

III. Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

Rodzaj zabiegu chirurgicznego z powodu powikłań choroby Crohna zależy od wskazania do leczenia operacyjnego (typu powikłania) oraz jego umiejscowienia w przewodzie pokarmowym.

Operację przeprowadza się w znieczuleniu ogólnym. O szczegółach i zagrożeniach związanych ze znieczuleniem poinformuje Państwa lekarz anestezjolog.

W przypadku przetok w obrębie jelita cienkiego wykonuje się: rozdzielanie miejsca nieprawidłowego połączenia pomiędzy pętlami jelita lub pomiędzy jelitem a skórą czy układem moczowo-płciowym. Następnie przeprowadza się resekcję odcinka jelita, z którego wychodzi przetoka. W razie możliwości przywraca się ciągłość przewodu pokarmowego poprzez zespolenie ze sobą pozostałych odcinków jelita cienkiego. Dodatkowo po oczyszczeniu brzegów przetoki zaszywa się jej otwór np. w obrębie pęcherza moczowego lub pochwy.

W przypadku powstania ropni wykonuje się:

- Przeskórny drenaż ropnia pod kontrolą tomografii komputerowej lub usg oraz podaje odpowiednio dobraną tzw. celowaną antybiotykoterapię.
- Drenaż chirurgiczny z otwarciem jamy brzusznej – dotyczy ropni, których nie udaje się wyleczyć za pomocą drenażu przezskórnego, oraz w przypadku licznych i wielokomorowych ropni w jamie brzusznej.

W przypadku zwężeń przewodu pokarmowego powodujących stany podniedrożnościowe lub niedrożność wykonuje się:

Plastykę zwężeń przewodu pokarmowego – zabieg polegający na odpowiednim przecięciu a następnie zeszytciu ściany jelita, powodującym likwidację zwężenia.

Wykonanie zespoleń omijających – zabieg polegający na zespoleniu pętli jelita przed zwężeniem z pętlą jelita znajdującą się za zwężeniem, co powoduje ominięcie przeszkody w przewodzie pokarmowym (obecnie tego typu zabiegi, ze względu na występujące po ich wykonaniu powikłania np. zespół ślepej pętli, zespół krótkiego jelita, wykonuje się rzadko). Wycięcie miejsca zwężonego i przywrócenie ciągłości przewodu pokarmowego poprzez zespolenie dwóch fragmentów pętli jelitowej.

W przypadku perforacji jelita wykonuje się: resekcję odcinka jelita z otworem perforacyjnym oraz ewentualnie innych segmentów jelita objętych procesem zapalnym. Jeżeli warunki panujące w obrębie jamy brzusznej na to pozwalają przywraca się ciągłość przewodu pokarmowego poprzez zespolenie dwóch fragmentów pętli jelitowej.

W przypadku wystąpienia nowotworu złośliwego wykonuje się: wycięcie guza z przyległymi odcinkami jelita cienkiego (odpowiednim marginesem resekcji) wraz z kreską jelita, a następnie przywraca ciągłość przewodu pokarmowego poprzez zespolenie ze sobą przekrojów jelita cienkiego. W przypadku krwotoku, którego nie można opanować leczeniem zachowawczym, wykonuje się: Wycięcie fragmentu jelita cienkiego, z którego wystąpiło krwawienie, a następnie przywraca się ciągłość przewodu pokarmowego poprzez zespolenie ze sobą przekrojów jelita cienkiego.

Na początku każdego z wyżej wymienionych zabiegów po znieczuleniu ogólnym chorego („uśpieniu”) nacina się powłoki jamy brzusznej w miejscu umożliwiającym przeprowadzenie danego zabiegu – najczęściej w linii pośrodkowej przebiegającej od mostka do spojenia łonowego.

Czasami po wykonaniu wycięcia chorego odcinka jelita istnieje konieczność wyłonienia przetoki jelitowej na powłokach jamy brzusznej - stomii. Taka sytuacja może mieć miejsce głównie w przypadku interwencji chirurgicznej w trybie pilnym, wykonywanej u chorego niedożywionego, leczonego dużymi dawkami kortykosteroidów, lub, u którego stosowane jest leczenie immunosupresyjne. Konieczność założenia stomii istnieje również w przypadku rozlanego zapalenia otrzewnej lub jeżeli nasilenie stanu zapalnego w obrębie jamy otrzewnej stwarza zagrożenie rozejścia zespolenia pętli jelita cienkiego. Likwidację stomii i odtworzenie ciągłości jelit wykonuje się dopiero w późniejszym okresie czasu (średnio po 3-6 miesiącach) po wygaśnięciu miejscowego stanu zapalnego i poprawie stanu ogólnego chorego.

Ostatnim etapem operacji jest zeszywanie powłoki jamy brzusznej. Szwy chirurgiczne zakłada się warstwowo na otrzewną, powięź i skórę.

Po zabiegu operacyjnym pacjent w pierwszych dobach pozostaje bez żywienia doustnego na płynoterapii dożylniej. Powrót do normalnej diety jest możliwy po kilku dniach pod warunkiem stwierdzenia szczelności i drożności wykonanych podczas operacji zespolień. W przypadku powikłań takich jak nieszczelność zespolenia lub przetoka wymagane jest przedłużenie okresu głodzenia i przejście na żywienie pozajelitowe.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Zasadniczym sposobem leczenia choroby Crohna jest leczenie zachowawcze według różnych schematów leczenia farmakologicznego. Leczenie chirurgiczne zarezerwowane jest jedynie do leczenia powikłań, których nie da się wyleczyć leczeniem zachowawczym.

W niektórych powikłaniach choroby Crohna (tj.: przetoka jelitowa, podniedrożność, krwawienie) można podjąć próbę leczenia zachowawczego poprzez wyłączenie odżywiania doustnego i zastosowanie całkowitego żywienia dożylnego.

V. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją

Zabieg operacyjny w przebiegu powikłań choroby Crohna, często przeprowadzany jest u chorego ze znacznie zaawansowanym miejscowym procesem zapalnym, wyniszczonego, w złym stanie ogólnym, dlatego wiąże się z ryzykiem wystąpienia wielu różnych powikłań w okresie pooperacyjnym.

Wśród powikłań związanych z zabiegiem operacyjnym należy wymienić:

- niezamierzone uszkodzenie narządów jamy brzusznej (np. przyległych pętli jelitowych, nerwów, naczyń krwionośnych). Ryzyko powikłania wzrasta przy zaburzonych stosunkach anatomicznych, u chorych, którzy poprzednio przebyli zabiegi operacyjne w obrębie jamy brzusznej.
- przetoka w miejscu zespolenia pętli jelita mogąca prowadzić do zapalenia otrzewnej
- ropień wewnątrzbrzuszny
- pooperacyjna niedrożność jelit
- krwawienie do jamy brzusznej
- zakażenie rany pooperacyjnej co prowadzi do jej przedłużonego gojenia, a czasem jej rozejścia

- wytrzewienie tzn. wydostanie się na zewnątrz jamy brzusznej pętli jelitowych spowodowane przerwaniem szwów i rozejściem wszystkich warstw rany pooperacyjnej. W takim przypadku konieczne jest ponowne chirurgiczne zamknięcie powłok jamy brzusznej.
- krwawienie z przewodu pokarmowego
- uszkodzenia skóry przez środki dezynfekujące lub prąd elektryczny.
- tworzenie się zakrzepów w żyłach obwodowych i zamknięcie naczynia krwionośnego przez wędrującą skrzeplinę (może to się objawiać np. zatorom tętnicy płucnej).

Poza powikłaniami związanymi z zabiegiem operacyjnym mogą wystąpić różne komplikacje związane z długotrwałym znieczuleniem, jak i z chorobami współistniejącymi (zaburzenia rytmu serca, zawał serca, udar mózgu, zatorowość płucna, pooperacyjna niewydolność oddechowa, ostra niewydolność nerek, zakażenia układu moczowego, przetom rakowiakowy, itd.).

Większość wymienionych powikłań może wymagać dalszych operacji lub leczenia, może być także przyczyną śmierci.

VI. Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)

.....

.....

.....

VII. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Prognoza pooperacyjna jest niepewna ponieważ nie można zagwarantować pełnego powodzenia operacji dla każdego bez wyjątku. W chorobie dotyczącej jelita cienkiego częstość nawrotów dochodzi do 70%. Prawie co drugi pacjent leczony chirurgicznie wymaga jeszcze ponownej operacji.

Do powikłań odległych należą:

- zbyt duże i przeszkadzające blizny, które mogą powstawać w przypadku skłonności osobniczych lub komplikacji w procesie gojenia;
- zrosty w jamie brzusznej, które nawet po latach mogą doprowadzić do niedrożności jelit
- przepukliny brzuszne w miejscu rany pooperacyjnej
- wirusowe zapalenie wątroby typu C i B (nie dotyczy chorych szczepionych na wzw B)
- zespół krótkiego jelita, kiedy konieczne jest wycięcie kilku fragmentów jelita cienkiego, a pozostawiona jego część nie zapewnia możliwości wchłaniania pokarmu w odpowiedniej ilości. Powikłanie to może wiązać się z koniecznością stosowania przez Panią/Pana leczenia żywieniowego, w tym żywienia pozajelitowego do końca życia.

Wizyty kontrolne. Po operacji będzie Pani/Pan musieli regularnie uczęszczać na ambulatoryjne wizyty kontrolne. Początkowo będą one przeprowadzane, co 1-3 miesiące, a następnie rzadziej. Wskazana jest również kontrola u prowadzącego lekarza gastroenterologa w celu oceny konieczności ponownego zastosowania leczenia farmakologicznego.

Aktywność fizyczna. Należy stopniowo zwiększać aktywność fizyczną. Wskazane jest noszenie pasa przepuklinowego przez pierwsze 3 miesiące po zabiegu oraz unikanie dźwigania ciężkich

przedmiotów przez 6 miesięcy w celu zmniejszenia ryzyka powstanie pooperacyjnej przepukliny brzusznej. Inne powikłania.

Mogą także wystąpić inne niespecyficzne powikłania, o które może Pani/Pan zapytać swojego lekarza.

Dieta. W okresie zaostrzeń stosuje się dietę płynną pozbawioną błonnika. W okresie przewlekłym zaleca się dietę bogatoenergetyczną o niskiej zawartości tłuszczu, ale o dużej zawartości białka w celu uzupełnienia niedoborów pokarmowych. Ma ona w ciągu dnia dostarczać od 2500 do 3000 kcal. Często zachodzi potrzeba modyfikacji diety stosowanej przed zabiegiem operacyjnym, o której szczegółach (pokarmach wskazanych i przeciwwskazanych) może Pani/Pan dowiedzieć się od dietetyka/czki pracujących na naszym oddziale, bądź w odpowiednich poradniach dietetycznych. Czasami w przypadku rozwinięcia się zespołu krótkiego jelita konieczne będzie leczenie żywieniowe, polegające na prowadzeniu leczenia pozajelitowego w warunkach domowych. W przypadku zaistnienia takiej konieczności lekarz prowadzący skieruje Panią/Pana do odpowiedniej Poradni Żywieniowej.

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

W przypadku rezygnacji z leczenia chirurgicznego z powodu powikłań w przebiegu choroby Crohna istnieje ryzyko wystąpienia stanu zagrożenia życia prowadzącego do trudnych do przewidzenia następstw, a nawet śmierci.

IX. Oświadczenie pacjenta

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/łam się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem/łam poinformowany/na przez o proponowanym rodzaju leczenia.

Oświadczam, iż miałem/łam możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam na nie odpowiedź. Jeżeli ma Pan/Pani jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego leczenia proszę wpisać je poniżej:

.....
.....
.....

Data i czytelny podpis pacjenta

Data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

Wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie proponowanej operacji

Data i czytelny podpis pacjenta

Data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej operacji

Data i czytelny podpis pacjenta.....

Data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

(Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej /zabiegu**)**

.....
.....
.....

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/łam istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia , badań, oraz przebytych chorób.

Data i czytelny podpis pacjenta

Data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

Data, pieczętka i podpis lekarza udzielającego informacji o proponowanej metodzie leczenia

.....

** W przypadku braku numeru PESEL wpisać rodzaj i numer dokumentu tożsamości*

*** niepotrzebne skreślić*