

AVORTUL „TERAPEUTIC” - PROBLEMĂ ETICĂ REZULTATĂ DIN PROGRESUL MEDICINII

Medicina umană este ramura științelor biologice care studiază organismul uman și funcționarea acestuia, în scopul conservării și restabilirii sănătății. Medicina studiază etiologia, patologia clinică, diagnosticul, tratamentul și profilaxia bolilor care afectează organismul.

De la medicina empirică din etapele timpurii ale istoriei umanității, s-a ajuns astăzi la medicina științifică bazată pe dovezi, care operează cu concepte din majoritatea științelor, de la științele naturii (fizică, chimie, biologie), până la modele matematice complexe și noțiuni împrumutate din domeniul filozofiei și artei. Progresul științelor fundamentale și cercetarea aplicată în domeniul medical au furnizat metode de explorare a organismului uman tot mai complexe și mai sofisticate, și au condus la dezvoltarea posibilităților de diagnostic și tratament. Au apărut și s-au dezvoltat ramuri noi ale medicinei. Conceptul de sănătate a căpătat noi valențe, OMS definind astăzi sănătatea ca starea completă de bine bio-psiho-social a individului, și nu doar ca absența bolii sau a infirmității.

Din toate aceste progrese rezultă însă și o serie de probleme de etică medicală, cele mai multe controversate. Menționăm, dar nu exhaustiv: avortul provocat medical la cerere sau în scop terapeutic, contracepția, metodele de reproducere umană asistată, eutanasia (moartea asistată) în cazul bolnavilor incurabili, menținerea într-o stare de viață vegetativă – cu ajutorul aparatelor – a bolnavilor decerebrați, folosirea în scopuri de cercetare sau terapeutice a țesuturilor recoltate de la embrioni umani, etc.

Este morală întreruperea sarcinii la cerere sau în caz de boli grave ale fătului? Această problemă are numeroase conotații morale și religioase, și a fost reglementată politic în mod diferit de state diferite. Extremele sunt reprezentate, pe de o parte, de China, care duce o politică agresivă de limitare a creșterii populației, inclusiv printr-o politică pro-avort, și, pe de altă parte, de statele islamice, în care atât avortul la cerere cât și cel în scop terapeutic sunt strict interzise de lege. În Europa, majoritatea statelor au legalizat avortul, dar aplică concomitent politici de limitare a acestuia, prin promovarea metodelor de planificare familială și contracepție.

Noțiunea de "avort terapeutic" a apărut ca o consecință a perfecționării mijloacelor de diagnostic prenatal. Diagnosticul prenatal este un act medical complex, considerat de unii drept mijlocul cel

mai important de profilaxie a bolilor genetice. Cuprinde teste de screening, cu valoare orientativă și teste diagnostice invazive, mai precise.

Testele de screening includ teste biochimice (triplu test) și probe imagistice (ecografie, RMN). Nu prezintă riscuri pentru făt. Testele diagnostice invazive includ: amniocenteza, biopsia de vilozități coriale și cordonocenteza – recoltarea de sânge fetal. Prezintă risc asociat de avort, de 0,5-1%.

Triplul test este o metodă de screening ne-invazivă pentru făt, pentru trei markeri din serul matern (alfa-fetoproteina, estriolul neconjugat și gonadotrofina corionică). Necesită recoltarea unei cantități minime de sânge venos de la mamă. Se efectuează în scopul detectării unor anomalii fetale ca: defectele de tub neural, sindromul Down (trisomia 21), sindromul Edwards (trisomia 18). Este indicat la gravidele în vârstă de peste 35 ani, fiindcă riscul de a naște un făt cu anomalii genetice crește exponențial după această vârstă (de ex. în cazul sindromului Down, de la 0,26% la 35 ani până la 9,09% la 49 ani), și la gravidele care au născut anterior un copil cu anomalii cromozomiale.

Triplul test este un test cu valoare orientativă, care se efectuează în al doilea trimestru de sarcină, între săptămânile 14 - 21. Se bazează pe corelația dintre vârsta sarcinii și determinarea cantitativă a markerilor serici. De aceea este importantă precizarea vârstei gestaționale reale pe baza biometriei fetale, printr-o ecografie efectuată înaintea testului. Deoarece pot apărea numeroase rezultate fals pozitive, în cazul unui rezultat pozitiv sunt necesare teste diagnostice suplimentare, cum ar fi amniocenteza.

Amniocenteza se bazează pe faptul că lichidul amniotic conține celule fetale provenite din descuamarea tegumentelor și a mucoaselor tractului urinar și digestiv ale fătului. Este o procedură prin care se recoltează probe de lichid amniotic prin puncție transabdominală dirijată ecografic. Din celulele fetale astfel obținute, se efectuează testele ADN pentru depistarea mutațiilor sau se realizează culturi celulare, pentru a obține preparate cromozomiale. Se pot efectua și analize biochimice (alfa fetoproteina și acetilcolinesteraza) care, împreună cu ecografia, pot diagnostica 90% din defectele de tub neural. Amniocenteza se efectuează între săptămânile 15-17 de gestație. Acuratețea testului este de aproximativ 99 %. Este o procedură invazivă ce comportă un risc de avort de 0,5-1%.

Să examinăm din punct de vedere etic cazul unei gravide în vârstă de 35 de ani din România, căreia, în săptămâna a 17 de sarcină, i se recomandă efectuarea triplului test. În multe cazuri

gravida nu va putea efectua acest test imediat, și va fi programată pentru efectuarea lui peste, să presupunem, o săptămână. Rezultatele nu vor fi nici ele disponibile instantaneu, și va mai trece o jumătate de săptămână. În cazul unui rezultat pozitiv, gravida va fi programată pentru amniocenteză peste încă o jumătate de săptămână. Rezultatele amniocentezei sunt disponibile în aproximativ patru săptămâni. În cazul unui rezultat pozitiv la amniocenteză, ce se mai poate face la această vârstă a sarcinii?

Un calcul simplu ne arată că gravida în vârstă de 35 de ani a atins, după efectuarea tuturor acestor investigații, vârsta gestațională de $17 + 1 + \frac{1}{2} + \frac{1}{2} + 4 = 23$ săptămâni. Luna a șasea de sarcină. Mai poate fi vorba de un “avort terapeutic” pentru “profilaxia bolii genetice” a fătului? Sunt aceste exprimări – eufemisme menite să disimuleze eutanasia fetală? La această vârstă a sarcinii, avortul ar fi, de fapt, o naștere prematură. A unui copil care, chiar malformat sau cu o anomalie genetică, ar fi un nou-născut viu! Cu posibilitățile actuale ale medicinei, acest nou-născut ar avea șanse să fie menținut în viață. Amintiți-vă cazurile recent mediatizate ale unor prematuri născuți la această vârstă gestațională, și care au supraviețuit grație progreselor medicinei.

Unde începe “dreptul la viață”? Scenariul descris mai sus reprezintă oare un caz de eutanasiu non-voluntară, care apare atunci când se pune capăt vieții unui bolnav care nu poate alege el însuși între a trăi și a muri, acordul său neputând fi obținut datorită stării lui mintale sau fizice? Fătul sau nou-născutul malformat nu este autonom, nu are capacitatea de a acționa în mod responsabil pentru a își exprima sau nu consimțământul. Este moral să împovărăm mama și/sau medicul cu o asemenea responsabilitate?

Trebuie amintit faptul că, în România, Codul deontologic aprobat de Colegiul Medicilor interzice explicit și implicit eutanasiu. În mod implicit, în articolul 23 se specifică: „medicul trebuie să încerce reducerea suferinței bolnavului incurabil, asigurând demnitatea muribundului, dar în nici un caz nu are dreptul să-i provoace moartea în mod deliberat, act ce constituie o crimă, chiar dacă a fost cerut insistent de un bolnav perfect conștient”. În mod explicit în articolul 27 este specificat : „se interzice cu desăvârșire eutanasiu, adică utilizarea unor substanțe sau mijloace apte de a provoca decesul unui bolnav, indiferent de gravitatea sau prognosticul bolii”.

Și lucrurile nu se opresc aici. Legislația actuală lasă deplină libertate de opțiune femeii gravide față de avort. Ar fi de dorit ca această opțiune să se realizeze pe baza consimțământului informat, după o minimă perioadă de reflecție. Este oare etic să recomandăm unei gravide de 35 de ani în al doilea trimestru de sarcină, cu un risc natural de 0,26% de a naște un copil cu anomalii genetice, o

investigație invazivă (amniocenteza) cu un risc de 1% de a declanșa un avort spontan al unui făt sănătos, pe baza rezultatelor unui test orientativ cu un mare procent de eroare, cum este triplul test?

Pentru o imagine mai plastică a acestor procente, imaginați-vă că Bucureștiul ar fi amenințat de o epidemie care ar putea provoca infirmitate permanentă la 6500 dintre locuitorii orașului (0,26% din populație). Vaccinul disponibil împotriva bolii epidemice în cauză, administrat la toată populația orașului, ar provoca moartea a 25.000 de oameni (adică riscul de deces prin vaccinare ar fi de 1%). Cum ați proceda în acest caz dacă ar fi vorba despre dumneavoastră și ar trebui să optați între riscul natural al bolii de a provoca infirmitate și riscul de deces prin vaccinare?

Bibliografie

Florina Șerbănescu, Leo Morris, Mona Marin (coord.), *Studiul Sănătatea Reproduserii România 1999, Raport final martie 2001*, CDC, ARSPMS, 2001

Gheorghe Scripcariu și colab., *Bioetica, științele vieții și drepturile omului*, Iași, Editura Polirom, 1998
www.ro.wikipedia.org , *Medicină*

www.sfatulmedicului.ro , *Monitorizarea prenatala a anomaliilor fetale*