Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu	**Formularz**	**F-PM 3/4 D**
	Świadoma zgoda na przeprowadzenie leczenia operacyjnego Adenomektomia	**Wydanie I z dnia 21.02.2020.**
		Strona 1 z 4

Imię i nazwisko .....

Nr Historii choroby.....

Data urodzenia/PESEL ….....

1. Informacja dla pacjenta

Adenomektomia gruczołu krokowego – wyłuszczenie gruczolaka prostaty

Rozpoznano u Pana znaczne powiększenie gruczołu krokowego powodujące kłopotliwe objawy ze strony dolnych dróg moczowych (LUTS – ang. Lower urinary tract symptoms). Z tego powodu został Pan zakwalifikowany do operacji adenomektomii gruczołu krokowego (wyłuszczenia gruczolaka prostaty). Poniżej zawarto podstawowe informacje o chorobie oraz o leczeniu, które Panu zaproponowano. Proszę zapoznać się z poniższymi informacjami i przedyskutować trapiące Pana pytania z prowadzącym urologiem.

Adenomektomia (usunięcie gruczolaka prostaty) – definicja

Adenomektomia gruczołu krokowego jest operacją otwartą (z dostępu przez pęcherz moczowy lub bez otwierania pęcherza, z dostępu załonowego) wykonywaną w celu zlikwidowania zaburzeń oddawania moczu u pacjentów z zaawansowanym powiększeniem gruczołu krokowego. Podczas zabiegu wykonywane jest cięcie powłok w linii pośrodkowej dolnej w podbrzuszu. Następnie po odsłonięciu kolejnych warstw powłok brzusznych wypreparowany zostaje pęcherz moczowy oraz przednia i boczne powierzchnie stercza. Operacja polega na wyłuszczeniu palcem wewnętrznej części gruczołu krokowego (gruczolak prostaty), uciskającego przebiegającą przez stercz cewkę moczową, co jest przyczyną utrudnionego oddawania moczu. W celu wyłuszczenia gruczolaka urolog wykonuje nacięcie na przedniej powierzchni prostaty, przez które wprowadza palec i usuwa powiększony gruczolak (adenomektomia załonowa sposobem Millina), lub alternatywnie wykonywane jest nacięcie na przedniej powierzchni pęcherza moczowego i następnie tą drogą usuwana jest wewnętrzna część gruczołu krokowego (adenomektomia przez-pęcherzowa). Zewnętrzna część prostaty (torebka stercza) nie jest usuwana. O wyborze konkretnej techniki operacyjnej decydują specyficzne warunki anatomiczne, wielkość prostaty oraz ewentualne współistnienie kamicy pęcherza moczowego. Po wyłuszczeniu gruczolaka odpowiednio torebka gruczołu krokowego lub pęcherz moczowy są szczelnie zaszywane. Po zabiegu zawsze pozostawia się w cewce moczowej cewnik, przez który wypływa mocz z pęcherza i wypłukiwane są skrzepy krwi. W niektórych przypadkach konieczne może być pozostawienie dodatkowego cewnika wprowadzonego bezpośrednio do pęcherza moczowego przez powłoki brzuszne nad spojeniem łonowym (cystostomia nadłonowa). Zawsze po adenomektomii w operowanej okolicy pozostawiany jest dren asekuracyjny. Zabieg kończy zeszycie powłok jamy brzusznej i skóry.

Kiedy wykonuje się adenomektomię stercza?

Adenomektomię stercza wykonuje się u pacjentów z umiarkowanie i znacznie nasilonymi zaburzeniami oddawania moczu spowodowanymi bardzo dużym powiększeniem prostaty. Zabieg ten jest szczególnie wskazany, gdy u mężczyzn na skutek długotrwałego utrudnienia oddawania moczu dochodzi do rozwoju poważnych powikłań takich jak kamica pęcherza moczowego, nawrotowe całkowite zatrzymanie moczu, znaczne zaleganie moczu po mikcji, nawrotowe krwawienia z prostaty, uszkodzenie pęcherza moczowego oraz upośledzenie wydolności nerek.

Objawy związane z powiększenie prostaty mogą być następujące:

- słaby, przerywany strumień moczu,
- trudności w rozpoczęciu oddawania moczu (mikcji),
- wykapywanie moczu pod koniec mikcji,
- częsta lub nagląca potrzeba oddania moczu,

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.

- częstomocz dzienny i nocny,
- niecałkowite opróżnianie pęcherza,
- infekcje układu moczowego

Ponieważ adenomektomia gruczołu krokowego jest dużą otwartą operacją, obarczoną istotnie większym ryzykiem powikłań i dłuższym okresem rehabilitacji niż inne (endoskopowe) metody zabiegowego leczenia powiększenia stercza, jest to zabieg zarezerwowany wyłącznie dla pacjentów z:

- bardzo znacznie powiększonym sterczem (objętość powyżej 100ml),
- zaburzeniami pęcherza moczowego, które wymagają jednoczasowej korekcji chirurgicznej (np. uchyłki pęcherza),
- masywna kamica pęcherza moczowego,
- nawrotowe, (masywne) krwawienia z prostaty

Ryzyko

Chociaż adenomektomia jest bardzo skutecznym sposobem zredukowania zaburzeń oddawania moczu u mężczyzn ze znacznym powiększeniem stercza, to wiąże się z nią większe ryzyko powikłań i dłuższy okres gojenia i rehabilitacji, niż po innych na przykład endoskopowych metodach zabiegowego leczenia rozrostu gruczołu krokowego.

Powikłania mogące wystąpić po tej operacji są następujące:

- Masywne krwawienie - Podczas operacji i w okresie pooperacyjnym stosunkowo często może dochodzić do utraty krwi w stopniu wymagającym jej przetoczenia (5-10% operowanych).Gruczoł krokowy jest bardzo silnie ukrwionym narządem, stąd istotna utrata krwi zdarza się u sporej części pacjentów przechodzących tą operację. Brak Pana zgody na ewentualne przetoczenie krwi i preparatów krwiopochodnych musi zostać zawsze zgłoszony przed zabiegiem i najprawdopodobniej skutkować będzie zdyskwalifikowaniem Pana z tej operacji.
- Przejściowe utrudnienie oddawania moczu: może wystąpić w pierwszych dniach po usunięciu cewnika u ok. 20-30% operowanych. Czasami może dojść do zatrzymania moczu, wymagającego ponownego zacewnikowania pęcherza moczowego. Jest to przeważnie wynikiem obrzęku błony śluzowej cewki moczowej lub zatkania światła cewki przez skrzepy.
- Infekcja układu moczowego: może się rozwinąć u każdego operowanego. Ryzyko wystąpienia zakażenia wzrasta wraz z czasem utrzymywania cewnika w drogach moczowych i w wybranych przypadkach może być konieczne leczenie antybiotykami. U niektórych mężczyzn mogą też występować nawrotowe infekcje układu moczowego.
- Trudności z utrzymaniem moczu: mogą wystąpić u mężczyzn z uszkodzeniem pęcherza moczowego, do którego doszło na skutek długo nieleczonego przerostu prostaty. Dolegliwości te zwykle nie są bezpośrednio związane z wykonaną operacją i ulegają stopniowej poprawie po upływie kilku tygodni lub miesięcy od operacji.
- Całkowite nietrzymanie moczu: to rzadkie powikłanie przebytej adenomektomii stercza. Występuje ono z częstością poniżej 10% operowanych. Jego przyczyną jest częściowe lub pełne uszkodzenie mięśnia zwieracza zewnętrznego cewki moczowej, który położony jest około 0,5cm do 1 cm od wierzchołka gruczołu krokowego. Ze względu na tak bliskie położenie względem operowanej okolicy oraz znaczne powiększenie prostaty u pacjentów kwalifikowanych do tego zabiegu może dojść do naciągnięcia lub rozerwania zwieracza w trakcie wyłuszczania gruczolaka prostaty. W zależności od stopnia uszkodzenia zwieracza wystąpić może częściowe nietrzymanie moczu (trudność z utrzymaniem moczu przy dobrze wypełnionym pęcherzu) lub może mieć ono charakter stałego, niekontrolowanego wypływu moczu z cewki, wymagającego stosowania podkładów higienicznych lub przewlekłego cewnikowania pęcherza moczowego. W części przypadków nasilenie nietrzymania moczu może zmniejszać się i ustąpić wraz z czasem upływającym od operacji, jednak nie można wykluczyć trwałego, nieodwracalnego charakteru tego powikłania. Stałe

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.

usprawnianie techniki operacyjnej zmniejszyło ryzyko wystąpienia całkowitego, nieodwracalnego nietrzymania moczu do poziomu około 5%, jednak nie wyeliminowały go całkowicie. W wybranych przypadkach możliwa jest chirurgiczna korekcja nietrzymania moczu poprzez implantację taśmy podwieszającej cewkę moczową lub wszczepienie sztucznego, hydraulicznego zwieracza cewki. W razie wątpliwości proszę powyższe zagadnienie szczegółowo przedyskutować z prowadzącym urologiem.

- Wytrysk wsteczny: to często występujące następstwo przebytej operacji (dotyczy ok. 80% operowanych). Polega ono na braku wytrysku nasienia na zewnątrz cewki po stosunku płciowym. Na skutek znacznego poszerzenia sterczowego odcinka cewki moczowej i szyi pęcherza, nasienie podczas ejakulacji wpływa do pęcherza moczowego. Zjawisko to inaczej zwane „suchym orgazmem" nie jest groźne dla pacjenta, ale może w wybranych przypadkach stanowić istotne ograniczenie komfortu życia operowanego mężczyzny i uniemożliwić zapłodnienie.
- Zaburzenia wzwodu prącia: oznacza częściowe lub całkowite pogorszenie możliwości osiągnięcia i utrzymania wzwodu prącia umożliwiającego odbycie satysfakcjonującego stosunku płciowego. Jest to bardzo rzadkie następstwo adenomektomii, ale jego wystąpienia nie można całkowicie wykluczyć.
- Konieczność dalszego leczenia po adenomektomii: czasami wyłuszczenie gruczolaka stercza może po upływie kilku tygodni lub miesięcy prowadzić do zwężenia cewki moczowej (2,5% operowanych), lub okolicy, w której sterczowy odcinek cewki łączy się z pęcherzem (szyja pęcherza moczowego). W takim przypadku konieczna może być reoperacja (przeważnie zabieg endoskopowego nacięcia zwężenia cewki i szyi pęcherza).
- Zropienie rany pooperacyjnej: może wystąpić po każdej operacji z naruszeniem ciągłości powłok ciała. Obecnie dzięki ścisłemu reżimowi sanitarnemu i stosowanych nowoczesnych materiałach opatrunkowych oraz profilaktyce zakażeń jest to rzadkie powikłanie. Istotne w zapobieganiu zropienia rany jest bezwzględna stosowanie się do zaleceń lekarza i personelu pielęgniarskiego. Duże znaczenie mają też nawyki higieniczne pacjenta i odpowiednia pielęgnacja rany po wypisaniu do domu. W razie wątpliwości proszę te zagadnienia przedyskutować z prowadzącym lekarzem.

Czego oczekiwać po adenomektomii stercza?

Podczas operacji: - adenomektomia twa zwykle 90-120 minut. W tym czasie będzie Pan znieczulony. Standardowo stosuje się znieczulenie dokręgowe podpajęczynówkowe. Dzięki temu pozostanie Pan przytomny, ale nie będzie Pan odczuwał żadnego bólu związanego z toczącą się operacją. Czasami może być potrzebne znieczulenie ogólne, podczas którego będzie Pan spać i zostanie Pan wybudzony dopiero po zakończeniu procedur zabiegowych. Po operacji: Pobyt w szpitalu po zabiegu zwykle trwa 5-7 dni. Przez 5-8 dni po operacji będzie Pan miał pozostawiony cewnik w pęcherzu moczowym. Ponadto czasami przez 3-5 dni utrzymywana jest cystostomia nadłonowa oraz przez 2-3 dni dren asekuracyjny. Konieczne może być płukanie pęcherza ze skrzepów. Celem ograniczenia bólu pooperacyjnego będzie Pan otrzymywał na zlecenie lekarza środki przeciwbólowe. W pierwszej dobie po operacji będzie Pan mógł pić bez ograniczeń oraz spożywać pokarmy płynne i lekkostrawne. Pełną dietę otrzyma Pan w drugiej dobie po operacji. Po usunięciu drenu i cystostomii (zwykle 5 dni po operacji) zostanie Pan wypisany do domu. Jeśli zostanie Pan wypisany z pozostawionym cewnikiem lekarz dokładnie określi czas, w którym powinien on zostać usunięty. W tym celu powinien się Pan zgłosić do Poradni Urologicznej. W trakcie tej wizyty zostaną również usunięte szwy skórne.

W pierwszych tygodniach po adenomektomii mogą pojawić się następujące problemy:

- Ból podczas oddawania moczu, uczucie częstego parcia mocz, przejściowe utrudnienie
- w oddawaniu moczu. Dolegliwości te wynikają zwykle z pooperacyjnego obrzęku śluzówki dróg moczowych i ustępują po upływie ok. 4 tygodni.
- Krwiomocz jest częstym następstwem w pierwszych dniach po operacji. W tym czasie z cewki mogą wydostawać się pojedyncze skrzepy i fragmenty tkankowe. Krwawienie może również nawracać po kilku dniach oddawania czystego, słomkowego moczu. Jeśli zaobserwuje Pan obfite

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.

krwawienie oraz wydostawanie się dużych ilości skrzepów, proszę niezwłocznie skontaktować się z Pana urologiem lub zgłosić się do szpitala, gdzie był Pan operowany.

2. Rozmowa z lekarzem

Prosimy, aby Pan zapytał nas o wszystko, co chciałaby Pan wiedzieć w związku z planowanym leczeniem. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego leczenia oraz wszelkie oczekiwane przez Pana wyjaśnienia można uzyskać u każdego lekarza zatrudnionego w naszym Oddziale. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pana pytania.

Zastrzeżenia pacjenta, co do proponowanego leczenia operacyjnego
……
……

3. Konieczność zmiany/rozszerzenia zabiegu operacyjnego występująca podczas jego trwania

W czasie zabiegu operacyjnego możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanej operacji. Prosimy o wyrażenie zgody także i na tę okoliczność. Przy braku Pana zgody zabieg operacyjny musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pana zdrowia. Konieczne byłoby wówczas również ponowne znieczulenie.

4. Oświadczenie pacjenta

W pełni zrozumiałem informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi możliwość zadania pytań, na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem …….. Spełnione zostały wszelkie moje wymagania, co do informacji na temat:

- rozpoznania,
- proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych,
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania,
- przewidywanych wyników leczenia operacyjnego,
- ewentualnego leczenia pooperacyjnego.

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem operacyjnym.

Podpis pacjenta i lekarza

Data i godzina oraz podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	
Data i godzina. Podpis oraz pieczątka lekarza	

5. Sprzeciw pacjenta

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny. Zostałam/em poinformowany o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

Data (godzinowa) oraz podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	
Data (godzinowa), podpis oraz pieczątka lekarza	

8. Podpisanie formularza przez pacjentkę/a nie jest możliwe z powodu

.....……

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.