

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1
im. N. Barlickiego w Łodzi
Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej,
Transplantacyjnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej

Imię i nazwisko pacjenta

PROSPEKT INFORMACYJNY

do zachowania wraz ze zgodą pacjenta/-ki na świadczenie zdrowotne

1. Nazwa zaproponowanego świadczenia zdrowotnego

LAPAROSKOPOWA RĘKAWOWA RESEKCJA ŻOŁĄDKA (LAPAROSCOPIC SLEEVE GASTRECTOMY – LSG)

2. Istota oraz cel zaproponowanego świadczenia zdrowotnego:

Nadmierna masa ciała istotnie zwiększa ryzyko rozwoju różnych chorób (cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, chorób stawów, kamicy żółciowej), a tym samym przyczynia się do zwiększonego ryzyka śmierci. Podejmowane przez Państwa nieudane próby zmniejszenia masy ciała za pomocą leczenia zachowawczego spowodowały, że rozważacie Państwo możliwość leczenia operacyjnego, dzięki któremu możliwa będzie redukcja części nadmiernej masy ciała.

Rękawowa resekcja żołądka jest sposobem leczenia operacyjnego otyłości patologicznej stosowanym na świecie od kilkunastu lat i obecnie jest najczęściej wykonywaną procedurą bariatryczną. Operację wykonuje się sposobem laparoskopowym w znieczuleniu ogólnym. Wykonuje się pięć nacięć o długości 1 cm każde, przez które wprowadza do brzucha kamerę wraz ze źródłem światła oraz narzędzia. Zabieg polega na odcięciu bocznej części żołądka za pomocą staplerów (mechanicznych zszywaczy z tytanowymi zszywkami). Pozostawia się zamiast żołądka w kształcie „worka” rurę o średnicy wewnętrznej 11 mm. Wycięty żołądek wydobywa się przez jeden z otworów na zewnątrz. Podczas operacji wykonuje się próbę szczelności nowego żołądka z niebieskim barwnikiem, zakłada się dren do brzucha. Następnego dnia wykonuje się radiologiczną próbę szczelności. Po potwierdzeniu szczelności przewodu pokarmowego chory ma zalecone pić wodę. Całkowity pobyt w szpitalu to zwykle 4 do 5 dni. Po operacji chory może przyjmować znacznie mniejsze ilości pokarmu jednorazowo – pojemność nowego żołądka wynosi

Imię i nazwisko pacjenta

ok. 50 ml (wycinamy ok. 80 % żołądka). Ponadto, na skutek wycięcia dna żołądka zmniejsza się w organizmie stężenie hormonu głodu (ghreliny) co powoduje znacznie mniejsze łaknienie.

3. Opis powikłań związanych z proponowaną procedurą medyczną

Procedura związana jest zawsze z pewnym ryzykiem powikłań. Nie można zagwarantować pełnego powodzenia dla każdego bez wyjątku. Dlatego jest bardzo ważne, aby Państwo przeczytali i zaznajomili się z listą wymienionych poniżej zagrożeń. Przed operacją lekarz przeprowadzi z Państwem rozmowę o konieczności i możliwościach planowanego zabiegu. Zanim podejmiecie decyzję należy zapoznać się z typowymi następstwami i ryzykiem związanym z proponowaną 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.

- uszkodzenie sąsiednich narządów (np. śledziony, wątroby, nerwów, naczyń krwionośnych). Ryzyko wzrasta przy znacznej otyłości, przy zaburzonych stosunkach anatomicznych, u chorych, którzy poprzednio przebyli zabiegi operacyjne w obrębie jamy brzusznej, u chorych po przebytych rozległych stanach zapalnych i/lub zrostach;
- uszkodzenie żołądka lub/i jelit (przedziurawienie). W trakcie laparoskopii konieczne jest czasem w takim przypadku, dla Pani/Pana dobra, otwarcie jamy brzusznej;
- pooperacyjne krwawienia wewnątrz otrzewnej, przy których może zająć konieczność transfuzji krwi i wykonania pilnej reoperacji;
- tworzenie się zakrzepów i zamknięcie naczynia krwionośnego przez wędrujący zakrzep (może to się objawiać np. zatorem tętnicy płucnej);
- zakażenia rany pooperacyjnej na skutek infekcji. Prowadzi to do przedłużonego gojenia, a czasem do powstawania ropni lub przetok;
- przetoka żołądkowa występująca w linii szwu żołądkowego lub poza nią. To powikłanie może doprowadzić do zapalenia otrzewnej, zwykle wymaga reoperacji i założenia protezy do przelyku i żołądka. W skrajnych przypadkach może to doprowadzić do niewydolności wielonarządowej i zgonu pacjenta.

Imię i nazwisko pacjenta

Palacze tytoniu mają zalecenie całkowitego zaprzestania palenia na 6 miesięcy przed operacją. Palacze mają dwukrotnie większe ryzyko wystąpienia tego powikłania;

- operacja rękawowej resekcji żołądka na skutek zniszczenia fizjologicznego mechanizmu zastawkowego pomiędzy żołądkiem a przełykiem może dawać uporczywe zgagi z trudem poddające się leczeniu farmakologicznemu;
- zrosty w jamie brzusznej, które nawet po latach mogą doprowadzić do niedrożności jelit;
- zakażenie wirusem zapalenia wątroby (tzw. żółtaczką zakaźną) lub HIV;
- po każdej operacji wykonanej metodą „na otwarty”, 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.

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

4. Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

(Miejsce w prospekcie do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)

.....

5. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Bezpośrednio po operacji rozpoczniecie Państwo stosowanie diety. Początkowo dozwolone będzie jedynie spożywanie płynów, przez następne dni produktów miksowanych. Następnie do diety stopniowo będzie można wprowadzać pokarmy stałe. Dieta jest niezbędna do prawidłowego zagojenia miejsca operacji. U chorych, którzy zbyt wcześnie po operacji przyjmują pokarmy stałe lub potem zjadają zbyt obfite posiłki pojawia się ryzyko poszerzenia żołądka. Prowadzi to do mniejszej utraty masy ciała, a w niektórych przypadkach powtórne tycie i może

Imię i nazwisko pacjenta

powodować konieczność rozważenia ponownej operacji. Niektóre pokarmy będą trudne do zjedzenia a większość wymagać będzie dokładnego pogryzienia. Operacja jest dopiero pierwszym krokiem w kierunku zmiany sposobu życia. W związku z przeprowadzoną operacją pacjent zmuszony jest do znacznego ograniczenia ilości przyjmowanego jedzenia ze względu na zmniejszoną objętość żołądka. Obfite jedzenie wywołuje wymioty, w związku z czym każdy uczy się w początkowym okresie jak należy właściwie spożywać posiłki. Ważne jest dokładne przeżuwanie pokarmów, gdyż połknięcie dużych kęsów powoduje uczucie ucisku i zalegania w żołądku. Należy zatem zmienić zasadniczo swoje nawyki żywieniowe. Ułatwi to Państwu pozytywne spojrzenie na przeprowadzony zabieg: mimo niewielkiej ilości przyjętego jedzenia będziecie Państwo syci i nie będziecie odczuwać głodu. Na apetyt wpływać będą bodźce wzrokowe i zapachowe a nie żołądek. Aby osiągnąć pożądaną spadkę wagi musicie Państwo zaspokajać swoje pragnienie wyłącznie niskokalorycznymi płynami. Wykluczone są napoje gazowane (piwo, cola!), mleko z dużą zawartością tłuszczu itp. O sukcesie lub porażce tego zabiegu decydujecie sami stosując się do zasad prawidłowego żywienia. Podczas pierwszych 6-ciu miesięcy po operacji dochodzi przeciętnie do utraty około 20 - 30% nadmiernej masy ciała. Po operacji konieczne są konsultacje z lekarzem przeprowadzającym operację. Lekarz prowadzący wyznaczy Państwu terminy badań kontrolnych. W przypadku nagłej zmiany samopoczucia należy natychmiast porozumieć się z lekarzem.

Uwagi ogólne i objawy uboczne.

Wymioty. Pacjenci sporadycznie wymiotują i odczuwają ból po spożyciu pokarmów. Jedząc powoli i spokojnie nauczycie się Państwo odczuwać „sygnały” sytości ze swojego żołądka. Częste wymioty są wyraźnym sygnałem ostrzegawczym.

Witaminy. Wskazane jest przyjmowanie zespołu witamin i mikroelementów podczas okresu szybkiej redukcji masy ciała.

Ciąża. Okres pomiędzy operacją a stabilizacją masy ciała jest uważany za okres głodzenia. Podczas tego okresu ciąża nie jest wskazana.

Lekarstwa. Przed połknięciem jakiegokolwiek tabletki musi ona być połamana na mniejsze kawałki lub zmiądzona. W powszechnych schorzeniach takich jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca lub astma możliwa a nawet wskazana będzie

Imię i nazwisko pacjenta

redukcja przyjmowanych dawek leków. W tej sprawie powinni Państwo skonsultować się ze swoim lekarzem rodzinnym bądź specjalistą w danej dziedzinie.

Zaparcia. U wielu pacjentów po operacji występują zaparcia. Wynika to głównie z faktu zredukowania objętości przyjmowanych pokarmów, co z kolei prowadzi do zmniejszenia się ilości stolców a to z kolei do zmniejszenia aktywności jelit. W przypadku, jeśli stosowanie środków przeczyszczających staje się koniecznością wskazane jest stosowanie płynnych środków.

Wizyty kontrolne. Po operacji będziecie Państwo musieli regularnie uczęszczać na ambulatoryjne wizyty kontrolne. Początkowo będą one przeprowadzane co miesiąc, a następnie rzadziej. Państwa redukcja masy ciała i samopoczucie będą kontrolowane w ciągu tego okresu. Po uzyskaniu stabilnej masy ciała wizyty kontrolne będą zazwyczaj konieczne raz w roku.

Aktywność fizyczna. Nie mniej ważnym jak zmiana nawyków żywieniowych będzie dla Państwa także zmiana poziomu aktywności ruchowej. W miarę ubytku masy ciała, aktywność fizyczna będzie łatwiejsza.

Zakaz spożywania alkoholu. U większości chorych otyłych istnieją już przed operacją laboratoryjne i anatomopatologiczne cechy uszkodzenia wątroby - stłuszczenie. Spożywanie alkoholu po operacji może nasilić uszkodzenie wątroby, a nawet w szczególnych przypadkach prowadzić do rozwoju marskości i niewydolności tego, niezbędnego dla życia organizmu, narządu.

Inne powikłania. Mogą także wystąpić inne niespecyficzne powikłania, o które możecie Państwo zapytać swojego lekarza.

Nie można zagwarantować, że wykonane zmiany anatomiczne przewodu pokarmowego będą funkcjonowały prawidłowo przez resztę życia. Zawsze istnieje ryzyko niepowodzenia operacji nawet, jeśli nie zdarzy się żadne z powyżej wymienionych powikłań. **Brak efektów chudnięcia jest wynikiem niestosowania się do zasad odżywiania.** W przyszłości będzie możliwe rozważenie wykonania drugiego etapu operacji prowadzącego do ograniczenia trawienia i wchłaniania spożytego pokarmu poprzez zastosowanie zmian anatomicznych w obrębie przewodu pokarmowego o charakterze wyłączenia żołądkowego. Musicie Państwo być świadomi, że prawdopodobieństwo reoperacji jest częścią składową

Imię i nazwisko pacjenta

chirurgicznego leczenia chorobliwej otyłości a ewentualna reoperacja nie może być traktowana jako powikłanie.

6. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Wyniki badań naukowych wskazują, że brak jest w chwili obecnej skutecznych metod leczenia zachowawczego tak zaawansowanych, jak u Państwa, postaci otyłości. Biorąc powyższe pod uwagę należy się spodziewać, że wraz z upływem czasu choroba będzie postępowała, masa ciała będzie coraz większa, a to z kolei doprowadzi do rozwoju innych chorób, takich jak: cukrzyca, nadciśnienie, zaburzenia lipidowe i wiele innych, które przyczyniają się do zwiększonego ryzyka zgonu.

Łódź, dn.

.....

podpis pacjenta w tym os. małoletniej
/przedstawiciela ustawowego