

W ostatnich latach operacje te standardowo wykonuje się metodą laparoskopową (przez dziurkę od klucza). Podczas operacji wypełniamy jamę brzuszną gazem (dwutlenek węgla). Następnie odstawiamy rozwór przełykowy przepony (miejsce w którym przełyk przedostaje się do jamy brzusznej) i uwalniamy przełyk. Jeśli u pacjenta stwierdzono przepuklinę przeponową, przy pomocy szwów zwężamy rozwór przełykowy. Kolejnym etapem jest przecięcie naczyń krwionośnych między żołądkiem a śledzioną. Uwolnionym dnem żołądka, jak mankietem, otaczamy przełyk. Mankiet przyszywamy do przełyku lub żołądka uniemożliwiając mu przemieszczenie się do klatki piersiowej. W przypadku wystąpienia trudności w trakcie operacji może być konieczność otwarcia jamy brzusznej i dokończenia operacji metodą otwartą (konwersja).

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Oprócz leczenia farmakologicznego i operacyjnego możliwe są również do zastosowania w wyspecjalizowanych, referencyjnych ośrodkach metody endoskopowe. Są one alternatywą do leczenia operacyjnego w przypadkach o mniejszym zaawansowaniu zmian zapalnych i nie powikłanych. Mogą także stanowić uzupełnienie zarówno leczenia farmakologicznego, jak też operacyjnego. Stosuje się:

- gastroplastykę endoskopową – założenie 2 – 3 szwów przewężających okolicę połączenia żołądkowo – przełykowego pod kontrolą endoskopu (fundoplikacja endoskopowa – Esophyx),
- stymulacja warstwy mięśniowej okolicy wpustu w celu jej zbliźnowacenie i pogrubienia (zabieg Stretta – z wykorzystaniem energii wysokiej częstotliwości),
- zniszczenie (ablacja) nabłonka przełykowego, zmienionego metaplastycznie przy pomocy metod termicznych – ablacja w osłonie argonowej, lub przy pomocy energii o wysokiej częstotliwości – system Halo).
- wprowadzenie protez antyrefluksowych do przełyku.

Wymienione metody stosowane są od niedawna.

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

Anatomia narządów jamy brzusznej nie jest identyczna u każdego człowieka. Z tego też powodu techniczne trudności występujące podczas zabiegu operacyjnego mogą oznaczać, że pomimo starań lekarzy podczas operacji może dojść do wystąpienia powikłań. **Należy wśród nich wymienić:**

- perforację przełyku i żołądka spowodowaną koniecznością manipulacji przełykiem w trakcie operacji, zakładaniem sond nosowo przełykowych i sond kalibrujących (jest to powikłanie rzadkie poniżej 1%). Stosuje się zeszycie miejsca perforacji dodatkowo zabezpiecza je mankietem fundoplikacyjnym.
- krwawienie:
 1. ze ściany jamy brzusznej podczas zakładania wżerników(trokarów) przez które przeprowadza się operację
 2. naczyń żołądkowych krótkich
 3. naczyń przepony
 4. uszkodzenia wątroby przez refraktor

5. uszkodzenia śledziony w trakcie uwalniania dna żołądka (krwawienie to może spowodować konieczność otwarcia jamy brzusznej i usunięcia śledziony)
- gaz używany do wypełnienia jamy brzusznej (dwutlenek węgla) może przedostać się do śródpiersia lub jam opłucnowych i wywołać tzw. odmę śródpiersiową lub podskórną.
 - rzadko może dojść do uszkodzenia nerwu błędnego który biegnie na przetyku.

Do powikłań wczesnych typowych dla tej operacji należy przemieszczenie mankietu fundoplikacyjnego do śródpiersia i trudności w połykaniu o różnym nasileniu.

Pozostałe powikłania są wspólne dla wszystkich operowanych chorych:

- zakażenie wirusem zapalenia wątroby (tzw. żółtaczką zakaźną) lub inne;
- niekiedy mogą wystąpić uszkodzenia skóry przez środki dezynfekujące lub prąd elektryczny.
- tworzenie się zakrzepów i zamknięcie naczynia krwionośnego przez wędrujący zakrzep (może to objawiać się np. zatorami tętnicy płucnej);
- krwawienia pooperacyjne i krwawe wybroczyny na skórze, które najczęściej nie wymagają leczenia;
- zakażenia rany pooperacyjnej na skutek infekcji. Prowadzi to do przedłużonego gojenia, a czasem do powstawania ropni lub przetok;
- przerwanie szwów i rozejście się rany na skutek powikłań gojenia się, zaburzeń ukrwienia lub obciążeń mechanicznych;
- zbyt duże i przeszkadzające blizny, które mogą powstawać w przypadku skłonności osobniczych lub komplikacji w procesie gojenia;
- nieszczelność szwu na żołądku lub jelicie, mogące prowadzić do zapalenia otrzewnej;
- zaburzenie ukrwienia na skutek zamknięcia lub uszkodzenia naczynia krwionośnego, które może wywołać martwicę tkanek (np.: odleżyny);
- owrzodzenia w miejscu szwu;
- zrosty w jamie brzusznej, które nawet po latach mogą doprowadzić do niedrożności jelit;
- uszkodzenia nerwów, dające uczucie głuchoty, bólów, porażenia mięśni i upośledzenie czynności jelit; niewielkie obrzęki, bóle w obrębie barku, brzucha i szyi, trzeszczenie skóry są przejściowymi zaburzeniami po operacjach laparoskopowych ustępującymi samoistnie po kilku dniach;

Po każdej operacji wykonanej metodą „na otwarto”, a więc również po operacji laparoskopowej, jeżeli zaszła konieczność otwarcia jamy brzusznej, istnieje ryzyko powstania przepukliny pooperacyjnej. Powstaje ona z reguły po kilku miesiącach, ryzyko jej powstania wynosi około 25%. W nielicznych przypadkach przepuklina może także powstać po operacjach laparoskopowych. Reasumując, mimo przedstawienia stosunkowo dużej liczby notowanych komplikacji, rzeczywisty odsetek powikłań związanych z fundoplikacją jest niewielki.

Większość w/w powikłań może wymagać kolejnych operacji, zmiany sposobu leczenia, przedłużenia jego okresu i może być także przyczyną śmierci.

O rodzaju znieczulenia wymaganego do przeprowadzenia opisanej operacji, jego przebiegu i możliwych zagrożeniach z nim związanych poinformuje Państwa 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

Wczesne wyniki tych operacji są dobre lub bardzo dobre u 90 – 95% pacjentów.

Do późnych następstw tych operacji należy zaliczyć:

- przetrwałą dysfagię (trudności w połykaniu) u 3 – 12% pacjentów. Może ona być spowodowana utrzymującym się, mimo operacji, stanem zapalnym w przełyku, zbyt wąskim lub zbyt długim mankietem fundoplikacyjnym. Stosuje się okresowe rozszerzanie endoskopowe a w skrajnych sytuacjach reoperacje. W większości przypadków trudności w połykaniu ustępują samoistnie w ciągu 6 tygodni po operacji.
- wzdęcia spowodowane niemożnością odbijania (zwykle pacjenci się do tej sytuacji przyzwyczajają i nie stanowi to problemu) uczucie pełności w nadbrzuszu. Występuje u 1 – 28% operowanych.
- biegunki u 1 – 7% pacjentów jako efekt uszkodzenia nerwu błędnego.
- utrzymujące pomimo operacji objawy refluksowe – powikłanie bardzo rzadkie, wymagające leczenia farmakologicznego lub ponownej reoperacji.

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

W przypadku rezygnacji z leczenia operacyjnego powinien Pan/Pani pozostawać w stałej kontroli lekarskiej, Pomimo systematycznego przyjmowania leków może dojść do nasilania się zapalenia błony śluzowej przełyku, rozwoju owrzodzeń, zwężeń i nasilenia trudności w połykaniu. Terapia farmakologiczna nie ma charakteru leczenia przyczynowego, a jedynie objawowego. Rezygnacja z operacji w przypadku przełyku Barrett`a niesie za sobą ryzyko rozwoju raka gruczołowego w zmienionym chorobowo przełyku. Rezygnacja z operacji na obecnym etapie zaawansowania choroby może spowodować w przyszłości konieczność operacji o znacznie większym ryzyku powikłań a nawet do operacji usunięcia całego przełyku.

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*