

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S OPERAČNÍM VÝKONEM

Laparoskopická operace tlustého střeva

Vážená paní/pane,

byla Vám doporučena operace na tlustém střevě laparoskopicky.

Před operačním výkonem budete ošetřujícím lékařem/operátorem informováni o tom, proč se výkon bude provádět, o způsobu provedení, možných komplikacích a následcích. Tento materiál by Vám měl podat základní informace, které by prohloubily Vaše vědomosti o plánovaném výkonu a dále by měl být návodem k případným dotazům na ošetřujícího lékaře/operátora.

Anatomie

Tlusté střevo je asi 1.5m dlouhá část trávicí trubice, která slouží ke vstřebávání vody, minerálů a živin. Je pokračováním tenkého střeva, které do něj vyústí přes tzv. Bauhinovu chlopeň. Má několik částí: slepé střevo s červovitým přívěskem (appendixem), vzestupný, příčný, sestupný, esovitý tračník a konečník. Operace je prováděna většinou z důvodů nádorového postižení tračníku (nádor nezhoubný nebo zhoubný) nebo při divertikulární nemoci tračníku.

Předoperační příprava

Den před výkonem se většinou pacient čistí projímadly dle návodu (2 lahvičky fosfátového roztoku nebo 3-4 litry roztoku Fortrans). Oholení pacienta, podání léků (premedikace) dle doporučení anesteziologa, elastické punčochy dolních končetin (prevence zánětu žil a plicní embolie), event. zajištění žilního vstupu (intravenózní kanyly) pro infuzi, antibiotika, dále pokud není pacient lačný či zvrací je nutné zavést i nasogastrickou sondu (odsavnou trubičku do žaludku, a to nosem). U nádorů konečníku, kde je určitá pravděpodobnost nutnosti vývodu střeva před stěnu břišní, tak lékař a stomická sestra označí před operací místo vývodu (stomie) na břicho. Vždy se zavádí před výkonem močová cévka a v některých případech je vhodné před vlastní operací tlustého střeva zavedení cévek i do obou močovodů - urologem na operačním sále. V některých případech je možné zavedení epidurálního katetru (hadičky do páteřního kanálu) anesteziologem pro tlumení bolesti v pooperačním období.

Popis operace

Operace tlustého střeva se provádí v celkové anestezii, tj. v narkóze, na operačním sále. Nejdříve se provede příprava operačního pole antiseptickými roztoky, které hubí mikroorganismy (nutno informovat ošetřujícího lékaře na event. přecitlivlost - alergii k těmto přípravkům). Provedení laparoskopické operace spočívá nejdříve v zavedení portů (přístupů) a insuflace plynu do dutiny břišní. Jedná se většinou o 4 až 5 přístupů s velikostí od 5-12mm. Zavede se laparoskop (tj. kamera) do dutiny břišní, prohlédnou se orgány v dutině břišní a hledá se postižený úsek tlustého střeva. Provede se jeho vypreparování s event. srůstů, přeruší se jeho přívodné cévy, následně se provede řez ve stěně břišní délky 7-10cm, kterým se nádorové ložisko vytáhne před stěnu břišní, kde se odstraní a zdravé úseky střeva se spojí opět k sobě. Následuje výplach dutiny břišní fyziologickým roztokem s antiseptickým roztokem hubící nádorové buňky a následným odsátím patologického sekretu. Dále se zavede odsavný drén (hadice) do dutiny břišní, která se odstraní dle sekrece v dalších pooperačních dnech. Operace je ukončena sešitím operačních ran, probuzením z narkózy a převozem na chirurgické oddělení (většinou na chirurgickou jednotku intenzivní péče, event. na anesteziologicko-resuscitační oddělení dle stavu pacienta). Při velmi nízké uložených nádorech konečníku, při příznacích střevní neprůchodnosti tračníku nebo u neoperabilního nádoru je nutné provedení vývodu tlustého střeva před stěnu břišní (tzv. stomie) pro odvod stolice z tlustého střeva ven. Někdy též pro lepší hojení primární anastomózy/místa sešití střeva se operátor někdy rozhodne pro pojistnou ileostomii tj. vyústění tenkého střeva navenek před stěnu břišní. Ta se po zhojení místa sešití střeva/anastomózy následně zruší dalším operačním zákrokem. Při rozsáhlejším nádorovém postižení, nepřehlednosti operované oblasti či při vzniklých komplikacích se může operátor pro bezpečnost pacienta rozhodnout ke **konverzi operačního výkonu na klasický** - tj. provedení laparotomie čili klasického delšího řezu (který je delší než drobné ranky po laparoskopickém výkonu). Při současném dalším onemocnění v dutině břišní zjištěném buď předoperačně či až operátorem při operaci, lze toto patologické ložisko ošetřit též (př. cysta vaječníku, divertikl - výchlupka tenkého střeva, odstranění žlučníku s kameny, atd.). Operace tlustého střeva je potenciálně znečištěná operace mikroby, proto budou pacientovi podávána nitrožilně antibiotika. Po operaci je pacient probuzen z narkózy a převezen většinou na jednotku intenzivní péče.

Možné komplikace výkonu

Komplikace této operace se mohou vyskytnout na všech chirurgických pracovištích v České republice i na světě, proto je nutné Vás na ně před operací upozornit.

Peroperační komplikace (tj. během operace)

- Dehiscence střevní anastomózy (tj. nedostatečná těsnost našitého střevního spojení). Jedná se o komplikaci, která se může zjistit během, ale i až po operaci. Následkem je průnik střevního obsahu z tlustého střeva do volné dutiny břišní s následným zánětem pobříšnice a nutnou operační revizí (laparoskopickou či klasickým řezem).
- Poranění cév. Vyskytuje se většinou při zavádění trokářů (vstupů) do dutiny břišní, z nichž první se zavádí naslepo. Mohou být poraněny cévy ve stěně břišní, které vyžadují ošetření a zástavu krvácení s možným rozšířením laparoskopické ranky. Dále mohou být poraněny cévy v dutině břišní (aorta - hlavní břišní tepna, dolní dutá žíla, pánevní cévy, střevní cévy, které mohou ohrozit pacienta i větším krvácením i s event. vykrváčením a smrtí). Při takovéto vážné komplikaci je nutné provést klasický řez většinou ve střední čáře od pupku až ke stydké kosti k bezpečnému ošetření cévy.
- Poranění orgánů dutiny břišní (žaludek, tenké a tlusté střevo, močový měchýř, ledviny, močovod, játra, slezina). Jejichž ošetření se dá provést buď laparoskopicky nebo klasicky podle závažnosti poranění.
- Popálenina kůže od elektrokoagulace

Pooperační komplikace

- Pocit na zvracení či zvracení (většinou přisuzovány narkóze a jejímu odeznívání). Tyto obtíže by měly pozvolna odeznívat.
- Bolest operované oblasti a operačních ran. Proto budou ošetřujícím personálem v pooperačním období podávána analgetika (léky tišící bolest) na chirurgickém oddělení dle stavu pacienta.
- Bolest v oblasti ramen. Vzniká většinou z přítomnosti zbytku plynu v dutině břišní po operaci, který se pozvolna vstřebá a obtíže zcela vymizí.
- Pooperační střevní paralýza (tj. ochablá činnost střeva po manipulaci s ním). Při normálním pooperačním průběhu pozvolna vymizí.
- Absces v operační ráně či píštěl (tj. zánět s event. nahromaděním hnisu), které vyžaduje v pooperačním období její opakované převazy a čištění.
- Absces nitrobřišní (tj. ložisko hnisu v břiše) s následnou operační revizí laparoskopickou či klasickou.
- Ruptura (prasknutí) operační rány s nutným následným operačním sešitím.
- Dehiscence (rozpad) místa sešití střeva - anastomózy s ev. následnou operační revizí.
- Srůsty v operované oblasti s možnými poruchami vyprazdňování.
- Keloidní jizva (zbytnělá jizva) vznikající většinou na vrozeném podkladě hojivosti ran pacienta.
- Kýla v jizvě po zavedení portu. Je možná její plastika.
- Inkontinence (neudržení) stolice - vyjímečná komplikace při nížce uložených nádorech konečníku.
- Recidiva (znovuvytvoreni) nádoru s event. další možnou operační revizí a onkologickou léčbou.

Ostatní možné komplikace plynoucí z onemocnění, které má pacient již před operací či rizikovosti pacienta (dechové obtíže, poruchy srdečního rytmu, vysoký krevní tlak, zánět žil dolních končetin, plicní embolie, srdeční infarkt, srdeční, ledvinové či jaterní selhávání, mozková příhoda, ...)

Průběh hospitalizace

Doba hospitalizace je v průměru kratší po laparoskopické operaci než po klasickém řezu. Pacient je po operaci na čajové dietě vyživován a hydratován infuzemi do žíly (někdy je nutná kanylace centrální žíly pro dostatečnou výživu pacienta v pooperačním období - viz informovaný souhlas s kanylací centrální žíly). V dalších dnech je pacient na dietě tekuté, kašovitě a šetřící, se kterou je propuštěn do domácího ošetřování. Odstraněná část tlustého střeva je odeslána na histologické (mikroskopické) vyšetření na patologii, které nám sdělí definitivní diagnózu onemocnění. Při zhoubném nádoru je další péče o pacienta zajištěna na onkologické ambulanci naší nemocnice. Při nutnosti vývodu (stomie) je pacient (i event. jeho rodina) seznámen stomickou sestrou s péčí o stomii a stomickými pomůckami (vč. vybavení pacienta do domácí péče) a dalším sledováním ve stomické ambulanci.

Domácí péče

Vyžaduje fyzické šetření pacienta bez namáhavého cvičení či přetěžování. O její době Vás informuje při propuštění ošetřující lékař (většinou cca 6 týdnů). Dle toho se bude odvíjet i délka Vaší pracovní neschopnosti (s přihlédnutím na povahu Vašeho povolání). Většinou v ambulantní péči (tj. Váš praktický lékař nebo chirurgická ambulance) Vám odstraní stehy po zhojení operačních ran dle našeho doporučení (většinou 7.-10. pooperační den). V pooperačním období jsou nutná dietní opatření - šetřící a nenadýmavá strava, omezení kořeněných jídel, menší porce jídla častěji denně, pitný režim. Je nutné Vás upozornit, že při výskytu jakékoliv komplikace, je nutno se dostavit na

chirurgickou ambulanci naší nemocnice ke kontrolnímu vyšetření. Pacienti po laparoskopickém výkonu jsou zváni na kontrolu většinou po 3 týdnech do laparoskopické ambulance prim. MUDr. Ningera, Ph.D. (každý čtvrtek od 13hod. v přízemí nemocnice).

Alternativy léčebného postupu

- **provedení operace klasickým řezem** - tj. provedení laparotomie čili klasického řezu většinou ve střední čáře od spony stydké až k pupku, či až nad pupek dle operačního nálezu. Rozdíl je tudíž v přístupu do dutiny břišní. Princip provedení operace je shodný s laparoskopickým postupem - odstranění nemocné části tlustého střeva. Pooperační rekonvalescence je však delší (cca 6 týdnů bez fyzické zátěže).
- **neoperační léčba** - př. divertikulární nemoc tlustého střeva lze léčit konzervativně po poradě s Vaším gastroenterologem (dieta s obsahem vlákniny, spasmolytika, antibiotika). Nicméně i při medikamentózní léčbě a dietních patřenech nelze zcela předejít opakování zánětu divertikulů/výchlipků tračnicku a možného prasknutí tlustého střeva se zánětem pobříšnice a následnou akutní operací, která má jistě více komplikací než plánovaný výkon a může pacienta ohrozit též na životě.

U zhoubných nádorů tračnicku a konečnicku je nález konzultován mezioborovou indikační komisí, která stanoví další léčebný postup - operační léčba + onkologická léčba.

Vážená paní/pane,

naše stručná informace jistě nemůže být vyčerpávající. Ptejte se proto, prosím, svého ošetřujícího lékaře (eventuálně operátora/anesteziologa) na všechno, co Vás ve vztahu k ambulantnímu výkonu zajímá.

Ujišťujeme Vás, že učiníme vše proto, aby váš výkon proběhl bez komplikací.

PROSÍME, PTEJTE SE NA VŠECHNO, CO SE VÁM ZDÁ DŮLEŽITÉ!

Přejeme Vám, ničím nekomplikovaný pobyt v našem zdravotnickém zařízení.

Pacient/ka: RČ: Oddělení:

Bytem:

Zákonný zástupce/opatrovník: RČ:

Bytem:

Podpisem tohoto dokumentu prohlašuji, že po dostatečném čase na rozmyšlenou s doporučeným výkonem po podrobném vysvětlení lékaře **výslovně souhlasím** a jsem si vědom/a všech možných rizik souvisejících s navrženým postupem. Jsem si vědom/a rovněž toho, že určitá rizika existují při každé léčbě, a že je nelze vždy a přesně určit.

Lékař mě v pohovoru podrobně seznámil s mým zdravotním stavem a s potřebností doporučeného výkonu, byl/a jsem informován/a a poučen/a o možnosti vzniku i výjimečně se vyskytujících závažných komplikací souvisejících s doporučeným výkonem a i přesto s tímto výkonem **výslovně souhlasím**. Též jsem byl/a informován/a o možných variantách zákroku, jeho následcích a komplikacích.

Byl/a jsem rovněž podrobně poučen/a o možných důsledcích odmítnutí souhlasu s doporučeným výkonem. Dále potvrzuji, že mi byla dána možnost klást lékaři jakékoli, byť i nejbanálnější (nejjednodušší) dotazy související s doporučeným výkonem a lékař všechny mé dotazy srozumitelně zodpověděl, přičemž nyní nemám již žádné další otázky.

Jsem si rovněž vědom/a toho, že provedení doporučeného výkonu mohu podstoupit i v jiném zdravotnickém zařízení.

Dále potvrzuji, že jsem lékaři nezamlčel/a žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu. Jsem si vědom/a, že zamlčení jakýchkoliv údajů o mém zdravotním a sociálním stavu, by mohlo nepříznivě ovlivnit moji léčbu, či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby. Potvrzuji rovněž, že mě lékař předem poučil o právu nebýt informován/a o mém zdravotním stavu a o potřebných výkonech.

Podpisem tohoto dokumentu prohlašuji, že se cítím dostatečně poučen/a, po psychické a fyzické stránce se cítím zcela způsobilý/á podepsat tento dokument, chápu právní význam tohoto dokumentu, plně mu rozumím a podepisuji jej zcela vážně a bez výhrad, ze své vlastní svobodné vůle.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a

neodkladné výkony nutné k záchraně mého zdraví. V případě potřeby souhlasím i s podáním nezbytné transfuze krve.

Podpis pacienta/zákonného zástupce/opatrovníka*:

Já, níže podepsaný(á), MUDr., potvrzuji, že pacient(ka)/zákonný zástupce/opatrovník * byl(a) podrobně seznámen(a) se zdravotním stavem a s doporučeným výkonem a byl(a) informován(a) o možných komplikacích spojených s tímto výkonem, včetně všech důsledků odmítnutí tohoto výkonu.

V Chrudimi dne: vhod.

Podpis lékaře:

Jmenovka a podpis svědka:

* nehodící se škrtněte