



FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA NA ZABIEG

Imię i nazwisko

PESEL* Data ur. / / Płeć M K

Nr Księgi Głównej / Nr Księgi Oddziałowej:

Lekarz prowadzący:

Rozpoznanie:

I. Nazwa procedury medycznej lub zabiegu

LECZENIE OPERACYJNE TORBIELI TRZUSTKI

II. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Torbiel trzustki to zwykle kulistego kształtu guz, o różnej wielkości, posiadający włóknistą ścianę, która od wewnątrz wysłana jest nabłonkiem lub pozbawiona jest wyściółki nabłonkowej. Torbiel wypełniona jest płynem – w większości sokiem trzustkowym. Torbiele trzustki bez wyściółki nabłonkowej to torbiele rzekome, wysłane nabłonkiem – torbiele prawdziwe. Torbiele rzekome rozwijają się w 5-10% przypadków w wyniku ostrego zapalenia trzustki i w 50% przypadków przewlekłego zapalenia. W sumie torbiele rzekome trzustki reprezentują więcej niż 75% zmian torbielowatych w trzustce. Pourazowe torbiele rzekome, powstające na skutek przerwania przewodu trzustkowego, stanowią od 3% do 8% torbieli rzekomych. Torbiele prawdziwe trzustki mogą mieć charakter zmian wrodzonych lub mogą mieć charakter zmian nowotworowych trzustki, niezłośliwych lub złośliwych. Torbiel może być umiejscowiona w każdej części trzustki. Objawy zależą od wielkości torbieli i ucisku na sąsiednie struktury. Ból brzucha jest obecny u 80%-90% pacjentów z torbielą rzekomą; mogą także wystąpić nudności, wymioty, objawy niedrożności, żółtaczką, i spadek masy ciała. U około 50% pacjentów w badaniu fizykalnym wyczuwalny jest guz w nadbrzuszu. W przypadku torbieli nowotworowych podstawowym leczeniem jest ich wycięcie. Postępowanie chirurgiczne można podzielić na radykalne – z zamiarem wyleczenia, i paliatywne – objawowe, mające na celu poprawę jakości życia (zmniejszenie bólu, zapewnienie drożności jelit, dróg żółciowych, zatrzymanie krwawienia). W przypadku torbieli rzekomych celem leczenia jest zapewnienie odpływu treści z torbieli i uzyskanie w ten sposób zmniejszenia się torbieli po jej całkowite wycofanie się. Stosuje się różne techniki chirurgiczne – od drenażu torbieli zewnętrznego, z zapewnieniem odpływu soku trzustkowego przez wyprowadzony z torbieli dren, przez operacyjne zespolenie torbieli z przewodem pokarmowym (żołądkiem, dwunastnicą, jelitem) i umożliwieniem opróżniania torbieli do światła przewodu pokarmowego, po chirurgiczne wycięcie torbieli.

III. Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

Operację torbieli trzustki przeprowadza się w znieczuleniu ogólnym. O szczegółach i ryzyku związanym ze znieczuleniem poinformuje Państwa lekarz anestezjolog. Na początku każdego zabiegu po znieczuleniu ogólnym chorego („uśpieniu”) dezynfekuje się skórę brzucha specjalnymi płynami antyseptycznymi i okrywa się chorego sterylnymi obłożeniami, pozostawiając odsłonięte pole operacyjne. Nacina się powłoki jamy brzusznej w miejscu dogodnym dla przeprowadzenia danej operacji – najczęściej w linii pośrodkowej ciała, prowadząc cięcie na brzuchu od końca mostka do spojenia łonowego. Po otwarciu jamy otrzewnej lokalizuje się torbiel trzustki i sąsiadujące z nią struktury anatomiczne. Następnie – w zależności od sytuacji śródoperacyjnej, od położenia i wielkości torbieli, rodzaju torbieli, a także doświadczenia chirurga, wykonuje się wycięcie torbieli nowotworowej trzustki (radykałne lub paliatywne). Usunięte tkanki poddaje się badaniu mikroskopowemu (histopatologicznemu). W przypadku torbieli rzekomej zwykle wycina się fragment ściany torbieli, który poddaje się następnie badaniu mikroskopowemu (ocena histopatologiczna), następnie – zależnie od lokalizacji torbieli i preferencji chirurga – otwiera się światło żołądka, dwunastnicy lub wybranej pętli jelita cienkiego i wykonuje się zespolenie torbieli z przewodem pokarmowym, zapewniające sprawny odpływ soku trzustkowego. Z okolicy operowanej wyprowadza się przez powłoki brzuszne na zewnątrz dren, mający odbierać i ewakuować ewentualnie zbierający się wysięk, krew lub sok trzustkowy. Następnym etapem operacji jest zeszywanie kolejnych warstw powłok brzusznych – otrzewnej, powięzi i skóry z założeniem opatrunku na ranę pooperacyjną. Pacjent w pierwszych dobach po operacji otrzymuje płyny i konieczne leki dożylnie, następnie stopniowo odbywa się powrót do normalnej diety. W kolejnych dobach usuwany jest dren. W przypadku wystąpienia powikłań może być konieczne wstrzymanie żywienia doustnego i przejście na czasowe żywienie dożylnie.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Możliwy jest drenaż torbieli trzustki pod kontrolą USG - zwykle, jeżeli potrzebny, to jako wstępna procedura umożliwiająca zmniejszenie objętości torbieli przed leczeniem operacyjnym. Drenaż zewnętrzny może być skuteczny jedynie u chorych bez zwężonego przewodu trzustkowego, w innych przypadkach skutkuje zwykle stałym odpływem soku trzustkowego na skórę – początkowo drenem, potem kanałem po usuniętym drenie. Dlatego zdecydowanie bardziej dogodne są sposoby operacyjne, zapewniające odpływ treści z torbieli do światła przewodu pokarmowego. W wybranych przypadkach w leczeniu torbieli rzekomych trzustki można zastosować drenaż endoskopowy torbieli do żołądka lub dwunastnicy. Istnieją także – wymagające specjalnego instrumentarium i doświadczenia chirurga w tym sposobie leczenia – techniki laparoskopowego wykonywania zespolenia torbieli rzekomych trzustki z żołądkiem lub jelitem cienkim.

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

Operacja torbieli trzustki przeprowadzana jest często u chorego ze złym stanem odżywienia, wyniszczzonego, z towarzyszącą cukrzycą, co w istotny sposób może wpłynąć na przebieg gojenia.

Powikłania związane bezpośrednio z zabiegiem operacyjnym:

- niezamierzone uszkodzenie narządów jamy brzusznej (dwunastnicy i pętli jelitowych, naczyń krwionośnych, śledziony, ściany żołądka, wątroby)

- nieszczelność wykonanego zespolenia, mogąca prowadzić do zapalenia otrzewnej lub powstania przetoki trzustkowej
- ropień wewnątrzbrzuszy
- ropienie rany pooperacyjnej
- rozejście rany pooperacyjnej i wytrzewienie – wypadnięcie na zewnątrz pętli jelitowych
- krwawienie lub krwotok do jamy otrzewnej
- krwawienie do światła przewodu pokarmowego
- pooperacyjna niedrożność jelit
- zakrzepowe zapalenie żył – jelit, kończyn, zaburzające ukrwienie i mogące być przyczyną martwicy jelita, zaburzeń ukrwienia kończyny lub – w przypadku wędrowania skrzeplin w układzie żylnym, mogące być przyczyną zagrażającego życiu zatoru tętnicy płucnej
- uszkodzenia skóry spowodowane przez prąd elektryczny lub stosowane środki dezynfekujące
- ostre zapalenie trzustki powstałe skutkiem chirurgicznej interwencji na trzustce

Poza powikłaniami związanymi bezpośrednio z zabiegiem operacyjnym mogą wystąpić różne komplikacje związane z długotrwałym znieczuleniem, będące następstwami wyżej wymienionych powikłań (posocznica, ropnie narządowe, zespół uogólnionej reakcji zapalnej, zespół wykrzepiania wewnątrznaczyniowego i inne), lub powikłania związane z chorobami współistniejącymi – zaburzenia rytmu serca, zawał serca, udar mózgu, zatorowość płucna, infekcje dróg moczowych, infekcje dróg oddechowych, niewydolność oddechowa, niewydolność nerek, niewydolność wielonarządowa.

Poza wymienionymi możliwe są także powikłania związane z reakcją uczuleniową na leki lub interakcjami pomiędzy stosowanymi lekami.

Większość w/w powikłań może wymagać kolejnych operacji, zmiany sposobu leczenia, przedłużenia okresu leczenia, może być także przyczyną śmierci. Chorej/choremu została przekazana wyczerpująca i dokładna informacja na temat zwiększonego ryzyka wystąpienia powikłań.

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

40% torbieli rzekomych mierzących mniej niż 6 cm i około 70% torbieli większych niż 6 cm wymaga leczenia chirurgicznego. Wybór metody leczenia zależy od wielu czynników, takich jak rozmiar, liczba i lokalizacja torbieli, przypuszczalna obecność lub brak infekcji, pozostałości tkanek martwiczych, obecność lub brak połączenia torbieli z przewodem trzustkowym, dostępność technik chirurgicznych.

Otwarte leczenie chirurgiczne torbieli rzekomej jest wskazane u pacjentów z mnogimi torbielami, nawracającymi torbielami, torbielami występującymi w kombinacji ze zwężeniem przewodu żółciowego wspólnego lub dwunastnicy, torbielami objawowymi z lub bez poszerzonego

przewodu trzustkowego, w dużych torbielach (zwykle dotyczy to torbieli > 6 cm) lub torbieli, w przypadku których nie można wykluczyć torbielowatego nowotworu. Rokowanie w przypadku torbieli nowotworowej zależy od możliwości wykonania radykalnej resekcji i od stopnia zaawansowania i złośliwości nowotworu. W torbielach rzekomych leczenie wiąże się z około 15% przypadków nawrotu torbieli. Powinien Pani/Pan być świadomi, że operacja jest związana zawsze z pewnym ryzykiem powikłań odległych. Nie można zagwarantować pełnego powodzenia operacji dla każdego chorego bez wyjątku.

Do najczęstszych 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
- powstanie przepukliny brzusznej w miejscu rany pooperacyjnej
- wirusowe zapalenie wątroby C lub B (nie dotyczy osób szczepionych przeciwko wzv B)

Wizyty kontrolne - po operacji będzie Pani/Pan musiał/musiła regularnie uczęszczać na ambulatoryjne wizyty kontrolne. Początkowo będą one przeprowadzane, co 1-3 miesiące, a następnie rzadziej. Wskazana może być również kontrola u lekarza diabetologa, gastroenterologa i onkologa w celu oceny konieczności 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 powstania pooperacyjnej przepukliny brzusznej.

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

Dieta - może okazać się niezbędna stosowanie diety cukrzycowej, diety ubogo tłuszczowej, substytucji enzymatycznej trzustki, czyli przyjmowania leków zawierających enzymy trzustkowe.

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

W przypadku rezygnacji z leczenia chirurgicznego w przypadku torbieli nowotworowej trzustki istnieje ryzyko dalszego postępu choroby nowotworowej, a w późniejszym okresie brak możliwości wykonania radykalnego (leczącego) zabiegu operacyjnego. W przypadku znacznego zaawansowania procesu nowotworowego może dojść do wystąpienia stanu zagrożenia życia (np. niedrożności jelit, niedokrwienie jelit). W przypadku torbieli rzekomej może dojść skutkiem ucisku na sąsiednie struktury anatomiczne do zaburzenia drożności jelit, zaburzenia ukrwienia jelit, może dojść do zakażenia torbieli i powstania ropnia trzustki, lub może dojść do pęknięcia torbieli, nawet po błahym urazie, z następowym krwawieniem lub krwotokiem do jamy otrzewnej, możliwe jest także wystąpienie innych powikłań.

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*