

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY ENDOPROTEZOPLASTYKA STAWU RAMIENNO ŁOPATKOWEGO

INFORMACJA DLA PACJENTA

NA CZYM POLEGA ZABIEG ENDOPROTEZOPLASTYKI STAWU?

Endoprotezoplastyka stawu jest zabiegiem operacyjnym, mającym na celu zamianę poważnie uszkodzonego (przez chorobę zwyrodnieniową/uraz) stawu ramiennie łopatkowego elementami sztucznymi zastępującymi ewentualnie panewkę stawu i głowę kości ramiennej. Zabieg ma na celu zmniejszenie dolegliwości bólowych stawu, poprawę ruchomości i uwolnienie od bólu w czasie snu. Inna nazwa: alloplastyka.

Protezoplastyka stawu barkowego jest wykonywana w znieczuleniu ogólnym. Pacjent w czasie zabiegu operacyjnego ułożony jest na stole operacyjnym w pozycji półsiedzącej i stabilnie przymocowany do stołu operacyjnego. Operacja trwa średnio ok. 1,5 h. Operowany bark będzie przemyty płynami antyseptycznymi, obłożony jałowymi serwetami oraz folią nie przepuszczającą drobnoustrojów ze skóry operowanej osoby. Cięcie skórne będzie wynosiło od 10 do 20 cm (średnio 12-14cm) i będzie prowadziło przez tkankę podskórną, mięśnie do kości ramiennej, której szczyt zwany głową będzie wycięty i przygotowany do założenia sztucznego elementu nazywanego trzpieniem a zakończony sztuczną głową. Ewentualnie druga część sztucznego stawu będzie panewka zamocowana w okolicy gdzie znajdowała się zniszczona przez chorobę panewka kostna. Sztuczna panewka jest pokryta substancjami (tytan, hydroksyapatyt lub podobne), które pozwolą jej na trwałe połączenie się ze zdrową kością. Rana po zabiegu zamykana jest przy pomocy nici lub staplerów (zszywek) obie metody zamykania rany są metodami równorzędnymi.

WAŻNE: PIERWSZĄ DOBĘ PO ZABIEGU OPERACYJNYM PACJENT SPĘDZA W ŁÓŻKU NA PLECACH I ŚPI NA PLECACH!

Po operacji przez ranę operacyjną będą przechodziły miękkie rurki (dreny), przez które może wyciekać niewielka ilość krwistej wydzieliny. Dreny są usuwane w 1 dobie po zabiegu, podczas zmiany opatrunku. Usunięcie ich nie jest bolesne. W związku z tym, że protezoplastyka barku jest dużym i dość krwawym zabiegiem pacjent w dużej części po zabiegu operacyjnym otrzymuje krew, która może pochodzić z dwóch źródeł: 1. Z systemu ATS- jest to system odzysku krwi własnej tuż po zabiegu operacyjnym. Krew zbierana jest do systemu sterylnych pojemniczków i w pierwszej dobie po zabiegu operacyjnym podawana jest pacjentowi. Jest to jego własna odzyskana krew. 2. Drugim sposobem uzupełnienia krwi straconej w okresie okołoperacyjnym jest podanie, wcześniej przygotowanej, krwi lub jej koncentratu. Wtedy krew pochodzi od innej osoby.

W większości przypadków chorzy mają być uruchamiani następnego dnia po zabiegu operacyjnym!

O szybkości i sposobie usprawniania decyduje chirurg operujący po konsultacji z fizjoterapeutą. Szybkie uruchamianie chorego ma na celu zmniejszenie ryzyka wystąpienia zatorowości (zamknięcia naczynia) płucnej, wieńcowej oraz naczyń mózgowych! W większości przypadków w dniu zabiegu operacyjnego wykonywane jest zdjęcie rentgenowskie stawów dokumentujące zabieg. W razie konieczności po zabiegu operacyjnym na kilka dni będzie założony cewnik do pęcherza moczowego w celu ułatwienia oddawania moczu. Zdjęcie szwów lub staplerów z rany będzie możliwe po zagojeniu rany. W dniu wypisu ze szpitala otrzyma Pani/Pan kartę informacyjną, na której będzie zalecona wizyt kontrolna w Oddziale lub Poradni Ortopedycznej oraz dalsze zalecenia.

PROCEDURY ALTERNATYWNE:

Wymiana stawu ramiennie-łopatkowego wykonywana jest zwykle u pacjentów cierpiących z powodu dolegliwości bólowych w przebiegu ciężkiej artrozy stawu lub urazu. Większość chorych ma ponad 55 lat. Istnieją jednak inne metody leczenia:

- utrata masy ciała
- zaprzestanie ciężkiej pracy fizycznej lub forsownych ćwiczeń
- ćwiczenia i zabiegi rehabilitacyjne
- stosowanie leków p/bólowych doustnych
- używanie kul lub lasek
- używanie ortez lub stabilizatorów
- trwale usztywnienie stawu (artrodeza)

Niektóre z powyższych nie są wskazane jeśli chory chce wykazywać wzmożoną aktywność fizyczną ale powinno się je rozważyć i przedyskutować je z chirurgiem.

Po złamaniu:

- Leczenie zachowawcze w unieruchomieniu
- Szew kostny – druty Kirschnera
- Płyta AO
- Gwóźdź śródszpikowy

POWIKŁANIA W TRAKCIE ZABIEGU I PO, KTÓRE MOGĄ WYSTĄPIĆ NIEZALEŻNIE OD RODZAJU ZABIEGU:

A. POJAWIAJĄCE SIĘ CZĘSTO (OK. 2-5%)

- silny ból pooperacyjny - najsilniejszy ból obserwuje się w pierwszych dobach po zabiegu, z czasem będzie się znacznie zmniejszał. Pacjent dostaje leki przeciwbólowe, mimo to ból może wystąpić i towarzyszyć jako długotrwały problem.
- krwawienie lub krwotok pooperacyjny lub śródoperacyjny – może się okazać konieczne przetoczenie krwi własnej lub obcej oraz podanie preparatów żelaza.
- zakrzepica żył głębokich (DVT) - to skrzep w żyłę. Skrzep może być źródłem trudności w oddychaniu i bólu pooperacyjnego, może prowadzić do niedokrwienia kończyny. Ortopeda zleca leki przeciwzakrzepowe i próbuje ograniczyć możliwość wystąpienia zatoru poprzez aparaty uciskowe na kończynach. Najlepszą metodą zapobiegania zatorom jest wczesne usprawnienie chorego i podjęcie prób chodzenia.

- wczesne zużycie elementów protezy - choć używamy najnowszych protez, może nastąpić wczesne zniszczenie elementów protezy.
- przerost blizny pooperacyjnej lub bliznowiec.
- kończyna, której staw był operowany, może po zabiegu operacyjnym być nieznacznie dłuższa lub krótsza. (rzadko może być powodem ponownej operacji).
- Zwichnięcie protezy (wtórne przemieszczenie głowy protezy względem panewki) - często można wówczas staw zreponować bez zabiegu operacyjnego. Czasami jednak wskazana jest ponowna operacja. Szczególnie w sytuacji wielokrotnego zwichnięcia protezy.

B. POJAWIAJĄCE SIĘ RZADKO (1 - 2%)

- infekcja lub rozejście się rany pooperacyjnej – przed zabiegiem operacyjnym stosujemy profilaktyczną terapię antybiotykową a zabieg przeprowadzony będzie w warunkach sterylnych z użyciem sprzętu sterylnego. Rana pooperacyjna może być bolesna, czerwona i gorąca oraz może wydobywać się z niej ropa lub inne wydzieliny. Taki stan może wymagać interwencji antybiotykowej lub operacyjnego czyszczenia rany, a w rzadkich przypadkach może doprowadzić do konieczności usunięcia części lub całości implantu. W rzadkich przypadkach rozwijająca się infekcja może doprowadzić do sepsy (zakażenia krwi) i wymagać zastosowania bardziej specyficznych antybiotyków.

C. BARDZO RZADKIE (<1%)

- zator tętnicy płucnej – to stan w którym skrzep krwi może dotrzeć do płuc i zatrzymać oddychanie
- przedłużone gojenie rany pooperacyjnej- rana goi się około 2 tygodni, czasem gojenie może się opóźnić
- zwichnięcie stawu – może dojść do zwichnięcia elementów protezy (wymagana interwencja)
- uczulenie na składniki protezy (głównie tytan).
- złamania tkanki kostnej – podczas osadzania elementów protezy i może być powodem do zaopatrzenia innymi łącznikami niż proteza. wykonywania otworów pod wszczep używa się wysokoobrotowych wiertel kostnych, mogących uszkodzić kość. Może to wymagać dodatkowych implantów mocujących.
- uszkodzenie nerwów – podczas zabiegu chirurg dokłada wszelkich starań aby nie doszło do uszkodzenia nerwów np. nerwu kulszowego w pobliżu operowanego stawu. Jego uszkodzenie może mieć charakter przejściowy (wynikający z jego uciśnięcia przez narzędzie chirurgiczne lub krwiak operacyjny) i może trwać od kilku dni do kilku miesięcy. Uszkodzenie nerwu może być również trwałe, co doprowadza do trwałego zaburzenia funkcji kończyn.
- uszkodzenie naczyń krwionośnych w okolicy stawu może wymagać dodatkowego zabiegu operacyjnego.
- zgon chorego – zabieg operacyjny może prowadzić do tego powikłania i jest niestety możliwy głównie przy współistnieniu innych poważnych schorzeń.

OŚWIADCZENIE ŚWIADOMEJ ZGODY ZABIEG ENDOPROTEZOPLASTYKI STAWU RAMIENNO-ŁOPATKOWEGO

.....
Imię i nazwisko pacjenta

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

.....
Oddział

.....
data

Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu endoprotezoplastyki stawu ramiennie-łopatkowego
..... (wpisać stronę prawą lub lewą).

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 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.

.....
data podpis lekarza przyjmującego zgodę

.....
data i czytelny podpis pacjenta