

Opakované hospitalizácie a operácie pre pokročilý karcinóm colon sigmoideum – dôsledok diagnostických a terapeutických omylov

Doc. MUDr. Augustín Prochotský, CSc., MUDr. Pavol Mazalán, MPH, MUDr. Ivan Majeský, PhD., MUDr. Regina Muranská
II. chirurgická klinika LF UK a UN Bratislava, NsP sv. Cyrila a Metoda, Bratislava - Petržalka

Nesprávna a oneskorená diagnostika karcinómu hrubého čreva vedie k opakovaným hospitalizáciám a chirurgickým intervenciám. To oneskoruje adekvátnu liečbu pacienta, ale aj potenciálnu adjuvantnú liečbu.

Autori predkladajú kazuistiku 63-ročného pacienta prvotne operovaného akútne pre sterkorálnu peritonitídu v dôsledku perforácie colon ascendens. Rádiológom aj operátorom bol pri prvej hospitalizácii stenotizujúci tumor colon sigmoideum prehliadnutý.

Nesprávna a oneskorená diagnostika skutočnej príčiny náhlej brušnej príhody je vážnym medicínskym problémom a často vedie k opakovaným hospitalizáciám a chirurgickým intervenciám. Chirurgický život však, bohužiaľ, takéto komplikácie prináša. Príčiny sú viaceré a autori sa nimi vo svojej prezentácii zaoberajú.

Kľúčové slová: nesprávna a oneskorená diagnostika, opakované hospitalizácie

Repeated hospitalizations and operations for the advanced carcinoma of colon sigmoideum – consequence of the diagnostic and therapeutic mistakes (case report)

Wrong and late diagnosis of colon carcinoma leads to repeated hospitalization and surgical interventions. Thus, the adequate treatment of the patient might be late as well as the potential adjuvant therapy.

The authors present a case report of the 63-years-old patient who firstly had surgery for stercoral peritonitis due to the perforation of the colon ascendens. During the first hospitalization the narrowing tumor of the colon sigmoideum was overlooked by the radiologist and the surgeon as well.

Wrong and late diagnosis of the real cause of the acute abdomen is serious medical problem and often leads to repeated hospitalizations and surgical interventions. However, the life of the surgeon unfortunately brings also these complications. There are a lot of causes and the authors are focused on them in their presentation.

Key words: wrong and late diagnosis, repeated hospitalizations

Slov. chir., 2019;16(4):155-157

Úvod

Nesprávna a oneskorená diagnostika karcinómu hrubého čreva vedie k opakovaným hospitalizáciám a chirurgickým intervenciám. To oneskoruje adekvátnu liečbu pacienta, ale aj potenciálnu adjuvantnú liečbu. Pri prvotnej úvahe o neomylnosti či omylnosti zdravotníckeho pracovníka nás napadá, že ľudstvo by sme mohli z pohľadu zdravotníka rozdeliť na dve skupiny: jednou skupinou sú pacienti a druhou zdravotnícki pracovníci, predovšetkým lekári a sestry. Samostatnou podskupinou sú študenti medicíny (2), (3), (8).

Hneď na úvod treba povedať, že zdravotnícke povolanie je skutočne mimoriadne náročné z hľadiska odbornej prípravy a profesionálneho výkonu. Pri výkone povolania sú na zdravotníckych pracovníkoch kladené „vysoké nároky a očakávania“ v zmysle zvládnutia odbornej činnosti, práce s modernou

technikou, psychickej a fyzickej záťaže, schopnosti vyrovnávať sa s pracovnými a súčasne pri tom všetkom aj rodinnými problémami života (5), (7).

Zdravotnícki pracovníci sú tiež len ľudia, aj medzi nimi sa môžu vyskytnúť jedinci, ktorí sa môžu správať nezodpovedne, či dokonca ich pôsobenie môže byť škodlivé a môže zanechať negatívne dôsledky na liečbe a živote pacienta. K chybám a omylom môže dôjsť na každom stupni liečebnej starostlivosti a vo všetkých vekových kategóriách. V rámci danej problematiky, ktorou sa zaoberajú autori, je treba zadefinovať, čo je to: chyba, omyl, ale aj štandardný diagnostický – terapeutický postup.

Chyba – non lege artis postup – zásadná odchýlka od všeobecne prijatých postupov.

Omyl – čiastočne nesprávna interpretácia diagnostických príznakov

a ďalších komplementárnych údajov – zdroj pochybenia, ale nie zásadného významu.

ŠTP (štandardný terapeutický postup) – súbor odborných lege artis postupov, optimálnych v určitom období.

Medicínsky omyl pri výkone povolania môže spôsobiť lekár (iatrogénia), sestra (sororigénia) spolupacient (egrotogénia).

Treba tiež zadefinovať pojem „malpractice.“ Striktne právnický sa tento pojem chápe ako zanedbanie povinnej starostlivosti pri výkone povolania. Voľnejšie ako lajdácke vykonávanie určitej činnosti, ktorá vedie k poškodeniu pacienta (4), (9).

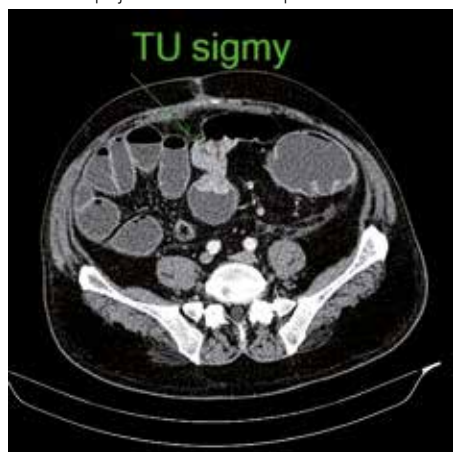
Kazuistika

Autori predkladajú kazuistiku 63-ročného pacienta, ktorý bol prijatý a po nevyhnutnej príprave urgentne

Obrázok 1. Prvá hospitalizácia: nerozpoznaný tumor sigmy pri prvom CT vyšetrení



Obrázok 2. Druhá hospitalizácia: CT vyšetrenie s nálezom tenkočrevného a hrubočrevného ileu aj s už opísaným stenotizujúcim tumorom sigmy. CT v deň prijatia na druhú hospitalizáciu



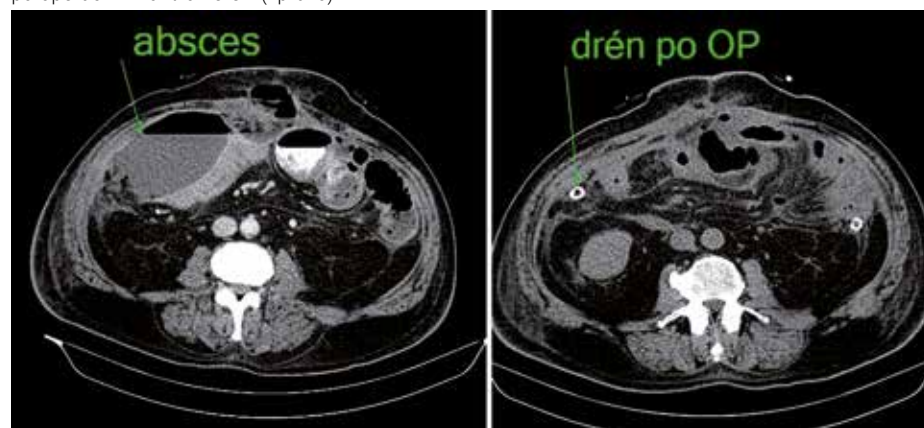
operovaný pre sterkorálnu peritonitídu v dôsledku perforácie colon ascendens. Pred operáciou bola robená natívna snímka brucha, USG a CT vyšetrenie. Rádiológ prehliadol stenotizujúci tumor colon sigmoideum. CT so záverom – masívneho pneumoperitonea, kolonu s patologickými hladinkami, céka a colon ascendens – s pneumatózou steny ako pri gangréne. Laboratórne CRP 279, leukocyty 12000.

Chirurg urobil pravostrannú hemikolektómiu a tumor na sigme tiež prehliadol. Pacient bol prepustený do ambulantnej starostlivosti, ale po 17 dňoch bol pre príznaky ileu prijatý opäť. Pri CT bol diagnostikovaný cirkulárny stenotizujúci tumor sigmy, chirurgom bola dokončená resekcia zvyšku hrubého čreva s našitím ileorektoanastomózy (IRA) na horné rektum. Histologicky sa potvrdil ade-

Obrázok 3: Druhá hospitalizácia: resekát ľavého kolonu (vľavo) a detail tumoru (vpravo).



Obrázok 4: Tretia hospitalizácia: CT verifikované abscesové ložisko v brušnej dutine (vľavo) a stav po operácii – kontrolné CT (vpravo)



nokarcinóm hrubého čreva (pT3 No Mx) a pacient bol prepustený v dobrom stave do ambulantnej starostlivosti onkológa.

Po piatich dňoch bol pacient opätovne prijatý – pre teploty, výraznú eleváciu CRP 221 a leukocytózu 14000. CT vyšetrenie bez „leaku“ v oblasti IRA, v pravom mezo až hypogastriu tekutino-vo-plynová kolekcia 150 x 75 mm, komunikujúca s podobnými kolekciami v oblasti operačnej rany veľkosti 190 x 130 mm – v. s. abscesy. Pacient indikovaný k operačnej revízií. Bola urobená evakuácia abscesov s drenážou brušnej dutiny per laparotomiám. Pred prepustením kontrolné CT s regresiou nálezu. Pacient bol na 10. pooperačný deň prepustený do ambulantnej starostlivosti. Následne však 4 dni po prepustení prijatý pre klinické a laboratórne príznaky zápalovej kolekcie v brušnej dutine, čo potvrdilo i CT vyšetrenie s nálezom abscesovej kolekcie v pravom mezo až hypogastriu rozmerov 145x55x135 mm. V tomto prípade sa podarilo absces zvládnuť drenážou pod CT kontrolou a cielenou ATB liečbou, kontrolné CT bez známok abscesu v brušnej

dutine. Teraz je pacient v dobrom stave a dispenzarizácii onkológa.

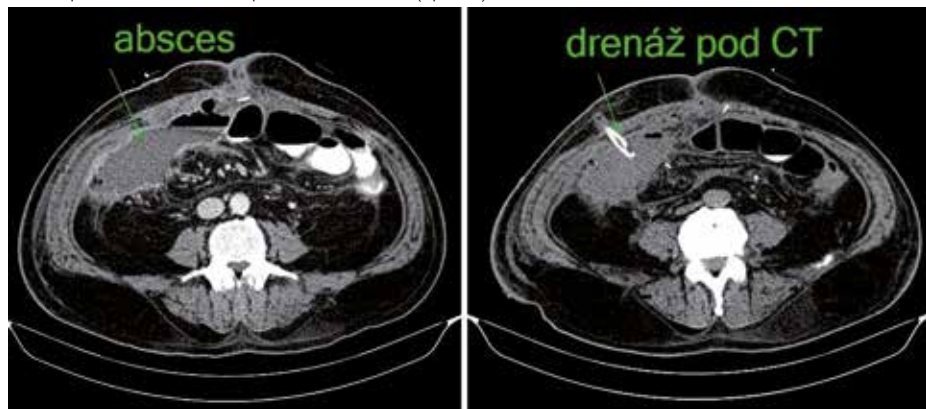
Diskusia

Nesprávna a oneskorená diagnostika chirurgického pacienta často vedie k opakovaným hospitalizáciám a chirurgickým intervenciám. Predlžuje sa utrpenie pacienta, zvyšujú náklady na liečbu a v prípade malígnych ochorení sa oneskoruje prípadná adjuvantná onkologická liečba. Chirurgický život ale takéto nežiaduce a smutné situácie prináša.

Medicínske pochybenia v diagnostických a terapeutických algoritmoch predstavujú vážny problém všade, vrátane vyspelých krajín Európy a Severnej Ameriky. Harvardská retrospektívna štúdia uvádza, že incidencia nežiaducich účinkov a dôsledkov medicínskej starostlivosti tvorí 4 %, z toho >1 / 2 je zavinená medicínskym pochybením (7).

Podľa Ptáčka a kol., je medicína zmes kauzálnej vedy a umenia. Pre pripomenutie z latinského lex – zákon a ars – umenie. Teda lege artis – podľa zákona umenia. Neplatí však, že lege artis postup

Obrázok 5: Štvrtá hospitalizácia - CT verifikované abscesové ložisko v pravom hypogastriu (vľavo) a stav po drenáži kolekcie pod CT kontrolou (vpravo)



Obrázok 6: Štvrtá hospitalizácia – kontrolné CT s regresiou (až vymiznutím) abscesu



musí vždy viesť k liečebnému úspechu. Podľa štatistických údajov z USA počet zomrelých v dôsledku lekárskeho omylu je 44 – 98000/ rok. V Severnej Amerike sú medicínske chyby 8. najčastejšou príčinou úmrtia. Takto vzniknuté ekonomické škody sa odhadujú na 17 – 29 miliárd U\$ ročne (1), (2), (6).

Záver

Nesprávna a oneskorená diagnostika skutočnej príčiny náhle brušnej

príhody je vážnym medicínskym problémom. Vedie k non-kausálnej liečbe a predĺženiu utrpenia pacienta. Cieľom chirurga, ale aj všetkých ostatných medicínskych odborníkov, ktorí sa na procese diagnostiky a liečby akútneho chirurgického pacienta zúčastňujú, je ich redukcia na minimum, lebo absolútna eliminácia je nemožná. Diagnostické a terapeutické omyly zvyšujú morbiditu a mortalitu pacientov. V prípade malignít oneskoriajú potenciálnu adjuvantnú liečbu a skracujú dobu prežívania. Predlžujú utrpenie pacienta a zasahujú priamo do „chodu“ jeho rodiny. V mnohých prípadoch majú forenzné dopady (ÚDZS, justícia...) a priamo vplývajú na ďalšiu profesionálnu kariéru medicínskych pracovníkov (1), (7).

Ako teda možno redukovať diagnostické a terapeutické omyly? Núkajú sa viaceré možnosti či opatrenia: napr. štandardizácia diagnostických a terapeutických postupov (ŠDTP), zlepšenie pregraduálnej a postgraduálnej edukácie zamestnancov v zdravotníctve (vrátane využívania kurzov tzv. simulačnej me-

dicíny), prebratie skúseností z nemedicínskych odborov (civilné letectvo, nukleárna energetika a pod.). Treba sa však súčasne vážne zamyslieť aj nad morálkou spoločnosti („kríza morálky“) a jej aktuálnymi prioritami, spoločenským uznaním zdravotníckych pracovníkov, ekonomickými stimulmi, ale aj životným štýlom a možno aj životnou filozofiou tých, ktorí sa rozhodli v zdravotníctve pracovať či chorému „služiť“ (3), (9).

Literatúra

1. Kádek P. Súčasný dimenzie právnej zodpovednosti v medicíne a zdravotníctve. Bratislava : Wolters Kluwer, 2014. 184 s. ISBN 978-80-8168-124-0.
2. Kováč P. Zodpovednosť lekára pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. In Viapract. [online]. 2005, roč. 2, č. 5, s. 272-274. Dostupné na internete: http://www.viapractica.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=1665&magazine_id=1.
3. Mach J. Lékař a právo: praktická příručka pro lékaře a zdravotníky. 1. vyd. Praha : Grada, 2010. 320 s. ISBN 978-80-247-3683-9.
4. Malý I. Lékařská etika v chirurgii. 1. vyd. Praha : Galén, 1998. 103 s. ISBN 80-85824-76-0.
5. Moorthy Krishna. Bowel injury after laparoscopies urgery [online]. 2015 [cit. 2017-03-20]. Dostupné na internete: <https://psnet.ahrq.gov/webmm/case/339>.
6. Ptáček R. - Bartůněk a kol. Etické problémy medicíny na prahu 21. století. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2014. 520 s. ISBN 978-80-247-5471-0.
7. Šváb J. Náhle příhody břišní. 1. vyd. Praha : Galén, 2007. 199 s. ISBN 978-80-7262-458-0.
8. Tóth K. a kol. Právo a zdravotníctvo II. 2. vyd., doplnené. Bratislava : Herba, 2013. 432 s. ISBN 978-80-89631-08-7.
9. Zimová J. - Zimová P. Etika v chirurgických oborech a v chirurgii. In Právo-Medicína [online]. Apríl 2014. Dostupné na internete: <http://www.pravo-medicina.sk/aktuality/897/etika-v-chirurgickych-oborech-a-v-chirurgii>.

Doc. MUDr. Augustín Prochotský, CSc.

II. chirurgická klinika LF UK a UNB,
Nemocnica sv. Cyrila a Metoda
tel: +421268672040
e-mail: prochotsky@pe.unb.sk

