

## Transdibulární bukofaryngektomie

(částečné odstranění hltanu, kořene jazyka s protětím dolní čelisti)

### Pacient (štítek)

---

Jméno a příjmení:

---

Rodné číslo:

Bydliště:

---

### Zákonný zástupce

---

Jméno a příjmení:

Datum narození:

---

### Vážená paní, vážený pane, vážení rodiče,

v předkládaném formuláři si přečtete informace o Transdibulární bukofaryngektomii. Pomohou Vám připravit se na rozhovor s lékařem, který Vás bude informovat o navrhovaném postupu, abyste se mohl(a) rozhodnout a dát souhlas k jeho provedení.

### Co je Transdibulární bukofaryngektomie.

Transdibulární bukofaryngektomie je zákrok, který odstraní části hltanu. Je indikován nejčastěji u zhoubných nádorů patrové mandle, patrových oblouků, měkkého patra, části kořene jazyka a boční stěny hltanu společně s odstraněním spádového systému mízních uzlin krčních.

Cílem operace je odstranění nádoru a prevence dalšího šíření nádoru do vzdálených oblastí.

### Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Důvodem Transdibulární bukofaryngektomie je

### Jaký je režim pacienta před výkonem:

Před výkonem v celkové anestezii je nezbytné minimálně 6 hodin nejíst, nepít a nekouřit.

### Jaký je postup při provádění výkonu:

prokázaný zhoubný nádor hltanu je nutno zcela odstranit, v některých případech je třeba ještě následně provést léčbu zářením. Ze zevního přístupu v celkové anestezii je hltan zpřístupněn protětím dolní čelisti a jejím následným rozevřením do stran, což umožňuje dobrý manipulační prostor pro odstranění nádoru. Někdy, pokud nádor dosahuje do blízkosti dolní čelisti, je nutné její částečné odstranění. Při šíření nádoru do oblasti kořene jazyka a na boční stěnu hltanu může vzniknout pooperačně otok, který by omezoval dýchání. Proto je nutné v těchto případech k zajištění dýchacích cest současně otevření průdušnice (tracheostomie). Otvor v průdušnici může být v nekomplikovaných případech po odeznění otoku měkkých tkání uzavřen do týdne po operaci. Do zhojení rány je zavedena žaludeční sonda k zajištění pooperační výživy asi na 7 – 10 dnů, v některých případech je již před operací proveden namísto sondy vývod do žaludku (tzv. gastrostomie).

## Jaké jsou možné komplikace a rizika:

I při správném postupu v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy (lege artis) mohou vzniknout v souvislosti s uvažovaným zákrokem jisté komplikace. Jedná se např. o: krvácení, zánětlivé komplikace, rozpad operační rány, vznik slinné píštěle (výrazně prodlužuje dobu hojení), vznik hypertrofické jizvy, zhoršené polykání, zhoršená artikulace, zmenšení citlivosti v operované oblasti, bolestivost, porucha hybnosti jazyka, porucha hybnosti horní končetiny při radikální blokové disekci, odstálá lopatka. Četnost uvedených komplikací závisí na rozsahu a povaze patologického procesu.

Další možná rizika jsou spojená s přihlédnutím k individualitě pacienta a jeho celkovému zdravotnímu stavu. Může se jednat o poruchy srdce a oběhu, plicní komplikace, poruchy hojení ran a infekční komplikace.

## Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Režim pacienta po operačním zákroku závisí na rozsahu operace a hojení rány. Pooperační průběh může být komplikován zánětem či jinými komplikacemi, uvedenými výše. O případném speciálním režimu budete podrobně poučen(a) ošetřujícím lékařem.

Celková doba hospitalizace se předpokládá v rozmezí 14 – 20 dnů a záleží na dalším postupu léčby (následná léčba zářením, chemoterapie ...).

## Jaké jsou možné alternativy výkonu:

*V některých případech primární léčba zářením*

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Byly mi vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). Lékařem jsem byl(a) poučen(a) o možnosti svůj souhlas s navrženým postupem odvolat.

**S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.**

**S provedením výše uvedeného výkonu, případně s jeho opakováním v průběhu hospitalizace v Městské nemocnici Ostrava souhlasím. (Pokud je možnost daný výkon v průběhu hospitalizace opakovat, např. transfuze, zvolíme tento souhlas.)**

Datum:

Podpis pacienta nebo zákonného zástupce

Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis ošetřujícího lékaře, který vysvětlující pohovor provedl

**Pacient(ka) není schopen(a) podpisu. Svůj souhlas vyjádřil(a):**

popište způsob:

Jméno, příjmení a podpis svědka

Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis lékaře