



## KLINIKA UROLOGII

Ordynator: dr hab. Piotr Jarzemski, prof. UMK  
tel. 52 36 55 306, [www.urologia.biziel.pl](http://www.urologia.biziel.pl)

Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy, ul. Ujejskiego 75 85-168 Bydgoszcz

PR4\_F466\_w3

### ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA PROPONOWANE LECZENIE LAPAROSKOPOWA RADYKALNA PROSTATEKTOMIA

Imię i Nazwisko: .....

PESEL: .....

#### WSTĘP

Prosimy o przeczytanie poniższego tekstu z uwagą. W przypadku jakichkolwiek niejasności lub dodatkowych pytań, prosimy o zwrócenie się do lekarza prowadzącego. Na końcu formularza poprosimy Pana o wyrażenie pisemnej zgody na proponowany zabieg operacyjny.

#### KWALIFIKACJA DO ZABIEGU

Po przeprowadzeniu stosownych badań diagnostycznych rozpoznano u Pana nowotwór (raka) gruczołu krokowego (prostaty). Wyniki badań wskazują na wczesny stopień zaawansowania choroby pozwalający na zastosowanie leczenia radykalnego z szansą na całkowite wyleczenie. Jednak ostateczny wynik terapii zależy będzie nie tylko od zastosowanego sposobu leczenia ale również od oceny histopatologicznej, stopnia zaawansowania choroby oraz przebiegu dalszej rekonwalescencji.

Proponujemy Panu wykonanie zabiegu polegającego na całkowitym usunięciu gruczołu krokowego techniką laparoskopową, tzw. laparoskopową radykalną prostatektomię.

**Technika laparoskopowa** polega na operowaniu z zastosowaniem specjalnych narzędzi wprowadzanych do jamy brzusznej przez niewielkie 0,5 i 1,0 cm nacięcie skóry. Operacja jest obserwowana i kontrolowana na monitorze, dzięki obrazowi przekazywanemu przez umieszczoną w jamie brzusznej optykę połączoną z cyfrową kamerą. Operator widząc obraz na ekranie prowadzi zabieg usunięcia prostaty bez konieczności wykonania rozległego cięcia skóry. Zabieg laparoskopowy trwa dłużej od operacji klasycznej: ok. 2,5 – 3 godziny ale dzięki kamerze uzyskujemy lepszy wgląd w pole operacyjne pozwalający na precyzyjniejsze ruchy i doskonalsze uwidocznienie prostaty.

#### PRZEBIEG ZABIEGU– laparoskopowa radykalna prostatektomia:

1. W pierwszym etapie do jamy brzusznej wprowadzimy 5-6 narzędzi poprzez niewielkie 0,5 -1,0 cm nacięcia skóry. Jama brzuszna zostanie wypełniona dwutlenkiem węgla do ciśnienia ok. 15 mmHg, celem wykreowania miejsca dla kamery i pola operacyjnego.
2. W drugim etapie, jeżeli zajdzie taka potrzeba, usunięte zostaną węzły chłonne, celem wykluczenia obecności przerzutów nowotworowych (węzłów nie pobieramy u chorych z niskimi czynnikami ryzyka wystąpienia przerzutów zgodnie ze standardem postępowania).
3. W trzecim etapie usuniemy prostatę i pęcherzyki nasienne. Gruczoł zostanie odpreparowany od okolicznych tkanek oraz odcięty od pęcherza moczowego i od cewki. U pacjentów z nowotworem w niskim stopniu zaawansowania, wyrażających wolę zachowania potencji, przystąpimy do próby obustronnego lub jednostronnego oszczędzenia pęczków naczyniowo nerwowych. Jeżeli nie napotkamy trudności technicznych to pęczki zostaną zachowane. Oszczędzenie pęczków naczyniowo nerwowych zwiększa prawdopodobieństwo powrotu prawidłowych wzwodów prącia jakkolwiek nie gwarantuje powrotu potencji, ponieważ nie jest to jedyny czynnik jej zachowania.
4. W czwartym ostatnim etapie odtworzymy ciągłość dróg moczowych poprzez wykonanie zespolenia pęcherza moczowego z cewką.
5. Prostate zostanie wydobyta na zewnątrz w całości, w specjalnym worku, przez nacięcie skóry pod pępkiem lub np. w bliźnie po usuniętym przed laty wyrostku robaczkowym. Operację kończymy założeniem szwów na powłoki. W jamie brzusznej, pozostaje czasowo wyprowadzony na zewnątrz dren lub dwa dreny, a w pęcherzu moczowym cewnik.

Po zabiegu pacjent otrzymuje leki i kroplówki drogą dożylną, przez kilka dni pozostaje również na diecie ścisłej, aż do powrotu prawidłowej pracy przewodu pokarmowego. W sprzyjających warunkach pierwszy posiłek chory

## ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA PROPONOWANE LECZENIE LAPAROSKOPOWA RADYKALNA PROSTATEKTOMIA

**Imię i Nazwisko:** .....

**PESEL:** .....

otrzymuje w pierwszej dobie po operacji. Cały pobyt w szpitalu trwa zwykle od 3 do 7 dni. Pacjent zostaje wypisany ze szpitala najczęściej w dobie 3 po usunięciu drenu, z cewnikiem w pęcherzu moczowy.

Cewnik zostanie usunięty w warunkach ambulatoryjnych w 7 – 10 dobie pooperacyjnej. Czas pobytu w szpitalu oraz termin usunięcia cewnika określa lekarz na podstawie przebiegu zabiegu i pooperacyjnej rekonwalescencji.

W niektórych szczególnych przypadkach gdy stan chorego tego wymaga zaraz po operacji pacjent może zostać przekazany do Oddziału Intensywnej Opieki, skąd zwykle po kilku godzinach lub dniach jest przenoszony ponownie na Oddział Urologii. Decyzję o tym podejmują wspólnie urolog operujący i anestezjolog, który czuwa nad znieczuleniem w trakcie zabiegu.

### POWIKŁANIA

Operacja usunięcia nowotworu prostaty jak każdy zabieg nie jest wolna od powikłań. Należą do nich powikłania, które mogą zdarzyć się przy każdym zabiegu, np. zakrzepica żylna, zator t. płucnej, zapalenie płuc itp. Do najczęściej zanotowanych w literaturze światowej powikłań śródoperacyjnych należą: uszkodzenie jelita lub odbytnicy wymagające zszycia lub wyłonienia jelita cienkiego lub grubego, uszkodzenie moczowodu wymagające jednoczesowej lub odroczonej rekonstrukcji, uszkodzenie naczyń biodrowych, krwawienie wymagające przetoczenia krwi, uszkodzenie nerwu zasłonowego. W okresie pooperacyjnym do najczęściej zanotowanych powikłań należą: infekcja dróg moczowych lub infekcja uogólniona wymagająca antybiotykoterapii; utrzymujący się wyciek z drenów w okolicy zespolenia cewki z pęcherzem, wymagający przedłużonej hospitalizacji lub ponownej rekonstrukcji metodą operacyjną; krwiak w łożu pooperacyjnej wymagający reoperacji i drenażu; powstanie zbiornika chłonki w miejscu po usuniętych węzłach tzw. limfocele wymagające dodatkowego drenażu; zator tętnicy płucnej, niedrożność jelit.

Ponadto zabieg niesie za sobą ryzyko pojawienia się pooperacyjnego trwałego nietrzymania moczu, obserwowane u 0 – 15% operowanych oraz trwałego zaburzenia potencji występującego u 30 – 100% operowanych.

Liczba powikłań zależy od stopnia zaawansowania choroby, umiejscowienia nowotworu, wielkości prostaty, ew. przebytych infekcji gruczołu, poprzednich zabiegów operacyjnych, nieprawidłowości w budowie anatomicznej oraz innych niemożliwych do przewidzenia trudności, które może napotkać operator podczas prowadzenia zabiegu.

W każdym przypadku ewentualnej uzasadnionej i niemożliwej do pokonania bariery lekarz może wykonać konwersję, czyli zamianę techniki laparoskopowej na otwartą. W przypadku stwierdzenia znacznego zaawansowania choroby nowotworowej z naciekiem na okoliczne tkanki lub innych trudnych do przewidzenia i niemożliwych do pokonania przyczyn, lekarz może podjąć decyzje o odstąpieniu od dalszych etapów operacji.

### REKONWALESCENCJA

Po wypisie ze szpitala należy prowadzić oszczędzający tryb życia. Można spokojnie spacerować, uprawiać lekkie ćwiczenia. Należy jednak unikać intensywnych wysiłków i sportów przez okres około 4 tygodni. Nie ma przeciwwskazań do jazdy samochodem. Nie trzeba przestrzegać szczególnej diety. W pierwszych dobach po usunięciu cewnika mogą pojawić się cechy nietrzymania moczu lub trudności w oddawaniu moczu, a nawet zatrzymanie moczu. Z moczem mogą być wydalane drobne skrzepy krwi. Są to objawy typowe, związane z procesem gojenia się zespolenia cewkowo-pęcherzowego. Po 14 dniach od wykonanej operacji otrzymujemy wynik badania histopatologicznego. W tym czasie konieczne jest skontaktowanie się z lekarzem urologiem celem interpretacji wyniku oraz ustalenie strategii dalszego postępowania. Pierwsze kontrolne badanie PSA należy wykonać 6 tygodni po operacji.

### ALTERNATYWNE METODY LECZENIA

- usunięcie prostaty klasyczną metodą otwartą
- radioterapia prostaty (brachyterapia lub radioterapia z pól zewnętrznych)
- aktywna obserwacja
- HIFU

**ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA PROPONOWANE LECZENIE  
LAPAROSKOPOWA RADYKALNA PROSTATEKTOMIA**

**Imię i Nazwisko:** .....

**PESEL:** .....

**ROKOWANIE**

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pana przypadku:

*duże*             *średnie*             *ograniczone*

**KONSEKWENCJE ZANIECHANIA LECZENIA**

Jeżeli nie wyrazi Pan zgody na proponowany zabieg rokowanie co do Pana stanu zdrowia w przyszłości jest następujące:

.....  
.....  
.....

**PYTANIA PACJENTA**

.....  
.....  
.....

**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.

**OŚWIADCZENIE PACJENTA**

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłam/nie zataiłem istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób.

W pełni zrozumiałam/zrozumiałem informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań, na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panem

dr..... 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
- wyników leczenia operacyjnego
- rokowania
- ewentualnego leczenia pooperacyjnego

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem operacyjnym.

**ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA PROPONOWANE LECZENIE  
LAPAROSKOPOWA RADYKALNA PROSTATEKTOMIA**

**Imię i Nazwisko:** .....

**PESEL:** .....

Bez zastrzeżeń **zgadzam się**

na przeprowadzenie u mnie opisanej procedury medycznej oraz jej ewentualnej zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania operacji w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

**UWAGI LEKARZA**

.....  
 .....  
 .....

.....  
*data*                      *podpis lekarza*                      *podpis pacjenta albo uprawnionego opiekuna*

**SPRZECIW PACJENTA**

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

.....  
*data*                      *podpis lekarza*                      *podpis pacjenta albo uprawnionego opiekuna*