



OPERACJA ANTYREFLUKSOWA - FUNDOPLIKACJA

Nazwisko i imię:

Płeć:

Data urodzenia:

Wiek:

Data przyjęcia:

L. wyk. oddz.:

Telefon:

L. wyk. gł.:

I Nazwa procedury medycznej lub zabiegu

OPERACJA ANTYREFLUKSOWA - FUNDOPLIKACJA

II Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Chorobą refluksową nazywane jest patologiczne zarzucanie kwaśnej treści żołądkowej lub niekwaśnej treści dwunastniczej do przełyku dające typowe objawy i/lub zmiany zapalne w przełyku. Najczęstszą przyczyną choroby refluksowej jest zbyt częste, przejściowe zmniejszenie napięcia dolnego zwieracza przełyku. U części chorych wraz z chorobą refluksową przełyku współistnieje przepuklina wślizgowa rozworu przełykowego. Zwrotne cofanie się treści żołądkowej i/lub treści dwunastniczej może być spowodowane nieodpowiednią dietą (kawa, alkohol), niektórymi lekami lub hormonami, lub nieprawidłowościami anatomicznymi typu przepuklina rozworu przełykowego, lub w różnych stanach po operacji. Otyłość jest jednym z czynników sprzyjających chorobie. Najczęstsze objawy to zgaga, zwracanie pokarmów, częste, odbijania, utrudnione połykanie (dysfagia). Do objawów pozaprzelykowych należy niedokrwistość, chrypka, kaszel, zapalenie krtani, astma oskrzelowa. Refluks jest przyczyną 50% pozasercowych bólów w klatce piersiowej. Nie leczona choroba refluksowa powoduje zapalenie przełyku konsekwencją którego jest krwawienie, owrzodzenie, zwężenie i skrócenie przełyku i przełyk Barrett'a (zastąpienie nabłonka płaskiego nabłonkiem gruczołowym typu jelitowego, a nawet rak przełyku). Typowym leczeniem jest leczenie farmakologiczne przy pomocy leków zmniejszających wydzielanie kwasu solnego w żołądku. Leczenie operacyjne stosuje się u pacjentów u których leczenie farmakologiczne jest nieskuteczne, występują objawy ze strony płuc i krtani, lub istnieje duże ryzyko rozwoju poważnych powikłań (metaplazji Barretta, dysplazji, raka przełyku).

III Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

Podstawowym założeniem operacji antyrefluksowych jest poprawienie czynności i przywrócenie wydolności dolnego zwieracza przełyku. Wszystkie zalecane operacje polegają na wytworzeniu mankietu z dna żołądka wokół brzusznej części przełyku (fundoplikacja) oraz stabilizacji połączenia przełyku z żołądkiem poniżej przepony. W ostatnich latach operacje te standardowo wykonuje się metodą laparoskopową (przez dziurkę od klucza). Podczas operacji wypełniamy jamę brzuszną gazem (dwutlenek węgla). Następnie odsłaniamy 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:

1. gastroplastykę endoskopową – założenie 2 – 3 szwów przewężających okolicę połączenia żołądkowo – przełykowego pod kontrolą endoskopu (fundoplikacja endoskopowa – Esophyx),

2. stymulacja warstwy mięśniowej okolicy wpustu w celu jej zbliźnowacenia i pogrubienia (zabieg Stretta – z wykorzystaniem energii wysokiej częstotliwości),
 3. zniszczenie (ablacja) nabłonka przełykowego, zmienionego metaplastycznie przy pomocy metod termicznych – ablacja w osłonie argonowej, lub przy pomocy energii o wysokiej częstotliwości – system Halo).
 4. 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. odemę śródpiersiową lub podskórną.

- rzadko może dojść do uszkodzenia nerwu błędnego który biegnie na przełyku.

Do powikłań wczesnych typowych dla tej operacji należy przemieszczenie mankieta 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:

1. 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.
2. 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.
3. biegunki u 1 – 7% pacjentów jako efekt uszkodzenia nerwu błędnego.
4. 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.

Powyższy Formularz Świadomej Zgody Pacjenta został opracowany na podstawie Formularza opracowanego przez Zespół pod kierunkiem Prof. dr hab. med. Adama Dzikiego

Oświadczenie pacjenta

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

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 macie Państwo jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego leczenia prosimy o ich wpisanie poniżej:

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

Wyrażam dobrowolnie/nie wyrażam zgody* na przeprowadzenie proponowanej operacji

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

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

* *niepotrzebne skreślić*

.....
data

.....
osoba przyjmująca zgodę

.....
czytelny podpis opiekuna prawnego