

Informovaný souhlas pacient(a)ky s výkonem

Operace nádorů mediastina (mezihrudí) torakoskopicky nebo ze sternotomie

Operace by měla vést k odstranění nádorového procesu v oblasti mezihrudí, nebo procesu podezřelého z možného nádorového onemocnění, pro které jste byl(a) v minulých dnech vyšetřován(a).

Co je torakoskopie:

Torakoskopie je šetrný, miniinvasivní operační výkon, umožňující odstranění procesu v oblasti mezihrudí, odběr vzorku plíce a další zákroky v pohrudniční dutině. Výhodou tohoto zákroku je výrazně menší bolestivost v pooperačním průběhu, velmi dobrý kosmetický efekt drobných jizev, zkrácení délky hospitalizace a doby rekonvalescence.

Co je sternotomie:

Jedná se o přístup do mezihrudí, který je zajištěn kožním řezem nad hrudní kostí, která je následně v podélné rovině ve středu přerušena. Operace tímto klasickým přístupem je indikována u objemných nádorů mezihrudí s intimním vztahem k okolním strukturám jako jsou srdce, velké cévy, průdušnice, jícen, které nemohou být řešeny přístupem miniinvasivním.

Anestézie:

Vaše plánovaná operace se provádí v celkové anestézii. V případě torakoskopické operace se dýchací cesty zajišťují zavedením dvoucestné kanyly do průdušnice až k jejímu rozdělení na pravou a levou hlavní průdušku a umožní tak dýchání během operace jen na neoperovanou plíci. Toto je nutné k vytvoření prostoru uvnitř hrudníku na operované straně. Při sternotomii není nutný kolaps plíce, dýchací cesty jsou tedy zajištěny standardním způsobem.

Alternativa výkonu:

V současné době neexistuje adekvátní alternativa k tomuto výkonu. V případě, že není možné provedení výkonu torakoskopicky, vzhledem k nepřehlednému terénu, srůstům mezi plící a hrudní stěnou je zpravidla nutné provedení zákroku klasicky ze sternotomie nebo řezem v mezižebří.

Režim pacienta před výkonem:

Pokud užíváte antiagregancia (léky na ředění krve) (tzn. Anopyrin, Godasal, Tagren, Ticlid, Plavix, Trombex atd.) měl(a) byste je dle typu léku vysadit 7-10 dnů před operací, pokud nebude Vaším lékařem doporučeno jinak. V případě, že berete antikoagulační léčbu tzn. Warfarin, Orfarin, Lawarin, atd. musí být tyto léky vysazeny několik dní před operací a zaměněny za injekční formu

léčby ve formě nízkomolekulárních heparinů za kontroly parametrů krevní srážlivosti. Dle doporučení plicního lékaře může být před operací 1-2 denní dechově-rehabilitační příprava. Je striktně doporučeno zanechání kouření co možná nejdříve před operací a následně v něm již nepokračovat. 6 hodin před operací, zpravidla od předchozí půlnoci již pacient nesmí jíst, pít ani kouřit. Léky, které máte užít před operací určí Váš ošetřující lékař, kterého jste povinni informovat o skutečnostech, které by mohly komplikovat operaci či operační průběh. Jedná se o alergie na léky, dezinfekce, poruchy srážlivosti krve, infekční choroby (žloutenka typu B,C, AIDS), důležité je zmínit všechna přidružená onemocnění při přijímacím pohovoru. Operace se neprovádí v prvních dnech menstruace a v těhotenství.

Jaký je postup při operaci prováděné torakoskopicky:

Po zajištění a usnutí na operačním sále je pacient uložen na bok. Poté po přípravě operačního pole dezinfekcí a zarouškováním jsou z krátkých kožních řezů přes stěnu hrudní zavedeny tzv. vstupní porty (plastové trubičky šíře 5-12mm) v počtu nejčastěji 2-4 dle plánovaného zákroku. Těmito porty jsou poté zasunuty pracovní nástroje a optika, pomocí které je přenášen obraz operačního pole na obrazovku.

Poté je odstraněn patologický proces v oblasti mezihrudí. Odebraný preparát je vytažen z hrudníku po rozšíření jednoho kožního řezu po portu. Operace končí zavedením hrudního drénu v místě jednoho vstupního portu, který slouží k odvodu reaktivního výpotku z hrudníku. Po vyjmutí portů je provedeno sešití podkoží a kůže. Z operačního sálu budete poté převezeni na jednotku intenzivní péče k pooperačnímu sledování do stabilizace stavu.

V případě nepřehledného terénu, který je zpravidla podmíněn srůsty mezi plíci a hrudní stěnou je nutné provedení výkonu klasicky ze sternotomie. Při zhoršení stavu při úvodu do anestézie nebo špatné toleranci dýchání pouze na jednu plíci je od plánovaného výkonu v některých případech nutné upustit nebo výkon provést ze sternotomie.

Jaký je postup při operaci prováděné ze sternotomie:

Po zajištění je pacient uveden do celkové anestézie v poloze na zádech. Je proveden kožní řez na hrudní kosti, která je následně přerušena pomocí speciální pilky v podélné rovině. Takto je získán přístup do mezihrudí. Poté je odstraněn patologický proces v oblasti mezihrudí. Operace končí zavedením sacích drénů do operačního pole, které jsou vyvedeny v okolí operační rány, a které slouží k odvodu reaktivního výpotku zpočátku s příměsí krve z operačního pole. Následně je sešita hrudní kost, podkoží a kůže. Z operačního sálu budete poté převezeni na jednotku intenzivní péče k pooperačnímu sledování do stabilizace stavu.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Každý chirurgický zákrok je spojen s rizikem možných komplikací během výkonu i v pooperačním období.

Jsou to:

- **alergická reakce** (kopřivka, svědění kůže, dechové obtíže charakteru astmatu, pokles krevního tlaku až šokový stav)
- **krvácení** v operačním poli nebo z operační rány s nutností převedení výkonu v klasickou otevřenou operaci nebo nutnost operační revize s ošetřením zdroje krvácení,
- **infekce operační rány** se zpomaleným hojením,
- **dechové komplikace** (zápal plic, rozvoj dechové nedostatečnosti, případně nutnost umělé plicní ventilace na přechodnou dobu v pooperačním období),
- **srdeční komplikace** (srdeční infarkt, srdeční selhání, arytmie),
- **hluboký zánět žil** s rozvojem trombózy nebo embolie plicní.

Nelze ani jednoznačně vyloučit, že může dojít k tak závažné změně zdravotního stavu pacienta nebo ke komplikaci, která může vést k úmrtí pacienta nebo si vynutit další operaci. Dále nelze vyloučit ani výskyt vzácných a ojedinělých komplikací, které nejsou součástí výše uvedeného výčtu.

Režim pacienta po operaci:

Jako nežádoucí efekt anestézie může být po operaci nevolnost nebo zvracení, které zpravidla do 12h od operaci odezní. Bolesti jsou tlumeny analgetiky, které jsou zprvu podávány do žíly nebo podkožně, poté ve formě tablet ústy. Příjem tekutin je zahájen dle aktuálního stavu, zpravidla 2-3 hodiny po operaci. Následuje dechová rehabilitace, po stabilizaci stavu je pacient přeložen zpět na standardní oddělení. Hrudní drén se odstraňuje v případě, že není přítomen únik vzduchu a výpotek odváděný drénem je čirý v množství 100-150 ml/24h. Sací drény jsou vytaženy po odbarvení sekretu. Kožní stehy jsou vytaženy 7.-10. den po operaci.

Omezení a pracovní neschopnost

Běžná pracovní neschopnost po operaci činí až 4- 6 týdnů ode dne operace. Je nutné však délku pracovní neschopnosti přizpůsobit individuálně dle charakteru onemocnění, pro které byla operace provedena, dle pooperačního průběhu, dle celkové kondice pacienta a také dle charakteru a fyzické náročnosti vykonávané práce. Všeobecně platí, že je nezbytné vyhnout se zvedání těžkých břemen minimálně po dobu 3 měsíců. Pochopitelně je vhodné se vyhnout i některým jiným fyzicky náročným činnostem, jejichž provádění je třeba konzultovat s lékařem na ambulantních kontrolách a s praktickým lékařem.