

# Pyelonephritis apostematosa miatt operált, transzfúziót elutasító betegünk esete

Fazekas Fruzsina dr.<sup>1</sup>, Márványkövi Fanni Magdolna dr.<sup>1</sup>,  
Lajos Márton<sup>2</sup>, Buzogány István dr.<sup>1</sup>, Beöthe Tamás dr.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dél-pesti Centrumkórház, Péterfy Sándor Kórház-Rendelőintézet és Manninger Jenő Országos Traumatológiai Központ, Urológiai Osztály, Budapest (osztályvezető: Buzogány István dr.)

<sup>2</sup>Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Debrecen (dékán: Mátyus László dr.)

Levelezési cím:  
Dr. Fazekas Fruzsina  
2030, Érd, Emőke u. 1/B, 26.  
E-mail:  
fazekasfruzsanna@gmail.com

## ÖSSZEFOGLALÁS

**Bevezetés:** Osztályunkon rendszeresen végezzük vértranszfúziót elutasító betegek ellátását, az ezzel kapcsolatos tapasztalatinkat egy esettanumányon keresztül szeretnénk bemutatni.

**Esetismertetés:** Pyelonephritis apostematosa miatt felvett Jehova Tanúja közösségbe tartozó betegünk műtétjét kényszerítő körülmények miatt két hónapos halasztás után tudtuk elvégezni. Ez idő alatt szorosan megfigyeltük, laborértékeit és általános állapotát konzervatív terápiával rendeztük. A nephrectomiát követően teljesen felgyógyult. A hatályos jogszabály (1997. évi CLIV. tv. az egészségügyről) meghatározza az ellátás visszautasításának lehetőségét és formai követelményeit. A vértakarékos betegellátás minden betegnél alkalmazható az optimális túlélés érdekében.

## KULCSSZAVAK

PYELONEPHRITIS APOSTEMATOSA, VÉRMENTES, NEPHRECTOMIA, JEHOVA TANÚJA

## A case of nephrectomy performed for apostematous pyelonephritis in a patient who refused blood transfusion

### SUMMARY

**Introduction:** Patients who refuse blood transfusion are regularly operated on at the Péterfy Sandor Hospital, Budapest. The authors present their experience in this regard through a case study.

**Case report:** The authors report on surgery of a patient belonging to the Jehovah's Witnesses community refusing blood transfusion and was admitted for apostematous pyelonephritis. The operation was performed after a two-month postponement because these compelling circumstances. During this time, the patient was monitored closely, received conservative hematopoietic and antibiotic therapy, as a result of which his general condition and laboratory values and improved. Following nephrectomy, he made a full recovery. The current legislation (1997. Act CLIV. on Health Care) defines the possibility and formal requirements for refusing care. Blood-sparing patient care can be used in all patients for optimal survival.

### KEYWORDS

APOSTEMATOUS PYELONEPHRITIS, BLOODLESS NEPHRECTOMY, JEHOVAH'S WITNESS

## Bevezetés

A Jehova Tanúi egy olyan közösség, amelynek tagjai vallási meggyőződésből nem fogadják el idegen szervezetből származó vért és egyes vérkészítményeket, még akkor sem, ha ezek hiánya súlyos, akár életveszélyes állapotot eredményez (1). A vér különböző frakcióit tartalmazó készítményeket ugyanakkor elfogadják, ha lelkiismeretük megengedi. Az ilyen meggyőződéssel élő betegek nagy vérigényű műtétei különleges etikai és technikai kihívást jelentenek a sebész és az aneszteziológus számára (2); műtéti ellátásukat etikai, jogi és lelkiismereti

okokból igen kevesen vállalják. Osztályunkon rendszeresen vállaljuk olyan betegek műtéteit, akik lelkiismereti okok miatt nem fogadják el a transzfúziót. A legtöbb esetben megfelelő előkészítés után – legyen szó minimál-invazív endoszkópos beavatkozásokról, vagy radikális, szerveltávolító műtétekről –, a beavatkozások biztonsággal elvégezhetőek transzfúzió nélkül, illetve a betegek pontosan tájékoztathatók azokról az extrém körülményekről, amikor a vér beadása semmiképpen nem kerülhető el.

Mit tegyünk azonban akkor, ha sürgősségi transzfúzió és műtét szükséges, amelyet a beteg konzekvensen elutasít?

## Esetbemutató

Az 54 éves, magyar biztosítással nem rendelkező beteg elestett, szeptikus állapotban a területileg illetékes megyei kórház urológiai osztályára került felvételre. Láz, masszív pyuria, emelkedett gyulladásos paraméterek (CRP 152 mg/l, WBC 23 G/l) és gravis anémia (Hgb 87 g/l) miatt sürgősséggel elvégzett kontrasztanyag CT-vizsgálat jobb oldali korallkőves okklúzió talaján kialakult pyelonephritis apostematosát igazolt. Korábbi belgyógyászati és műtéti anamnézise negatív volt, gyógyszerrel rendszeresen nem szedett. Felvételét követően széles spektrumú antibiotikum- (iv. 3x500 mg meropenem) kezelést kezdtek és akut műtéti beavatkozást terveztek. A beteg vallási okokból a tervezett transzfúziót és ezzel a gócként szolgáló vese akut műtéti eltávolítását mereven elutasította.

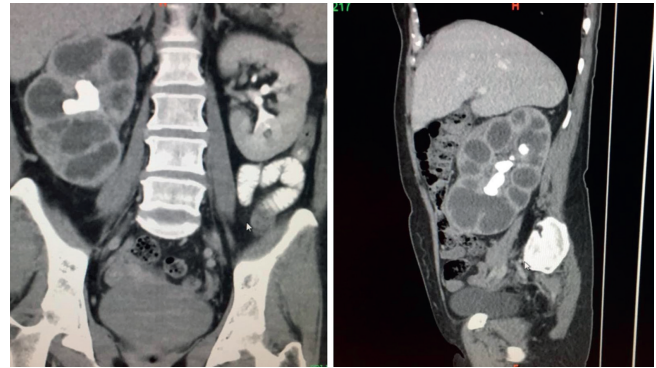
Mivel korábbi beszámolóinkból tudták, hogy van gyakorlatunk a tanúbetegek ellátásában, ezért segítségünket kérték. Osztályunkra haladéktalanul átvettük a beteget és a társszakmák képviselőit is bevonva mérlegeltük a lehetőségeket, mivel a beteg a transzfúziótól és a műtéttől továbbra is elzárkózott. Urológus, sebész, infektológus és aneszteziológus bevonásával konzílium történt. A résztvevők egybehangzóan az antibiotikumkezelés fenntartásával transzfúziót és a gócként viselkedő afunkciós vese eltávolítását javasolták. Ugyanakkor a vérkép rendezése nélkül a műtétet nem látták kivitelezhetőnek.

A beteg felvilágosításába a súlyos helyzetet megértő hittársait, az ún. Kórházi Összekötő Bizottságot is bevontuk. Mindezek ellenére a beteg vérkészítmény beadásától teljes mértékben elzárkózott.

A páciens mindvégig tudatánál volt, a transzfúzióba következetesen nem egyezett bele, így kényszerpályára kerültünk. Elfogadtuk a szoros obszervációt, a széles spektrumú antibiotikumkezelést fenntartottuk, állapotát folyamatosan monitorizáltuk, laborparamétereit ellenőriztük. Konzervatív kezelés mellett általános állapota mindvégig stabil maradt, láza nem ismétlődött, majd lassú javulást mutatott. Ismételt konzílium az infektológus által megválasztott per os antibiotikummal biztonságosnak látta a beteg emittálását. Ezt követően státuszát ambuláner szigorúan követtük, hematológus segítségével, hittársai finanszírozásával erythropoetin és parenterális vaskészítmény-terápiában részesült.

Az egy hónappal az emissziót követően készült kontroll CT-vizsgálat a gyulladásos folyamat változatlan státuszát írta le, annak ellenére, hogy a páciens állapota folyamatosan javult (1. ábra).

Ismételt konzílium során a vese eltávolítása mellett döntöttünk. Ezt – a rendezett vérkép mellett – egyetlen társszakma sem kontraindikálta; ekkorra, két hónappal az első kórházi jelentkezését követően a páciens Hgb-szintje 120 g/l-re emelkedett. A beteg a beavatkozást elfogadta, azzal a feltétellel, hogy mindent megteszünk azért, hogy ne kelljen vért kapnia. Fontos megemlíteni, hogy műtétet kizárólag abban az esetben végzünk, ha a beteg az életet közvetlenül veszélyeztető vérzés esetén beadott transzfúzióhoz hozzájárulását adja. Az eddig mereven elutasító beteg ezt a feltételt – hittársai támogatására – ekkor már elfogadta.



1. ÁBRA: JOBB OLDALI PYELONEPHRITIS APOSTEMATOSA CORONALIS ÉS SAGITTALIS SÍKBÓL



2. ÁBRA: AZ ELTÁVOLÍTOTT MASSZÍVAN GENNYES VESE

A Chevron-metszésből végzett jobb oldali, simplex nephrectomiát halasztottan, három hónappal az első kórházi felvétele után tudtuk elvégezni. A műtét során masszív pyonephrost találtunk, amely a vastagbélre és a májra is rátört, de ezek reszekciójára nem volt szükség. A vastagbél és a máj felszabadítását hasi sebész bevonásával végeztük. A közel 3 órás beavatkozást minimális vérvesztés árán, vérkészítmény alkalmazása nélkül tudtuk végrehajtani (2. ábra).

A beteget a 10. posztoperatív napon panasz- és tünetmentesen bocsátottuk otthonába. Az egy, majd három hónapos kontrollvizsgálat alapján súlyos, szeptikus állapotából szövődménymentesen felgyógyult, laboreredményei is rendezettek voltak.

## Megbeszélés

A hatályos jogszabály (1997. évi CLIV. tv. az egészségügyről) szerint a cselekvőképes beteget általában megilleti az ellátás visszautasításának joga. Ha azonban az ellátás elmaradása várhatóan súlyos egészségkárosodáshoz vezet, vagy gyógyíthatatlan, terminális állapotú beteg utasítja vissza az életmentő ellátást, azt csak közokiratban, vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban teheti meg (3).

Gyakorlatunk szerint, amikor elektív vérmentes műtétre készülünk, szóbeli megegyezés történik a beteggel; biztosítjuk arról, hogy mindent meg fogunk tenni annak érdekében, hogy a transfúzió elkerülhető legyen.

Ehhez a legfontosabb lépésnek a preoperatív előkészítést, és a vérképrendezést tartjuk. Erre az erythropoietin-kezelés és egyes vaskészítmények használhatóak.

Az intraoperatív vérvesztés csökkentése céljából nagy energiájú vágóeszközöket alkalmazunk. Az ún. CellSaver is rendelkezésre áll, ennek használatát a daganatos megbetegedések kontraindikálják, illetve a vizelettel, purulens váladékkal szennyezett vér visszanyerése sem lehetséges.

A szükséges eszközöknek, készítményeknek a NEAK csak egy részét finanszírozza, emiatt a betegek egy része magán-egészségpénztárt vesznek igénybe. Esetünkben azonban ez nem történt meg.

Az életmentő (életet közvetlenül veszélyeztető vérzés miatt szükséges) transfúziót azonban a betegek – vallási meggyőződésük ellenére – elfogadják és ezt a műtét előtti felkészülés során írásban is vállalják. Ellenkező esetben mi sem végezhetjük el a kérdéses műtétet, hiszen orvosetikai szempontból: „salus aegroti suprema lex esto”, vagyis a beteg életének és egészségének védelme a legfőbb szempont.

Az akután jelentkező betegek ellátása merőben más helyzetet teremt. Az aktívan vérző, anemizálódó beteg esetén az elutasító nyilatkozatot a beteggel és két tanúval is alá kell íratni (3). A vérzéscsillapító kezelés mellett az ilyen betegek vitális és laborparamétereit rendkívül gondosan kell monitorozni, és a vérátömlesztés abszolút indikációjának fennállása esetén az életmentő transfúziót el kell végezni (1. táblázat).

A vértakarékos betegellátás (Patient Blood Management, PBM (4)) egy multidiszciplináris, bizonyítékokon alapuló, betegközpontú eljárás, amelynek célja az, hogy a betegek veszélyeztetése nélkül kevesebb homológ vérkészítmény kerüljön felhasználásra.

A program három pilléren alapszik:

- a preoperatív anémia felismerése és rendezése, vaspótlás;
- a vérvesztés minimalizálása, optimális vérzéscsillapítás, vérmentés, tranexámsav, fibrinragasztók alkalmazása, vérvételek racionalizálása;

## 1. TÁBLÁZAT: A TRANSZFÚZIÓ ABSZOLÚT INDIKÁCIÓI

A tranfúzió abszolút indikációi
■ Életet veszélyeztető anémia
■ Vérvesztés okozta keringési elégtelenség
■ Súlyos oxigenizációs zavar
■ Hgb <60 g/l
<b>Mindig a beteg aktuális állapotát, társbetegségeit figyelembevéve!</b>

- a tüneteket nem okozó, veszélyt nem jelentő anémia tolerálásához szükséges fiziológias tartalékok kihasználása, restriktív transfúziós gyakorlat.

A 2000-es években standarddá vált restriktív transfúziós gyakorlat számos közlemény szerint biztonságos, a vérfelhasználást pedig egyértelműen csökkenti. A Hébert és munkatársai által végzett multicentrikus, randomizált, kontrollált vizsgálatban a kritikus állapotú betegek mortalitása alacsonyabb volt a restriktív transfúziós stratégiával kezelt csoportban. Ez a felfedezés alapjaiban változtatta meg a vérátömlesztés gyakorlatát; sebészeti esetekben a korábban alkalmazott 100 g/l hemoglobín-célérték helyett a Hgb >70-80 g/l közötti célérték elfogadott. Ezzel együtt a transfúziós határérték (ún. trigger) is Hgb >70-90 g/l-re csökkent (5).

## Következtetések

A fenti esettanulmánnyal a vértranszfúziót elutasító betegek ellátásának gyakorlatát és buktatóit mutattuk be. Pyelonephritis apostematosával diagnosztizált betegünk akut műtétjét kényszerűségből halasztva végeztük el. A betegek érdekeit és a hatályos jogszabályokat is figyelembe kell venni. Ezzel együtt azoknak a betegeknek az ellátása is lehetséges (és ez kötelességünk is), akik az ellátás egyes elemeit visszautasítják. A megzorító transfúziós gyakorlat mellett tapasztalt jó túlélési eredmények, valamint a műtétes szakmákban napi realitásként érzékelhető országos vérhiány arra kell, ösztönözzön minket, hogy a vértakarékos betegellátást vallási meggyőződéstől függetlenül, minden betegnél egyre gyakrabban alkalmazzuk.

## Irodalom

1. Shander A, Javidroozi M, Naqvi S. An update on mortality and morbidity in patients with very low postoperative hemoglobin levels who decline blood transfusion (CME). *Transfusion* 2014; 54: 2688–95. <https://doi.org/10.1111/trf.12565>
2. Ott DA, Cooley DA. Cardiovascular Surgery in Jehovah's Witnesses Report of 542 Operations Without Blood Transfusion. *JAMA* 1977; 238: 1256–1258. <https://doi.org/10.1001/jama.238.12.1256>
3. <https://njt.hu/jogszabaly/1997-154-00-00>
4. Goobie S. Patient Blood Management Is a New Standard of Care to Optimize Blood Health. *Anesthesia & Analgesia* 2022; 135: 443–446. <https://doi.org/10.1213/ANE.000000000000168>
5. Hébert PC, Wells G, Blajchman MA. A Multicenter, Randomized, Controlled Clinical Trial of Transfusion Requirements in Critical Care. *N Engl J Med* 1999; 340: 409–417. <https://doi.org/10.1056/NEJM199902113400601>