

Objawy zależą od rodzaju powikłania, które wystąpiło w przebiegu choroby uchyłkowej. W przypadku zapalenia uchyłków występuje ból w dolnej lewej części brzucha z towarzyszącym podwyższeniem temperatury ciała oraz leukocytozą (podwyższona liczba białych ciałek krwi). Jeżeli dojdzie do przedziurawienia jelita grubego ból może być bardzo silny i dotyczyć całego brzucha. Do leczenia chirurgicznego kwalifikuje się pacjentów z powikłaniami ostrego zapalenia uchyłków takimi jak ograniczone lub rozlane zapalenie otrzewnej w przebiegu przedziurawienia przewodu pokarmowego, ropnie wewnątrzotrzewnowe, przetoki, niedrożność przewodu pokarmowego. Leczenia operacyjnego na ogół wymagają również pacjenci, u których nie dochodzi do poprawy pomimo prawidłowo prowadzonego leczenia zachowawczego. Kolejnym wskazaniem do interwencji chirurgicznej jest masywny krwotok z uchyłków. Wskazaniem do operacji planowych mogą być liczne nawroty ostrego zapalenia uchyłków, objawowa postać choroby uchyłkowej, przetoki pomiędzy jelitem grubym a innymi narządami lub skórą. Zaawansowany wiek, obecność chorób współistniejących, zabieg ze wskazań pilnych oraz przedziurawienie jelita grubego to czynniki zwiększające w sposób istotny śmiertelność i ilość powikłań po chirurgicznym leczeniu powikłań choroby uchyłkowej.

III. Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

Operacja może być przeprowadzona klasycznie – „na otwarto”, lub laparoskopowo. W każdym przypadku rozpoczęcia operacji metodą laparoskopową istnieje możliwość zamiany tej metody na operację otwartą. Niezależnie od metody operacja odbywa się w znieczuleniu ogólnym. W przypadku operacji otwartej konieczne jest wykonanie cięcia na brzuchu, najczęściej w linii pośrodkowej ciała. W przypadku operacji laparoskopowej wprowadza się narzędzia przez kilka niewielkich otworów w ścianie brzucha po wypełnieniu go gazem - dwutlenkiem węgla. Operację rozpoczyna się od dokładnej kontroli narządów jamy brzusznej a następnie lekarz operujący dokonuje wyboru dalszego sposobu postępowania (większość możliwych procedur wymieniona została powyżej) w zależności od zmian stwierdzonych w jamie brzusznej, stopnia skażenia jamy otrzewnowej, stanu ogólnego pacjenta i chorób towarzyszących a także lokalizacji zmian w obrębie jelita i rodzaju zapalenia otrzewnej (ograniczone – rozlane, ropne – kałowe).

Operacja polega na odcinkowym wycięciu zmienionego jelita wraz z sąsiadującymi, zmienionymi zapalnie tkankami. Najczęściej jest to esica. Konieczne może być wycięcie innych fragmentów jelita grubego. W szczególnych przypadkach może być konieczne wycięcie fragmentów przyległych narządów (np. pętli jelita cienkiego lub pęcherza moczowego lub innych).

W sprzyjających warunkach dąży się do odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego poprzez wykonanie zespolenia pomiędzy przeciętymi odcinkami jelita grubego (lub w niektórych przypadkach pomiędzy jelitem cienkim a jelitem grubym). Jednak w niektórych sytuacjach przywrócenie ciągłości przewodu pokarmowego jest niemożliwe lub stanowi zagrożenie dla prawidłowego przebiegu pooperacyjnego. W takim przypadku koniec jelita zostaje wyłoniony na powłoki brzuszne w postaci ileostomii (jelito cienkie) lub kolostomii (jelito grube) – „sztuczny odbył”. Czynniki uniemożliwiające wykonanie zespolenia pierwotnego to zły stan ogólny z towarzyszącą niewydolnością krążeniową lub oddechową, zaburzenia odporności, liczne choroby współistniejące, znaczny obrzęk ściany jelita, rozległa ropowica tkanek niemożliwa do chirurgicznego usunięcia, przepełnienie jelita treścią kałową, oraz w większości przypadków, kałowe zapalenie otrzewnej.

Decyzję o możliwości przywrócenia ciągłości przewodu pokarmowego podejmuje operujący chirurg w trakcie operacji. Jama otrzewnowa jest dokładnie płukana. W zależności od stopnia i rozległości skażenia a także rodzaju oraz sposobu wykonania procedury pozostawia się dren/dreny w jamie otrzewnowej, które wyprowadza się przez osobne cięcia na skórze. Powłoki brzuszne zostają zamknięte szwami, skórę zeszywa się lub zakłada metalowe klamerki. W szczególnych przypadkach nie zamyka się jamy brzusznej w celu wykonania kolejnych operacji.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

W większości przypadków ostrego zapalenia uchyłków możliwe jest leczenie zachowawcze, które polega na stosowaniu diety ścisłej, płynów dożylnych i antybiotyków o szerokim spektrum działania. Jednak w przypadku braku skuteczności leczenia zachowawczego (brak poprawy stanu miejscowego i ogólnego pacjenta) przez 48-72 godziny, wskazane jest leczenie operacyjne. Leczenie operacyjne jest również konieczne w przypadku takich powikłań jak przedziurawienie jelita do wolnej jamy otrzewnej, krwawienie, niedrożność jelita, rozlane zapalenie otrzewnej. W przypadku obecności ropnia o niewielkich wymiarach, bez objawów zapalenia otrzewnej na ogół skuteczne jest leczenie zachowawcze. W przypadku ropni z towarzyszącymi objawami ogólnymi lub ropni o większych rozmiarach można rozważyć przezskórne nakłucie ropnia pod kontrolą CT lub usg. Tego typu postępowanie wraz z podaniem antybiotyku o szerokim spektrum działania poleca się w przypadku ropnia o średnicy powyżej 5 cm. Prawidłowo przeprowadzony drenaż zazwyczaj powoduje wchłonięcie się ropnia, ustąpienie dolegliwości i spadek leukocytozy. Pozwala to na kontrolę zakażenia i poprawę stanu ogólnego chorego bez konieczności znieczulenia ogólnego a w niektórych sytuacjach na uniknięcie kilkietapowego leczenia chirurgicznego. Jeżeli nie ma możliwości przezskórnego drenażu ropnia pod kontrolą CT/usg (liczba ośrodków dysponujących taką możliwością jest niewielka) lub w sytuacji, kiedy po drenażu i adekwatnej antybiotykoterapii utrzymują się objawy zapalenia otrzewnej a stan pacjenta się nie poprawia należy wdrożyć leczenie chirurgiczne. W przypadku operacji w trybie planowym kwalifikacja do leczenia operacyjnego świadczy o wyczerpaniu możliwości leczenia zachowawczego.

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

- Do najczęstszych powikłań, które mogą wystąpić w trakcie operacji lub w pierwszych dniach po zabiegu operacyjnym należą:
- Krwawienie, które może wymagać przetoczenia krwi lub reoperacji;
- Uszkodzenie sąsiednich narządów (np. śledziony, wątroby, nerwów, naczyń krwionośnych, moczowodu, pęcherza moczowego i innych). Ryzyko wzrasta przy większym zaawansowaniu zmian zapalnych, zmienionych w wyniku procesu zapalnego stosunkach anatomicznych, znacznej otyłości, u chorych po przebytych w przeszłości rozległych zabiegach operacyjnych. W trakcie laparoskopii konieczne jest zazwyczaj w takim przypadku otwarcie jamy brzusznej;
- Zakażenie wirusem zapalenia wątroby (tzw. żółtaczką zakaźną) lub HIV;
- Uszkodzenia skóry przez środki dezynfekujące lub prąd elektryczny (w trakcie operacji używane są urządzenia do elektrokoagulacji);

- Powikłania zakrzepowo-zatorowe związane z tworzeniem się skrzeplin w naczyniach żylnych lub w innych częściach układu sercowo-naczyniowego a w konsekwencji zatory naczyń płucnych stanowiące bezpośrednie zagrożenie życia;
- Krwawe wybroczyny w tkance podskórnej, które najczęściej nie wymagają leczenia;
- Zakażenie rany pooperacyjnej prowadzące do przedłużonego gojenia
- Rozejście się rany brzusznej (ewentracja) na skutek powikłań gojenia się, zaburzeń ukrwienia lub obciążeń mechanicznych;
- Nieszczelność zespolenia jelitowego prowadząca do zapalenia otrzewnej, konieczności reoperacji z możliwością wyłonienia stomii, długotrwałego leczenia a w skrajnych przypadkach do śmierci;
- Zaburzenia ukrwienia na skutek zamknięcia lub uszkodzenia naczynia krwionośnego, które może wywołać martwicę fragmentu jelita;
- Ropnie wewnątrz jamy brzusznej mogące stanowić wskazanie do wykonania kolejnej operacji lub drenażu innymi metodami
- Niewielkie obrzęki powłok, bóle, „trzeszczenie” w tkance podskórnej w obrębie barku, brzucha i szyi, związane są z wprowadzaniem do jamy brzusznej dwutlenku węgla w trakcie operacji laparoskopowych i ustępują samoistnie po kilku dniach
- Przedłużająca się niedrożność pooperacyjna związana z koniecznością założenia sondy nosowo-żołądkowej, długotrwałego podawania płynów dożylnie lub żywienia pozajelitowego;
- Zakażenia układu moczowego lub oddechowego (np. zapalenie płuc);
Powikłania odległe
- Zwężenie zespolenia jelitowego powodujące niedrożność i wymagające reoperacji
- Nieestetyczne blizny, związane z osobniczymi predyspozycjami lub komplikacjami w procesie gojenia;
- Przepukliny pooperacyjne. Na ogół wystąpienie przepukliny pooperacyjnej wymaga leczenia operacyjnego. Ryzyko powstania przepukliny pooperacyjnej jest znacznie mniejsze po operacji laparoskopowej, ale nie jest całkowicie wyeliminowane przy zastosowaniu tej metody;
- Przepuklina okołostomijna oraz inne powikłania związane z wyłonieniem stomii
- Zrosty wewnątrz jamy brzusznej. Zrosty wewnątrzotrzewnowe mogą być przyczyną niedrożności przewodu pokarmowego wymagającej leczenia operacyjnego nawet wiele lat po pierwszej operacji
- Większość wymienionych powikłań może wymagać dalszych operacji lub leczenia, może być także przyczyną śmierci.
- W znacznej części przypadków może nie dojść do odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego po wyłonieniu stomii. Dotyczy to zwłaszcza osób w podeszłym wieku, z licznymi chorobami towarzyszącymi. W sprzyjających warunkach próbę odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego podejmuje się najwcześniej po kilku miesiącach. Jak każdy zabieg operacyjny jest to związane z ryzykiem powikłań i ryzykiem niepowodzenia.
- Leczenie operacyjne objawowej choroby uchyłkowej lub jej powikłań związane jest z możliwością śmierci.

- rodzaju znieczulenia, jego przebiegu i możliwych zagrożeń z nim związanych poinformuje Panią/Pana lekarz anestezjolog.

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

Śmiertelność po operacjach z powodu powikłań choroby uchyłkowej jelita grubego sięga od kilku do kilkunastu procent. Jest niższa w przypadku operacji ze wskazań planowych i u osób młodszych, bez chorób towarzyszących. Rośnie wraz z wiekiem, jest większa u osób operowanych ze wskazań pilnych. Istotnym czynnikiem zwiększającym śmiertelność jest przedziurawienie jelita do jamy brzusznej. Podobne zależności występują w przypadku powikłań pooperacyjnych. W dużej części przypadków nie dochodzi do odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego po wyłonieniu stomii, a próba odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego jest związana z dużym odsetkiem powikłań.

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

W przypadku zabiegów planowych odstąpienie od leczenia operacyjnego wiąże się z utrzymywaniem dolegliwości i stanów stanowiących podstawę do kwalifikacji do operacji wraz ze wszystkimi możliwymi konsekwencjami zdrowotnymi z tego wynikającymi. W przypadku operacji ze wskazań pilnych odstąpienie od leczenia stanowi bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia a w większości przypadków dla życia. Dotyczy to zwłaszcza przypadków rozlanego zapalenia otrzewnej, przedziurawienia przewodu pokarmowego lub krwawienia z przewodu pokarmowego w przebiegu powikłanej choroby uchyłkowej jelita grubego.

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*