

## **Zgoda na zabieg przykurczu Dupuytrena, wycięcie chorobowo zmienionych fragmentów rozciągnięta dłoniowego – fasciotomia częściowa**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA.....PESEL.....

### **1. Co to jest przykurczu Dupuytrena i jakie są jego objawy?**

Choroba Dupuytrena, czyli przykurcz rozciągnięta dłoniowego jest patologicznym pogrubieniem rozciągnięta dłoniowego – mocnego pasma tkanki łącznej włóknistej, którego zadaniem jest ochrona ręki. Nadmierne włóknienie w obrębie tej struktury, powodujące pogrubienie, nie daje dolegliwości bólowych, ale w konsekwencji powoduje trwałe przykurcze dłoni i palców. Bez wdrożenia odpowiedniego leczenia, przykurcz utrwali się, powodując stałe zgięcie palca, lub palców.

### **2. Na czym polega operacja Przykurczu Dupuytrena?**

W trakcie zabiegu pacjent leży na wznak. Zabieg przeprowadzany jest w znieczuleniu miejscowym. Cięcia zygzakowate przeprowadzane jest na środku dłoni, od nadgarstka do czubka palca/ów. Następnie lekarz preparuje tkankę podskórną dochodząc do rozciągnięta dłoniowego oraz jego pogrubiałych pasm które usuwa. W dalszej kolejności wykonuje inne czynności naprawcze w zależności od napotkanych zaburzeń, np. Zrostów międzytkankowych. Na zakończenie zamykane są krwawiące naczynia i warstwowo zaszywane wszystkie przecięte tkanki. Pacjent najczęściej wychodzi ze szpitala w tym samym dniu.

### **3. Możliwe zmiany/rozszerzenia zakresu operacji:**

Pomimo doświadczenia i zaangażowania lekarza w proces planowania leczenia, w nieprzewidzianych okolicznościach (problemy techniczne ze sprzętem, nieoczekiwane złożone uszkodzenie wewnętrzne), może zajść konieczność rozszerzenia operacji i zmianę rodzaju dostępu operacyjnego.

Jeśli lekarz przewiduje możliwe rozszerzenie zabiegu operacyjnego, zostaną państwo o tym poinformowani. W przypadku zajścia nieoczekiwanych okoliczności, gdy konieczne jest rozszerzenie zabiegu, wymagana jest państwa zgoda na takie postępowanie. W przypadku braku zgody zabieg będzie musiał zostać przerwany, a cały proces leczenia opóźniony, co zwiększa ryzyko powikłań.

#### 4. Możliwe powikłania/komplikacje

Operacja przykurczu Dupuytrena jest mało ryzykowną rutynową procedurą operacyjną. Rzadko występują przy niej powikłania. Pomimo dochowania należytej staranności, może dojść do komplikacji, stanowiących zagrożenie dla życia i zdrowia oraz wymagających dalszego leczenia, a nawet ponownych operacji. Wpływ na to mogą mieć wcześniejsze schorzenia u pacjenta lub indywidualne zmienności w budowie anatomicznej.

Do najczęstszych komplikacji należą:

- zakażenie (infekcja). Do objawów należą: obrzęk, bolesność, nadmierne ucieplenie w obrębie rany, gorączka. W bardzo rzadkich przypadkach infekcja może prowadzić do zniszczenia struktur anatomicznych, w przypadkach skrajnych – nawet do utraty kończyny. Zakażenie miejsca operowanego.

Może wymagać leczenia lekami (antybiotykoterapia) lub leczenia operacyjnego (chirurgiczne otwarcie i oczyszczenie rany). Bardzo rzadko dochodzi do sepsy (zakażenie krwi) – stan zagrożenia życia, wymagający leczenia w oddziale intensywnej terapii;

- reakcje alergiczne (np. na lateks, na stosowane leki) mogą prowadzić w rzadkich przypadkach do wstrząsu, który wymaga intensywnej terapii. Do poważnych powikłań wstrząsu należą: porażenia, uszkodzenie mózgu, niewydolność wielonarządowa. W rzadkich przypadkach może dojść do uszkodzenia ważnych naczyń krwionośnych, co prowadzi do silnego krwawienia, i może wymagać; przetoczenia krwi, operacyjnego podwiązania naczyń krwionośnych lub operacyjnego odtworzenia ciągłości dużych naczyń. W przypadku braku powodzenia takiego postępowania, w ostateczności konieczna może być amputacja z powodu niedokrwienia.

Przetoczenie krwi wiąże się z kolei z ryzykiem przeniesienia chorób zakaźnych (takich jak żółtaczką wzw typu b/c, aids);

- w bardzo rzadkich przypadkach uszkodzenie otaczających tkanek/struktur (np. ścięgien, więzadeł, mięśni) lub/i uszkodzenie nerwów wymagać będzie leczenia operacyjnego bądź rozszerzenia zakresu operacji. Przy uszkodzeniu nerwu mogą wystąpić przejściowe (bardzo rzadko trwałe) zaburzenia czucia, nerwobóle, a czasem porażenia mięśni szkieletowych ręki/palców;

- choroba zakrzepowo-zatorowa – zabieg chirurgiczny jest czynnikiem ryzyka powstania zakrzepów w naczyniach krwionośnych (zakrzepica żył kończyn górnych), które mogą prowadzić do poważnych następstw (zator – zamknięcie naczynia krwionośnego, zatorowość płucna, udar mózgu, zawał serca). Ewentualne leki stosowane w profilaktyce choroby zakrzepowo-zatorowej mogą z kolei zwiększać ryzyko krwawień;

- przejściowe, rzadko trwałe uszkodzenia małych nerwów skórnych, które mogą prowadzić do zaburzeń czucia dotyku, czucia drętwienia lub bolesnej przeculicy na niewielkich obszarach skóry;

- patologiczny przerost blizny pooperacyjnej (tzw. Bliznowiec – keloid) związany z wrodzoną skłonnością i zaburzeniami gojenia tkanek miękkich – jest rzadko spotykany. Zmiany zabarwienia skóry, bolesność, ograniczenie ruchomości – są możliwym następstwem takiego bliznowacenia. Może to wymagać późniejszych zabiegów naprawczych.

Szansę powodzenia operacji w większości przypadków wystarcza jeden zabieg, aby usunąć przyczynę dolegliwości ze strony nerwu pośrodkowego. **Powodzenie jednak, jak w przypadku każdej interwencji chirurgicznej, nie może być zagwarantowane.** Czasem pomimo leczenia pierwotnych dolegliwości, utrzymują się one, bądź po pewnym czasie pojawiają się od nowa. W takich przypadkach może być konieczny ponowny zabieg.

## **5. Przed operacją należy poinformować o przyjmowanych na stałe lekach,**

w szczególności o lekach przeciwzakrzepowych („rozrzedzających krew”), takich jak aspiryna, polopiryna, heparyna, acenokumarol (sintrom®), warfaryna (warfin®) i inne oraz suplementy.

## **6. Do zabiegu należy przygotować się w następujący sposób:**

1. W dniu poprzedzającym zabieg operacyjny proszę zjeść lekkostrawną kolację.
2. W dniu zabiegu nie wolno jeść i pić 6 godzin przed wyznaczoną godziną przyjścia.
3. W dniu zabiegu proszę przyjąć wszystkie swoje leki popijając niewielką ilością wody.
4. Pacjent powinien zgłosić się wykąpany, ze świeżo umytą głową, ubrany w czyste, wygodne ubrania.
5. Prosimy, aby biżuterię, czyli pierścionki, obrączki, łańcuszki, zegarki i inne ozdoby zostawić w domu.
6. Pacjent jest zobowiązany do ogolenia operowanej części ciała (jeśli obecne jest owłosienie) oraz obszaru 3 cm powyżej i poniżej.
7. Pacjent zobowiązany jest do zmycia lakieru z paznokci u rąk na dzień zabiegu oraz nie korzystanie z usług kosmetycznych tydzień przed planowanym zabiegiem.
8. Prosimy o punktualne zgłoszenie się o wyznaczonej godzinie na zabieg operacyjny oraz na wizyty kontrolne.
9. Prosimy o zgłaszanie się na zabieg operacyjny z dorosłą osobą towarzyszącą, która zapewni bezpieczny powrót do domu po zabiegu operacyjnym.

## **7. W razie stwierdzenia niepokojących objawów po operacji**

np. utrzymujący się mimo stosowanych leków ból, obrzęk, podwyższenie temperatury – nadmierne ucieplenie skóry / ran pooperacyjnych lub gorączka  $>38^{\circ}\text{C}$  – należy natychmiast skontaktować się z lekarzem lub najbliższym całodobowym ambulatorium chirurgicznym.

Przy wypisie do domu otrzymacie państwo kartę informacyjną, w której zawarte będą niezbędne zalecenia, dotyczące postępowania pooperacyjnego, planowanych wizyt kontrolnych, przepisanych leków, unieruchomień itp. W razie niejasności – prosimy o zadawanie pytań lekarzowi prowadzącemu.

### **I. Oświadczenie lekarza operatora**

Omówiłem z pacjentem/pacjentką treść powyższej informacji. Pacjent/pacjentka miał/miała możliwości nieograniczonego zadawania pytań.

.....

data

.....

podpis lekarza

## II. Zgoda na wykonanie zabiegu

Oświadczam, że w pełni zrozumiałem/-am informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lek. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej spełnione zostały wszelkie moje wymagania, co do informacji.

Bez zastrzeżeń zgadzam się na przeprowadzenie u mnie zabiegu operacyjnego cieśni nadgarstka oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania operacji w przypadku wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Zdaję sobie sprawę, że zmiany lub rozszerzenie zakresu operacji zostanie przeprowadzona jedynie w przypadku wystąpienia poważnego zagrożenia mojego zdrowia lub życia i nie będzie możliwości uzyskania na to osobnej zgody.

Miałem/-am możliwość zadawania pytań i na wszystkie pytania udzielono mi odpowiedzi w sposób dla mnie satysfakcjonujący.

.....  
data

.....  
podpis pacjenta/pacjentki lub opiekuna prawnego

### Osobą odpowiedzialną za odebranie mnie po zabiegu i zapewnieniu mi opieki jest:

Imię//imiona/nazwisko .....

adres: .....

nr. telefonu.....

.....  
Data

.....  
czytelny podpis osoby odbierającej pacjenta