen feltételezhető, hogy a spontán szülések vezetése kapcsán megfelelő tapasztalatot szereznek a gát anatómiájának megismerésében és a sebvarrásban. Végül érdemes utalni az ismertetés utolsó mondatára, miszerint az alperes szakértője nem „ápolta elég jó kapcsolatot az esküdtszékkel”, tehát ha ez nem így történik, talán kártérítés megítélésére sem kerül sor. Ennyit az igazságszolgáltatás objektivitásáról.