



## 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\_F467\_w3

### ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA PROPONOWANE LECZENIE RADYKALNA PROSTATEKTOMIA z dostępu kroczonego

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 stopień zaawansowania choroby pozwalający na zastosowanie radykalnego leczenia chirurgicznego z szansą na całkowite wyleczenie. Ostateczny wynik terapii zależy będzie nie tylko od zastosowanego sposobu leczenia ale również od oceny histopatologicznej usuniętego nowotworu, stopnia zaawansowania choroby, przebiegu okresu pooperacyjnego oraz wyników badań kontrolnych wykonywanych regularnie nawet wiele lat po zabiegu.

Proponujemy Panu wykonanie zabiegu operacyjnego polegającego na całkowitym usunięciu gruczołu krokowego z dostępu kroczonego. Jest to jedna z uznanych metod małoinwazyjnego, chirurgicznego leczenia raka prostaty.

#### PRZEBIEG ZABIEGU

1. Pacjent zostanie ułożony w pozycji ginekologicznej. W pierwszym etapie wykonamy małe ok. 8 cm nacięcie powłok w okolicy kroczka, powyżej odbytu, celem uwidocznienia prostaty.
2. W drugim etapie usuniemy prostatę i pęcherzyki nasienne. Gruczoł zostanie odpreparowany od okolicznych tkanek oraz odcięty od pęcherza moczowego i od cewki. U pacjentów z nowotworem o 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 wzwodów prącia jakkolwiek nie gwarantuje powrotu potencji, ponieważ nie jest to jedyny czynnik jej zachowania. W pewnych lokalizacjach guza w obrębie prostaty oraz w przypadku większego zaawansowania histopatologicznego choroby nie jest wskazane wykonywanie zabiegu nerwooszczędzającego.
3. W trzecim etapie mogą być usunięte węzły chłonne, celem wykluczenia obecności przerzutów nowotworowych. Węzłów chłonnych nie pobieramy u chorych z niskimi czynnikami ryzyka wystąpienia przerzutów zgodnie ze standardem postępowania.
4. W czwartym, ostatnim etapie odtworzymy ciągłość dróg moczowych poprzez wykonanie zespolenia pęcherza moczowego z cewką.
5. Prostate wraz z pęcherzykami nasiennymi zostanie wydobyta na zewnątrz w całości. Operacje kończymy założeniem szwów na powłoki. W łoży po prostacie, pozostaje czasowo wyprowadzony na zewnątrz dren, a w pęcherzu moczowym cewnik. Szwy skórne oraz cewnik pęcherzowy zostają usunięte przeważnie ok. 10 doby po operacji.

#### POWIKŁANIA

Ze względu na swą rozległość, zabieg związany jest z ryzykiem wystąpienia komplikacji w czasie operacji lub w okresie pooperacyjnym. Mogą zdarzyć się powikłania, które są charakterystyczne dla każdego rodzaju operacji,

**ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA PROPONOWANE LECZENIE****RADYKALNA PROSTATEKTOMIA z dostępu kroczonego**

Imię i Nazwisko: .....

PESEL: .....

takie jak: np. zakrzepica żylna, zator tętnicy płucnej, zawał mięśnia sercowego, uszkodzenie narządów sąsiednich, zapalenie płuc, zakażenie rany pooperacyjnej i krwawienie.

Ponadto mogą wystąpić powikłania szczególne, charakterystyczne dla tego rodzaju operacji, takie jak: uszkodzenie jelita lub odbytnicy wymagające zszycia lub wyłonienia jelita cienkiego lub grubego. Powikłania te występują u 1-5% operowanych. Krwawienie wymagające przetoczenia krwi występuje w ok. 5%. Inne opisane powikłania jak: uszkodzenie moczowodu wymagające jednoczesowej lub odroczonej rekonstrukcji, uszkodzenie naczyń biodrowych, uszkodzenie nerwu zasłonowego zanotowano w pojedynczych przypadkach.

W okresie pooperacyjnym do najczęściej zanotowanych powikłań należą: w 5-10% infekcja dróg moczowych lub infekcja uogólniona wymagająca antybiotykoterapii; w 1-5% 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. Do rzadkich powikłań należą: zator tętnicy płucnej, niedrożność jelit.

Ponadto zabieg niesie ze sobą ryzyko pooperacyjnego, trwałego nietrzymania moczu u 0 – 15% operowanych, częściowego nietrzymania moczu u 10 - 30% 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, uprzednich 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 np. 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**

Alternatywne metody leczenia nowotworu gruczołu krokowego ( w stosunku do prostatektomii radykalnej wykonywanej z dostępu kroczonego):

1. Prostatektomia radykalna z dostępu załonowego wykonywana metodą „otwartą”.
2. Prostatektomia radykalna wykonywana metodą laparoskopową.
3. Prostatektomia radykalna wspomagana robotem (Robot-assisted Radical Prostatectomy)
4. Radioterapia
5. Brachyterapia
6. Hormonoterapia – zależnie od stopnia zaawansowania nowotworu
7. „Uważna obserwacja” – ścisła i okresowa kontrola stopnia zaawansowania nowotworu . Interwencja chirurgiczna bądź radioterapia stosowane są dopiero w momencie stwierdzenia progresji choroby.

**ROKOWANIE**

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pana przypadku:

*duże*             *średnie*             *ograniczone*

**ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA PROPONOWANE LECZENIE  
RADYKALNA PROSTATEKTOMIA z dostępu kroczonego**

**Imię i Nazwisko:** .....

**PESEL:** .....

**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 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.

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.

**ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA PROPONOWANE LECZENIE  
RADYKALNA PROSTATEKTOMIA z dostępu kroczonego**

**Imię i Nazwisko:** .....

**PESEL:** .....

**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*