

Informovaný souhlas pacienta s operačním výkonem

Laparoskopická a laparotomická operace tlustého střeva a konečníku

Jméno, příjmení:	
Datum narození:	
Bydliště:	
Číslo zdravotní pojišťovny:	

Vážená paní, vážený pane,
vzhledem k tomu, že se jako osoba plně svéprávná podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován/a.
Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byl lékařem indikován operační zákrok – laparoskopická operace tlustého střeva a konečníku.

Základní anatomické a fyziologické údaje:

Tlusté střevo je dutý orgán dutiny břišní délky asi 1,5 m. Tlusté střevo rozdělujeme na tyto anatomické části: slepé střevo (navazující na tenké střevo), vzestupný tračník, jaterní ohbí, příčný tračník, slezinné ohbí, sestupný tračník, esovitá klička, konečník, který skrze řitní kanál ústí navenek. Hlavní úlohou tlustého střeva je zahušťování střevního obsahu (vstřebáváním vody) a jeho posouvání směrem dolů. Rovněž dochází k vstřebávání iontů, žlučových kyselin a mastných kyselin. Další fyziologickou funkcí tlustého střeva je tvorba zásaditého hlenovitého sekretu. Poslední fyziologická funkce souvisí s bakteriální flórou ve střevě. Ta umožňuje vytvářet některé vitamíny (biotin, kyselina listová, vitamin K), omezovat růst patogenních bakterií, dále se podílí na metabolismu žlučových solí a močoviny. Souhrnně však lze říci, že tlusté střevo není pro život člověka nezbytným orgánem.

Ani s jeho úplným odstraněním nedojde k ohrožení života pacienta. Onemocnění tlustého střeva se projevují zejména ztíženou střevní průchodností, která může vyústit ve střevní neprůchodnost (bolestí břicha, zástava odchodu plynů a stolice, zvracení nebo průjmy, dále pak krvácením do stolice. Příčinou střevní

neprůchodnosti je nejčastěji nádor. Nádor může být zhoubný (rakovinový) nebo nezhoubný, nejčastěji ve formě polypu (jde o výrůstek vyčnívající do střeva). Při určité velikosti nádoru dojde k zhoršení střevní pasáže a tím ke změně charakteru vyprazdňování a event. bolestem břicha. Nádor se může rovněž projevit krvácením s patrnou krví ve stolici anebo zjištěnou testem na tzv. okultní krvácení. Dalším častým onemocněním tlustého střeva jsou divertikly, výčlipky střevní stěny. Ty mohou za určitých okolností krvácet, působit jako překážka nebo může dojít k jejich zánětu, v pokročilé fázi i k zánětu pobříšnice. K operaci jsou někdy indikovány i zánětlivé choroby tlustého střeva souhrnně nazývané kolitidy a vrozené poruchy nervových ganglií ve stěně střeva u dětí. Vzácnou indikací k operaci tlustého střeva a konečníku jsou výhřez konečníku, poruchy vyprazdňování, zejména těžké formy zácpy, neschopnost udržení stolice a některá pokročilá onemocnění okolních orgánů (prostata, vaječníky).

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Vývoj bez léčby

Pokud u Vás již došlo k rozvoji střevní neprůchodnosti, je operace absolutně nutná. Při pokračování střevní neprůchodnosti dojde ke zvracení, rozvratu vodního a minerálového hospodářství organismu a poruše střevní bariéry, která vyústí v šokový stav a bez operace skončí smrtí pacienta. Rovněž u zhoubného nádoru tlustého střeva je operace hlavní a často jedinou léčebnou možností. Vzhledem k dělení nádorových buněk a růstu nádoru je vhodné operovat v zásadě co nejdříve. Někdy je léčba zahájena chemoterapií (léčbou zhoubných nádorů léky) a u rakoviny konečníku ozářením a odklad operace pak již neznamená odklad začátku léčby. Pokud by operace nebyla provedena, dojde k místnímu rozrůstání nádoru, který může způsobit výše zmíněnou střevní neprůchodnost a event. prorůstání nádoru do okolních orgánů, což obojí zásadně zhoršuje prognózu. U zhoubných nádorů rovněž hrozí vznik tzv. metastáz, tedy dceřinných nádorových ložisek v mízních uzlinách v okolí nádoru anebo metastáz ve vzdálených orgánech (nejčastěji v játrech). Tato dceřinná ložiska významným způsobem zhoršují prognózu onemocnění. Je třeba zmínit, že některé nádory mají již při prvních příznacích vytvořeny tyto vzdálené metastázy a není tedy jednoznačná souvislost mezi velikostí nádoru a jeho nebezpečností. U nezhoubných nádorů hrozí při neoperační léčbě tzv. malignizace, tedy změna nezhoubného nádoru na variantu zhoubnou. Zánětlivé choroby tlustého střeva a výčlipky tlustého střeva jsou indikovány k operaci většinou pouze při komplikacích.

Neoperační léčba v těchto případech může vést k výše uvedené střevní neprůchodnosti se všemi následky, zánětu pobříšnice se septickým šokem (tj. šokem z otravy krve) nebo vykrvácení. Všechny tyto závažné komplikace bez operace končí smrtí pacienta. Některá méně častá onemocnění a způsob jejich léčby Vám rád vysvětlí Váš ošetřující lékař.

Léčba:

Operační léčbu můžeme rozdělit na radikální, která beze zbytku odstraňuje patologický proces, a paliativní, která pouze uleví pacientovi od obtíží nebo zlepšit

prognózu či je přípravou na operaci radikální. Prakticky každá operace na tlustém střevě může být provedena **otevřeně z řezu na břicho anebo laparoskopicky z několika menších řezů či vpichů pomocí speciálních nástrojů**. Volba přístupu a řezu se řídí mnoha okolnostmi. Při laparoskopickém přístupu je dutina břišní kvůli přehlednosti vyplněna plynem a operace je uskutečňována pomocí nástrojů za kontroly na televizní obrazovce. Vyjmutí části střeva je poté uskutečněno z minilaparotomie. Tento operační výkon se může kdykoliv v případě nepřehlednosti, komplikací, technických závad či při změnách normálních anatomických poměrů převést na výkon otevřený.

U nezhoubných polypů tlustého střeva je někdy možné provést vynětí polypu jen z řezu na břicho a z řezu ve stěně střeva, stěna střevní se potom zašije a výkon se ukončí zašitím stěny břišní. U nádorů zhoubných či větších nezhoubných nádorů je nutné odstranit postiženou část střeva - tzv. resekce. Byly vypracovány standardní typy resekcí střeva, které jsou obvykle užívány. Při nádorech v oblasti slepého střeva, vzestupného tračníku a jaterního ohbí tračníku a přilehlé části příčného tračníku se odstraňuje celá pravá polovina tračníku až po příčný tračník společně s částí poslední kličky tenkého střeva. Cévy vedoucí k této části tračníku se přeruší a podvázají a závěs střeva se odstraní i s přítomnými mízními uzlinami. Oba konce střeva (tenké střevo a příčný tračník) se pak sešijí k sobě. Je celá řada možných technik sešití i materiálů k tomu užívaných, většinou jsou užity dle zvyklostí pracoviště. Při postižení příčného tračníku lze provést resekci příčného tračníku, opět s odstraněním závěsu střeva s uzlinami a sešít obou konců střeva k sobě. Při postižení slezinného ohbí lze provést odstranění této části tračníku společně s přilehlou částí příčného a sestupného tračníku se sešitím obou konců k sobě. Při postižení sestupného tračníku se obvykle odstraní sestupný tračník s částí tračníku příčného a esovité kličky a zbylá část příčného tračníku a esovité kličky se sešijí k sobě. Při nádoru v oblasti esovité kličky je indikována resekce tohoto úseku střeva se sešitím okrajů zbylého střeva k sobě. Při postižení konečnicku se opět z řezu na břicho odstraní konečník společně s okolím (závěs konečnicku s uzlinami) a přilehlou částí esovité kličky. Pokud je to technicky možné, pak se zbylá část esovité kličky sešije se zbylou částí konečnicku. Pokud by toto sešítí nebylo technicky možné anebo by byla pochybnost o radikálním odstranění okolí konečnicku, pak je indikováno úplné odstranění konečnicku i řiti. V takovém případě je nutné trvalé vyvedení střeva stěnou břišní navenek.

V oblasti konečnicku jsou výjimečně užívány i jiné operační postupy, např. odstranění polypu konečnicku tzv. operačním rektoskopem.

Plánované operace tlustého střeva se provádějí po předchozím vyčištění střeva. **Některé resekční výkony bývají doplněny stomií (tedy vyvedením tlustého střeva navenek – na stěnu břišní)**. Tento výkon bývá prováděn zejména při střevní neprůchodnosti a zánětu pobřišnice. Vyvedení střeva je rovněž jeden z paliativních operačních zákroků, kdy není možné odstranit vlastní chorobné ložisko a cílem je pouze obnovit průchodnost střeva. Vyvedení střeva stěnou břišní je někdy řešením trvalým, někdy dočasným. Mezi paliativní, tedy odlehčující, typy operací patří rovněž spojky mezi jednotlivými částmi střeva. Typickým příkladem je spojení mezi poslední kličkou tenkého střeva a příčným tračníkem při neodstranitelném nádoru pravé

poloviny tračníku. I výkony paliativní (střevní vývody nebo spojky) lze provést laparoskopicky nebo otevřenou cestou z řezu na břicho.

Alternativy výkonu:

V současné době neexistuje adekvátní alternativa k tomuto výkonu.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

O režimu před výkonem budete informován (a) po přijetí na oddělení.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Laparoskopická operace tlustého střeva a konečnicku:

Vlastní operace je prováděna na operačním sále. Pro tlumení bolesti v pooperačním období je někdy ještě před vlastní operací zavedena cévka do páteřního kanálu pro aplikaci analgetik (tzv. epidurální analgezie). Po ulehnutí na operační stůl Vám bude aplikována anestezie. V případě celkové anestezie Vám bude aplikováno léčivo do žíly na horní končetině. Po několika vteřinách zcela klidně a postupně ztratíte vědomí. Po aplikaci anestezie operační tým natře operační pole dezinfekční látkou a započne operační výkon, který trvá obvykle 1-4 hodiny. Pomocí oxidu uhličitého se nafoukne dutina břišní. Ze 4-6 krátkých 5-12 mm dlouhých kožních řezů se do dutiny břišní zavedou speciální nástroje, kterými se provede vlastní výkon na tlustém střevu či konečnicku. Rozmístění ranek na břicho závisí na lokalizaci patologického procesu a zvyklosti operátora. Vlastní kožní řez k vytažení střeva je pak jen tak velký, aby se přes něj dalo tlusté střevo vytáhnout. K odvádění tekutin z dutiny břišní jsou zavedeny drény (hadičky) ven přes kůži. Na závěr výkonu bude operační rána sešita a překryta obvazem a budete opět probuzeni/a. Poté budete přivezeni/a na pooperační pokoj či jednotku intenzivní péče, kde budete sledováni/a do úplné stabilizace stavu.

Laparotomická (otevřená) operace tlustého střeva a konečnicku:

Vlastní operace je prováděna na operačním sále. Pro tlumení bolesti v pooperačním období je někdy ještě před vlastní operací zavedena cévka do páteřního kanálu pro aplikaci analgetik (tzv. epidurální analgezie). Po ulehnutí na operační stůl Vám bude aplikována anestezie. V případě celkové anestezie Vám bude aplikováno léčivo do žíly na horní končetině. Po několika vteřinách zcela klidně a postupně ztratíte vědomí. Po aplikaci anestezie operační tým natře operační pole dezinfekční látkou a započne operační výkon (otevřeným způsobem, jehož délka je značně variabilní podle rozsahu výkonu. Na závěr výkonu bude operační rána sešita a překryta obvazem a budete opět probuzeni/a. Poté budete přivezeni/a na pooperační pokoj či jednotku intenzivní péče, kde budete sledováni/a do úplné stabilizace stavu.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

V pooperačním průběhu se mohou vyskytnout komplikace, které si vyžadají léčbu a v některých případech i další operaci:

- Krvácení při operaci a po operaci – při rozsáhlých operacích v dutině břišní může dojít ke krvácení z větších cév v dutině břišní, v závěsu střeva nebo z pletení v místě chorobného ložiska (zejména u zhoubných nádorů). Toto krvácení může

vést k chudokrevnosti a nutnosti podání krevní transfuze, výjimečně může pacienta ohrozit na životě a vynutit si operační revizi. Na krvácení se někdy podílí porucha srážlivosti.

- Poranění močovéhoodu – při resekcích tlustého střeva, zejména pro lokálně pokročilé nádorové onemocnění nebo těžký zánět, může dojít k poranění močovéhoodu (přerušení nebo podvázání). Při podvázání je nutné močovod uvolnit, při protěti provést jeho rekonstrukci.
- Píštěl močového měchýře – při operacích nádoru tlustého střeva prorůstajících do močového měchýře nebo k němu pevně lnoucích může dojít k vytvoření píštěle močového měchýře, kdy dochází k úniku moči touto cestou. Většinou dojde k zhojení spontánně při ponechání močové cévky, méně často je nutný chirurgický zákrok.
- Poranění nervu v oblasti pánve při operacích konečníku může vést k sexuálním poruchám, poruchám močení nebo inkontinenci stolice. Inkontinence čili neudržení stolice hrozí zejména při resekcích konečníku, kdy spojení střeva je velmi blízko nad svěračem. Někdy je tento jev přechodný a postupně se upraví. V opačném případě je nutný další operační výkon (většinou založení vývodu střeva na stěnu břišní).
- Zúžení spojky střeva může být způsobeno jednak nádorem (recidiva opětovný výskyt zhoubného nádoru) nebo jizevím. Jizevnaté změny je někdy možné pouze roztáhnout balónkem, většinou je však nutný nový operační výkon. Obdobně i vývod může být postižen oběma typy zúžení.
- Porucha hojení střevní spojky – v místě spojení střeva může docházet k úniku střevního obsahu a poruše hojení s infekcí okolí. Tato komplikace se projeví teplotou, bolestí břicha, zástavou střevní činnosti, event. Patologickou sekrecí z drénu. Je-li spojení konců střeva v dutině břišní, projeví se tato komplikace zánětem pobřišnice a je nutná další operace i s možností stomie (vyvedení střeva ne stěnu břišní) Je-li spojka v oblasti konečníku mimo dutinu břišní (mimo pobřišnici) lze někdy postupovat konzervativně.
- Znovuvy vytvoření nádorového ložiska v místě napojení střeva, v bezprostředním okolí nebo i vzdáleně od prvotního místa postižení je pozdní komplikací, která si obvykle vyžádá řešení ve spolupráci s onkology.
- Komplikace hojení rány – může dojít ke krvácení z operační rány, rozestupu nebo nekróze (odumření) okrajů operační rány, zánětům kůže v okolí operační rány. Infekce v operační ráně je při otevření střeva při operaci častější než u jiných operačních výkonů.
- Infekce v ráně se projeví přetrvávající bolestivostí trávající déle jak 48 hodin od operace či znovubyjevením se bolesti v ráně. Většinou je doprovázena teplotou až horečkou. Rána je zarudlá, na pohmat bolestivá, někdy s výtokem tekutiny z rány Při větší infekci operační rány je ohroženo hojení svalové povázky a může v budoucnu dojít k rozvoji kýly v jizvě.
- Keloidní jizva není komplikací v pravém slova smyslu. Jedná se o tvorbu vyvýšené, nápadné jizvy. Tvorba takovýchto jizev je geneticky podmíněna, u jedinců s touto poruchou se budou jakékoliv jizvy hojit tímto způsobem. K její

korekci je nutná spolupráce s plastickým chirurgem.

- Alergická reakce se může vyskytnout na kterémkoliv léčivu nebo dezinfekční prostředek. A to i tehdy, pokud jste v minulosti žádnou alergii nikdy nepozoroval (a). Zpravidla se objeví ihned po aplikaci léčiva či za několik desítek minut. Může mít formu pouhé kopřivky, zarudnutí nebo svědění kůže, ale též dechových obtíží, astmatu, slabosti, nízkého krevního tlaku, až šokového stavu. Pokud tato reakce vznikne, ihned o ní informujte Vašeho ošetřujícího lékaře.
- Teplota – v prvních hodinách po operaci může dojít jako reakce organismu na operační výkon ke zvýšení teploty. Toto i bez léčby spontánně odezní většinou do 48-72 hodin. Pozdější výskyt zvýšené teploty může být známkou komplikace.
- Poruchy močení – jako reakce na operační zákrok, anestezii (zejména po aplikaci anestetika do páteřního kanálu) může po větších operacích dojít k poruše močení – pacient se nemůže spontánně vymočit. Pomocí léků či zavedením cévky do močového měchýře se porucha upraví.
- Poruchy funkce trávicího ústrojí – po větších operačních výkonech v dutině břišní dochází k zástavě odchodu plynů a stolice. Tato porucha se obvykle do 5 dnů spontánně upraví. Zvracení v prvních hodinách po operaci většinou souvisí s celkovou anestézií. Porucha funkce trávicího ústrojí si může vyžádat nutnost zavedení sondy do žaludku.
- Trombóza hlubokých žil dolních končetin může nastat po jakékoliv operaci. Mezi příznaky zánětu hlubokých žil dolních končetin patří: pocit napětí nebo bolesti v lýtkách, otoky lýtek. Pokud se krevní sraženina z takto postižených hlubokých žil dolních končetin utrhne a žilním řečištěm se dostane až do plicnice, dojde k tzv. plicní embolii. Při velké sraženině toto může vést až ke smrti.
- Plicní komplikace – zánět hrtanu, průdušnice, akutní zánět průdušek nebo zánět plic. Tyto komplikace se projeví kašlem, bolestmi za hrudní kostí, teplotou, pocitem krátkého dechu. Mezi plicní komplikace dále patří vdechnutí žaludečního obsahu při anebo po operaci. Toto vede k zánětu plic a je nutná intenzivní léčba někdy včetně umělé plicní ventilace pomocí dýchacího přístroje. Riziko této komplikace se výrazně zvyšuje u pacientů se střevní neprůchodností.
- Dále mohou vzniknout pooperační komplikace obecné, jejich výskyt je zřídka: srdeční selhání, zástava dechu v časném pooperačním průběhu, mozková mrtvice, šoková plic (porucha funkce plic) při velké krevní ztrátě, zánět povrchových žil, poruchy funkce jater, atd. Nelze vyloučit tedy i tak závažné zhoršení stavu, kdy dojde k úmrtí pacienta.

Nelze ani jednoznačně vyloučit, že dojde k tak závažné změně zdravotního stavu či komplikaci, která povede k další operaci nebo k úmrtí pacienta. Dále nelze ani vyloučit výskyt vzácných a ojedinělých komplikací, které nejsou součástí tohoto výčtu.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Bezprostředně po operačním výkonu budete přemístěni přímo na jednotku intenzivní péče. Budete mít zavedenou infuzi, močovou cévku a dle operačního výkonu drén/y

(hadičku) do dutiny břišní a nazogastrickou sondou. V bezprostředních několika hodinách po operaci můžete mít bolesti v operační ráně. Ty jsou zcela přirozené a ošetřující personál je bude tlumit léky proti bolesti. Bolesti v ramenou po operaci jsou následkem peroperačního nafouknutí dutiny břišní. Déle trvající výrazné bolesti jsou spíše příznakem některé komplikace. Zvracení a nevolnost jsou občasným nežádoucím účinkem celkové anestezie. Pozdější nebo přetrvávající zvracení může být známkou komplikace, vyžaduje zhodnocení ošetřujícím lékařem. Po tomto výkonu nemůžete přijímat tekutiny ani stravu ústy, výživu do té doby přijímáte nitrožilně. Po všech břišních operacích dochází k přechodnému ochrnutí činnosti střev. Pohybovat končetinami můžete libovolně ihned po operaci, chodit již za několik hodin po operaci, zprvu vždy s pomocí ošetřujícího personálu. Přeložení na standardní oddělení můžete být za několik dní po výkonu, většinou po obnovení činnosti střev. Stehy jsou odstraňovány podle typu materiálu a typu stehů do 14 dní. V prvních dnech a týdnech po operaci můžete pociťovat pnutí či bolest v operační ráně. Jizva bude v prvních týdnech tuhá, růžová, citlivá, lehce vystouplá nad okolí. Postupně změkne a stane se méně patrnou. Vykonávat fyzickou námahu je zakázáno 6 týdnů po operaci, čímž se snižuje riziko vzniku pooperační kýly v jizvě. O možnosti založení stomie (vývodu střeva) budete ještě před výkonem informován/a ošetřujícím lékařem. Ohledně ošetřování vývodu budete po operaci poučen/a a vyškolen/a stomickou sestrou a ošetřujícím lékařem, budou Vám poskytnuty všechny potřebné pomůcky k ošetřování vývodu. Dotazy o činnostech, které můžete a nemůžete vykonávat, Vám zodpoví ošetřující lékař. Do zaměstnání budete moci nastoupit dle dohody s ošetřujícím lékařem. Omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti je u každého pacienta individuální, a to s přihlédnutím k povaze onemocnění, hojení a společenskému a pracovnímu zapojení po zákroku. Jednotlivá omezení s Vámi po provedení zákroku probere lékař.

Předpokládaný prospěch výkonu:

Při operaci tlustého střeva pro nádorové onemocnění je resekce střeva nejdůležitější léčebnou metodou, chemoterapie a radioterapie bez ní nemají naději na vyléčení. Resekci střeva pro nezhoubné onemocnění, např. výchlípky, polypy, záněty, indikujeme s ohledem na věk a celkový stav pacienta, v případě zánětů v případě, že selhává konzervativní léčba. Opět výkon může vést k úplnému vyléčení choroby. Pokud lze operaci provést laparoskopicky, jsou menší bolesti, zkrátí se doba hospitalizace a rekonvalescence.

Byl/a jsem svým ošetřujícím lékařem poučen/a o významu pořízení audiovizuálních záznamů průběhu mé léčby, které, v případě mého souhlasu, mohou být použity pro vědecké a studijní účely a mohou být prezentovány na seminářích Karlovarská krajská nemocnice a.s., na kongresech, event. publikovány v odborných časopisech. Záznamy budou pořízeny jenom z těch částí mého těla, které přímo souvisí s léčbou. Byl/a jsem poučen/a, že při jejich jakékoliv prezentaci nebudou zveřejňovány osobní údaje o mé osobě (jméno, příjmení) a citlivé údaje ani další znaky, které by vedly k bližší identifikaci mé osoby:

ANO NE

Doplňující údaje lékaře:

Lokalizace výkonu (zákroku) Strana

.....

Já, níže podepsaný pacient (zákonný zástupce, opatrovník) prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně informován o účelu a povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích plánovaného lékařského výkonu uvedeného výše. Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a veškeré mé dotazy byly srozumitelně zodpovězeny.

Jsem si vědom/a toho, že při provádění operačního výkonu může nastat neočekávaná situace, která si vyžádá rozšíření původně plánovaného výkonu nebo provedení dalšího nutného výkonu pro záchranu mého zdraví či života. Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s uvedeným operačním výkonem i s podáním anestezie.

Jsem srozuměn/a s tím, že operační výkon nemusí být proveden lékařem, který mne doposud ošetřoval.

Souhlasí zaznamenané místo a lokalizace výkonu (zákroku).

Datum:

Podpis pacienta (zákonného zástupce, opatrovníka):

Prohlašuji, že jsem vysvětlil podstatu operačního výkonu pacientovi způsobem, který byl podle mého soudu pro pacienta srozumitelný. Se způsobem plánované anestezie/sedace byl seznámen lékařem – anesteziologem.

Rovněž jsem pacienta seznámil s důsledky tohoto výkonu a s možnými častějšími komplikacemi, zejména s riziky uvedenými výše v tomto poučení.

Datum:.....

Jméno lékaře:Podpis: