



Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszcz
ul. dr I. Romanowskiej 2, 85-796 Bydgoszcz,
tel.: 52 374 30 00
I część kodu resortowego: 04-00061
Komórka organizacyjna, tel.
VII część kodu resortowego:

ZG-183 edycja 1
strona 1 z 6

Bydgoszcz, dnia

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA LECZENIE OPERACYJNE CZĘŚCIOWA RESEKCJA PRZEŁYKU (METODĄ KLASYCZNĄ/MAŁOINWAZYJNĄ)

Nr historii choroby

Płeć.....

Pacjent:
Nazwisko i imię pacjenta

PESEL:

Data urodzenia: RRRR/MM/DD

ADRES:
ulica, nr, kod pocztowy, miejscowość

Telefon:

KOD ICD-10: Rozpoznanie..... (wg międzynarodowej klasyfikacji), (rozszerzenie rozpoznania).....

PLANOWANA METODA OPERACYJNA:

[] Częściowa resekcja przełyku metodą klasyczną (otwartą – torakotomia / laparotomia / nacięcie na szyi)

[] Częściowa resekcja przełyku metodą małoinwazyjną (MIE – laparoskopowo / torakoskopowo / hybrydowo / z asystą robota)

(Uwaga: W przypadku operacji małoinwazyjnej z przyczyn technicznych, anatomicznych, krwawienia lub bezpieczeństwa pacjenta może zajść konieczność konwersji, czyli przejścia do metody otwartej klasycznej).

INFORMACJA O PROPONOWANYM SPOSOBIE LECZENIA:

Zabieg polega na chirurgicznym usunięciu zmienionego chorobowo odcinka przełyku wraz z odpowiednim marginesem zdrowych tkanek oraz regionalnymi węzłami chłonnymi (limfadenektomia dwu- lub trzypolowa). **Wybór konkretnej techniki operacyjnej zależy od lokalizacji guza, warunków anatomicznych pacjenta, stopnia zaawansowania nowotworu oraz ogólnej sytuacji klinicznej.**

1. Opis metod operacyjnych i miejsc cięć:

A. Zabieg przezbrzuszny z rozcięciem przepony (transhiatalny/bez torakotomii):

Wskazania: Stosowany głównie w przypadku guzów dolnego odcinka przełyku oraz połączenia przełykowo-żołądkowego.

Przebieg i miejsca cięć: Operacja nie wymaga otwierania klatki piersiowej (torakotomii). Rozpoczyna się od cięcia pośrodkowego w brzuchu (laparotomia). Chirurg uwalnia żołądek, poszerza rozwór przełykowy przepony i wytwarza dostęp do klatki piersiowej od dołu, uwalniając przełyk "na ślepo" lub pod kontrolą wzroku/kamery. Następnie jest wykonywane zespolenie od strony jamy brzusznej, z dystalną częścią żołądka, jelitem cienkim lub grubym.

B. Metoda Ivora-Lewisa (dwudostępowa – brzuszno-piersiowa):

Wskazania: Standardowa metoda leczenia guzów środkowego i dolnego odcinka przełyku.



Przebieg i miejsca cięć:

- **I etap (brzuszy):** Cięcie w nadbrzuszu (laparotomia) – uwolnienie żołądka, wytworzenie z niego protezy do późniejszej rekonstrukcji oraz usunięcie węzłów chłonnych jamy brzusznej.
- **II etap (piersiowy):** Cięcie na prawej ścianie klatki piersiowej (torakotomia prawostronna). Mobilizuje się i wycina piersiowy odcinek przełyku wraz z guzem i węzłami chłonnymi klatki piersiowej, a następnie przemieszcza się przygotowany tubus żołądkowy do klatki piersiowej i wykonuje **zespolecie przełykowo-żołądkowe w klatce piersiowej**.

C. Metoda McKeowna (trzydostępowa – piersiowo-brzuszo-szyjna):

Wskazania: Stosowana w przypadku guzów górnego i środkowego odcinka przełyku lub gdy wymagana jest rozległa limfadenektomia trzypolowa (w tym węzłów szyjnych).

Przebieg i miejsca cięć:

- **I etap (piersiowy):** Prawostronna torakotomia – mobilizacja całego piersiowego odcinka przełyku i usunięcie węzłów chłonnych klatki piersiowej.
- **II etap (brzuszy):** Laparotomia – uwolnienie żołądka, ukształtowanie tubusa odżywczego i limfadenektomia brzuszna.
- **III etap (szyjny):** Nacięcie na szyi – wyciągnięcie przełyku z guzem, wykonanie resekcji oraz wykonanie **zespolecia przełykowo-żołądkowego na szyi**.

2. Dostęp małoinwazyjny (MIE / Robotyczny) i ryzyko konwersji:

Zabieg może być wykonany metodą małoinwazyjną (MIE), gdzie zamiast dużych cięć (laparotomii/torakotomii) stosuje się kilka małych nacięć (5–12 mm) na brzuchu i klatce piersiowej dla mikrokamery i narzędzi (laparoscopia, torakoscopia lub asysta robota). W przypadku trudności technicznych, nasilonych zrostów po wcześniejszych operacjach lub chemioradioterapii, krwawienia lub niepewności co do doszczętności onkologicznej, chirurg może w dowolnym momencie podjąć decyzję o **konwersji**, czyli przejściu do operacji otwartej poprzez wykonanie klasycznych cięć chirurgicznych.

3. Rekonstrukcja przewodu pokarmowego i sytuacje szczególne (przetoka ślinowa):

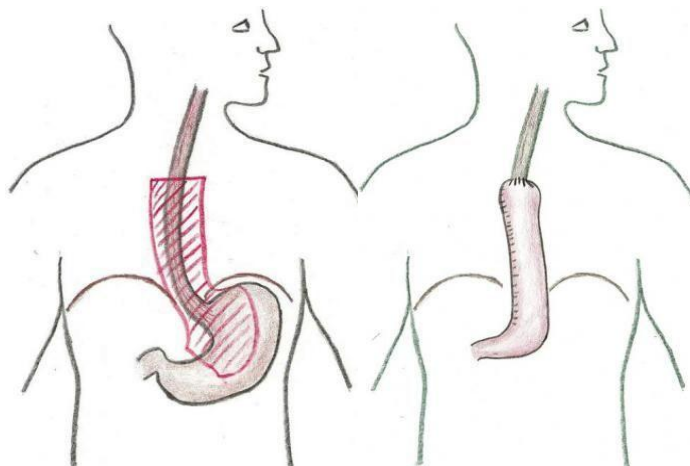
Standardowym postępowaniem po wycięciu przełyku jest natychmiastowe odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego za pomocą odpowiednio uformowanego żołądka (tubusa żołądkowego), rzadziej z użyciem pętli jelita cienkiego lub grubego.

W wyjątkowych przypadkach – np. w razie stwierdzenia śródoperacyjnie nieodpowiedniego ukrwienia żołądka, ciężkiego stanu pacjenta, masywnego zakażenia lub braku możliwości bezpiecznego wykonania zespolecia – **wykonanie natychmiastowej rekonstrukcji może okazać się niemożliwe lub niebezpieczne dla życia**. W takiej sytuacji jedynym i koniecznym wyjściem jest:

- Wytworzenie **przetoki ślinowej (ezofagostomii)** na szyi (wyprowadzenie pozostałego odcinka przełyku na skórę szyi, co zapobiega zachłyśnięciu śliną), oraz
- Wytworzenie mikrostomii odzywczej (jejunostomii lub gastrostomii) bezpośrednio do jelita/żołądka w celu umożliwienia żywienia.



Uwaga: Wytworzenie przetoki ślinowej jest **stanem odwracalnym** – po poprawie stanu ogólnego pacjenta i wygojeniu tkanek (zazwyczaj po kilku miesiącach) planuje się kolejny zabieg operacyjny mający na celu rekonstrukcję przełyku (np. z użyciem jelita grubego lub cienkiego).



OCZEKIWANE KORZYŚCI ZABIEGU:

- **Doszczętne (onkologiczne) usunięcie guza przełyku** wraz z regionalnym układem chłonnym, co stanowi kluczowy element leczenia przyczynowego i daje szansę na wyleczenie,
- **Przywrócenie drożności przewodu pokarmowego** i możliwości naturalnego spożywania pokarmów,
- **Zapobieganie krytycznym powikłaniom guza**, takim jak całkowita niedrożność przełyku, krwawienie lub powstanie przetoki do dróg oddechowych,
- **Poprawa rokowania** i umożliwienie prowadzenia dalszego leczenia uzupełniającego.

RYZYKO ZABIEGU DLA PACJENTA:

Częściowa resekcja przełyku jest jedną z najbardziej rozległych operacji chirurgicznych i wiąże się ze znacznym ryzykiem powikłań, w tym:

- nieszczelności zespolenia (przełykowo-żołądkowego) z wyciekami treści pokarmowej do klatki piersiowej lub szyi, co może prowadzić do zapalenia śródpiersia (*mediastinitis*), ropniaków opłucnej i wstrząsu septycznego,
- powikłań oddechowych (niewydolność oddechowa, zapalenie płuc, niedodma), wymagających długotrwałego oddechu zastępczego (respiratora),
- krwawienia śród- lub pooperacyjnego wymagającego przetoczenia krwi lub reoperacji,
- uszkodzenia nerwu krtaniowego wstecznego (prowadzącego do chrypki, zaburzeń głosu lub porażenia strun głosowych z zaburzeniami drożności dróg oddechowych),
- uszkodzenia przewodu piersiowego z wyciekami chłonki do opłucnej (*chylothorax*),
- uszkodzenia narządów sąsiednich (tchawicy, oskrzeli, dużych naczyń krwionośnych, serca, trzustki),
- zaburzeń rytmu serca (np. migotanie przedsionków), zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej,
- konieczności konwersji do operacji otwartej klasycznej (w przypadku metody małoinwazyjnej).

W rzadkich przypadkach powikłania po operacji przełyku mogą być ciężkie i stanowić bezpośrednie zagrożenie życia.



Zwiększone ryzyko powikłań może wynikać ze stanu zdrowia pacjenta (choroby układu krążenia i oddechowego, wyniszczenie, wiek, stan ogólny):

.....
.....

Szacowane ryzyko powikłań i zgonu wskutek zabiegu – próbą matematycznego sposobu wyliczenia prawdopodobieństwa zdarzeń niepożądanych jest model oceny klinicznej tzw. skala P-POSSUM. Ponieważ nie istnieje idealny model oceny, również ten nie uwzględnia wszystkich informacji (korzystnych i niekorzystnych), które mogą mieć znaczenie w przypadku indywidualnego pacjenta.

Szacowane ryzyko powikłań po zabiegu wg P-POSSUM wynosi:%

Szacowane ryzyko zgonu wskutek zabiegu wg P-POSSUM wynosi:%

SKUTKI ODLEGŁE ZABIEGU

Możliwe odległe następstwa zabiegu obejmują:

- zwężenie w miejscu zespolenia przełykowego wymagające poszerzania endoskopowego,
- zarzucanie treści żołądkowej i żółciowej do przełyku/jamy ustnej (reflaks),
- opóźnione opróżnianie zmienionego żołądka, uczucie pełności, nudności,
- konieczność trwałej zmiany nawyków żywieniowych (częste, małe objętościowo posiłki w pozycji uniesionej),
- spadek masy ciała oraz zaburzenia wchłaniania.

ALTERNATYWNE SPOSOBY POSTĘPOWANIA

Alternatywne metody obejmują wyłączną chemioradioterapię, leczenie endoskopowe (w bardzo wczesnych stadiach) lub postępowanie paliatywne (protezowanie przełyku stenty, gastrostomia/jejunostomia odżywcza, chemioterapia, radioterapia). Wybór metody zależy od zaawansowania nowotworu, stanu pacjenta oraz decyzji wielodyscyplinarnego konsylium onkologicznego.

SKUTKI ODMOWY I NIEPODJĘCIA PROPONOWANEGO LECZENIA

Niepodjęcie leczenia wiąże się z dalszym rozwojem nowotworu, narastaniem dysfagii (niemożności połykania nawet płynów), skrajnym wyniszczeniem (kacheksją), ryzykiem przebicia guza do dróg oddechowych (przetoka przełykowo-tchawicza) lub masywnego krwawienia, co nieuchronnie prowadzi do śmierci.

Powyższe informacje mają służyć zrozumieniu przez pacjenta czynności podejmowanych przez personel medyczny w celu poprawy jego stanu zdrowia. Powyższy tekst nie ma na celu wywołania 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 Pan/i uzyskać dodatkowe informacje na temat choroby i leczenia, proszę skontaktować się z lekarzem prowadzącym.



Uwagi pacjenta:

.....

.....

.....

.....

data, godzina

.....

podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

Oświadczenie

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, udzieliłem lekarzowi wszystkich informacji o stanie zdrowia mogących mieć znaczenie dla leczenia i przeprowadzanego zabiegu. 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 oraz zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu leczenia i przeprowadzenia zabiegu, w jego trakcie, w niezbędnym zakresie, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie tego wymagała zaistniała sytuacja. Rozumiem, że wymienione w powyższej informacji powikłania nie są wszystkimi możliwymi, z którymi mogę się zetknąć w trakcie leczenia.

**Oświadczam, że zapoznałem się z powyższym tekstem
wyrażam świadomą zgodę na proponowane leczenie**

.....

data, godzina

.....

podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

.....

podpis i pieczęć lekarza

Nie wyrażam zgody się na przeprowadzenie u mnie zabiegu operacyjnego i zostałem poinformowany o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia

.....

data, godzina

.....

podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

.....

podpis i pieczęć lekarza



Oświadczam, iż poinformowałem pacjenta / jego przedstawiciela ustawowego o planowanym sposobie leczenia oraz pouczyłem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, mogących wystąpić podczas bądź na skutek przeprowadzonego zabiegu.

.....
data, godzina

.....
podpis i pieczęć lekarza

Zgoda na wykonywanie zdjęć i/lub nagranie zabiegu operacyjnego

Ja niżej podpisany, przyjmuję do wiadomości, że szpital dysponuje warunkami technicznymi pozwalającym na rejestrację w części lub całości niektórych etapów mojego leczenia, w tym zabiegu operacyjnego. Wykonywane zdjęcia i/lub nagrania są pozbawione danych identyfikujących pacjenta, mają charakter anonimowy i ich wykorzystanie jest ograniczone wyłącznie do celów naukowych i szkoleniowych personelu. Wyrażona zgoda na wykonywanie zdjęć i nagrań jest nieograniczona czasowo i terytorialnie, dotyczy wszystkich zdjęć i nagrań wykonanych w procesie leczenia pacjenta. Wobec powyższego:

- ☐ wyrażam zgodę na zdjęcia i nagrania w trakcie mojego leczenia.
- ☐ nie wyrażam zgody na zdjęcia i nagrania w trakcie mojego leczenia.

.....
data, godzina

.....
podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

.....
data, godzina

.....
podpis i pieczęć lekarza