

LAPAROSKOPİK SİSTEKTOMİ + ÜRİNER DİVERSİYON

Hastanın Adı,

Soyadı:.....

.....

Doğum tarihi:..... Protokol

No:.....

Baba adı:..... Ana

adı:.....

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi

Cerrahi, mesane tümörü nedeniyle yapılıyorsa erkeklerde mesane, prostat, seminal keseler ve lenf bezleri kadınlarda uterus, overler ve anterior 2/3 vajen duvarı genel anestezi altında alt karında. 4 veya 5 adet 1 cm.lik kesiden yerleştirilen özel ekipman kullanılarak operasyon gerçekleştirilir. Lenf düğümleri rutin olarak çıkartılır ve mesane ile birlikte kanserin evresinin anlaşılması için patolojik değerlendirmeye gönderilir. Nörojen mesane, enterovezikal veya vezikovajinal fistül veya travma nedeniyle mesane çıkarılmasında ise sadece mesane çıkarılır. Mesane çıkartıldıktan sonra ince bağırsaklardan 15-20 cm'lik bir bölüm çıkarılarak yeni bir mesane oluşturmak için kullanılır. Bağırsaktan yapılan yeni mesane duruma göre (hastalığın evresi, hastanın yaşı, genel durumu, ek tedavi ihtiyacı vs.) karında göbeğin sağ tarafında cilde ağızlaştırılır veya eski mesanenin yerine konarak üretraya tekrar anastomoz yapılır. Eğer yapılan yeni mesane eski mesanenin yerine konarak üriner diversiyon yapılacaksa bu tip diversiyonda hasta normal yoldan işeyebilmektedir (ortotopik üriner diversiyon). Eğer yapılan yeni mesane cilde ağızlaştırılıyorsa ağızlaştırılan yere torba ve kapak sistemi takılarak idrarın istemsizce kendiliğinden mevcut torbaya boşalmasıyla veya kontinan (idrar tutulmasına olanak sağlayan) diversiyon varlığında hastanın günde 4-6 kez ciltteki delikten kendi kendine kateter takarak idrar boşaltılması sağlanmış olacaktır. Operasyon bitiminde yeni mesanenin içine 2 adet, karında mesanenin çıktığı yere de 2 adet dren konulur. Ortotopik mesane yapılması durumunda ise 1 adet üretral kateter de ayrıca yerleştirilir. Vazektomi işlemi rutin olarak yapılır.

B-ANESTEZİ

Anestezi ve içerdiği riskler hakkında bilgi edinmek için ‘anestezi hakkında’ bilgilendirme sayfalarına bakınız. Eğer herhangi bir endişeniz varsa konu hakkında anestezi uzmanınız ile konuşabilirsiniz. Bilgilendirme sayfası size verilmemişse lütfen bir tane isteyiniz.

C-BİR AMELİYATIN GENEL RİSKLERİ

a-Akciğerlerin küçük bölgeleri kapanabilir, bu da akciğer enfeksiyonu riskini artırabilir.

Antibiyotik tedavisi ve fizyoterapi gerekebilir.

b-Bacaklardaki pıhtılaşmalar (derin ven trombozu) ağrı ve şişmeye neden olabilir. Nadiren bu pıhtıları bir kısmı yerinden kopup akciğere gider ve ölümcül olabilir.

c-Kalbin yükünün artması nedeniyle kalp krizi gelişebilir.

b-İşlem nedeniyle ölüm olabilir.

D- BU AMELİYATIN RİSKLERİ

Ameliyattaki riskler:

1- %2-5 hastaya kan verilmesini gerektirebilecek kanama gelişebilir. Kanama kontrol edilemeyebilirse veya büyük damarlarda mevcut olan bir pıhtının akciğerlere gitmesi nedeniyle yoğun bakım ihtiyacı ve hatta ölüm olasılığı düşükte olsa mevcuttur.

2-Ameliyat sırasında %1-2 rektumda yaralanma ve bu yaralanmanın onarılması için daha fazla cerrahi müdahale. Bu durum ameliyat yarasının daha uzun olmasına, geçici veya kalıcı kolostomi gereksinimine ve hastanede kalış süresinin uzamasına neden olabilir.

- 3-Ameliyat sonrası %5 bağırsaklarda tıkanıklık oluşabilir ve ikinci bir operasyon gerekebilir.
 - 4-Ameliyat sonrası %5-10 böbrekten gelen idrarı taşıyan kanalın bağırsaktan yapılan yeni mesaneye birleştirildiği yerde tıkanıklık oluşabilir ve ikinci bir operasyon gerekebilir.
 - 5-Ameliyat sonrası %3-5 böbrekten gelen idrarı taşıyan kanalın bağırsaktan yapılan yeni mesaneye birleştirildiği yerde açılma (üriner kaçak) oluşabilir ve ikinci bir operasyon gerekebilir.
 - 6-Ameliyat sonrası %5-7 bağırsaktan yapılan yeni mesanenin cilde ağızlaştırıldığı (stomada) veya üretraya tekrar bağlandığı yerde darlık oluşabilir. Stomada içeriye gömülme olabilir ve her iki durumun varlığında da ikinci bir operasyon gerekebilir.
 - 7-Yeni mesane yapılırken bağırsak segmenti kullanıldığı için ameliyat sonrasında metabolik bozukluklar, vitamin yetmezlikleri, kronik idrar yolu enfeksiyonları ve böbrek taşı hastalığı çeşitli derecelerde meydana gelebilir.
 - 8-Ortotopik diversiyon (bağırsaktan yapılan yeni mesanenin normal idrar yoluna anastomoz edilmesi) yapılan hastalarda idrar kaçırma veya yapamama olabilir ve kendi kendine kateter takarak mesaneden idrar boşaltılması gerekebilir.
 - 9-Ameliyat öncesi üç gün barsak temizliği yapıldığından ve operasyon sonrası yine yaklaşık üç gün aç kalan hastaya parenteral tedavi (damardan besleme) gerekebilir ve bu tedaviye bağlı bazı komplikasyonlar (tromboflebit, tromboemboli, elektrolit düzensizlikleri v.b.) görülebilir.
 - 10-Ameliyat sonrası %5-10 yara enfeksiyonu oluşabilir, ayrıca yarada açılma olabilir ve tekrar yaranın kapatılması için operasyon ve bu operasyonda greft kullanılması gerekebilir.
 - 11-Cerrahiden sonra bağırsak hareketleri yavaşlayabilir veya tamamen durabilir. Bu bağırsakta sıvı birikimi sonucu şişkinlik ve kusmaya neden olabilir. Tedavi gerektirebilir.
 - 12-Testislerde şişme ve ağrı olabilir. Tedavisi dinlenmek ve antibiyotik ile yapılır.
 - 13-İdrar yollarında ya da ameliyat yerinde enfeksiyon olabilir, antibiyotik ile tedavi edilir.
 - 14-Ameliyatta oluşabilecek sinir hasarı nedeniyle %40-45 penisin sertleşmesinde zorluk gelişebilir veya hiç sertleşme olmayabilir.
 - 15-Ameliyat sırasında çalışma sahasının oluşturulması için kullanılan CO2 emilmesi ve cilt altında, akciğerlerde ve bağırsaklarda birikmesi riski vardır. Uygun tedavilerle düzeltilebilir bir durumdur.
 - 16-Seminal keseler ve prostatın çıkarılması ve vazektomi uygulanması nedeniyle hastalardan meni gelmeyecektir.
 - 17-Şişman insanlarda yara enfeksiyonu, göğüs enfeksiyonu, kalp ve akciğer komplikasyonları ve tromboz riski artmıştır.
- Hastalığınız hakkında bilmeniz gerekenler: Mesane tümörü varlığında mesanenizde (idrar kesenizde) tümör vardır cerrahi ya bu kanseri tamamen temizlemek ve kanserin tüm vücuda yayılmasını önlemek amacıyla yada böbreklerde neden olduğu şişme, kontrol edilemeyen kanama, büyük damarlara bası veya komşu organlara yaptığı bası nedeniyle kurtarma amaçlı yapılmaktadır. Nörojen mesane, enterovezikal veya vezikovajinal fistül varlığında böbrekleri korumak, idrar kaçırmayı önlemek ve enfeksiyonu kontrol altına almak, travma durumunda ise mesane onarımının mümkün olmadığı ve kanamanın kontrol edilemediği durumlarda mesanenin çıkarılması ve üriner diversiyon yapılması gerekmektedir.

Girişimin yapılmaması durumunda neler olabilir?: Mesane tümörü varlığında; idrardaki kanama fazlalaşabilir. Kan nakline ihtiyaç duyulabilir veya acil sistektomi veya perkütan anjiyoembolizasyona ihtiyaç duyulabilir. Oluşan pıhtılar idrar yolunuzu tıkayabilir ve ek girişim ihtiyacı doğabilir. Kanser mesane dışına yayılabilir. Önce çevresindeki dokuları, daha sonra kan ve lenf yoluyla tüm vücuda yayılabilir ve ölüme neden olabilir. Nörojen mesane, enterovezikal veya vezikovajinal fistül varlığında enfeksiyon gelişebilir, ilaçlar ile kontrol altına alınamayabilir ve böbreklere ve kana karışabilir. Uzun vadede böbreklerin fonksiyon

görmemesine yol açabilir. İdrar kaçırma önlenemeyebilir ve buna bağlı komplikasyonlar görülebilir. Travma durumunda kanama kontrol edilemeyebilir ve ölüme yol açabilir.

Nasıl bir tedavi/girişim uygulanacak (Alternatif tedaviler hakkında bilgi içermelidir):

----Cerrahinin şekli ve olası komplikasyonları yukarıda tariflenmiştir.

Aynı operasyon açık cerrahi yöntemle karnın alt kesiminden yapılan 10-15 cm'lik bir kesiyle yapılabilir. Ameliyatın şekli ve olası komplikasyonları laparoskopik yöntemle benzerdir. Laparoskopik girişimlerin hastanede kalış, iyileşme süreleri, ağrı kesiciye ihtiyaç duyma, işe ve günlük yaşama dönme süreleri daha kısa ve kozmetik görünümü daha güzel olmaktadır.

----Mesane tümörü varlığında seçilmiş hastalarda mesaneyi korumak amacıyla kemoterapi ve/veya radyoterapi ile hastalık kontrol edilmeye çalışılabilir. Kanama için perkütan anjiyoembolizasyona ihtiyaç duyulabilir.

----Diğer durumlarda sistektomi son çare tedavi seçeneği olarak uygulanmaktadır

----Mesane tümörü nedeniyle sistektomi yapılan seçilmiş hastalara operasyondan sonra ışın tedavisi (Radyoterapi) veya kemoterapi uygulaması gerekli olabilir..

Hastanın girişimin şekli, zamanı, yan etkileri, başarı oranı ve başarıdan ne kastedildiği, girişim sonrası ile ilgili soruları

----Cerrahi girişim genel anestezi altında acil vakalar dışında planlanarak yapılır. Cerrahi öncesi hastalara 3 gün önceden başlayarak barsak temizliği yapılır.

----Ameliyatın yapılış şekli yukarıda tariflenmiştir.

----Bu ameliyatın taşıdığı bazı riskler/ komplikasyonlar mevcut olup bunlar yukarıda belirtilmiştir.

----Bu ameliyat için başarı mesanede sınırlı tümör varlığında tümörün tamamen çıkarılması ve idrarın başarılı bir şekilde diversiyonudur. Eğer cerrahi kurtarma amaçlı yapılıyorsa tariflenen komplikasyonların ortadan kaldırılması ve idrarın boşaltılmasının sağlanmasıdır. Ameliyatın başarı şansı organ sınırlı tümörlü hastalarda tümörün ortadan kaldırılması amaçlı %60-100'dür Kurtarma amaçlı cerrahilerde komplikasyonların giderilmesi ve diğer durumlarda %90- 100'e yakındır.

Girişimden önce hastanın dikkat etmesi gereken hususlar:

Ameliyat olacağınız gecedan itibaren hiçbir şey yememelisiniz. Aspirin gibi kan sulandırıcı ilaçları 1 hafta önceden kesmelisiniz.

Girişimden sonra hastanın dikkat etmesi gereken hususlar:

1 hafta sonra dikişlerinizi aldirmalısınız. 10 gün sonra patoloji sonucunu ve sonuca göre uygulanacak tedaviyi öğrenmek için üroloji poliklinik kontrolüne gelmelisiniz. Hastaneden çıkışta size önerilen ilaç tedavisi ve diyetlere uymalısınız. Hastalığınızla ilgili önerilen periyodik kontroller yapmalı ve beklenmeyen bir durum geliştiğinde hekime başvurmalsınız.

Hekimin hasta hakkında bilmek istedikleri:

Kullandığı ilaçlar:

Alerji:

Kanama zamanı:

Diğer hastalıklar:

Hekimin bilgilendirme konuşmasına ait notları:

.....
.....

Hekimin kaşesi ve imzası

Hasta, veli veya vasiinin onam açıklaması:

- Doktorum bana sağlık durumum ile ilgili gerekli açıklamaları yaptı.
- Planlanan tedavi/girişimin ne olduğu, gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri, bunların riskleri, tedavi olmadığım takdirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, tedavinin başarı olasılığı ve yan etkileri hakkında ayrıntılı bilgi edindim.
- Tedavi/girişim'den önce ve sonra dikkat etmem gereken hususları anladım.
- Tanı/tedavi/girişim sırasında benimle ilgili tüm dokümanların ve alınan örneklerin eğitim amaçlı kullanılabileceği açıklandı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Tedavi/girişim uygulayacak kişiler hakkında bilgi edindim.
- Aklim başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- İstemediğim takdirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum.

Not: Lütfen el yazınızla "3 sayfadan oluşan bu onamı okudum, anladım ve kabul ediyorum" yazınız ve imzalayınız.

Hastanın/ Veli/Vasi veya Yakınının (yakınlık derecesi) adı, soyadı ve imzası:.....

Şahidin adı, soyadı ve imzası:.....

Yer/Tarih/Saat :

NOT: Hastanın onam veremeyecek durumda olması halinde, onam alınan kişinin kimlik bilgileri ve imzası alınır.

- Hastanın Velisinin (Ebeveynin) ikisinin de imzalaması gereklidir. Eğer velilerden yalnız birinin imzası varsa, imzalayan çocuğun bakımını kendi başına üstlendiğini veya diğer velinin izninin bulunduğunu kanıtlamalıdır.
- Yazılı olarak kaldırılma talebim olmadıkça mükerrer yapılan aynı işlemler için (örneğin diyalize girme, kan transfüzyonu, belden sıvı alma, kemoterapi, radyoterapi, yatış süresinde bir seri aynı şekilde tıbbi veya cerrahi tedavinin uygulanacağı diğer hallerde v.b.) bu onam geçerli olacaktır.

Hasta ile direkt iletişimin kurulamadığı durumda iletişimi sağlayan kişinin (örneğin tercüman) :

Adı,

soyadı:.....

Adresi:.....

Ben "Aydınlatılmış Hasta Onam Formu" içindeki bilgileri hastanın kendisine, ebeveynine veya yakınlarına yapabileceğim en iyi şekilde aktardım.

İmza:.....

Tarih:.....