

Imię i nazwisko:
PESEL:
Nr historii choroby:

PR4_F 269_w1
str. 1



KLINIKA NEUROCHIRURGII I NEUROLOGII ODDZIAŁ NEUROCHIRURGII

Kierownik Kliniki: dr hab. n. med. Paweł Sokal, prof. UMK

Sekretariat - tel. 52 3655 505, tel./fax: 52 3655 774, e-mail: neurochirurgia@biziel.pl

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

INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA przeprowadzenie operacji spondylozy i stenozy kanału kręgowego z dostępu tylnego (laminektomia jedno lub wielopoziomowa)

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA / ROZPOZNANIU:

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani/Pana (istnieje u Pani/Pana podejrzenie):

Spondyloza i stenoza – czyli obecność zmian zwyrodnieniowych poszczególnych części kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego (krążka międzykręgowego, zwyrodniałych stawów międzykręgowych i in.) wywołujących ucisk struktur nerwowych kanału kręgowego i/lub otworów międzykręgowych na określonym poziomie kręgosłupa, powodujących szczególne objawy.

Przyczyną stenozy mogą być zmiany rozrostowe w kręgosłupie

W odcinku szyjnym stenoza może objawiać się **mielopatią** czyli zmianami niedokrwiennymi rdzenia kręgowego wywołane jego bezpośrednim uciskiem. Najczęściej stwierdza się osłabienie lub niedowład kończyn. Należy zauważyć, że w przypadku mielopatii, objawy występują także poniżej poziomu uszkodzenia rdzenia. Obserwuje się osłabienie lub niedowład kończyn dolnych, zaburzenia chodzenia, zaburzenia zwieraczy. W poważniejszych przypadkach objawiają się osłabieniem lub częściowym niedowładem kończyny górnej lub dolnych i mogą być tylko częściowo odwracalne. Może też być krytyczna stenoza odcinka lędźwiowego kręgosłupa objawiająca się chromaniem neurogennym – osłabieniem, odrętwieniem kończyn dolnych

O stopniu zaawansowania zmian zwyrodnieniowych i możliwym dalszym rozwoju choroby informuje nas badanie obrazowe **rezonansu magnetycznego (MRI lub NMR) kręgosłupa bez podania środka kontrastowego**. Dla dokładniejszej oceny wykonuje się także badania rentgenowskie (RTG) kręgosłupa szyjnego czynnościowe (w przygięciu i odgięciu szyi) oraz badanie elektroneurografii (ENG) kończyn górnych.

Każda zmiana lokalizacji lub charakteru objawów może świadczyć o postępie choroby. Bezwzględnie należy o tym poinformować lekarza. Wówczas konieczne może być np. wykonanie kolejnego badania rezonansu magnetycznego w celu ponownej oceny i ewentualnej zmiany postępowania. Zatajenie takiej informacji może przyczynić się do nieskuteczności proponowanego leczenia operacyjnego.

PROPONOWANE ORAZ MOŻLIWE METODY DIAGNOSTYCZNE/LECZNICZE:

Proponowane leczenie/badanie polega na **leczeniu operacyjnym, czyli dekompresji struktur nerwowych kanału kręgowego drogą laminektomii jedno lub wielopoziomowej**

Dostęp chirurgiczny znajduje się na tylnej powierzchni kręgosłupa. Cały zabieg wykonuje się w znieczuleniu ogólnym, w pozycji na brzuchu pod kontrolą fluoroskopii. Najczęściej operację wykonuje się **na jednym poziomie** (pomiędzy dwoma sąsiednimi kręgami). W przypadku zaistnienia szczególnych wskazań możliwa jest jednoczasowa operacja na więcej niż jednym poziomie (maksymalnie trzy poziomy). Operacje większej ilości poziomów są możliwe, czasami istnieje konieczność wykonania stabilizacji tylnej kręgosłupa.

Imię i nazwisko:
PESEL:
Nr historii choroby:

PR4_F 269_w1
str. 2

INNE METODY LECZENIA: Alternatywne metody leczenia/badania polegają na:

Inne metody leczenia operacyjnego polegają na innym rodzaju odbarczenia uciśniętych struktur nerwowych oraz innemu rodzajowi stabilizacji operowanego odcinka kręgosłupa szyjnego, lub też oddzielnym stosowaniu poszczególnych metod. Odrębności najczęściej wynikają z innego niż przedni rodzaju dostępu do operowanego poziomu (poprzeczny, skośny lub tylny) oraz innych typów implantów (np. protezy ruchome dysków szyjnych, śruby przeznasadowe, implanty stawowe). Z uwagi na udokumentowaną mniejszą lub nieznaną skuteczność, węższe zakresy wskazań medycznych, dostępność oraz doświadczenie zespołu w ich stosowaniu, zalecamy i omawiamy je w szczególnych przypadkach.

Do metod nieoperacyjnego leczenia, czyli **leczenia zachowawczego** zaliczamy: leczenie przeciwbólowe i przeciwzapalne (niesteroidowe leki przeciwzapalne, krótkotrwała sterydoterapia), metody trakcji kręgosłupa szyjnego, odpowiednie zestawy ćwiczeń rehabilitacyjnych oraz zabiegów manualnych z zakresu osteopatii. Dodatkowo stosuje się **małoinwazyjne** metody miejscowych blokad, krio- lub termoablacji i in.

MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ:

Powikłania związane z planowaną operacją mogą między innymi polegać na:

Powikłania miejscowe: **krwiaki i obrzęki miejsca operowanego; zaburzenia ukrwienia i martwica skóry w okolicy rany pooperacyjnej; infekcja (zakażenie) rany; odczyny na zastosowane materiały (np. szwy, plastry, materiały hemostatyczne); możliwość zakrzepicy miejscowej; niezamierzone uszkodzenia struktur otaczających okolicę operowaną (ścięgien, mięśni, nerwów oraz naczyń krwionośnych); czasowe nasilenie dolegliwości/przeculica lub przewlekłe bóle w miejscu blizny pooperacyjnej.**

Powikłania związane z zastosowaną metodą:

- **Uszkodzenie worka oponowego, płynotok z rany pooperacyjnej, przetoka płynowa** – wypływ płynu mózgowo rdzeniowego z niezamierzonych uszkodzeń worka oponowego centralnego układu nerwowego, wymaga zastosowania szczególnych środków w celu jego zatamowania, rzadko poszerzenia zakresu operacji; wypływający płyn może utrudniać gojenie rany pooperacyjnej; przy dużym wypływie obserwowane są objawy zespołu przedrenowania (ból i zawroty głowy w pozycji stojącej).
- **Zakrzepica lub uszkodzenia dużych naczyń szyi** – tętnicy lub żyły szyjnej, lub tętnic kręgowych; bardzo rzadkie.
- **Uszkodzenia korzeni nerwów rdzeniowych i rdzenia kręgowego** – bardzo rzadkie, wiąże się z możliwością wystąpienia trwałego deficytu neurologicznego (np. niedowładu/porażenia), zaburzeń oddychania (poziom C3-C4).
- **Inne powikłania** – przemieszczenie implantu (rzadko, szczególnie przy skrajnie nieodpowiednim oszczędzaniu odcinka szyjnego w pierwszych miesiącach po operacji); jałowa martwica kości (bardzo rzadkie, przy operacji wielopoziomowych), *discitis* (bardzo rzadkie).

Powikłania ogólne: **zapalenie płuc; zatory i zakrzepy żyłne w tym zatorowość płuc; udar mózgu; zawał mięśnia sercowego; zakażenie ogólnoustrojowe; niewydolność oddechowa; uogólniona reakcja uczuleniowa; zgon.**

Liczba powikłań zależy od wielu czynników takich jak zaawansowanie chorób towarzyszących, uprzednich zabiegów operacyjnych, stopnia zaawansowania choroby, nieprawidłowości lub nietypowej budowie anatomicznej oraz innych niemożliwych do przewidzenia przyczyn.

Opis zwiększonego ryzyka określonych powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta (*wypełnia lekarz oddziału*):

.....
.....

Imię i nazwisko:
PESEL:
Nr historii choroby:

PR4_F 269_w1
str. 3

ROKOWANIE:

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani/Pana przypadku:

[] **duże** [] **średnie** [] **ograniczone**

KONSEKWENCJE ZANIECHANIA LECZENIA:

Jeżeli nie wyrazi Pani/Pan zgody na proponowany zabieg, rokowanie co do Pani/Pana stanu zdrowia w przyszłości jest niepewne.

Wskazania do proponowanej operacji poparte są stopniem zaawansowania choroby i/lub brakiem skuteczności zastosowanych alternatywnych metod leczenia. Odroczenie leczenia operacyjnego nie zmieni dalszego postępu choroby zgodnego z jej naturalnym przebiegiem.

Zmiany zwyrodnieniowe mogą narastać z biegiem czasu, utrudniając ustąpienie dolegliwości przy prawidłowym leczeniu zachowawczym. W przypadku stwierdzonych ubytków neurologicznych, postępowanie operacyjne jest leczeniem z wyboru, gdyż fizyczne usunięcie elementu uciskającego struktury nerwowe zapobiegnie dalszemu ich uszkodzeniu i umożliwi ewentualną poprawę.

W szczególnych przypadkach może dojść do gwałtownych pogorszeń z szybką progresją ubytków neurologicznych (np. wypadnięcie zwyrodniałego dysku). Proponowane leczenie operacyjne ma zabezpieczyć Pani/Pana przed tego typu nagłymi konsekwencjami.

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. W rzadkich przypadkach może się to wiązać ze znacznym rozszerzeniem operacji, którego następstwa wykraczają poza zakres informacji zamieszczonych w niniejszym formularzu.

Przy braku Pani/Pana zgody zabieg operacyjny musiałby zostać przerwany, następnie powtórzony w terminie późniejszym, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pani/Pana zdrowia. Wówczas konieczne byłoby ponowne znieczulenie.

W przypadku szczególnego rodzaju zagrożeń, należy się liczyć z możliwością podjęcia radykalnych metod leczenia mających na celu ratowanie zdrowia i życia. Prosimy o wyrażenie zgody także i na tę okoliczność.

REKONWALESCENCJA:

Standardowo po operacji jednego lub nawet kilku poziomów kręgosłupa nie jest konieczne stosowanie kołnierzy i ortez piersiowych lędźwiowych. Niekiedy przy zaistnieniu szczególnych okoliczności zalecane jest korzystanie z kołnierza. W takich przypadkach decyzję o jego indywidualnym zastosowaniu podejmuje lekarz operator i włącza ją do zaleceń pooperacyjnych.

W pierwszych godzinach po operacji zalecane jest leżenie i odpoczynek. Uruchomienie, czyli wstanie z łóżka zaleca się najwcześniej po kilku godzinach (około 4-6 godzin) od operacji. Z uwagi na podrażnienie gardła zaleca się dietę płynną. Dopuszcza się stosowanie miejscowo działających leków przeciwzapalnych dla zmniejszenia dolegliwości (pastylki 'na gardło' do ssania zawierające leki z grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych). Przypadki szczególnych trudności w połykaniu lub trudności w oddychaniu należy bezwzględnie zgłosić personelowi.

W pierwszych dniach po operacji dolegliwości bólowe okolicy operowanej powinny się zmniejszać co pozwoli na jedzenie bardziej stałych pokarmów. Nie ma przeciwwskazań do swobodnego chodzenia i poruszania się. Głowę należy ustawiać prosto, 'nie garbić' się, unikać gwałtownych i skrajnych ruchów odcinka szyjnego kręgosłupa (skrajne ruchy skrętne, silne przygięcia i odgięcia szyi). Leżenie jest zalecane na wznak lub na boku na prostej powierzchni z podparciem karku, dla uzyskania neutralnej pozycji kręgosłupa. Wypis ze szpitala następuje najczęściej około 3 dnia po operacji.

Imię i nazwisko:
PESEL:
Nr historii choroby:

PR4_F 269_w1
str. 4

W przypadku gdy rana pooperacyjna zabezpieczona jest szwami skórnymi lub zszywkami, w zaleceniach wypisowych wyznaczona zostaje data kontroli rany pooperacyjnej i zdjęcia szwów w Poradni Neurochirurgicznej.

W pierwszym miesiącu od operacji zalecane jest ograniczenie aktywności oraz ochrona od pracy. W tym czasie należy szczególnie ograniczyć aktywność angażującą i obciążającą odcinek szyjny kręgosłupa. W dalszym ciągu należy ograniczać skrajne ruchy skrętne oraz skrajne przygięcia i odgięcia odcinka szyjnego kręgosłupa; należy ustawiać głowę prosto, unikać długotrwałego przygięcia szyi i kręgosłupa. Należy unikać sytuacji obciążających kręgosłup szyjny, szczególnie sytuacji prowokujących przeciążenie i możliwy uraz odcinka szyjnego.

W dalszym ciągu należy unikać sytuacji szczególnego obciążenia kręgosłupa. Pełna przebudowa kostna operowanego odcinka kręgosłupa dokonuje się do jednego roku od operacji. Po tym czasie zespolenie uznaje się za stabilne i wytrzymałe. Wówczas możliwy jest całkowity powrót do pełnej aktywności.

Standardowo pierwsza kontrola po operacji następuje w Poradni Neurochirurgicznej do 30 dni po wypisie ze szpitala. Kolejna po 3 miesiącach i ostatnia po roku od operacji. Dla właściwej kontroli procesu leczenia należy przestrzegać terminów wizyt i bezwzględnie stosować do zaleceń lekarskich.

Trzeba pamiętać, że sama operacja jest dopiero początkiem leczenia spondylozy szyjnej. Moment operacji jest równie ważnym etapem leczenia jak rekonwalescencja. Wspomniany wyżej, pełny proces leczenia trwa około roku i wymaga częściowej zmiany stylu życia. Skuteczność proponowanego leczenia zależy w równym stopniu od pomyślnego przebiegu leczenia operacyjnego jak i dalszego postępowania pooperacyjnego.

Obecnie stosowane implanty neurochirurgiczne nie zawierają elementów wykluczających możliwość wykonania kolejnych badań obrazowych rezonansu magnetycznego. Materiały, z których są wykonane, jak i same implanty, zostały przebadane pod względem bezpieczeństwa w polu magnetycznym przez producentów.

PYTANIA PACJENTA:

.....
.....

Imię i nazwisko:
PESEL:
Nr historii choroby:

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 Panią/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.

UWAGI LEKARZA

.....
.....

PODPIS PACJENTA I LEKARZA

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

SPRZECIW PACJENTA

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

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