

Kolejną sytuacją w której wykonuje się omawianą operację jest wykrycie zmian nowotworowych w więcej niż dwóch miejscach jelita grubego, które powstały niezależnie od siebie (zmiany synchroniczne), gdy z uwagi na brak możliwości zachowania odpowiednich marginesów resekcji (czyli fragmentu jelita wokół guza wolnego od komórek nowotworowych), konieczne jest także wycięcie całej okrężnicy.

III. Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

Wycięcie okrężnicy z wyłonieniem sztucznego odbytu z jelita cienkiego na powłokach brzusznych:

Operacja przeprowadzana jest w znieczuleniu ogólnym (dokładnych informacji na temat znieczulenia i możliwych jego powikłaniach udzieli lekarz anestezjolog podczas badania).

Po znieczuleniu zakładamy cewnik do pęcherza moczowego. Zabieg polega na wypreparowaniu okrężnicy wraz z końcowym (około 10 cm) odcinkiem jelita cienkiego, a następnie jej usunięciem. Pozostawiona odbytnica zamykana jest na głucho, a końcowy odcinek jelita cienkiego jest następnie wyłaniany **na powierzchnię brzucha, jako stomia, do której odchodzi treść jelitowa. Wytworzona ileostomia umiejscowiona jest zwykle po prawej stronie brzucha. Od tej chwili pełni ona rolę odbytu i konieczne jest używanie plastikowego woreczka, jako zbiornika kału.** Operacja przebiega z otwarciem jamy brzusznej - zazwyczaj z pionowego cięcia pośrodku przedniej ściany jamy brzusznej. Po operacji w jamie brzusznej pozostawione będą dreny.

Wycięcie okrężnicy z zespoleniem jelita cienkiego z odbytnicą:

Zabieg polega na wypreparowaniu okrężnicy wraz z końcowym (około 10 cm) odcinkiem jelita cienkiego, a następnie jej usunięciu. Pozostawione jelito cienkie jest następnie połączone z odbytnicą. W tym zabiegu fizjologiczna droga pasażu treści pokarmowej zostaje zachowana.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Należy podkreślić, że choć leczenie zachowawcze jest obecnie podstawową formą terapii WZJG, zwłaszcza w obliczu wprowadzenia nowych metod leczenia biologicznego, to znaczna część chorych (30 - 40%) z długoletnim przebiegiem choroby wymaga leczenia chirurgicznego. Poddanie się zabiegowi w warunkach planowych jest w porównaniu z zabiegiem w trybie pilnym obarczone mniejszym ryzykiem powikłań oraz lepszymi wynikami leczenia, jak też szybszym powrotem do zdrowia.

Nie istnieje żadna inna metoda leczenia FAP. Z uwagi na prawie 100% pewność pojawienia się zmiany złośliwej do 30 roku życia, wczesne poddanie się operacji pozwala na usunięcie zmian przed ich zezłośliwieniem lub w wczesnej fazie, co wiąże się z lepszymi wynikami leczenia.

Odstąpienie od leczenia operacyjnego w przypadku zmian synchronicznych i zastosowanie leczenia onkologicznego. Należy jednak podkreślić, że obecnie podstawą leczenia guzów jelita grubego pozostaje leczenie operacyjne. Radio- i chemioterapia, mają zastosowanie uzupełniające, bądź są stosowane w przypadkach zmian chorobowych niemożliwych do usunięcia chirurgicznego. Całkowite wyleczenie Pana/Pani choroby przy zastosowaniu tylko radio- i/lub chemioterapii jest niemożliwe.

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

Zabieg operacyjny nie przebiega identycznie u każdego chorego. Zależy to od jego budowy anatomicznej, stanu odżywienia, stopnia zaawansowania choroby podstawowej i chorób współistniejących oraz od jego stanu ogólnego. Różne, trudne do przewidzenia trudności techniczne występujące podczas zabiegu operacyjnego mogą spowodować, że pomimo starań lekarzy podczas operacji, jak i po jej zakończeniu może dojść do wystąpienia powikłań.

Do powikłań tych należą:

- krwawienia śródoperacyjne i pooperacyjne, niekiedy wymagające przetoczenia krwi lub ponownej operacji;
- uszkodzenie innych narządów (np. innego odcinka jelita, śledziony, wątroby, moczowodu, nerwów, naczyń krwionośnych). Ryzyko takiego uszkodzenia wzrasta przy znacznej otyłości, przy zaburzonych stosunkach anatomicznych, po przebytych zabiegach operacyjnych w obrębie jamy brzusznej, lub w stanach zapalnych w jamie brzusznej.
- urazy pęcherza moczowego, które mogą być następstwem nacieku nowotworowego lub jego przemieszczenia przez dużą masę guza, jak też zrosty po przebytych w przeszłości zabiegach operacyjnych;
- uszkodzenia cewki moczowej, pęcherzyków nasiennych i gruczołu krokowego, które mogą być związane z naciekiem przez proces nowotworowy;
- zaburzenia prawidłowej czynności pęcherza moczowego oraz zaburzenia seksualne (obniżenie libido, impotencja, bezpłodność, zaburzenia erekcji, ejakulacji i odczuwania orgazmu, suchość pochwy, bolesne stosunki płciowe), spowodowane przez znaczne zaawansowanie choroby nowotworowej i konieczność wykonania rozległego radykalnego zabiegu operacyjnego;
- zaburzenia czynności aparatu zwieraczowego odbytu (okresowe lub stałe), w tym nietrzymanie gazów, jak również płynnego, a także uformowanego stolca; im niżej wykonano zespolenie jelitowe (tj. bliżej odbytu), tym większe jest ryzyko wystąpienia tego typu powikłań;
- nieszczelność szwu na jelicie i rozejście zespolenia, mogące prowadzić do powstania przetoki jelitowej, do zapalenia otrzewnej i konieczności ponownej operacji;
- całkowite lub częściowe rozejście się rany na skutek powikłań jej gojenia lub zaburzeń ukrwienia wymagające ponownej interwencji chirurgicznej;
- zakażenia rany pooperacyjnej na skutek infekcji, co prowadzi do przedłużonego gojenia rany, wydłużenia czasu hospitalizacji, gorszego efektu kosmetycznego i osłabienia blizny. Wszystkie operacje na jelicie grubym wiążą się z podwyższonym ryzykiem zakażenia rany pooperacyjnej i jamy otrzewnej przez bakterie znajdujące się w przewodzie pokarmowym;
- zakażenia wewnątrztrzewnowe, w wyniku których mogą rozwinąć się ropnie w jamie brzusznej;
- infekcje innych układów, w szczególności układu moczowego oraz oddechowego;
- powikłania związane z zakładaniem i obecnością wkłuc dożylnych (miejscowa infekcja, krwiak, obrzęk, zakażenie wkłucia)

- tworzenie się zakrzepów z zamknięciem naczyń krwionośnych co może grozić np. zakrzepicą naczyń w jamie brzusznej;
- powstawanie zatorów tętnic, które mogą spowodować zawał serca, udar mózgu, zator tętnicy płucnej lub niedokrwienie kończyn;
- powikłania ze strony układu krążenia – nasilenie niewydolności krążenia, zaburzenia rytmu serca, niedokrwienie mięśnia sercowego
- niekiedy mogą wystąpić uszkodzenia lub oparzenia skóry przez środki dezynfekujące lub prąd elektryczny stosowane podczas zabiegu;
- alergie na leki stosowane w okresie okołoperacyjnym – szczególnie leki stosowane podczas znieczulenia, antybiotyki oraz środki przeciwbólowe;
- duże i zniekształcające blizny, które mogą powstawać w przypadku skłonności osobniczych lub powikłań w procesie gojenia;
- zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B i C (tzw. żółtaczką zakaźną) lub HIV;
- zrosty w jamie brzusznej, które nawet po latach mogą doprowadzić do niedrożności jelit; zwężenie zespolenia jelitowego zaburzające pasaż treści jelitowej
- przedłużająca się pooperacyjna niedrożność porażenna jelit;
- biegunki będące konsekwencją znacznego skrócenia jelita grubego;
- uszkodzenia gałązek nerwów skórnych, powodujące czasowe lub stałe zaburzenia czucia okolicy blizny pooperacyjnej;
- powstanie przepukliny pooperacyjnej - z reguły po kilku miesiącach.

Ryzyko jej wystąpienia wzrasta u chorych otyłych i przy zaburzeniach gojenia się rany;

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

Po zabiegu pozostaje Pani/Pan zazwyczaj w sali pooperacyjnej (zazwyczaj od kilku do 24 godzin), gdzie monitorowane są podstawowe funkcje życiowe – ciśnienie krwi, akcja serca, wydolność układu oddechowego, co gwarantuje maksymalnie bezpieczną opiekę medyczną bezpośrednio po zabiegu i znieczuleniu. W sali tej najczęściej nie są możliwe odwiedziny bliskich. Następnie będzie Pani/Pan przetransportowana do oddziału chirurgii. Przeprowadzona operacja wymaga w pierwszych dobach podawania płynów dożylnie, nie jest natomiast możliwe przyjmowanie płynów czy też pokarmów drogą doustną. Czas podawania płynów i włączenia diety doustnej uzależniony jest od przebiegu pooperacyjnego. Decyzja o rozpoczęciu żywienia doustnego jest podejmowana przez lekarza prowadzącego. Najpierw otrzyma Pani/Pan doustnie płyny, następnie w przypadku dobrej tolerancji kolejno pokarmy płynne (zupy, kleiki), a później dietę stałą. Po operacji będzie Pani/Pan odczuwać dolegliwości bólowe związane z raną pooperacyjną, mogą także wystąpić nudności i wymioty. Należy się także spodziewać większej częstości wypróżnień, jak również luźniejszych (w porównaniu z okresem przed zabiegiem) stolców.

Około 6-7 doby po zabiegu będzie Pani/Pan wypisana do domu. Dalsza opieka pooperacyjna sprawowana jest ambulatoryjnie. Częstotliwość wizyt ustala lekarz opiekujący się Panią/Panem w poradni.

Powyższy opis dotyczy niepowikłanego i standardowego przebiegu pooperacyjnego. Powinniście Państwo być świadomi, że operacja jest zawsze związana z ryzykiem powikłań, zarówno wymienionych powyżej, jak i innych, rzadziej występujących, trudnych do przewidzenia.

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

Nie można zatem z całą pewnością oczekiwać, że podczas leczenia operacyjnego lub po nim nie dojdzie do ich wystąpienia.

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z proponowanego leczenia wiąże się z brakiem możliwości skutecznego leczenia Pani/Pana choroby, co może prowadzić do znacznego pogorszenia się stanu zdrowia i wystąpienia groźnych dla życia komplikacji pod postacią krwotoku, przedziurawienia jelita, toksycznego rozdęcia jelita lub zapalenia otrzewnej. Trzeba także zaznaczyć, że ryzyko powikłań w przypadku operacji wykonywanych w trybie nagłym, jest kilkakrotnie wyższe niż w przypadku operacji planowych.

Przebieg choroby jest także trudniejszy do kontroli, istotnie obniżając komfort życia oraz prowadząc w dłuższej perspektywie do wyniszczenia organizmu wskutek niedożywienia, zmian zapalnych oraz powikłań miejscowych.

Rezygnacja z proponowanego leczenia w przypadku FAP oraz zmian synchronicznych wiąże się z brakiem możliwości usunięcia zmian. W przypadku zmian złośliwych istnieje duże prawdopodobieństwo, że ich rozmiar będzie się zwiększać, prowadząc do zamknięcia światła jelita i niedrożności przewodu pokarmowego (bądź zaburzenia funkcji innych, sąsiadujących narządów, co zwykle wymaga leczenia operacyjnego w trybie nagłym i w zdecydowanej większości przypadków kończy się wyłonieniem stomii). Wówczas z reguły nie jest możliwe całkowite usunięcie guzów. W przypadku zmian łagodnych istnieje ryzyko ich przejścia w zmianę złośliwą, możliwe są także wszystkie następstwa opisane powyżej. Pozostawienie zmian wiąże się również z postępującym ryzykiem krwawienia do przewodu pokarmowego, wyniszczenia i wreszcie śmierci wskutek powikłań i postępu choroby. Trzeba także zaznaczyć, że ryzyko powikłań w przypadku operacji wykonywanych w trybie nagłym, jest kilkakrotnie wyższe niż w przypadku operacji planowych.

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, pieczęć i podpis lekarza udzielającego informacji o proponowanej metodzie leczenia

.....

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

*** niepotrzebne skreślić*