

ODSTRANĚNÍ NADLEDVINY - ADRENALEKTOMIE (EPINEFREKTOMIE)

Příloha k informovanému souhlasu

Důvod operace: Váš endokrinolog nebo internista specializující se na nemoci žláz s vnitřní sekrecí rozhodl, že Vaše onemocnění již dále nelze léčit medikamentózně a je nutná operace. Rozhodl tak na základě svého klinického vyšetření, vyšetření funkce, tedy hladiny hormonů nadledvin, ultrazvukového vyšetření a CT nebo MRI. Na základě těchto vyšetření jste byl/a léčen/a a byl sledován průběh Vašeho onemocnění. Došlo k takovým patologickým změnám na nadledvině, že bude pro Vás výhodnější a také bezpečnější odstranit tuto žlázu. Endokrinolog či internista tedy rozhodl na základě klinických vyšetření o rozsahu operačního výkonu. Doporučená operace bude provedena na chirurgickém oddělení, kde se této problematice dlouhodobě věnujeme a specializujeme.

Co se stane, pokud se operace neprovede:

Vaše potíže budou pokračovat se všemi negativními důsledky, které má onemocnění nadledviny na ostatní orgány v těle. Nadledvina se může postupně zvětšovat a takto zvětšená žláza zároveň produkuje hormony, které mohou vyvolávat jiná onemocnění, která mají vliv na celkový stav organismu, může působit útlak v daném místě. Nelze však ani vyloučit, že uzly nebo změněná tkáň v nadledvině může mít i zhoubnou povahu.

Provedení operace:

Operaci provádíme zásadně v celkové anestezii. Na závěr operace znovu pečlivě sledujeme případné krvácení, zavádíme podtlakový Redonův drén se sběrnou nádobou, který odsává z rány event. prosakující krev. Kůži šijeme vnitřním stehem, aby byl pooperační vzhled jizvy kosmeticky co nejpríznivější. Zevně pak ránu kolem vyvedeného Redonova drénu zešíroka zavážeme.

Pooperační průběh:

po operaci rozhodne anesteziolog, zda budete po operaci převezeni na tzv. „dospávací“ pokoj, jednotku intenzivní péče JIP nebo na oddělení ARO v budově centrálních operačních sálů k pooperačnímu sledování. Zde Vám budou monitorovány všechny důležité funkce a budete pod stálým dohledem zdravotnického personálu. Bude-li Váš stav stabilizovaný, rozhodne anesteziolog, že můžete být převezeni zpět na lůžkové oddělení. Vstát z lůžka a chodit můžete již v den operace. Operační ránu převazujeme podle potřeby při ranní vizitě. Redonův drén se sběrnou nádobou vytahujeme dle sekrece. To může trvat 7-10 dní. Propuštění z nemocnice budete 3.-5. den po operaci. Kožní steh vytahujeme 5. den buď ještě za hospitalizace nebo cestou praktického lékaře, či na naší ambulanci. Další kontroly budou u Vašeho endokrinologa nebo internisty. Případné ORL kontroly budou po

domluvě s operátorem na ORL oddělení nebo v ambulanci. Chirurgické sledování je zavedeno v poradně chirurgické ambulance v DTC budově 4. patro .

Varianty:

operátor se může s ohledem na operační nález rozhodnout v průběhu operace o změně původně plánovaného rozsahu operačního výkonu, většinou na výkon rozsáhlejší. Z původně plánované částečné operace (LE) se může rozhodnout pro odstranění celé štítné žlázy (TTE), odstranění krčních uzlin, popř. k blokové krční direkci nebo parciální disekci. Pokud splňuje nález na štítnici velikostí a charakterem postižení podmínky k endoskopické operaci, provádíme tento výkon miniinvazivní videoasistovanou technikou.

Očekávaný výsledek operace:

Odstraněním štítné žlázy by mělo být Vaše onemocnění štítné žlázy vyléčené. Byla-li odstraněna celá štítná žláza (TTE), budete muset celoživotně užívat léky obsahující hormony štítné žlázy. Tuto léčbu zajistí endokrinolog nebo internista, který Vás k operaci poslal. U nádorového onemocnění štítné žlázy je nutná další léčba, o které budete v případě nutnosti informováni po operaci. Lázeňské doléčení indikuje endokrinolog, probíhá v Lázních Lipová v Jeseníkách.

Komplikace:

Nejsou časté a nepřesahují počty komplikací jiných odborných pracovišť. Operace štítné žlázy je ale náročná operace a nese s sebou rizika spojená obecně s operací v celkové anestézii a pak s vlastním chirurgickým výkonem.

Za nezávažnou komplikaci považujeme vzácně se vyskytující poruchy hojení operační rány. Může dojít ke krvácení do podkoží, vzniku podkožního hematomu, po odstranění Redonova drénu k vytvoření tzv. seromu v ráně (nehnisavý výpotek), popř. k jeho zhnisání. Kožní rána se nemusí dobře zhojit, může být zvrásněná, může být nerovnoměrně ztlustělá. Může se časem vytvořit keloidní jizva (široká jizva vystouplá nad okolní kůži). Všechny tyto komplikace řešíme místním ošetřením operační rány nebo konzultuje s plastiky.

Ze závažných komplikací se může vyskytnout hluboké krvácení v místě, kde byla původně uložena štítná žláza. Projeví se rychlým naplněním sběrné nádoby Redonova drénu. Vyžaduje chirurgickou revizi operační rány v celkové anestezii.

Další možnou komplikací je poranění zvrtných nervů. Při jednostranném poranění (po LE nebo TTE) se projeví poruchou hybnosti příslušné hlasivky, což má za následek zhoršení hlasu, chrapot. Nebývá výrazný, takže bez kontroly hlasivek může uniknout pozornosti. Dýchání nebývá omezeno.

Oboustranné poranění nervů (po TTE) se projeví tím, že hlasivky jsou postaveny blízko u sebe a

nemohou se od sebe oddálit. Místa mezi hlasivkami je málo a je tedy výrazně omezeno dýchání, především nádech. Hlas je chraptivý, ale dobře srozumitelný. Stav je nutno řešit buď prodloužením umělé plicní ventilace přes zavedenou dýchací rourku v tzv. „umělém spánku“ po dobu několika dní, nebo provedením tzv. tracheotomie, tj. chirurgickým vytvořením zevního otvoru do přední stěny průdušnice pod hlasivkami. Je třeba říct, že zvrtné nervy jsou velmi citlivé na jakoukoli manipulaci s nimi, a že k poškození jejich funkce může dojít jen pouhým tahem za nerv, podvazem cévy v jeho blízkosti či elektrokoagulací cévy v jeho blízkosti. Takto vzniklá obrna nervu je vždy jen přechodná a upravuje se. Pouze přerušení nervu či přímé poškození nervu elektrokoagulací či podvaz cévy spolu s nervem má za následek trvalou obrnu. Od r. 2002 jsme na našem oddělení neměli oboustrannou obrnu zvrtných nervů. Jednostranné obrny byly vždy jen dočasné a hlasivka do 3 měsíců obnovila svoji normální funkci.

Další možnou komplikací je poranění horních hrtanových nervů, což se může projevit snížením citlivosti v oblasti hrtanového vchodu s možností zatékání tekutin při polykání do hrtanu a dýchacích cest. Hlasivky se normálně hýbou, není chrapot, ale je omezena hlasová síla. O možnosti přechodné či trvalé obrny těchto nervů platí to, co pro nervy zvrtné.

Poslední možnou vážnou komplikací je poškození příštítných tělísek. Ta produkují hormon regulující hladinu vápníku a fosforu v krvi. Bývají celkem 4 a zůstane-li zachováno alespoň jedno tělísko, převezme funkci ostatních tělísek. Dochází k poklesu vápníku v krvi, což se projeví např. brněním prstů na rukou a křečemi. Tento stav se zvládne příslušnými léky. Přechodný pokles hladiny vápníku se postupně upraví. Dojde-li však k poklesu produkce hormonu příštítných tělísek a hladiny vápníku trvale, je tendence ke vzniku křečí kosterního svalstva a stav je třeba řešit trvalou medikamentózní léčbou. Trvalý pokles hladiny vápníku jsme na našem oddělení neměli, přechodné poklesy hladin se bez problémů upravily ještě během hospitalizace.

Závěrem lze říci, že odstranění štítné žlázy (tyreoidektomie) je v současnosti výkon v rukou zkušeného týmu operatérů a anesteziologů bezpečný, procento trvalých závažných komplikací je minimální, pooperační péče vede k rychlé normalizaci Vašeho zdravotního stavu.