

DANE PACJENTA

NR KSIĘGI GŁÓWNEJ/ODDZIAŁOWEJ

DANE PLACÓWKI

INFORMACJA O PLANOWANYM ZABIEGU UROLOGICZNYM

Nefrektomia zaotrzewnowa laparoskopowa

Na podstawie przeprowadzonych badań rozpoznano u Pani/Pana afunkcję (brak czynności) nerki. W wyniku tego zakwalifikowano Panią/Pana do laparoskopowego usunięcia tego narządu. Poniżej znajdują się podstawowe informacje o chorobie oraz leczeniu, które Pani/Panu zaproponowano. Proszę zapoznać się z tymi informacjami i omówić nasuwające się Pani/Panu pytania z urologiem prowadzącym.

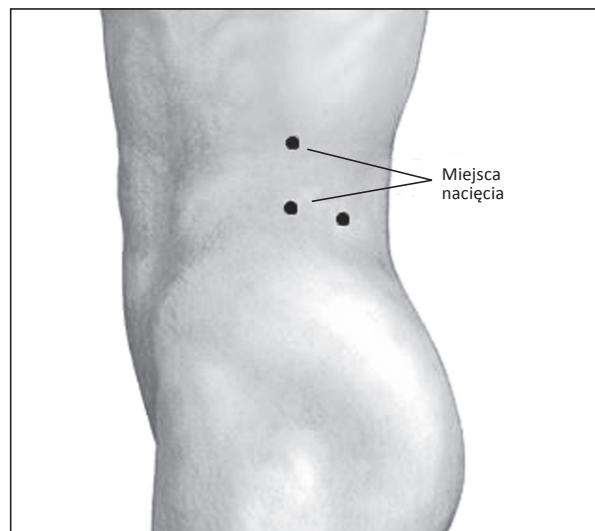
Nefrektomia zaotrzewnowa laparoskopowa – definicja

Jest to operacja, w trakcie której urolog usuwa nerkę, a także wszystkie otaczające tkanki, torebkę tłuszczową, czasami nadnercze. Zabieg ten może być wykonany kilkoma metodami, w zależności od budowy ciała pacjenta i miejscowych warunków anatomicznych. Przed operacją niezbędne jest potwierdzenie przez zespół lekarzy, że druga nerka prawidłowo wydziela 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 boku, z górną częścią klatki piersiowej pod kątem około 45 stopni. Kończyny górne chorego są ułożone na żelowych podkładkach, celem zminimalizowania ucisku na ramiona i nerwy. Jedna kończyna dolna jest wygięta pod kątem 90 stopni, a druga wyprostowana i ułożona na specjalnych poduszkach. Następnie stół wyginany jest tak, żeby rozciągnąć przestrzeń od żeber do miednicy.

Na początku operacji urolog wytwarza dostęp laparoskopowy poprzez 3 lub 4 nacięcia skóry długości od 0,5 cm do 2–3 cm, przez które zostaną wprowadzone do „przestrzeni zaotrzewnowej” narzędzia chirurgiczne oraz kamera. Przestrzeń ta zostanie także wypełniona dwutlenkiem węgla w celu wytworzenia przestrzeni roboczej. Dodatkowo może zostać wykonane cięcie długości kilku centymetrów w podbrzuszu po operowanej stronie lub w okolicy lędźwiowej, które zostanie wykorzystane do usunięcia narządu. Dzięki temu nie ma konieczności otwierania jamy otrzewnej.

Po odsłonięciu przestrzeni zaotrzewnowej urolog dokonuje identyfikacji struktur, takich jak okołonerkowa tkanka tłuszczowa, moczowód, naczynia szypuły nerkowej, naczynia dodatkowe oraz nadnercze. Następnie wycina nerkę 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 wybranych przypadkach w trakcie operacji istnieje konieczność usunięcia również nadnercza. Do łoży 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 ulec wydłużeniu. Przed opuszczeniem szpitala zostanie Pani/Pan poinformowana/poinformowany o ewentualnych ograniczeniach w diecie i o zalecanym poziomie codziennej aktywności. Okres rehabilitacji i powrotu do pełnej sprawności zależy w dużym stopniu od Pani/Pana kondycji przed zabiegiem, czasem może trwać nawet kilka miesięcy. Najczęściej zachęcamy, aby rozpocząć lekkie, codzienne czynności tak szybko, jak tylko to możliwe. Wskazane jest jednak unikanie nadmiernego wysiłku fizycznego przez kilka tygodni. Przez kilka 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 zaotrzewnowej laparoskopowej?

Wskazaniem do wykonania zabiegu nefrektomii z dostępu lędźwiowego techniką laparoskopową jest afunkcja nerki. Rodzaj zabiegu oraz wybranego dostępu do nerki jest w każdym przypadku rozpatrywany indywidualnie. Przeciwniegi nerka w chwili kwalifikacji przestawia się i funkcjonuje prawidłowo.

Ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych

- **Krwawienie.** Krwawienie podczas zabiegu nefrektomii może mieć zarówno różne nasilenie, jak 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 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 była Pani/był Pan 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 masywnego 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 łoży po nerce i zatamowaniu 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 przeważnie po upływie dwóch dni poddawany jest ponownej operacji, polegającej na usunięciu chust. Taka sytuacja zdarza się bardzo rzadko i dotyczy głównie pacjentów z masywnymi zrostami pozapalnymi 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 i/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 utrudniającego oddychanie). W takim przypadku otwory w opłucnej zostaną zaszyte. W wypadku dużego urazu opłucnej może zajść konieczność wprowadzenia na kilka dni drenu ssącego do opłucnej przez otwór w skórze klatki piersiowej.
- **Uraz i perforacja otrzewnej.** Jest to niegroźne powikłanie. W przypadku znacznej perforacji lub konieczności resekcji otrzewnej i pozostawienia ubytku (np. na skutek nacieku zapalnego obejmującego otrzewną) możliwe może być wprowadzenie diety ścisłej (głodówka) na okres 1–2 dni po operacji, a w niektórych przypadkach również sondy żołądkowej założonej przez nos.

- **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, stany zapalne dróg oddechowych, zakażenie organizmu (sepsa), zawał serca, zatrzymanie akcji serca, udar mózgowy bądź czasowe niedotlenienie. Powyższe powikłania dotyczą szczególnie osób starszych i obciążonych poważnymi chorobami (zaburzenia kardjologiczne, naczyniowe, cukrzyca). Niektórzy pacjenci wymagają czasowego pobytu na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej. Ryzyko zgonu jest nikłe, jednak nie można go wykluczyć całkowicie.
- **Konwersja.** Jeśli w trakcie zabiegu wystąpią niespodziewane trudności w operowaniu techniką laparoskopową (np. zrosty lub zaburzenia anatomiczne), urolog może podjąć śródoperacyjnie decyzję o konwersji do operacji „otwartej”, czyli klasycznego przecięcia skóry i mięśni.
- **Niewydolność nerki przeciwległej.** Do najczęstszych powikłań okresu pooperacyjnego należy niewydolność nerki pozostałej, 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.
- **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 lędźwiowa, pseudoprzepuklina i przeczulica lędźwiowa.** 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 dojść do czasowego lub trwałego porażenia nerwów odpowiedzialnych za funkcję mięśni w tej okolicy. Wówczas może rozwinąć się tzw. pseudoprzepuklina, polegająca na częściowym zaniku mięśni lędźwiowych 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 się nie zrosnąć prawidłowo, co prowadzi do powstania prawdziwej przepukliny lędźwiowej. Wówczas zawartość jamy otrzewnej (jelita, tkanka tłuszczowa) może przedostawać się pomiędzy mięśniami do okolicy podskórnej. W wyjątkowych przypadkach konieczna może być kolejna operacja, polegająca na usunięciu przepukliny i ponownym zszyciu mięśni.

Co należy wiedzieć o zabiegu nefrektomii zaotrzewnowej laparoskopowej?

Pobyt w szpitalu po zabiegu zwykle trwa 2–4 dni. Celem ograniczenia bólu pooperacyjnego będzie Pani/Pan otrzymywać środki przeciwbólowe. W pierwszej dobie po operacji będzie można pić bez ograniczeń oraz spożywać pokarmy płynne i lekkostrawne. Pełną dietę pacjent otrzymuje w drugiej dobie po operacji. Przez jedną dobę po zabiegu pacjent ma 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 dodatkowych kilka dni.

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 Pan/Pani 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.

U większości pacjentów po nefrektomii życie z jedną nerką nie prowadzi do 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 leki należy stosować regularnie zgodnie z zaleceniami.

Jak przygotować się do zabiegu?

Zgłaszając się w Izbie Przyjęć szpitala na zabieg planowy, koniecznie trzeba 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 zabranie ze sobą całej dostępnej dokumentacji medycznej, w tym wyników badań laboratoryjnych, histopatologicznych i obrazowych (opis w formie pisemnej oraz płyta CD/DVD z nagraniem badaniem), kart wypisowych z innych oddziałów, a także od lekarza rodzinnego, wyników badań zleczonych przed operacją, konsultacji specjalistycznych, informacji o przyjmowanych na stałe lekach, informacji i „paszportów” dotyczących implantów. Proszę 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 wykonanie zabiegu higieny osobistej (kąpiel). W dniu operacji, rano proszę jedynie przyjąć te leki, które wskaże 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 Pani/Pana zdrowiu i życiu oraz może być powodem czasowego zdyskwalifikowania z zaplanowanej operacji.

Wytyczne dotyczące rekonwalescencji po przebytym zabiegu nefrektomii zaotrzewnowej laparoskopowej

- Proszę pić dużo płynów (min. 2,5 l/dobę). Ma to na celu usprawnienie funkcjonowania układu moczowego.
- Proszę nie stosować 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 minimum 2 tygodnie.
- Proszę powstrzymać się od wykonywania ciężkiej pracy fizycznej przez okres zalecony przez lekarza prowadzącego.
- Proszę nie dopuszczać do zaparć. 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. Są bardzo ważnym elementem powrotu do zdrowia.
- Bezwzględnie przeciwwskazane jest palenie tytoniu.
- W przypadku jakichkolwiek wątpliwości zachęcamy do kontaktu z urologiem prowadzącym.

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 zaotrzewnowej laparoskopowej 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