

## **Odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego**

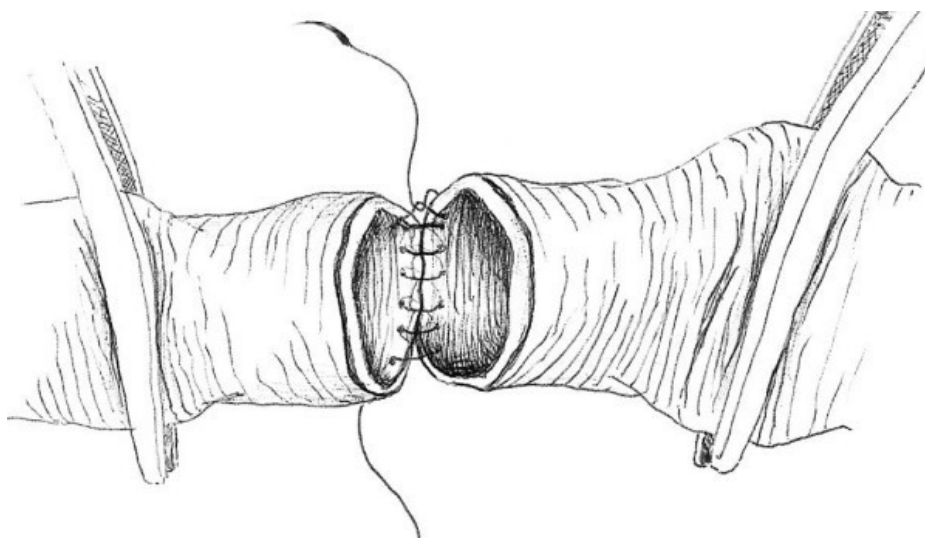
### **1. Rozpoznanie.**

Rozpoznano u Pani/Pana stan po wytworzeniu stomii na jelicie cienkim lub grubym. Podczas wcześniej wykonanego u Pani/Pana zabiegu operacyjnego zaistniała konieczność wyprowadzenia zakończenia jelita na powłoki jamy brzusznej celem odprowadzenia treści jelitowej lub stolca (wytworzenia stomii jelitowej). Aktualnie leczenie choroby, która doprowadziła do wytworzenia stomii jest zakończone a sytuacja anatomiczna w jamie brzusznej pozwala na ponowne połączenie jelit celem przywrócenia fizjologicznego wydalania stolca.

### **2. Rodzaj i sposób przeprowadzenia zabiegu/badania.**

Operacja przeprowadzana jest w znieczuleniu ogólnym (dokładnych informacji na temat znieczulenia i możliwych jego powikłań udzieli lekarz anestezjolog podczas badania). Niekiedy konieczne jest zacewnikowanie pęcherza moczowego. Planowany u Pani/Pana zabieg polega na nacięciu powłoki jamy brzusznej a następnie odnalezieniu dystalnego (położonego obwodowo) fragmentu jelita cienkiego bądź grubego, zamkniętego podczas poprzedniej operacji. Ze względu na wcześniejszą chorobę brzucha, która doprowadziła do wytworzenia stomii lub zastosowane leczenie (np. radioterapia) ponowne wkroczenie do brzucha wiąże się z koniecznością przecięcia wielu zrostów między jelitami. Kolejnym etapem zabiegu jest wypreparowanie końca jelita cienkiego lub grubego, z którego wytworzona została stomia, odcięcie jelita od skóry w miejscu wytworzenia stomii i jego wypreparowanie (odcięcie 1-2 cm końcowej części w celu zapewnienia dobrego ukrwienia). Po przygotowaniu obydwu końców jelita łączy się z sobą przy użyciu szwów chirurgicznych lub specjalnego szwu mechanicznego (staplera) w sposób umożliwiający przechodzenie pokarmu drogą naturalną. Po operacji w jamie brzusznej mogą być pozostawione dreny.

Ten rodzaj operacji wykonywany jest najczęściej w przypadku takiej sytuacji jaka występuje u Pani/Pana. Niekiedy jednak występują okoliczności, które uniemożliwiają wykonanie zespolenia jelitowego. W tych przypadkach konieczne jest pozostawienie starej lub wytworzenie nowej stomii. Otwór po stomii zostanie zeszyty w głębszych warstwach powłoki brzusznej, a brzoży skóry zostaną zbliżone. Rana po likwidacji stomii ma wysokie ryzyko rozwoju infekcji w ranie. Rana po zamkniętej stomii będzie goiła się kilka tygodni i będzie wymagać kontroli ambulatoryjnej. W rzadkich sytuacjach, zwykle ze względu na niekorzystne warunki anatomiczne możliwa jest sytuacja, że nie będzie możliwości zamknięcia stomii i wtedy pozostanie ona nadal w tym samym lub może być ponownie wytwarzana w innym miejscu powłoki brzucha.



### **3. Cel i oczekiwane korzyści przeprowadzenia zabiegu/badania.**

Celem zabiegu jest przywrócenie fizjologicznej drogi przechodzenia treści pokarmowej przez przewód pokarmowy (pasaż) i

fizjologicznej drogi wydalania stolca przez odbyt. Z medycznego punktu widzenia istotne jest również zlikwidowanie obecności w jamie brzusznej jelita wyłączonego z pasaży treści pokarmowej, w którym dochodzić może do przewlekłych procesów zapalnych (tzw. zapalenie jelita „z wyłączenia”) oraz możliwości gromadzenia się i mnożenia bakterii jelitowych. Dodatkowo włączona w pasaż część jelita podejmie na nowo funkcję wchłaniania (substancji odżywczych lub/i wody i elektrolitów).

#### **4. Sposób postępowania przed i po wykonaniu zabiegu/badania.**

Zabieg wykonujemy wyłącznie u chorych zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego po dokładnej ocenie doświadczonego lekarza chirurga, który analizuje przebieg wcześniejszych operacji, dotychczasowego leczenia, sytuację anatomiczną i wyniki badań dodatkowych. Często przed operacją odtworzenia przewodu pokarmowego zalecamy także wstępną konsultację anestezjologiczną oraz optymalizację chorób towarzyszących.

Przygotowanie do zabiegu obejmuje zwykle wykonanie szeregu badań dodatkowych, optymalizację chorób towarzyszących, zaprzestanie palenia tytoniu, sanację jamy ustnej oraz intensywne ćwiczenia poprawiające kondycję ogólną przed zabiegiem (prehabilitacja) oraz dietę. Konieczne jest często wykonanie badań endoskopowych, które zaleci lekarz chirurg. Bezpośrednio przed zabiegiem często przygotowuje się jelito poprzez wywołanie masywnej biegunki i wlewy przeczyszczające do odbytu.

#### **5. Możliwe, najbardziej prawdopodobne następstwa, zagrożenia i powikłania związane z zabiegiem.**

Zabieg operacyjny nie przebiega identycznie u każdego chorego. Zależy to od jego budowy anatomicznej, stanu odżywienia, stopnia zaawansowania choroby podstawowej 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. Do powikłań tych należą:

- krwawienia śródoperacyjne i pooperacyjne, niekiedy wymagające przetoczenia krwi lub ponownej operacji;
- uszkodzenie innych narządów (np. innego odcinka jelita, śledziony, wątroby, moczowodu, nerwów, naczyń krwionośnych). Ryzyko takiego uszkodzenia wzrasta przy znacznej otyłości, przy zaburzonych stosunkach anatomicznych, po przebytych zabiegach operacyjnych w obrębie jamy brzusznej, lub w stanach zapalnych w jamie brzusznej.
- nieszczelność szwu na jelicie i rozejście zespolenia, mogące prowadzić do powstania przetoki jelitowej, do zapalenia otrzewnej i konieczności ponownej operacji;
- całkowite lub częściowe rozejście się rany na skutek powikłań jej gojenia lub zaburzeń ukrwienia wymagające ponownej interwencji chirurgicznej;
- zakażenia rany pooperacyjnej na skutek infekcji, co prowadzi do przedłużonego gojenia rany, wydłużenia czasu hospitalizacji, gorszego efektu kosmetycznego i osłabienia blizny. Wszystkie operacje na jelicie grubym wiążą się z podwyższonym ryzykiem zakażenia rany pooperacyjnej i jamy otrzewnej przez bakterie znajdujące się w przewodzie pokarmowym; szczególne ryzyko infekcji dotyczy rany po likwidacji stomii
- zakażenia wewnątrztrzewnowe, w wyniku których mogą rozwinąć się ropnie w jamie brzusznej;
- infekcje innych układów, w szczególności układu moczowego oraz oddechowego;
- powikłania związane z zakładaniem i obecnością wkłuc dożylnych (miejscowa infekcja, krwiak, obrzęk, zakażenie wkłucia)
- tworzenie się zakrzepów w układzie żylnym, co zagraża: zakrzepicą naczyń kończyn dolnych, naczyń jamy brzusznej, a w przypadku oderwania zakrzepu zatorom tętnicy płucnej, lub mikrozatorowością płuc;
- powstawanie zatorów tętnic, które mogą spowodować między innymi zawał serca, udar mózgu, lub zamknięcie innych tętnic obwodowych;
- 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;
- alergie na leki stosowane w okresie okołoperacyjnym – szczególnie leki stosowane podczas znieczulenia, antybiotyki oraz środki przeciwbólowe;
- duże i zniekształcające blizny, które mogą powstawać w przypadku skłonności osobniczych lub powikłań w procesie gojenia;
- zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B i C (tzw. żółtaczką zakaźną) lub wirusem HIV;
- zrosty w jamie brzusznej, które nawet po latach mogą doprowadzić do niedrożności jelit;
- zwężenie zespolenia jelitowego

zaburzające pasaż treści jelitowej;

- przedłużająca się pooperacyjna niedrożność porażenna jelit; zwykle wiąże się z wzdęciem brzucha, nudnościami i brakiem możliwości przyjmowania posiłków drogą naturalną
- biegunki będące konsekwencją skrócenia jelita grubego; - jest to naturalna konsekwencja skróconego przewodu pokarmowego w niektórych sytuacjach anatomicznych; przed zabiegiem należy dokładnie omówić tę kwestię z lekarzem kwalifikującym do zabiegu – niekiedy pozostawienie dobrze funkcjonującej stomii może być lepszym rozwiązaniem w Pani/Pana przypadku
- uszkodzenia gałęzek nerwów skórnych, powodujące czasowe lub stałe zaburzenia czucia okolicy blizny pooperacyjnej;
- powstanie przepukliny pooperacyjnej - z reguły po kilku miesiącach. Ryzyko jej wystąpienia wzrasta u chorych otyłych i przy zaburzeniach gojenia się rany;
- przy wytworzenia stomii - powstanie z reguły po kilku miesiącach od operacji przepukliny okołostomijnej, wypadania stomii, trudności z jej zaopatrzeniem.
- wznowa procesu nowotworowego jak również powstanie przerzutów odległych;

Powinniście Państwo być świadomi, że operacja jest zawsze związana z ryzykiem powikłań, zarówno wymienionych powyżej, jak i innych, rzadziej występujących, trudnych do przewidzenia. Wystąpienie powikłań może wymagać kolejnych operacji, zmiany sposobu leczenia, przedłużenia jego okresu i może być także przyczyną śmierci. Nie można zatem z całą pewnością oczekiwać, że podczas leczenia operacyjnego lub po nim nie dojdzie do ich wystąpienia. Odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego należy do operacji obarczonych stosunkowo dużym odsetkiem powikłań dlatego kwalifikacja i przygotowanie do operacji powinny być szczególnie staranne.

#### **6. Konsekwencje zaniechania leczenia.**

Pozostawienie wylonionej stomii wiąże się często z dyskomfortem psychicznym pacjenta (oddawanie stolca do worka przyklejanego do jamy brzusznej), zaburzeniami samooceny, depresją, zaburzeniami sfery seksualnej. W niektórych przypadkach w pozostawionym, wyłączonym z pasaży jelicie dochodzi do przewlekłego stanu zapalnego (tzw. zapalenie jelita „z wyłączenia”) oraz zespołów przerostów bakteryjnych.

Z drugiej strony, uwzględniając całokształt ryzyka i możliwych powikłań, dla niektórych pacjentów bezpieczniejsze jest pozostawienie stomii.

#### **7. Alternatywnych metodach leczenia.**

Dla chirurgicznego odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego nie istnieje alternatywna metoda leczenia.

#### **8. Przeciwwskazania do wykonania zabiegu.**

Do przeciwwskazań do wykonania zabiegu należą: czynna choroba nowotworowa, sytuacja anatomiczna uniemożliwiająca prawidłowe funkcjonowanie przewodu pokarmowego po odtworzeniu ciągłości, zbyt wysokie ryzyko powikłań w ocenie lekarza kwalifikującego. Jak wspomniano wcześniej liczne choroby współistniejące a szczególnie: cukrzyca, choroby serca (przebyte zawały, zaburzenia rytmu serca), choroby płuc (astma, przebyta gruźlica, zapalenia płuc), palenie papierosów, niedożywienie, przebyta radioterapia znacząco zwiększają ryzyko powikłań okołoperacyjnych i wymagają optymalizacji przed kwalifikacją do leczenia operacyjnego.