

## **INFORMACJA DLA PACJENTA I FORMULARZ ZGODY NA OPERACJĘ PRZETOKI ODBYTU ZA POMOCĄ LASERA (FiLaC)**

Pacjent(ka) (imię i nazwisko) \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

Operacja przeprowadzana jest w znieczuleniu dożylnym, przewodowym lub ogólnym (dokładnych informacji na temat znieczulenia i możliwych jego powikłań udzieli lekarz anestezjolog podczas badania). Pierwszym etapem zabiegu jest dokładna kontrola okolicy odbytu i kanału odbytu. Jeżeli przetoka była wcześniej drenowana za pomocą setonu, zostanie on wykorzystany do wprowadzenia do przetoki elastycznej prowadnicy za pomocą której włókno lasera będzie wprowadzane do przetoki. Jeżeli wcześniej przetoka nie była drenowana konieczne jest przeprowadzenie sondy poprzez kanał przetoki, za pomocą której elastyczna prowadnica i następnie włókno laserowe będą wprowadzone do kanału przetoki. W trakcie wprowadzenia sondy mogą wyjść na jaw wcześniej nieznane szczegóły anatomiczne dotyczące budowy przetoki, co może okazać się przeciwwskazaniem do leczenia laserem (przetoka wielokanałowa, bardzo szeroki kanał przetoki, przetoka powierzchowna itp). W takiej sytuacji zostanie założony seton drenujący lub zostanie zastosowane inne leczenie zalecane w zaistniałej sytuacji. Zazwyczaj w takich przypadkach leczenie ostateczne jest przeprowadzone w kolejnym etapie (oddzielny zabieg, leczenie wieloetapowe) co wiąże się z dodatkowymi kosztami dla Pacjenta. Jeżeli badanie śródoperacyjne sondą potwierdzi, że leczenie za pomocą lasera (FiLaC) jest możliwe dalszy przebieg zabiegu jest prowadzony tak jak u pacjenta po wcześniejszym drenażu. W trakcie zabiegu za pomocą lasera diodowego 1470 nm jest dostarczana energia powodująca obliterację przetoki i zamknięcie jej światła. Ujście wewnętrzne może być dodatkowo zamknięte szwem założonym od strony kanału odbytu (o założeniu szwu decyduje operator w trakcie zabiegu). Ujście zewnętrzne zazwyczaj szeroko wycina się za pomocą elektrokoagulacji co ułatwia ewakuację tkanek martwiczych z kanału przetoki w trakcie gojenia się przetoki.

W związku z techniką zabiegu (doprowadzenie do martwicy tkanek przetoki za pomocą lasera) z ujścia zewnętrznego zazwyczaj przez kilka, kilkanaście tygodni wydziela się niewielka ilość treści płynnej (nie jest to równoznaczne z nawrotem przetoki). Zazwyczaj z czasem ilość wydobywającej się treści zmniejsza się aż do całkowitego wygojenia. Metoda FiLaC jest uważana za bardzo bezpieczną i skuteczną w leczeniu przetok odbytu, nie mniej jednak jej zastosowanie wiąże się z ryzykiem powikłań okołoperacyjnych oraz nawrotu przetoki (w zależności od rodzaju przetoki ryzyko nawrotu waha się od 20-50%, zastosowanie leczenia dwuetapowego - drenażu setonem - zmniejsza ryzyko nawrotu). Należy również zaznaczyć, iż leczenie przetok okołoodbytniczych jest często wieloetapowe, tzn. zachodzi konieczność rozłożenia poszczególnych etapów leczenia na kilka zabiegów operacyjnych. Zabieg operacyjny nie przebiega identycznie u każdego chorego. Zależy to od jego budowy anatomicznej, przebiegu kanałów przetoki odbytu i chorób współistniejących oraz od jego stanu ogólnego. Różne, trudne do przewidzenia trudności techniczne występujące podczas zabiegu operacyjnego mogą spowodować, że pomimo starań lekarzy podczas operacji, jak i po jej zakończeniu może dojść do wystąpienia powikłań.

W trakcie zabiegu i po zabiegu pomimo zachowania zasad sztuki medycznej możliwe jest wystąpienie następujących powikłań:

- nawrót przetoki lub przetok
- ropień odbytu wymagający pilnego leczenia operacyjnego

- krwawienia śródoperacyjne i pooperacyjne, wymagające powtórnego zabiegu operacyjnego lub przetoczenia krwi
- uszkodzenie mięśni zwieraczy odbytu, skutkujące objawami nietrzymania stolca lub gazów, przejściowymi lub stałymi
- zakażenia rany pooperacyjnej na skutek infekcji, co prowadzi do przedłużonego gojenia rany
- infekcje innych układów, w szczególności układu moczowego oraz oddechowego
- ostre zatrzymanie moczu wymagające cewnikowania
- powikłania związane z zakładaniem i obecnością wkłuc dożylnych (miejscowa infekcja, krwiak, obrzęk, zakażenie wkłucia)
- powikłania ze strony układu krążenia – nasilenie niewydolności krążenia, zaburzenia rytmu serca, niedokrwienie mięśnia sercowego
- niekiedy mogą wystąpić uszkodzenia lub oparzenia skóry przez środki dezynfekujące lub prąd elektryczny stosowane podczas zabiegu
- alergię na leki stosowane w okresie okołoperacyjnym – szczególnie leki stosowane podczas znieczulenia, antybiotyki oraz środki przeciwbólowe;
- zniekształcające blizny, które mogą powstawać w przypadku skłonności osobniczych lub powikłań w procesie gojenia
- zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B i C (tzw. żółtaczki zakaźnej) lub wirusem HIV
- zaparcia
- uszkodzenia gałązek nerwów skórnych, powodujące czasowe lub stałe zaburzenia czucia okolicy okołodobytniczej

W razie jakichkolwiek wątpliwości prosimy o pytania. Lekarz postara się rozwiązać Pani/Pana wszystkie wątpliwości.

Po zapoznaniu się z powyższymi informacjami oraz po rozmowie z lekarzem wyrażam zgodę na przeprowadzenie proponowanej operacji. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a w sposób wyczerpujący i niebudzący moich wątpliwości o celu, rodzaju i sposobie przeprowadzenia zabiegu oraz wszelkich możliwych do przewidzenia wiążących się z nim ryzykach, w tym ryzykach rzadko występujących, innych możliwych metodach leczenia, jak również o efekcie, jakiego mogę się spodziewać, jeżeli zabieg przebiegać będzie bez zakłóceń.

Oświadczam, że udzieliłem/am pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego, nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia, w tym informacji o chorobach przewlekłych, przebiegu dotychczasowego leczenia i przyjmowanych lekach. Stwierdzam, że uzyskałem/am wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi na wszystkie zadane pytania. Zapoznałem/am się i zrozumiałem/am informacje zawarte w niniejszej zgodzie. Oświadczam, że jestem wystarczająco poinformowany/ny. Rozumiem ryzyko związane z tym zabiegiem i zgadzam się na jego wykonanie. Jednocześnie wyrażam zgodę na ewentualną zmianę pierwotnie ustalonego zakresu zabiegu operacyjnego polegającą na jego zmniejszeniu lub rozszerzeniu, jeśli będzie to uzasadnione wystąpieniem nieprzewidzianych okoliczności lub koniecznością dostosowania jego zakresu do stwierdzonych śródoperacyjnie zmian chorobowych. W razie wystąpienia podczas operacji powikłań wyrażam zgodę na przetransporowanie mnie do placówki państwowej opieki zdrowotnej w celu dalszego leczenia.

Warszawa, \_\_\_\_\_,  
Data i godzina

\_\_\_\_\_ podpis Lekarza

\_\_\_\_\_ podpis Pacjenta