

Cardiovasculaire chirurgie en getuigen van Jehovah

Doc	a026032
Publicatiedatum	01/01/1977
Origine	NR
	Chirurgie
Thema's	Getuigen van Jehovah
	Cardiovasculaire aandoeningen

De Nationale Raad werd, zoals overigens de provinciale raden, reeds herhaalde malen geconfronteerd met het probleem van bloedtransfusies bij Getuigen van Jehovah.

De Raad meent daarom dat het voor Uw dokumentatie interessant is onderstaand Amerikaans rapport te publiceren in verband met cardiovasculaire chirurgie bij Getuigen van Jehovah.

RAPPORT OVER 542 OPERATIES ZONDER BLOEDTRANSFUSIE

David A. OTT, Denton A. COOLEY, Doctors in de geneeskunde.

- De Getuigen van Jehovah die een heelkundige ingreep moeten ondergaan betekenen voor de arts een ongemene uitdaging aangezien zij elke vorm van bloedtransfusie weigeren. Wij brengen hier verslag uit over onze ervaringen die een periode van twintig jaar bestrijken tijdens dewelke 542 Getuigen van Jehovah, met een leeftijd gaande van 1 dag tot 89 jaar, een operatie ondergingen. De vroegtijdige mortaliteit (binnen 30 dagen na de ingreep) bedroeg 9,4 %. Bij 362 patiënten waarbij een tijdelijke extra-corporele circulatie noodzakelijk was, bedroeg die mortaliteit 10,7 %. Bij 126 zieken die een enkelvoudige of een dubbele valvulaire vervanging ondergingen, bedroeg het sterftecijfer 13,5 %. In de gevallen waarbij de valvula aortae werd vervangen of een interventriculaire wand werd hersteld, zijn de sterfgevallen uitsluitend te wijten aan de een of andere ernstige verwikkeling die reeds vóór de operatie bestond. Een pre- of post-operatieve anemie was een precipiterende factor bij 12 sterfgevallen terwijl bloedverlies de directe doodsoorzaak was in 3 gevallen. Een cardiovasculaire operatie kan veilig gebeuren zonder bloedtransfusie. (JAMA 238: 1256-1258, 1977)

In het verleden bleven personen die op religieuze gronden een bloedtransfusie weigerden dikwijls van elke heelkundige ingreep verstoken. In 1964 hebben wij melding gemaakt van de eerste openhartoperatie bij een Getuige van Jehovah. Alhoewel op deze patiënten reeds eerder ingrepen werden uitgevoerd door andere chirurgen, zijn in de medische literatuur weinig gevallen vermeld. (1) Daarom vinden wij een rapport over onze ervaringen gerechtvaardigd. Het betreft een retrospectieve analyse in verband met de 542 patiënten die sinds 1957 in het Texas Heart Institute een cardiovasculaire operatie zonder bloedtransfusie hebben ondergaan.

TECHNISCHE BESCHOUWINGEN

Telkens werd de snelste en eenvoudigste heelkundige techniek aangewend terwijl de hemostase uiterst nauwkeurig werd gevolgd. Bij de patiënten met een tijdelijke extra-corporele circulatie, vond de operatie plaats onder normothermische of gematigde systematisch hypothermische voorwaarden. Er werd gebruik gemaakt van oxygenators die door middel van de oplossing van Ringer met een volume van 20 à 30 ml/kg lichaamsgewicht aan de gang werden gebracht. Het door de rolpomp geleverde debiet bedroeg gemiddeld 40 à 100 ml/kg lichaamsgewicht. Alvorens de aortacannule te verwijderen werd al het resterende bloed uit de extra-corporele circulatie terug in de patiënt gevoerd. Er werd geen bloed toegevoegd voor, tijdens of na de operatie. Geen enkel bloederivaat, zoals plasma, bloedplaatjes, fibrinogeen, albumine of cryoprecipitaat werd toegediend. Er werd uitsluitend gebruik gemaakt van kristalloïde oplossingen om het volume te handhaven. Gezien de nadelige uitwerking ervan op de hemostase, werd evenmin gebruik gemaakt van dextran, maar er werd daarentegen voor de operatie wel ijzerdextran (Imferon) ingespoten ten einde de erythropoïese te stimuleren.

KLINISCHE GEGEVENS EN RESULTATEN

Van 1957 tot 1977 ondergingen 542 patiënten, met een leeftijd gaande van 1 dag tot 89 jaar, een belangrijke heelkundige ingreep zonder bloedtransfusie. De globale vroegtijdige mortaliteit (binnen 30 dagen na de ingreep) bedroeg 9,4 % (51 sterfgevallen). Bij 362 patiënten werd gebruik gemaakt van een tijdelijke extracorporele circulatie waarbij 39 patiënten vroegtijdig overleden, d.w.z. een mortaliteit van 10,7 %. Bij 75 patiënten vond hartchirurgie plaats zonder extra-corporele cardiopulmonaire circulatie; hierbij overleden 7 patiënten vroegtijdig (9,3 %). Bij 105 patiënten vond andere dan hartchirurgie plaats met 5 vroegtijdige sterfgevallen (4,8 %).

Van de 67 patiënten bij wie de aortaklep werd vervangen, stierven er in totaal 10 (14,9 %). Belangrijke anatomische of fysiologische factoren hebben bij deze 10 sterfgevallen het uiteindelijke resultaat beïnvloed. Bij drie van deze patiënten werd voor de tweede maal gebruik gemaakt van een extracorporele cardiopulmonaire circulatie; bovendien werd bij één van hen tegelijkertijd een aorto-coronaire shunt aangebracht. Verder had een andere van deze drie patiënten niet langer anticoagulerende middelen genomen en vertoonde een longoedeem en hypotensie. Zij moest dringend heropereerd worden wegens een acute valvulaire trombose. Twee patiënten die omzeggens op sterven lagen vertoonden een acute bacteriële endocarditis die dringend diende te worden geopereerd. Voor de operatie leed één van de patiënten aan anurie, terwijl bij de andere patiënt een hemoglobine-gehalte van 6,5 gr/dl werd vastgesteld. Twee patiënten die hierbij tevens een resectie van een aneurisma van de aorta ascendens ondergingen, zijn overleden; bij drie andere werd, op het ogenblik dat de valvula aortae werd vervangen, tevens de interventriculaire wand hersteld. Er kwamen geen sterfgevallen voor onder de patiënten bij wie een aortaklep werd vervangen wegens een deficiëntie zondere verdere complicaties.

Bij 43 patiënten bij wie de mitrale klep werd vervangen, bedroeg het sterftcijfer 11,6 % (5 patiënten). In één geval werd de dood veroorzaakt door een cerebrale embolie en in een ander, door een post-operatief myocardiuminfarct. Bij een patiënt deed zich de 8ste dag na de operatie een onverwachte hartstilstand voor, terwijl een andere overleed ingevolge de complicaties van een pulmonaire hypertensie. Bij de 5de patiënt tenslotte ontwikkelde zich een ernstige hemolyse ingevolge een mitrale annuloplastie waardoor de mitrale klep dringend diende te worden vervangen. Zij overleed daarna aan een renale insufficiëntie.

Bij zestien patiënten werd zowel de mitrale als de aortaklep vervangen en daarbij overleden 2 patiënten vroegtijdig (12,5 %).

Bij 123 patiënten werd gebruik gemaakt van een aortocoronaire shunt al dan niet met de resectie van een links ventriculair aneurisma en het sterftecijfer bedroeg daar 6,5 %. Van de 8 personen die overleden, ondergingen drie bovendien een resectie van een links ventriculair aneurisma. Bij één patiënte kwam een hartstilstand voor tijdens de hartcatheterisatie; zij werd overgebracht naar de operatiezaal terwijl cardio-pulmonaire reanimatie werd toegepast. Zij overleed nadat een aorto-coronaire shunt werd gerealiseerd. Twee patiënten overleden ingevolge een post-operatief myocardiuminfarct. Twee andere patiënten overleden in de operatiezaal: de ene ingevolge een hardnekkige ventriculaire fibrillatie en de andere ingevolge een cardiogenische shock.

De mortaliteit bij 25 patiënten die een open mitrale commissurotomie ondergingen, bedroeg 8 % (2 patiënten). Eén patiënt overleed ingevolge een acute congestieve hartverzwakking, terwijl de andere stierf ingevolge een hemorrhagische diathese waarvan de etiologie onbekend is.

Het herstellen bij 25 patiënten, van een interventriculaire wand zonder verdere complicaties, eiste geen enkele dode.

Twee van de 15 patiënten zijn overleden na een volledige correctie van de tetralogie van Fallot. Een aspiratie-pneumonie had de dood van een patiënt tot gevolg. Een andere patiënt, 24 jaar oud, onderging tegelijkertijd de sluiting van een shunt tussen een aorta ascendens en de rechtse longslagader. De longslagader was brokkelig en de patiënt overleed ingevolge bloedverlies.

Op de 75 patiënten die diverse hartoperaties ondergingen, waarbij geen extra-corporele cardiopulmonaire circulatie was vereist, overleden er 7. Het operatieve sterftecijfer bedroeg 9,3 %. Honderd en vijf patiënten ondergingen diverse niet-cardiale ingrepen waarbij de mortaliteit 4,8 % bedroeg.

COMMENTAAR

In 1881 stichtte een kleermaker uit Pennsylvanië, Charles Russell, de «Watchtower Bible and Tract Society», een uitbreiding van een plaatselijke bijbelstudiegroep. Dank zij het evangelisatiewerk van de volgelingen en het omvangrijke aantal publikaties, kende deze religieuze beweging een fenomenale groei. Meer dan 2 miljoen mensen uit 210 landen traden tot deze godsdienst toe. In 1951 begonnen zij zich de Getuigen van Jehovah te noemen naar het voorbeeld van een passage uit de Bijbel waarin wordt gezegd: «Gij zijt mijn getuigen, zo luidt de godsspraak van Jahwe». (Jesaja 43/10).

De secte is fundamentalistisch van aard en een groot aantal van haar voorschriften zijn gebaseerd op een letterlijke interpretatie van de Schriften. Hun leer in verband met bloedtransfusie wordt nauwkeurig uiteengezet in een publikatie «Bloed, Geneeskunde en de Wet van God» waarin wordt verwezen naar passages uit de Bijbel, zoals Leviticus 17:14:

Want de levenskracht van mens en dier is zijn bloed: daarom heb ik de Israëlieten gezegd: «Nuttig nooit bloed van mens of dier. Want de levenskracht van mens en dier is in zijn bloed. Ieder die het nuttigt wordt uit zijn volk verwijderd.»

Volgens hun geloofsovertuiging betekent het toedienen van bloed of bloedderivaten de verbeurdverklaring- van elke kans op heropstanding of eeuwige zaligheid. De Getuigen van Jehovah zijn eerlijk en onwrikbaar in hun weigering bloed te ontvangen. De medisch-wettelijke en ethische gevolgen van een dergelijke filosofie werden reeds uitgebreid besproken.⁽²⁾ De chirurg die aanvaardt een Getuige van Jehovah te behandelen moet diens religieuze overtuiging eerbiedigen op de patiënt naar een collega verwijzen.

Uit onze ervaring is gebleken dat deze patiënten tot medewerking bereid zijn zolang aan hun religieuze wensen in verband met chirurgie wordt voldaan. Ondanks de litigieuze aard van onze maatschappij werd bij ons weten nog geen enkele klacht ingediend tegen een arts wegens het niet-toedienen van bloed aan een Getuige van Jehovah. Wij menen dat de patiënt het recht heeft zelf een beslissing te nemen en dat de arts moreel verplicht is de wensen van de patiënt te eerbiedigen. Wij hebben nooit een overeenkomst geschonden die voor de operatie was gesloten en waarbij werd verklaard dat, ongeacht de omstandigheden of noden, geen bloed zou worden toegediend.

Bij kinderen moet hieraan meer aandacht worden besteed. Wanneer aanzienlijk bloedverlies wordt gevreesd, is een operatie niet aangewezen. Bij eenvoudige ingrepen zoals het herstellen van een open verbinding tussen aorta en longslagader, van een interatriale of interventriculaire wand, komen meestal geen moeilijkheden voor. Bij kinderen met meer gecompliceerde afwijkingen zoals de transpositie van de grote vaten of de tetralogie van Fallot, valt het moeilijker te beslissen of al dan niet operatief moet worden ingegrepen.

In deze categorie zijn drie op de 51 sterfgevallen direct te wijten aan bloedverlies. Post-operatieve anemie was een beslissende factor in 12 andere gevallen. Uit onze ervaring is duidelijk gebleken dat patiënten die op religieuze gronden bloedtransfusies weigeren, belangrijke cardiovasculaire operaties kunnen ondergaan met een aannemelijk gering risico.

(1)- Sandiford FM, Chiariello L, Haliman GL, et al: Aortosorony bypass in Jehovah's Witnesses: Report of 36 patients. J Thorac Cardiovasc Surg 68: 1-7, 1974.

- Zaorski JR, Haliman GL, Cooley DA: Open heart surgery for acquired heart disease in Jehovah's Witnesses: A report of 42 operations. Am J Cardiol 29: 186-189, 1972.

- Simmons CW Jr, Messmer BJ, Hallman GL, et al: Vascular surgery in Jehovah's Witnesses. JAMA 213: 1032-1034, 1970.

- Cooley DA, Bloodwell RD, Beall AC Jr, et al: Cardiac valve replacement without blood transfusion. Am J Surg 112: 743-751, 1966.

(2)- Schechter D.C.: Problems relevant to major surgical operative in Jehovah's Witnesses. Am. J. Surg. 116:73-30,1968.

- Gardner B., Bivona J., Alfonso A.: Major surgery in Jehovah's Witnesses. NY State J. Med 76:765-767,1976.

- Winters R.G., Dornette W.H.: Jehovah's Witnesses and consent. J. Legal Med. 2-9, 1974.

- Fitts W.T., Orloff M.J.: Blood transfusion and Jehovah's Witnesses, Surg. Gynecol. Obstet 108-502-512,1959.