

Operować czy nie operować? Leczenie chorego z pękniętym tętniakiem aorty brzusznej i nieoperacyjnym guzem płuca – opis przypadku i przegląd literatury

Konrad Wroński, Tomasz Westfal, Marek Kotala, Roman Bocian, Dariusz Pakuła

Jednoczesne występowanie tętniaka aorty brzusznej i raka płuca występuje rzadko w praktyce klinicznej (mniej niż 1% wszystkich leczonych przypadków). Leczenie chorych z jednoczesnym pękniętym tętniakiem aorty brzusznej i nieoperacyjnym nowotworem złośliwym wciąż budzi wiele kontrowersji na całym świecie.

Pęknięty tętniak aorty brzusznej stanowi bezpośrednie zagrożenie życia dla chorego. Część autorów uważa, że w przypadku chorych z pękniętym tętniakiem aorty brzusznej i nieoperacyjnym nowotworem nie powinno się wykonywać operacji ratującej życie chorego, a jedynie zapewnić mu godną śmierć.

W niniejszym artykule przedstawiono przypadek 84-letniego chorego, leczonego chirurgicznie z powodu pękniętego tętniaka aorty brzusznej, u którego wcześniej rozpoznano nieoperacyjny guz płuca. W artykule dokonano przeglądu literatury dotyczącej tego problemu, a także poruszono aspekt etyczny i prawny.

The treatment of a patient suffering from a ruptured abdominal aortic aneurysm and inoperative lung tumor – case report and review of literature

A simultaneous case of abdominal aortic aneurysm and lung cancer occurs rarely in clinical practice (fewer than 1% of all cases treated). Treating patients with a simultaneous ruptured abdominal aortic aneurysm and inoperable lung cancer still arouses a great deal of controversy throughout the world.

A ruptured abdominal aortic aneurysm poses immediate danger to the patient's life. Several authors express the opinion that in case of a ruptured abdominal aortic aneurysm and inoperative lung cancer life-saving surgery should not be undertaken, and state that the doctor should let the patient die with dignity.

In the following article we present the case of an 84-year-old patient who, having been diagnosed earlier with an inoperative lung tumor, underwent surgery because of a ruptured abdominal aortic aneurysm. We also present a review of literature concerning this issue and discusses its ethical and legal aspects.

Słowa kluczowe: pęknięty tętniak aorty brzusznej, guz płuca, nieoperacyjny, leczenie, etyczne i prawne problemy

Key words: ruptured abdominal aortic aneurysm, lung tumor, inoperable, treatment, ethical and legal problems

Wstęp

Na całym świecie z roku na rok wzrasta liczba rozpoznawanych i operowanych tętniaków aorty brzusznej. Tętniaki najczęściej występują u osób w wieku powyżej 65 lat, a częstość ich występowania u mężczyzn jest od 3 do 8 razy większa niż u kobiet [1-4].

Jednoczesne występowanie u pacjenta choroby nowotworowej i tętniaka aorty brzusznej występuje w praktyce klinicznej rzadko, jednak ze względu na coraz większą liczbę zachorowań na nowotwory, wzrost liczby osób w wieku powyżej 65 lat oraz coraz doskonalszymi i prostszymi metodami diagnostycznymi, lekarze coraz

częściej będą spotykać się z pacjentami, u których jednoczesowo występuje tętniak aorty brzusznej i choroba nowotworowa [5-8].

Prawdopodobieństwo wystąpienia u chorego pękniętego tętniaka aorty brzusznej i nieoperacyjnego raka płuca jest coraz większe. Rak płuca jest obecnie na pierwszym miejscu pod względem zachorowalności i umieralności z powodu nowotworów na świecie. W Polsce rak piersi stanowi najczęstszą przyczynę zgonu na nowotwór wśród mężczyzn i drugą po raku sutka wśród kobiet. Mimo, iż skuteczność leczenia chorych z rakiem płuca jest coraz większa, to wyniki leczenia są wciąż niezadowolające ze względu na dużą liczbę chorych z zaawansowanym procesem nowotworowym. Szacuje się, że prawdopodobieństwo wystąpienia jednocześnie tętniaka aorty brzusznej i raka płuca jest małe i wynosi mniej niż 1% wszystkich leczonych chorych z powodu tętniaka aorty brzusznej (9).



Ryc. 1. Obraz przedstawiający przeglądowy skan, wykonany podczas tomografii komputerowej klatki piersiowej, przedstawiający w szczycie płuca prawego niejednorodną masę guzową i poszerzone śródpiersie

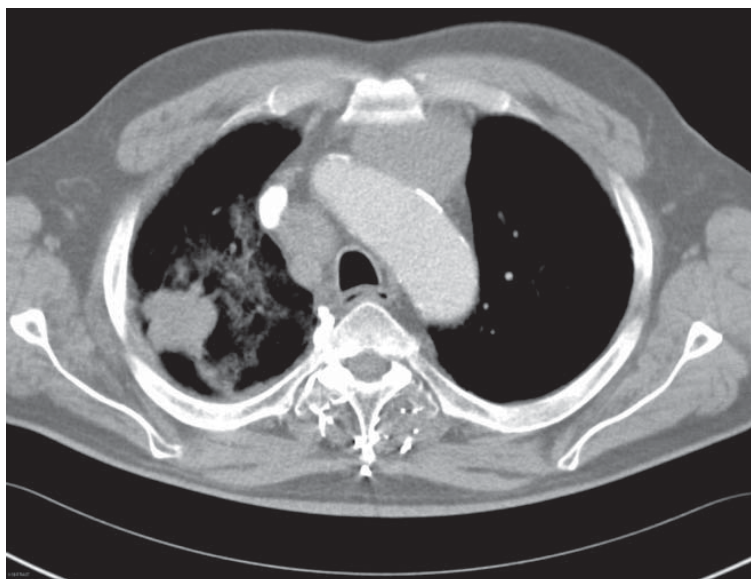
Na świecie toczy się dyskusja, jak i czy leczyć chorych z jednoczasowym pękniętym tętniakiem aorty brzusznej i zaawansowaną chorobą nowotworową.

Opis przypadku

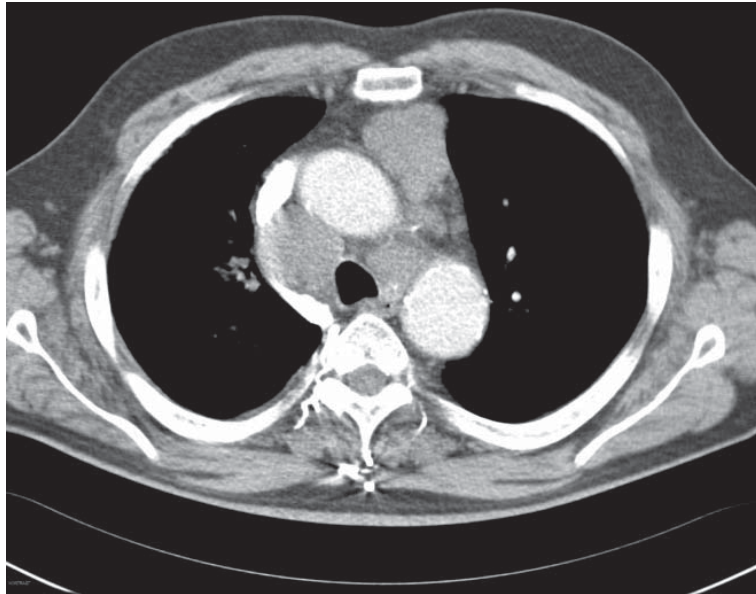
Chory w wieku 80 lat został przyjęty do Oddziału Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. dr M. Pirogowa w Łodzi z objawami odpowiadającymi pękniętemu tętniakowi aorty brzusz-

nej. Pacjent był w stanie ogólnym ciężkim, ale przytomny i w kontakcie słowno-logicznym. W wywiadzie chory 2 miesiące wcześniej miał zdiagnozowanego tętniaka aorty brzusznej.

Miesiąc wcześniej chory, nałogowy palacz, został przyjęty do Oddziału Pulmonologii z powodu bólów w klatce piersiowej, trwających od 2 tygodni. W trakcie obserwacji klinicznej i radiologicznej u chorego rozpoznano nieoperacyjny guz prawego płuca (T2N3M0). W wykonanej jednofazowej tomografii komputerowej



Ryc. 2. Obraz z jednofazowej tomografii komputerowej klatki piersiowej z kontrastem, przedstawiający w szczycie płuca prawego niejednorodną masę guzową wielkości 45 x 36 mm, łączącą się z oplucną i otoczoną szeroką warstwą zagęszczeń mięsistych



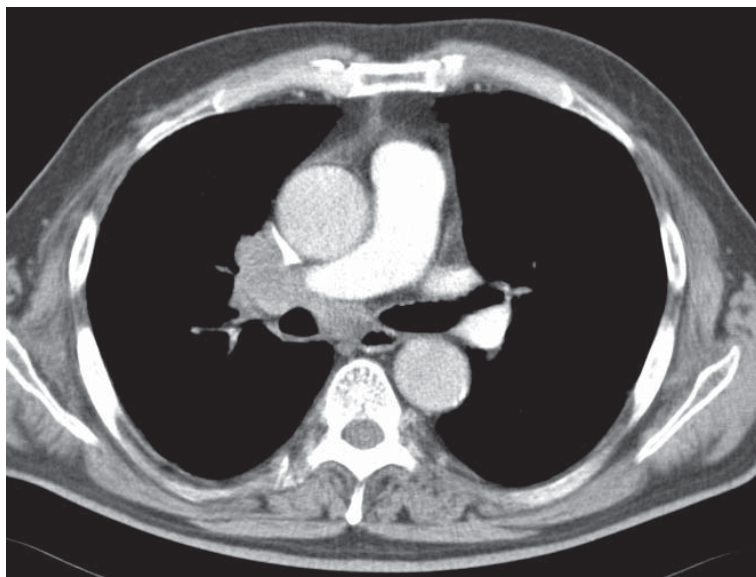
Ryc. 3. Obraz z jednofazowej tomografii komputerowej klatki piersiowej z kontrastem, przedstawiający powiększone masy węzłowe

klatki piersiowej z kontrastem u chorego w szczycie płuca prawego stwierdzono niejednorodną masę guzową, wielkości 45 x 36 mm, łączącą się z opłucną i otoczoną szeroką warstwą zagęszczeń miąższowych (Ryc. 1 i 2). W badaniu uwidoczniono powiększone masy węzłowe wielkości 67 x 65 mm, obejmujące węzły chłonne wnęki prawej, podostrogowe, obustronnie przytchawicze dolne, przytchawicze górne po stronie prawej, które zwężyły oskrzele główne prawe i opierały się o prawą tętnicę płucną, modelując także przebieg żyły nieparzystej (Ryc. 3 i 4). Stwierdzono również powiększone węzły chłonne okołoaortalne 53 x 41 mm oraz okna aortalno-płucnego 27 x 15 mm. W obrębie uwidocznionego kośćca patologicznej przebudowy nie stwierdzono.

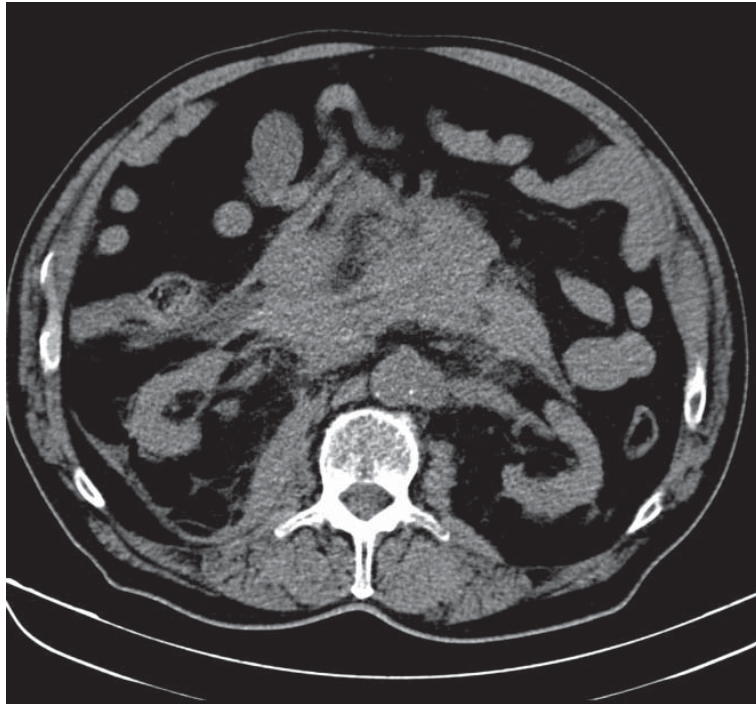
W wykonanej bronchofiberoskopii w krtani nie stwierdzono zmian patologicznych, prawoboczna ściana

dolnego odcinka tchawicy była wpuklona do światła przez ucisk z zewnątrz. Ostroga główna ostra była ustawiona w osi, natomiast ujścia górnopłatowe prawe były zwężone i nacieczone. Z okolicy ujścia do płata górnego prawego pobrano wymaz i wycinki. Obraz z badania przemawiał za naciekiem nowotworowym. Z badania histopatologicznego: uzyskano jedynie informację, że materiał był nie-diagnostyczny. Diagnostyka guza płuca prawego została niedokończona w związku z objawami odpowiadającymi pękniętemu tętniakowi aorty brzusznej.

W wykonanych badaniach laboratoryjnych krwi u chorego stwierdzono: obniżone wartości krwinek czerwonych (2960000/ μ L) i hemoglobiny (8,1 g/dL), a także nieznacznie podwyższony mocznik (46 mg/dL) i kreatyninę (1,7 mg/dL). Poziom glukozy wynosił 418 mg/dL. Poziom białych krwinek wynosił 19.760/ μ L.



Ryc. 4. Obraz z jednofazowej tomografii komputerowej klatki piersiowej z kontrastem, przedstawiający powiększone masy węzłowe tuż poniżej ostrogi głównej

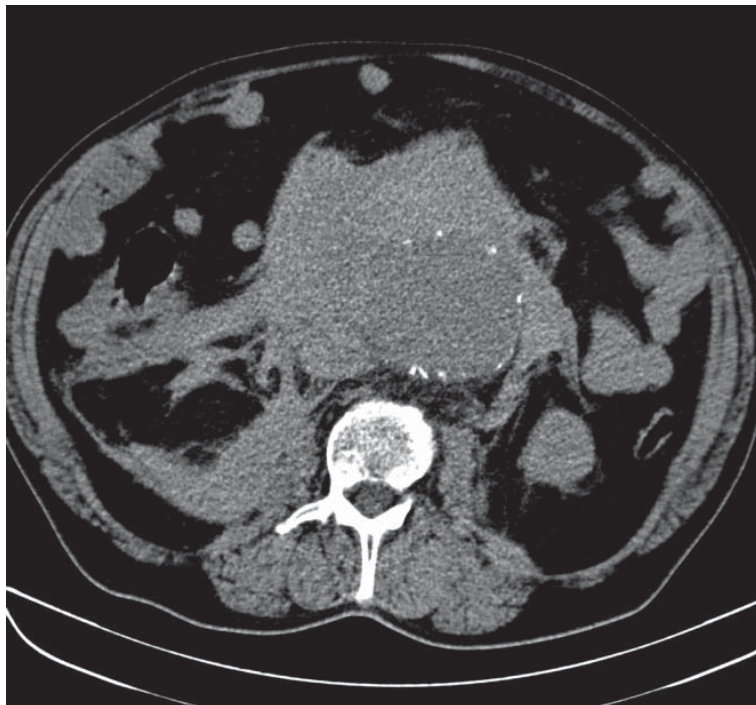


Ryc. 5. Obraz z przeglądowej tomografii komputerowej brzucha, przedstawiający krwiak w przestrzeni pozaotrzewnowej, okalający aortę brzuszną na wysokości odejścia tętnic nerkowych

W wykonanym badaniu przeglądowym TK jamy brzusznej stwierdzono, poniżej odejścia tętnic nerkowych, tętniak aorty brzusznej o średnicy około 80 mm z krwiakiem w przestrzeni pozaotrzewnowej, okalającym aortę szerokością do 55 mm i schodzący do miednicy małej po stronie prawej (Ryc. 5, 6 i 7). Stwierdzono także tętniak tętnicy biodrowej wspólnej prawej o szerokości 73 mm

i tętniak tętnicy biodrowej wspólnej lewej o szerokości 48 mm (Ryc. 8). Wobec powyższego chorego zakwalifikowano do zabiegu operacyjnego w trybie pilnym.

Cięciem pośrodkowym, przebiegającym od wyrostka mieczykowatego do spojenia łonowego, otworzono jamę brzuszną. Stwierdzono pęknięty tętniak aorty brzusznej do wolnej jamy otrzewnej i olbrzymi tętniak tętnicy bio-



Ryc. 6. Obraz z przeglądowej tomografii komputerowej brzucha, przedstawiający tętniaka aorty brzusznej szerokości około 80 mm, z krwiakiem w przestrzeni pozaotrzewnowej

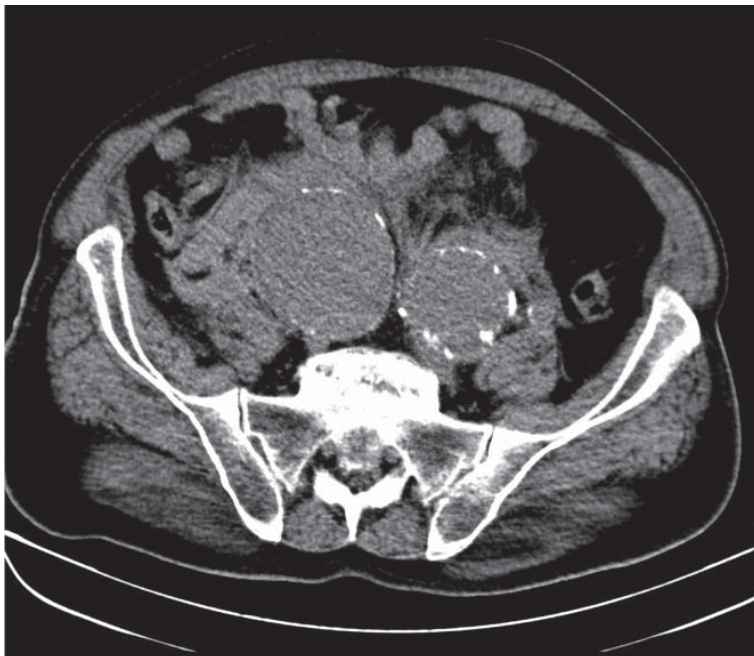


Ryc. 7. Obraz z przeglądowej tomografii komputerowej brzucha, przedstawiający tętniaka aorty brzusznej, z krwiakiem w przestrzeni pozaotrzewnowej, okalającym aortę szerokością do 55 mm

drowej wspólnej prawej i mniejszy tętniak tętnicy biodrowej wspólnej lewej. Po zaklemowaniu aorty brzusznej, zamknięto szwem ciągłym ujścia tętnic biodrowych wspólnych. Wszczepiono protezę rozwidloną aortalno-dwuudową, po stronie prawej koniec do boku tętnicy udowej wspólnej, po stronie lewej koniec do końca tętnicy głębokiej uda. Ujście tętnicy udowej powierzchownej lewej zrekonstruowano protezą wszytą koniec do końca, a następnie koniec do boku ramienia protezy. Po zabiegu operacyjnym tętna były wyczuwalne w pachwinach.

U chorego wszczepiono protezę aortalną prostą typu Gelsoft 14x7. Czas trwania zabiegu operacyjnego wynosił 150 minut. Czas zaklemowania aorty 40 minut. Utrata krwi podczas operacji wyniosła 7000 mL.

Po zabiegu operacyjnym chory planowo nie został wybudzony i został przewieziony do Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej celem wyrównania zaburzeń i dalszego leczenia. Pomimo prowadzonego leczenia stan ogólny chorego pozostawał bardzo ciężki. Chory nie odzyskał przytomności. Pomimo stymulacji farmakolo-



Ryc. 8. Obraz z przeglądowej tomografii komputerowej brzucha, przedstawiający tętniaki tętnicy biodrowej wspólnej prawej (73 mm) i lewej (48 mm), z otaczającym je krwiakiem

gicznej diureza u pacjenta była zaburzona. W 2. dobie po wykonanym zabiegu operacyjnym chory zmarł.

Dyskusja

W 1954 r. doktor Gerbode wykonał pierwszą skuteczną operację pękniętego tętniaka aorty brzusznej, ale mimo wielu lat, jakie upłynęły od tamtego czasu, średnia śmiertelność wśród chorych z pękniętym tętniakiem jest wciąż wysoka i wynosi około 50% [10, 11]. Śmiertelność w przypadku pękniętego tętniaka aorty brzusznej u osób w wieku powyżej 80 lat wynosi około 92% [12-14]. Wyniki leczenia chorych z pękniętym tętniakiem aorty brzusznej zależą od bardzo wielu czynników – między innymi od doświadczenia chirurga, jak również od ogólnego stanu chorego, przyjmowanego w trybie pilnym do oddziału chirurgii naczyniowej [15-17]. Pomimo, iż wyniki leczenia chorych z pękniętymi tętniakami aorty brzusznej są wciąż niezadowolające, uważa się, że pacjent w każdym wieku i stanie ogólnym powinien być poddany zabiegowi operacyjnemu.

W ostatnich latach coraz częściej słychać opinie, iż w niektórych sytuacjach chirurdzy powinni odstąpić od wykonania zabiegu operacyjnego i pozwolić choremu z pękniętym tętniakiem aorty brzusznej umrzeć w spokoju i godności.

Obecnie istnieje pięć niezależnych czynników przedoperacyjnych, które bardzo mocno korelują ze śmiertelnością po operacji pękniętego tętniaka aorty brzusznej. Do tych czynników zaliczamy:

- wiek: powyżej 76 roku życia,
- anemia (HGB < 9 g/dL),
- utrata przytomności po przyjęciu do szpitala,
- niedokrwienie mięśnia sercowego w badaniu EKG,
- poziom kreatyniny > 0,19 mmol/L [18].

Ryzyko zgonu chorego z pękniętym tętniakiem zależy od ilości wyżej wymienionych czynników, występujących u takiego chorego. W przypadku wystąpienia jednego czynnika – ryzyko zgonu wynosi 37%, dwóch czynników – 72%, a trzech lub więcej – 100% [18].

Część lekarzy uważa, że stwierdzenie u chorego, podczas operacji z powodu pękniętego tętniaka aorty brzusznej, zaawansowanego procesu nowotworowego powinno skutkować wykonaniem tylko laparotomii i odstąpieniem od dalszych działań leczniczych [19-21]. W pracy Prance'a i wsp. [20], opublikowanej w 1999 r. w prestiżowym czasopiśmie *European Journal Vascular and Endovascular Surgery*, opisano chorego z jednoczesnym pękniętym tętniakiem aorty brzusznej i rozpoznanym wcześniej rakiem oskrzeli. U tego chorego lekarze wdrożyli tylko leczenie zachowawcze i przeciwbólowe po to, aby chory mógł umrzeć w spokoju przy rodzinie, gdyż stwierdzono, iż nie było żadnych szans powodzenia zabiegu operacyjnego.

W bazie Pubmed znajdują się artykuły, w których przedstawione są wyniki leczenia w trybie planowym chorych z jednoczesnym tętniakiem aorty brzusznej i rakiem płuca. W pracy Borzellino G. i wsp. [9] przedstawiono wyniki leczenia chorych z jednoczesnym tętniakiem aorty

brzusznej i rakiem płuca w latach 1987-2006. Autorzy zwracają uwagę, iż chorzy byli w stanie ogólnym dość dobrym, ale ryzyko powikłań i zgonu w przypadku wykonania jednoczesnej operacji u tych pacjentów jest bardzo wysokie. U większości chorych (13) wykonano zabieg operacyjny w dwóch etapach, z tym, że jako pierwsza została przeprowadzona operacja tętniaka aorty brzusznej [14].

Pomimo, iż postępowanie lecznicze i stan chorych w przypadku operacji tętniaka aorty brzusznej w trybie planowym jest inne niż w przypadku pękniętego tętniaka aorty brzusznej, większość autorów uważa, że tacy chorzy z jednoczesnym tętniakiem i rakiem płuca wymagają szczególnej opieki przed- i pooperacyjnej, a nowotwór płuca jest niezależnym czynnikiem ryzyka niepowodzenia zabiegu operacyjnego [22-26].

W opisanym przez nas przypadku, zespół chirurgów podczas dyżuru stwierdził, iż należy wykonać u chorego zabieg operacyjny w trybie pilnym. Rokowanie u tego chorego przy przyjęciu do szpitala było złe (wiek, anemia, podwyższony poziom kreatyniny, cechy niedokrwienia mięśnia sercowego w badaniu EKG). Guz płuca prawego – prawdopodobnie nowotworowy – stanowił dodatkowy niezależny czynnik niepowodzenia podjętego leczenia chirurgicznego. Gdyby nawet nie brać pod uwagę guza płuca prawego, to prawdopodobieństwo zgonu u chorego według Glasgow Aneurysm Score wynosiło 100% [27].

Prawne i etyczne aspekty leczenia chorych

Zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem, każdy lekarz jest zobowiązany do udzielenia pomocy choremu w każdym przypadku, kiedy zwłoka może spowodować utratę życia. Odpowiednie przepisy zostały zapisane w artykułach 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentyści: „*Lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.*”, w artykułach 69 Kodeksu Etyki Lekarskiej: „*Lekarz nie może odmówić pomocy lekarskiej w przypadkach nie cierpiących zwłoki, jeśli pacjent nie ma możliwości uzyskania jej ze strony instytucji powołanych do udzielania pomocy.*” i artykułach 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej: „*Zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.*” W żadnej ustawie nie znajdują się zapisy, które pozwalałyby lekarzowi na odstąpienie od czynności ratowania ludzkiego życia.

Zgodnie z polskim prawem, lekarz ma obowiązek wykonania zabiegu operacyjnego w odpowiednim czasie czyli wtedy, gdy wykonanie zabiegu operacyjnego związane jest z osiągnięciem najlepszego oczekiwanego skutku.

W przypadku leczenia chorych z pękniętym tętniakiem aorty brzusznej i zaawansowanym procesem nowotworowym, z przerzutami do innych narządów, istnieje

pytanie, czy lekarz powinien za wszelką cenę ratować takiego pacjenta, wszczepiając mu protezę aortalną, jednocześnie narażając go na dodatkowe cierpienie? Ten dylemat wciąż nie jest rozstrzygnięty i budzi bardzo wiele kontrowersji wśród specjalistów.

Lekarze i etycy uważający, że w przypadku operacji pękniętego tętniaka aorty brzusznej, gdzie stwierdza się zaawansowany proces nowotworowy (nieoperacyjny guz) z przerzutami do innych narządów lub u chorego z wcześniej zdiagnozowanym nieoperacyjnym rakiem, należy odstąpić od wykonania zabiegu operacyjnego i pozwolić pacjentowi umrzeć w spokoju i godności, powołują się na artykuł 19 ustęp 1 punkt 5 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, mówiący, iż: „*pacjent ma prawo do: umierania w spokoju i godności*”. W tej kwestii wypowiedział się także podczas XIX Międzynarodowej Konferencji Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia (11-13.11.2004 r.), poświęconej leczeniu paliatywnemu, Papież Jan Paweł II, mówiąc iż: „*...prawdziwe współczucie pobudza do wszelkich rozumnych wysiłków sprzyjających uzdrowieniu pacjenta. Jednocześnie pomaga ono zatrzymać się, kiedy żadne działanie nie wydaje się już przybliżać do osiągnięcia tego celu.*”

Rezygnacja z uporczywej terapii nie jest odrzuceniem pacjenta i jego życia. Przedmiotem bowiem rozważań nad stosownością rozpoczęcia lub kontynuowania terapii nie jest wartość życia pacjenta, lecz wartość medycznego zabiegu na pacjencie.

Ewentualna decyzja nierozpoczynania lub przerwania leczenia będzie uważana za etycznie poprawną, jeśli okazuje się ono nieskuteczne lub wyraźnie niewspółmierne do celu, jakim jest podtrzymanie życia bądź odzyskanie zdrowia. Dlatego też odrzucenie uporczywych działań terapeutycznych jest wyrazem szacunku, jaki w każdym momencie należy okazywać pacjentowi.

Właśnie ten szacunek płynący z miłości pomoże towarzyszyć pacjentowi aż do końca, podejmując wszystkie możliwe działania i starania, aby ulżyć mu w cierpieniu oraz sprawić, by ostatnia faza jego ziemskiej egzystencji, o ile to możliwe, była pogodna i pozwoliła jego duszy przygotować się na spotkanie z Ojcem niebieskim...”

W przypadku pacjentów w terminalnym stadium choroby nowotworowej, leczenie ich powinno się skupić głównie na utrzymaniu odpowiedniej jakości kończącego się życia, zgodnie z artykułem 32 Kodeksu Etyki Lekarskiej: „*1. W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych. 2. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych.*” Należy pamiętać, że zgodnie z artykułem 38 ustęp 4 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentyści: „*W przypadku odstąpienia od leczenia lekarz ma obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej.*” Również Katechizm Kościoła Katolickiego w artykule 2278 mówi o możliwości zaprzestania wykonywania zabiegów medycznych u chorego, u którego nie dają one oczekiwanych efektów leczniczych: „*Zaprzestanie zabiegów medycznych kosztownych, ryzykownych, nadzwyczajnych lub niewspółmiernych do spodziewanych*

rezultatów może być uprawnione. Jest to odmowa „uporczywej terapii”. Nie zamierza się w ten sposób zadawać śmierci; przyjmuje się, że w tym przypadku nie można jej przeskodzić. Decyzje powinny być podjęte przez pacjenta, jeśli ma do tego kompetencje i jest do tego zdolny; w przeciwnym razie – przez osoby uprawnione, zawsze z poszanowaniem rozumnej woli i słuszych interesów pacjenta”.

Jeżeli życie pacjenta jest zagrożone, lekarz jest zobowiązany niezwłocznie skontaktować się z rodziną umierającego chorego, o każdej porze dnia i nocy, zgodnie z artykułem 20 ustęp 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej: „*W razie pogorszenia się stanu zdrowia chorego, powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci, szpital jest obowiązany niezwłocznie zawiadomić wskazaną przez chorego osobę lub instytucję, przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego.*” Artykuł ten gwarantuje umierającemu choremu, że nie będzie się on czuł opuszczonym w ostatnich chwilach swojego życia i będzie mógł umrzeć w spokoju i godności. W ostatnich chwilach życia każdego człowieka ważne jest, aby nie towarzyszyły mu: obojętność i opuszczenie ze strony najbliższych. O takim podejściu i traktowaniu chorych umierających mówi artykuł 2299 Katechizmu Kościoła Katolickiego: „*Należy okazywać szacunek i troskę umierającym, by pomóc im przeżyć ostatnie chwile w godności i w pokoju. Powinna wspomagać ich modlitwa bliskich, którzy winni zatroszczyć się o to, by chorzy w odpowiedniej chwili przyjęli sakramenty, przygotowujące na spotkanie z Bogiem żywym.*”

Pacjent, który umiera, powinien mieć zapewnioną do końca humanitarną opiekę terminalną. Lekarz powinien łagodzić cierpienie chorego i zapewnić mu godne warunki umierania w ostatnich chwilach jego życia, zgodnie z artykułem 30 Kodeksu Etyki Lekarskiej: „*Lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz winien do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia.*”

O konieczności godnego traktowania umierającego człowieka mówił w dniu 28 lutego 2008 r. Papież Benedykt XVI podczas audjencji dla uczestników XIV Zgromadzenia Ogólnego Papieskiej Akademii «Pro Vita» i zorganizowanego przez nią kongresu poświęconego tematowi: „*Towarzystwo człowiekowi nieuleczalnie choremu i umierającemu – wskazania etyczne i praktyczne*”:

„Kiedy gaśnie życie w podeszłym wieku bądź u zarania ziemskiego istnienia, czy też z nieprzewidzianych przyczyn w okresie jego pełnego rozkwitu, nie należy upatrywać w tym jedynie końca życia biologicznego czy zamykającej się biografii, lecz trzeba dostrzec nowe narodziny i odnowione życie, ofiarowane przez Zmartwychwstałego temu, kto nie sprzeciwił się własnowolnie Jego miłości. Wraz ze śmiercią kończy się ziemska egzystencja, lecz śmierć otwiera także przed każdym z nas, poza czasem, życie pełne i ostateczne. Pan życia towarzyszy choremu człowiekowi jako Ten, który żyje i daje życie; Ten, który powiedział: «Ja przyszedłem po to, aby (...) miały życie, i miały je w obfitości» (J 10, 10), «Ja jestem zmartwychwstaniem i życiem. Kto we Mnie wierzy,

to choćby umarł, żyć będzie» (J 11, 25), a «Ja go wskreszę w dniu ostatecznym» (J 6, 54). W owej uroczystej i świętej chwili wszystkie wysiłki, jakie podejmowaliśmy z chrześcijańską nadzieją, by udoskonalić samych siebie i powierzone nam świat, zostają oczyszczone przez łaskę i nabierają sensu i wartości dzięki miłości Boga Stwórcy i Ojca. Kiedy w chwili śmierci związek z Bogiem w pełni się urzeczywistnia w spotkaniu z «Tym, który nie umiera, który sam jest Życiem i Miłością, wówczas mamy życie. Wówczas 'żyjemy'» (Spe salvi, 27). Dla wspólnoty wierzących to spotkanie człowieka umierającego ze Źródłem Życia i Miłości jest darem, który ma wartość dla wszystkich, wzbogaca komunie wszystkich wiernych. Dlatego wspólnota, nie tylko rodzina, ścisłe grono krewnych, lecz – w granicach możliwości i w takiej formie, jak jest to możliwe – cała wspólnota, która była związana z umierającą osobą, powinna poświęcać temu wydarzeniu uwagę i w nim uczestniczyć. Żaden wierzący nie powinien umierać w samotności i opuszczeniu. Matka Teresa z Kalkuty ze szczególną troskliwością wyszukiwała nędzarzy i opuszczonych, ażeby przynajmniej w chwili śmierci mogli – w ramionach sióstr i braci – zaznać ciepła obecności Ojca.

Lecz nie tylko wspólnotę chrześcijańską – ze względu na jej szczególne więzi nadprzyrodzonej komunii – obowiązuje asystowanie swoim członkom w tajemnicy cierpienia i śmierci oraz narodzin do nowego życia i oddawanie jej czci. W rzeczywistości cała społeczność, za pośrednictwem swoich struktur medycznych i społecznych, winna okazywać szacunek życiu i godności osoby ciężko chorej i umierającej. Świadome faktu, że «to nie nauka odkupuje człowieka» (Spe salvi, 26), całe społeczeństwo, a w szczególności środowiska związane z nauką medyczną, mają obowiązek wyrażać solidarną miłość, chronić i szanować życie ludzkie w każdej chwili jego ziemskiego rozwoju, a zwłaszcza wtedy, kiedy cierpi na skutek choroby bądź jest w fazie terminalnej. Bardziej konkretnie, chodzi o to, by zapewnić każdemu człowiekowi, który tego potrzebuje, konieczną pomoc w postaci terapii oraz odpowiednich zabiegów medycznych, dostosowanych do indywidualnego przypadku i stosowanych zgodnie z zasadą proporcjonalności środków terapeutycznych, pamiętając zawsze o moralnym obowiązku podawania przez lekarza i przyjmowania przez pacjenta tych środków służących podtrzymaniu życia, które w konkretnej sytuacji wydają się «zwyczajne». Jeżeli chodzi natomiast o terapie wiążące się z dużym ryzykiem bądź takie, które rozważa nakazywałyby uznać za «nadzwyczajne», ich zastosowanie należy traktować jako moralnie dozwolone, lecz nie obowiązujące. Ponadto, zawsze trzeba zapewniać każdemu konieczne i należyte leczenie, jak również pomoc rodzinom najbardziej doświadczonym przez chorobę jednego z członków, zwłaszcza gdy jest ona ciężka i długotrwała. Również w zakresie norm dotyczących pracy – zazwyczaj z chwilą narodzin dziecka członkom rodziny przysługują specjalne prawa; w analogiczny sposób, a zwłaszcza w pewnych okolicznościach, podobne prawa należałoby przyznać bliskim krewnym, gdy w rodzinie jest chory w fazie terminalnej. Solidarne i humanitarne społeczeństwo nie może nie brać pod uwagę trudnych sytuacji rodzin, które niekiedy przez długi czas w domu muszą zapewniać opiekę osobom ciężko

chorym i niesamodzielnym. Większy szacunek dla indywidualnego życia ludzkiego wiąże się nieuchronnie z potrzebą konkretnej solidarności wszystkich i każdego człowieka, stanowiąc jedno z najpilniejszych wyzwań naszych czasów.»

Podsumowanie

Na świecie wciąż trwa dyskusja na temat leczenia chorych, u których wystąpiło pęknięcie tętniaka aorty brzusznej, a wcześniej rozpoznano u nich nieoperacyjny nowotwór złośliwy. Coraz większa grupa chirurgów naczyniowych skłania się ku leczeniu takich chorych tylko w sposób zachowawczy i podjęciu takich działań medycznych, aby zapewnić choremu godną śmierć. W najnowszych wytycznych TransAtlantic InterSociety Consensus II (TASC II), a także w wytycznych polskich nie ma informacji na temat postępowania z takimi pacjentami.

Mamy nadzieję, że nasz artykuł zapoczątkuje dyskusję między chirurgami naczyniowymi i onkologami na temat postępowania z chorymi z pękniętym tętniakiem aorty brzusznej i nieoperacyjnym nowotworem złośliwym.

W dobie coraz większych wydatków na opiekę zdrowotną warto zastanowić się, czy w przypadkach, gdzie szansa na uratowanie chorego wynosi 0%, powinniśmy podejmować „heroiczne” działania, polegające na wykonywaniu kosztownych zabiegów operacyjnych (rekonstrukcja aorty brzusznej)?

Należy pamiętać, iż opracowanie konsensusu postępowania z takimi chorymi jest konieczne po to, aby żaden lekarz nie został oskarżony przez rodzinę pacjenta o to, iż nie udzielił pomocy choremu w przypadku bezpośredniego zagrożenia życia.

Dr n. med., mgr zarz. Konrad Wroński

Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr M. Pirogowa
w Łodzi
ul. Wólczańska 195, 90-531 Łódź
e-mail: konradwronski@poczta.wp.pl

Piśmiennictwo

1. Ligush J Jr, Pearce JD, Edwards MS i wsp. Analysis of medical risk factors and outcomes in patients undergoing open versus endovascular abdominal aortic aneurysm repair. *J Vasc Surg* 2002; 36: 492-9.
2. Clouse WD, Hallett JW Jr., Schaff HV. Acute aortic dissection: population-based incidence compared with degenerative aortic aneurysm rupture. *Mayo Clin Proc* 2004; 79: 176-80.
3. Ritter RG, Nelson K, Adili F i wsp. Abdominal aortic aneurysm: screening and surveillance. *Hamostaseologie* 2004; 24: 151-6.
4. Steckmeier B. Epidemiology of aortic disease: aneurysm, dissection, occlusion. *Radiologie* 2001; 41: 624-32.
5. Illuminati G, Calio' FG, D'Urso A i wsp. Simultaneous repair of abdominal aortic aneurysm and resection of unexpected, associated abdominal malignancies. *J Surg Oncol* 2004; 88: 234-9.
6. Veraldi GF, Minicozzi AM, Leopardi F i wsp. Treatment of abdominal aortic aneurysm associated with colorectal cancer: presentation of 14 cases and literature review. *Int J Colorectal Dis* 2008; 23: 425-30.

7. Komori K, Okadome K, Funahashi S i wsp. Surgical strategy of concomitant abdominal aortic aneurysm and gastric cancer. *J Vasc Surg* 1994; 19: 573-6.
8. Robinson G, Hughes W, Lippey E. Abdominal aortic aneurysm and associated colorectal carcinoma: a management problem. *Aust N Z J Surg* 1994; 64: 475-8.
9. Borzellino G, Giovinazzo F, Minicozzi AM. Concomitant pulmonary carcinoma and abdominal aortic aneurysm: therapeutic strategies. *Surg Today* 2008; 38: 512-6.
10. Gerbode F. Ruptured aortic aneurysms – a surgical emergency. *Surg Gynecol Obstet* 1954; 98: 759.
11. Johnston KW. Ruptured abdominal aortic aneurysms: six-year follow-up results of a multicentre prospective study. Canadian Society for Vascular Surgery Study Group. *J Vasc Surg* 1994; 19: 888-900.
12. Gloviczki P. Ruptured abdominal aortic aneurysms: repair should not be denied. *J Vasc Surg* 1992; 15: 851-9.
13. Johansen K. Ruptured abdominal aortic aneurysms: Should repair ever be denied? *J Vasc Surg* 1993; 17:446-447.
14. Johansen K. Ruptured abdominal aortic aneurysms: the Harborview experience. *J Vasc Surg* 1991; 13: 240-7.
15. Ouriel K, Geary K, Green RM i wsp. Factors determining survival after ruptured aortic aneurysm: the hospital, the surgeon, and the patient. *J Vasc Surg* 1990; 11: 493-6.
16. Bauer EP, Redaelli C, von-Segesser LK i wsp. Ruptured abdominal aortic aneurysms: predictors for early complications and death. *Surgery* 1993; 114: 31-5.
17. Previti FW, Onopchenko A, Glick B.: The ruptured abdominal aortic aneurysm in a community hospital. A 5-year study. *Am Surg* 1992; 58: 499-501.
18. Hardman DTA. Ruptured abdominal aortic aneurysms: Who should be offered surgery? *J Vasc Surg* 1996; 23:123-9.
19. AbuRahma AF, Woodruff BA, Lucente FC i wsp. Factors affecting survival after ruptured abdominal aortic aneurysm in a West Virginia community. *Surg Gynecol Obstet* 1991; 172: 377-82.
20. Prance SE, Wilson YG, Cosgrove CM i wsp. Ruptured abdominal aortic aneurysms: Selecting patients for surgery. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1999; 17: 129-32.
21. Hewin DF, Campbell WB.: Ruptured aortic aneurysm: the decision not to operate. *Ann R Coll Surg Engl* 1998; 80: 221-5.
22. Tabayashi K. Treatment strategy for patients with concomitant thoracic or abdominal aortic aneurysm and noncardiovascular disease. *Nippon Geka Gakkai Zasshi* 2005; 106: 338-43.
23. Hollaus PH, Wilfing G, Wurnig i wsp. Risk factors for the development of postoperative complications after bronchial sleeve resection for malignancy: a univariate and multivariate analysis. *Ann Thorac Surg* 2003; 75: 966-72.
24. Watanabe S, Shimokawa S, Sakasegawa K i wsp. Simultaneous operation for lung tumor and cardiovascular disease. *Kyobu Geka* 2000; 53: 353-7.
25. Tanaka K, Murota Y, Ando T i wsp. A case of one stage operation for primary lung cancer and abdominal aortic aneurysm. *Kyobu Geka* 1996; 49: 599-601.
26. Shimokawa S, Ishizaki N, Kawashima S i wsp. Simultaneous repair of an abdominal aortic aneurysm and resection of bronchogenic carcinoma: report of case. *Surg Today* 1995; 25: 89-91.
27. Samy AK, Murray G, MacBain G. Glasgow aneurysm score. *Cardiovasc Surg* 1994; 2: 41-4.

Otrzymano: 8 października 2009 r.

Przyjęto do druku: 9 marca 2010 r.