

DANE PACJENTA

NR KSIĘGI GŁÓWNEJ/ODDZIAŁOWEJ

DANE PLACÓWKI

INFORMACJA O PLANOWANYM ZABIEGU UROLOGICZNYM

Nefrektomia radykalna przezotrzewnowa laparoskopowa

Rozpoznano u Pani/Pana guz nerki. Na tej podstawie zakwalifikowano Panią/Pana do operacji usunięcia nerki metodą laparoskopową. Poniżej znajdują się podstawowe informacje o chorobie oraz leczeniu, które Pani/Panu zaproponowano. Proszę zapoznać się z tymi informacjami i omówić nasuwające się pytania z urologiem prowadzącym.

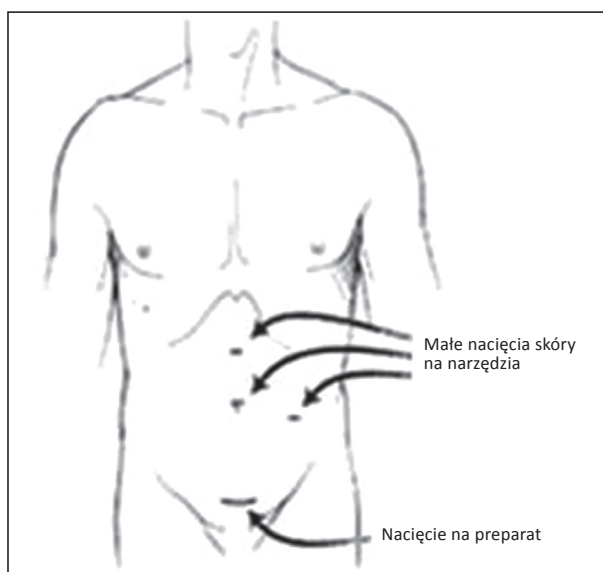
Nefrektomia radykalna przezotrzewnowa laparoskopowa – definicja

Jest to operacja, w trakcie której urolog usuwa nerkę wraz z guzem, a także wszystkie otaczające tkanki, torebkę tłuszczową, czasami również nadnercze lub regionalne węzły chłonne. Zabieg ten może być wykonany kilkoma metodami, w zależności od wielkości i położenia guza oraz budowy ciała pacjenta. Przed operacją niezbędne jest potwierdzenie przez zespół lekarzy, że druga nerka prawidłowo wydziela i wydala mocz.

Operacja ta będzie przeprowadzona w znieczuleniu ogólnym (narkozie), podczas którego będzie Pani/Pan całkowicie uśpiona/uśpiony. Pacjent układany jest na stole operacyjnym w pozycji na plecach, z odpowiednim jego wygięciem stosownie do strony operowanej. Kończyny górne chorego są ułożone na żelowych podkładkach, celem zminimalizowania ucisku na splot ramienny oraz nerwy.

Na początku operacji urolog wytwarza dostęp laparoskopowy poprzez 3–5 nacięć skóry długości od 0,5 cm do 2–3 cm, przez które zostaną wprowadzone do jamy otrzewnej narzędzia chirurgiczne oraz kamera. Jedno dłuższe nacięcie (ok. 4–6 cm) zostanie dodatkowo wykonane w podbrzuszu lub w okolicy pępka i zostanie użyte do usunięcia

preparatu. Jama brzuszna zostanie wypełniona dwutlenkiem węgla w celu wytworzenia „przestrzeni roboczej”. Po wprowadzeniu kamery oraz narzędzi laparoskopowych do jamy otrzewnej urolog delikatnie odsunie jelita, żeby uzyskać dostęp do nerki. Następnie dokonuje identyfikacji struktur, takich jak okołonerkowa tkanka tłuszczowa, moczowód, naczynia szypuły nerkowej, naczynia dodatkowe oraz nadnercze. Kolejnym etapem jest wypreparowanie nerki wraz z otaczającymi ją tkankami. W przypadku nefrektomii lewostronnej występuje czasami konieczność przecięcia żyły gonadalnej, ponieważ jej anatomiczne ujście znajduje się w żyłę nerkowej. Nie jest to związane z żadnymi odległymi następstwami. W niektórych przypadkach konieczne może być również usunięcie nadnercza. Do loży po nerce zostanie wprowadzony dren asekuracyjny, a rany zostaną zszyte.



Pobyt w szpitalu po tej operacji zwykle trwa około 2–4 dni, choć jeśli zajdzie taka konieczność, okres ten może się wydłużyć. Przed opuszczeniem szpitala zostanie Pani/Pan poinformowana/poinformowany o ewentualnych ograniczeniach w diecie i o zalecanej poziomie codziennej aktywności. Okres rehabilitacji i powrotu do pełnej sprawności zależy w dużym stopniu od kondycji pacjenta przed zabiegiem, czasem może trwać nawet kilka miesięcy. Najczęściej zachęcamy, aby rozpocząć lekkie, codzienne czynności tak szybko, jak to możliwe. Jednakże trzeba będzie unikać wysiłku fizycznego przez kilka tygodni. Przez kilka tygodni lub miesięcy może Pani/Pan odczuwać lekkie bóle i uczucie odrętwienia lub przeczulicy skóry w okolicy i poniżej blizny pooperacyjnej. Jest to wynik przecięcia wraz z powłokami ciała nerwów odpowiedzialnych za czuciowe unerwienie skóry.

Kiedy wykonuje się zabieg nefrektomii radykalnej przezotrzewnowej laparoskopowej? Wskazaniem do wykonania zabiegu nefrektomii radykalnej z dostępu przezotrzewnowego techniką laparoskopową jest obecność zmiany nowotworowej w nerce. Rodzaj zabiegu oraz wybranego dostępu do nerki jest w każdym przypadku rozpatrywany indywidualnie. Przeciwniegiem nerka w chwili kwalifikacji przestawia się i funkcjonuje prawidłowo.

Ryzyko wystąpienie powikłań pooperacyjnych

- **Krwawienie.** Krwawienie podczas zabiegu nefrektomii może mieć różne nasilenie i przyczynę. Ważne, aby jakiegokolwiek leki wpływające na czynność płytek krwi lub krzepnięcia odstawić w zalecany czas przed zabiegiem i poinformować o tym lekarza prowadzącego. W czasie operacji często występuje krwawienie z licznych drobnych naczyń okołonerkowych. Niekiedy, zwłaszcza przy dużych guzach, może być wymagane śródoperacyjne przetoczenie krwi lub preparatów krwiopochodnych. Czasami krwawienie z okolicy nadnercza może być trudne do zaopatrzenia, zwłaszcza podczas usuwania nerki po stronie prawej. W takich przypadkach operator może podjąć decyzję o całkowitym lub częściowym usunięciu nadnercza. Nie prowadzi to do poważnych następstw, chyba że w przeszłości pacjent był już poddany zabiegowi usunięcia nadnercza po stronie przeciwnej. W takim przypadku konieczne może być stałe doustne przyjmowanie leków hormonalnych. Kluczowym etapem jest zaopatrzenie tętnicy i żyły nerkowej. Są to duże naczynia, ich uszkodzenie zdarza się wyjątkowo rzadko, ale może być przyczyną maszynego krwotoku zagrażającego życiu pacjenta.
- **Krwawienia późne.** Bardzo rzadko może wystąpić nadmierne krwawienie z drenu już po zakończeniu operacji. W takim przypadku stosuje się leczenie zachowawcze w postaci uzupełniania ubytków krwi lub niekiedy, jeśli krwawienie nie zmniejsza się po leczeniu zachowawczym, konieczna może być ponowna operacja, polegająca na kontroli łoża po nerce i zaopatrzeniu krwawienia.
- **Setonaż i ponowna operacja.** Czasami do zatamowania krwawienia niezbędne jest wypełnienie pola operacyjnego chustami chirurgicznymi, co poprzez ucisk tkanek w operowanej okolicy umożliwia zahamowanie wielomiejscowego krwawienia. Pacjent po zasetonowaniu jamy brzusznej (wyłożenie chustami) przeważnie po upływie dwóch dni poddawany jest ponownej operacji, polegającej na usunięciu chust. Taka sytuacja zdarza się bardzo rzadko i dotyczy głównie pacjentów z zaawansowaną miejscowo chorobą nowotworową, masywnymi zrostami lub po wcześniej przebytych operacjach nerki oraz ze współistniejącymi zaburzeniami krzepnięcia krwi.
- **Odma podskórna.** Do stosunkowo częstych i niegroźnych następstw zabiegów laparoskopowych należy odma podskórna. Polega ona na przedostaniu się gazu pod skórę. Ulega on samoistnemu wchłonięciu, jednak zanim to nastąpi może dawać objawy w postaci bólu barków i karku oraz/lub obrzęku twarzy i szyi.
- **Uraz opłucnej i odma.** Śródoperacyjny uraz opłucnej, do którego dochodzi bardzo rzadko, może spowodować odmę (przedostanie się powietrza do jamy opłucnej, utrudniające oddychanie). W takim przypadku otwory w opłucnej zostaną zaszyte. W wypadku dużego urazu opłucnej może zająć konieczność wprowadzenia na kilka dni drenu ssącego do opłucnej przez otwór w skórze klatki piersiowej.
- **Uszkodzenie śledziony.** Jest to rzadkie powikłanie. W czasie nefrektomii lewostronnej występuje w mniej niż 5% przypadków. Czasem krwawienie ze śledziony może wymagać usunięcia tego narządu. Zazwyczaj nie jest to związane z negatywnymi odległymi następstwami, jednak wskazane będzie przestrzeganie przez pacjenta określonych zasad dotyczących zapobiegania infekcjom.

- **Uszkodzenie i perforacja jelita.** To powikłanie zdarza się wyjątkowo rzadko i przeważnie jest związane z naciekiem zapalnym na ścianę otrzewnej. Wówczas podczas resekcjonowania lub uwalniania nerki może dojść do niezamierzonego uszkodzenia jelita. To powikłanie może wymagać wyłonienia czasowej stomii kałowej i niekiedy ponownej operacji.
- **Powikłania sercowo-naczyniowe i infekcyjne.** Bardzo rzadko mogą wystąpić powikłania natury sercowo-naczyniowej, takie jak zatorowość płucna, zawał serca, zatrzymanie akcji serca, udar mózgowy lub czasowe niedotlenienie, a także stany zapalne dróg oddechowych czy zakażenie organizmu (sepsa)}. Powyższe powikłania dotyczą szczególnie osób starszych i obciążonych poważnymi chorobami (zaburzenia kardiologiczne, naczyniowe, cukrzyca). Niektórzy pacjenci wymagają czasowego pobytu na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej. Ryzyko zgonu jest nikłe, jednak nie można go wykluczyć całkowicie.
- **Niewydolność nerki przeciwległej.** Do najczęstszych powikłań okresu pooperacyjnego należy niewydolność nerki pozostającej, która czasem wymaga wykonania doraźnej dializy (zastosowania sztucznej nerki), a w rzadkich przypadkach, kiedy nerka nie będzie w stanie dostatecznie filtrować krwi, rozpoczęcie stałej, przewlekłej dializoterapii.
- **Konwersja.** Jeśli w trakcie zabiegu wystąpią niespodziewane trudności w operowaniu techniką laparoskopową (np. zrosty, zaburzenia anatomiczne, trudności w zachowaniu radykalności onkologicznej), urolog może podjąć śródoperacyjnie decyzję o konwersji (zmianie) z operacji techniką laparoskopową do operacji „otwartej”, czyli klasycznego przecięcia skóry i mięśni.
- **Przedłużony wyciek z drenu.** Rzadko zdarza się przedłużony wyciek z drenu, zazwyczaj treści chłonnej lub surowiczej, który wymaga pozostawienia drenu na dłuższy czas, sporadycznie nawet po wypisaniu ze szpitala. W wyjątkowych przypadkach może dojść do powstania zbiornika płynowego w łożu po nefrektomii, mogącego być źródłem infekcji i wymagającego dodatkowego postępowania, np. drenażu.
- **Przepuklina, pseudoprzepuklina i przeczulica skórna w bliźnie pooperacyjnej.** W przypadku przecięcia nerwów skórnych może dojść do przeczulicy skóry w okolicy rany pooperacyjnej. Może to spowodować stałe odczuwanie mrowienia i drętwienia skóry w operowanej okolicy, utrzymujące się przez okres kilku do kilkunastu miesięcy. W rzadkich przypadkach może nastąpić czasowe lub trwałe porażenie nerwów odpowiedzialnych za funkcję mięśni w tej okolicy. Wówczas może rozwinąć się tzw. pseudoprzepuklina, polegająca na częściowym zaniku mięśni brzusznych i powstaniu asymetrycznego uwypuklenia powłok w tej okolicy. Pseudoprzepuklina nie wymaga leczenia operacyjnego i zwykle stanowi trwały defekt kosmetyczny w operowanej okolicy. W bardzo rzadkich przypadkach mięśnie mogą nie zrosnąć się prawidłowo, co prowadzi do powstania prawdziwej przepukliny pooperacyjnej. Wówczas zawartość jamy otrzewnej (jelita, tkanka tłuszczowa) może przedostawać się pomiędzy mięśniami do okolicy podskórnej. W wybranych przypadkach może być konieczna kolejna operacja, polegająca na usunięciu przepukliny i ponownym zszyciu mięśni.

Co należy wiedzieć o zabiegu nefrektomii radykalnej?

Pobyt w szpitalu po zabiegu zwykle trwa 2–4 dni. W celu ograniczenia bólu pooperacyjnego będzie Pani/Pan otrzymywać środki przeciwbólowe. W pierwszej dobie po operacji będzie Pani/Pan mogła/mógł pić bez ograniczeń oraz spożywać pokarmy płynne i lekkostrawne. Pełną dietę pacjent otrzymuje w drugiej dobie po operacji. Przez jedną dobę po zabiegu będzie Pani/Pan miała/miał pozostawiony cewnik w pęcherzu moczowym. Cewnik zwykle usuwany jest następnego dnia po operacji, a dren asekuracyjny usuwa się 1–2 dni później. Czasami jednak może okazać się konieczne utrzymanie drenu przez kilka dni dłużej.

Wskazane jest wcześniejsze zorganizowanie transportu do miejsca zamieszkania, gdyż w tak krótkim czasie po operacji pacjent nie powinien prowadzić żadnych pojazdów. Należy również w planach osobistych i zawodowych uwzględnić pooperacyjny okres przeznaczony na rehabilitację. Trwa on zwykle od 2 do 3 miesięcy. W tym czasie pacjent nie powinien wykonywać żadnej ciężkiej pracy fizycznej.

Po upływie kilku do kilkunastu dni po operacji we wskazanym miejscu otrzyma Pani/Pan wynik badania histopatologicznego. Po uzyskaniu wyniku badania należy w każdym przypadku zgłosić się do urologa prowadzącego. Ustalenie ostatecznego rozpoznania pooperacyjnego w oparciu o wynik badania histopatologicznego może mieć istotny wpływ na dalsze leczenie.

W większości przypadków nowotworów nerek operacja kończy leczenie i nie są potrzebne żadne dodatkowe terapie. Istnieje jednak na ryzyko wznowy nowotworu („odrostu” raka w miejscu operowanym) bądź powstania jego przerzutów w odległych narządach lub węzłach chłonnych. To ryzyko określa się na podstawie między innymi wyniku badania mikroskopowego usuniętego guza. W związku z tym podstawą postępowania pooperacyjnego u większości chorych jest okresowe wykonywanie badań obrazowych (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, ultrasonografia) określonych obszarów ciała (klatka piersiowa, jama brzuszna). Szczegółowy schemat wykonywania tych badań przedstawi Pani/Panu urolog prowadzący.

U większości pacjentów po nefrektomii życie z jedną nerką nie prowadzi do żadnych ograniczeń ani poważnych schorzeń, o ile funkcja pozostałej nerki jest prawidłowa. Wskazane jest okresowe kontrolowanie ciśnienia tętniczego, poziomu glukozy we krwi oraz ocena parametrów wydolności nerki jedynej. Zaleca się regularne kontrole u lekarza POZ z oceną podstawowych badań laboratoryjnych i ciśnienia krwi. Jeśli konieczne okaże się leczenie farmakologiczne, przepisane lekarstwa należy stosować regularnie, zgodnie z zaleceniami.

Jak przygotować się do zabiegu nefrektomii radykalnej?

Zgłaszając się w Izbie Przyjęć szpitala na zabieg planowy, koniecznie należy mieć ze sobą skierowanie do szpitala oraz dokument tożsamości ze zdjęciem i numerem PESEL. Pakując się z myślą o hospitalizacji, należy przygotować się na kilkudniowy pobyt i zabrać ze sobą rzeczy, które w takim okresie mogą być przydatne. Niezbędne jest zabrać całą dostępną dokumentację medyczną, w tym wyników badań laboratoryjnych, histopatologicznych i obrazowych (opis w formie pisemnej oraz płyta CD/DVD z nagra-

nym badaniem), kart wypisowych z innych oddziałów, a także od lekarza rodzinnego, wyników {badań} zleconych przed operacją, konsultacji specjalistycznych, informacji o przyjmowanych na stałe lekach, informacji i „paszportów” dotyczących implantów. Proszę też pamiętać o dokumentach, które mogą być potrzebne przy sporządzaniu wypisu ze szpitala (NIP zakładu pracy, legitymacja Honorowego Dawcy Krwi, Kombatanta/Osoby Represjonowanej). Przed zabiegiem konieczne będzie całkowite usunięcie biżuterii (kolczyki, łańcuszki, pierścionki). Szczególnie wskazane jest zdjęcie obrączek i pierścionków z palców przed przyjęciem do szpitala, gdyż często okazuje się, że nie da się ich usunąć w dniu zabiegu bez ich uszkodzenia. Konieczne będzie także ogolenie skóry w miejscu, gdzie będzie planowana operacja.

Opiekujący się Panią/Panem urolog przed operacją sprawdzi wyniki następujących badań: badanie podmiotowe i fizykalne, usg jamy brzusznej, badania laboratoryjne, wyniki wykonanych badań obrazowych (tomografia komputerowa jamy brzusznej, urografia, scyntygrafia). Bardzo istotne jest udzielenie lekarzowi dokładnych informacji o przyjmowanych lekach, ze szczególnym uwzględnieniem leków hamujących krzepnięcie krwi. Bardzo pomocne będzie przygotowanie listy stosowanych leków.

Spożywanie posiłków i napojów w dniu operacji jest zabronione. Personel szpitala poprosi Panią/Pana o pozostanie na czczo. W praktyce oznacza to całkowity zakaz spożywania posiłków i płynów od północy dnia poprzedzającego operację. Może również zostać wykonana wlewka doodbytnicza (lewatywa). Ponadto w przeddzień zabiegu konieczne będzie ogolenie skóry w operowanej okolicy oraz zadbanie o higienę osobistą (kąpiel). W dniu operacji, rano proszę jedynie przyjąć te leki, które wskaże Pani/Panu urolog lub anestezjolog i popić je minimalną ilością wody. W razie wątpliwości proszę koniecznie przyjęcie jakichkolwiek leków skonsultować z lekarzem prowadzącym. Nieprzestrzeganie powyższych zasad może poważnie zagrozić zdrowiu i życiu oraz może być powodem czasowego zdyskwalifikowania z zaplanowanej operacji.

Wytyczne dotyczące rekonwalescencji po przebytym zabiegu nefrektomii radykalnej

- Proszę pić dużo płynów (min. 2,5 l/dobę). Ma to na celu usprawnienie funkcjonowania układu moczowego.
- Proszę nie przyjmować żadnych leków doustnych hamujących krzepnięcie krwi. Jeśli z powodu obciążeń kardiologicznych przed zabiegiem odstawiła Pani/ odstawił Pan doustne leki przeciwkrzepliwe i rozpoczęła/rozpoczął stosowanie iniekcji heparyny, proszę kontynuować leczenie iniekcjami przez co najmniej 2 tygodnie.
- Proszę powstrzymać się od wykonywania ciężkiej pracy fizycznej przez okres minimum 4 tygodni po operacji.
- Proszę nie dopuszczać do zapań. W tym celu należy spożywać pokarmy zawierające dużo błonnika i unikać produktów działających zapierająco. Ważne jest przestrzeganie zdrowej i zrównoważonej diety, zawierającej owoce, warzywa, produkty pełnoziarniste i niskotłuszczowe pokarmy. Zalecane jest ograniczenie dziennego spożycia soli i zwracanie szczególnej uwagi na zawartość soli (sodu) w żywności przetworzonej (opis produktu na opakowaniu). W celu dobrania odpowiedniego schematu żywieniowego warto skorzystać z pomocy dietetyka.

- Istotne jest ograniczenie spożycia alkoholu i kofeiny. W wybranych przypadkach lekarz może zalecić całkowite wyeliminowanie tych produktów z diety.
- Wskazane są regularne ćwiczenia fizyczne, w natężeniu dobranym do stanu zdrowia i kondycji fizycznej. Są one bardzo ważnym elementem powrotu do zdrowia.
- Bezwzględnie przeciwwskazane jest palenie tytoniu. Udowodniono istotny wpływ dymu papierosowego na rozwój raka nerki oraz na ryzyko wznowy choroby nawet po przebytej nefrektomii.
- Przebyte leczenie z powodu choroby nowotworowej może być przyczyną zaburzeń Pani/Pana nastroju, uczucia niepewności, przygnębienia, depresji. W takich sytuacjach warto skorzystać z pomocy psychologa lub psychiatry.
- W przypadku jakichkolwiek wątpliwości zachęcamy do kontaktu z urologiem prowadzącym.

Wyniki i leczenie uzupełniające

Radykalne wycięcie chirurgiczne nerki, niezależnie od techniki, jaką zostało wykonane, pozostaje jedynym skutecznym sposobem leczenia raka nerki. Przeżycie 5 lat u pacjentów po nefrektomii radykalnej zależy od stopnia zaawansowania i stopnia złośliwości guza stwierdzonego w badaniu histopatologicznym. Szczegółowe informacje na ten temat może Pani/Pan uzyskać od lekarza prowadzącego.

Powyższe informacje mają służyć zrozumieniu przez Panią/Pana czynności podejmowanych przez personel medyczny w celu poprawy stanu zdrowia. Powyższy tekst nie ma na celu wywołania Pani/Pana strachu przed zabiegiem, lecz jest jedynie informacją o nim. Jego celem jest również uświadomienie pacjentom, że każdy, nawet najmniejszy zabieg może być obciążony pewnymi komplikacjami. W razie jakichkolwiek wątpliwości, niezrozumienia całości lub fragmentu informacji prosimy o zgłoszenie się do lekarza prowadzącego.

Jeśli chce Pani/Pan uzyskać dodatkowe informacje na temat choroby i leczenia, proszę skontaktować się z personelem oddziału

ODDZIAŁ _____

GAB. LEKARSKI - TEL. _____

SEKRETARIAT - TEL. _____

lub zgłosić się do Poradni Urologicznej

PORADNIA UROLOGICZNA - TEL. _____

DANE PACJENTA

NR KSIĘGI GŁÓWNEJ/ODDZIAŁOWEJ

DATA

Formularz świadomej zgody na zabieg nefrektomii radykalnej przezotrzewnowej prawostronnej/lewostronnej

Prosimy o podpisanie niniejszego oświadczenia:

Oświadczam, że informacje o planowanym leczeniu, jego metodzie i możliwych komplikacjach z niego wynikających zostały mi przedstawione przez lekarza w sposób wyczerpujący i przystępny oraz że są one dla mnie całkowicie zrozumiałe. Oświadczam, że miałem możliwość zadawania pytań i otrzymałem stosowne wyjaśnienia zgłaszanych wątpliwości. Zaświadczam, że nie zataiłem żadnych informacji, które mogą mieć wpływ na moje leczenie. Jednocześnie wyrażam świadomą zgodę na proponowane mi leczenie i upoważniam lekarzy do wykonywania czynności, które uznają za stosowne dla ratowania mojego zdrowia i życia w sytuacjach tego wymagających. Rozumiem, że wymienione w powyższej informacji powikłania nie są wszystkimi możliwymi, z którymi mogę się zetknąć w trakcie leczenia. W przypadku klinicznego charakteru placówki medycznej wyrażam również zgodę na bierne i czynne uczestnictwo przy badaniu i zabiegach studentów medycyny.

Wyrażam zgodę na przetoczenie preparatów krwiopochodnych w przypadku zaistnienia wskazań do takiego postępowania. Upoważniam lekarzy do wykonania transfuzji krwi w trakcie oraz po przebytej operacji, również wtedy, gdy będę nieprzytomny.

Wyrażam zgodę na wykorzystanie moich danych medycznych do celów naukowych, w tym do publikacji w czasopiśmie medycznych. Oświadczam, iż rozumiem, że wykorzystane zostaną wyłącznie dane medyczne w sposób niepozwalający osobom postronnym na identyfikację mojej osoby, a dane osobowe pozostaną utajnione.

Jeśli po przeczytaniu niniejszego dokumentu ma Pani/Pan jakieś pytania do lekarza prowadzącego, proszę napisać je poniżej.

1.

2.

3.

4.

Czytelny podpis pacjenta

Podpis i pieczęć lekarza