

INFORMACJA O PLANOWANYM POSTĘPOWANIU LECZNICZYM

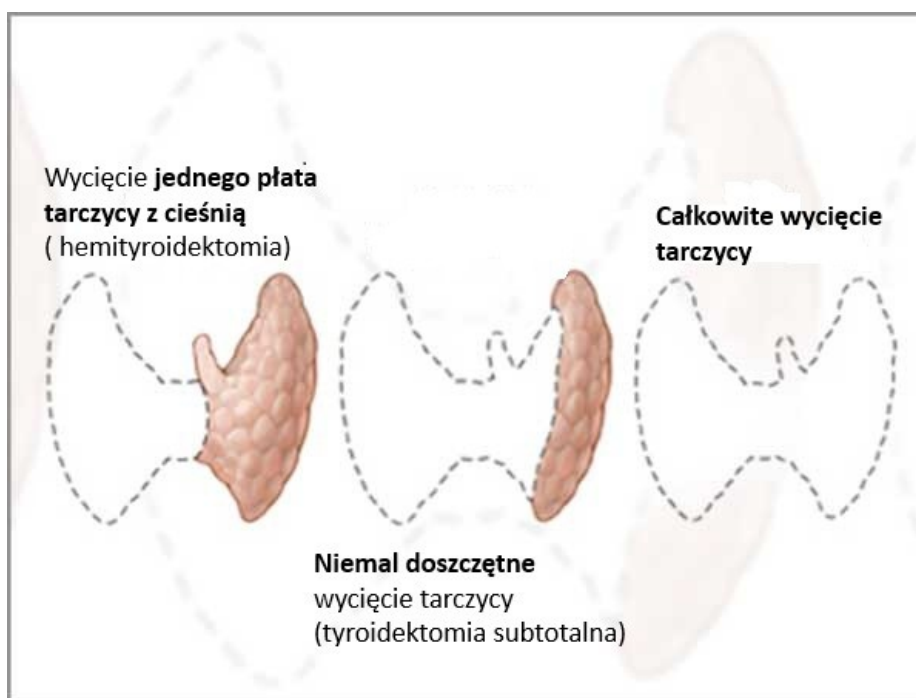
Operacja usunięcia tarczycy (hemityroidektomia, wycięcie subtotalne tarczycy, resekcja całkowita tarczycy); Zakres usunięcia może ulec zmianie w zależności od obrazu śródoperacyjnego tarczycy i wyniku badania neuromonitoringu śródoperacyjnego !

1. Ogólny stan zdrowia, rozpoznanie.

Schorzenia tarczycy przejawiają się zmianami w jej budowie - przerostem mięszu i powstawaniem guzków, którym mogą towarzyszyć zaburzenia czynności tarczycy. Powiększenie tarczycy nazywamy wolem. W zależności od stanu czynnościowego tarczycy wyróżniamy: -wole obojętne - wydzielanie hormonów tarczycy nie ulega większemu zaburzeniu -wole nadczynne - (toksyczne) hormony tarczycy wydzielane są w nadmiarze oraz wole niedoczynne - występuje niedobór hormonów tarczycy; w tej grupie mieszczą się najczęściej zapalenia tarczycy. Leczenie operacyjne jest wskazane w przypadku: -rozpoznania lub podejrzenia raka tarczycy, -wola obojętnego guzkowego, -wola nadczynnego guzkowego, -nawrotów wola po operacji, -nieskutecznego leczenia zachowawczego, -zapalenia tarczycy, -niezależnie od rodzaju choroby tarczycy w przypadku wola uciskającego na narządy szyi i/lub śródpiersia.

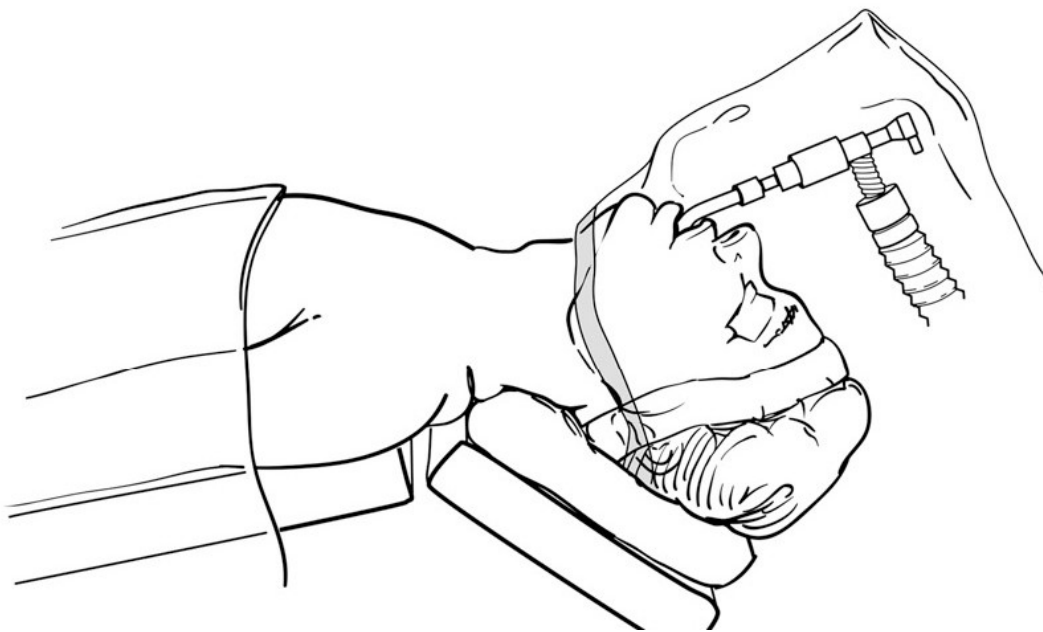
2. Rodzaj i sposób przeprowadzenia zabiegu.

Operacja usunięcia gruczołu tarczowego będzie polegała na całkowitym lub prawie całkowitym jego usunięciu celem zabezpieczenia przed nawrotem choroby w przyszłości. Schematyczny zakres zabiegu przedstawiono na diagramie poniżej. Proszę skonsultować się z lekarzem operującym w celu ustalenia planowanego zakresu wycięcia Pani / Pana tarczycy. Proszę pamiętać, że przed operacją jesteśmy w stanie określić zakres zabiegu jedynie w przybliżeniu, ponieważ podczas operacji mogą wystąpić nieprzewidziane wcześniej okoliczności, które wymuszają na chirurgu operującym zmianę postępowania. Jeżeli ma Pani / Pan wątpliwości co do planowanego zakresu operacji, proszę omówić je z lekarzem operującym.



Zakres najczęściej wykonywanych operacji w obrębie tarczycy.

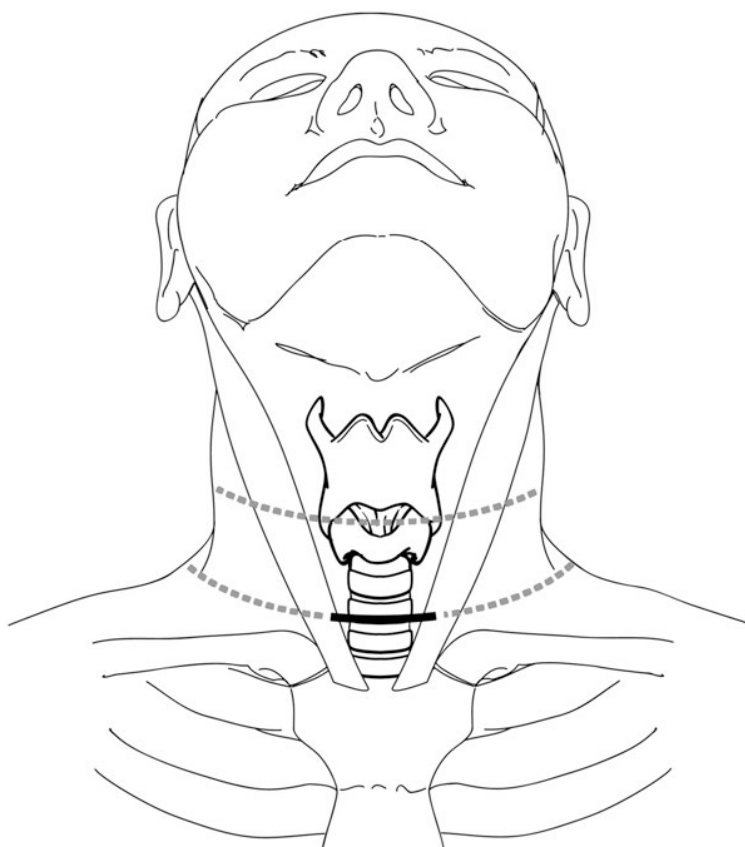
Zabieg przeprowadza się w znieczuleniu ogólnym (pełnej narkozie) z intubacją dotchawiczą. Typowe ułożenie na stole operacyjnym to ułożenie na wznak z podłożeniem wałka pod łopatkę i odgięciem głowy do tyłu – z tego względu, jeśli cierpi Pani / Pan na schorzenia szyjnego odcinka kręgosłupa lub przeżyła Pani / Pan jakiegokolwiek zabiegi operacyjne w tej okolicy, prosimy koniecznie poinformować o tym lekarza operującego – możemy wtedy zmodyfikować ułożenie Pani / Pana na stole operacyjnym, co pozwoli uniknąć powikłań pooperacyjnych ze strony kręgosłupa szyjnego.



Ułożenie na stole operacyjnym do zabiegów w obrębie gruczołu tarczowego.

Ponieważ jedna z Pani / Pana kończyn górnych będzie podczas zabiegu odsunięta pod kątem prostym od ciała, prosimy również o informację czy występują u Pani / Pana schorzenia stawu barkowego lub inne zaburzenia mogące wymagać od zespołu chirurgicznego modyfikacji typowego ułożenia.

Skórę przecina się cięciem kołnierzowym u podstawy szyi około 2cm nad wcięciem szyjnym mostka. Typowe cięcie skórne zaznaczono na poniższym diagramie grubą linią. Tam, gdzie jest to możliwe, dla lepszego efektu kosmetycznego staramy się wykonać cięcie w obrębie istniejących fałdów skórnych (przerwane linie na diagramie poniżej). Długość cięcia jest uzależniona od wielkości usuwanego gruczołu oraz szczegółów indywidualnej budowy anatomicznej. Jeżeli ma Pan / Pani wątpliwości co do wielkości i położenia planowanego cięcia, proszę o tym porozmawiać z lekarzem operującym. Należy pamiętać, że nie zawsze jest możliwe dokładne zaplanowanie wielkości i przebiegu cięcia przed zabiegiem, ponieważ w trakcie operacji mogą wystąpić nieprzewidziane okoliczności zmuszające chirurga do modyfikacji planowanego postępowania.



Typowe cięcie skórne wykonywane przy zabiegach w obrębie gruczołu tarczowego (gruba linia ciągła).

Następnie przecina się mięśnie szyi i odsłania gruczoł tarczowy, wydzielając go z otaczających tkanek. Podwiązuje się naczynia dochodzące do tarczycy. Uwidacznia się nerw krtaniowy wsteczny po obu stronach tarczycy celem uniknięcia przecięcia go lub innego uszkodzenia. Dokłada się wszelkich starań aby uwidocznić oraz uchronić przed uszkodzeniem przytarczyc. W przypadku usunięcia którejś z nich, z powodu konieczności zapewnienia radykalności zabiegu, wszczepia się ją w mięśnie. Następnie usuwa się gruczoł tarczowy. W dalszym etapie operacji następuje kontrola krwawienia, zszywa się mięśnie, tkankę podskórną i skórę. W niektórych przypadkach tzw. wola zamostkowego, gdy wole schodzi za mostek, konieczne jest całkowite lub częściowe przecięcie mostka, celem umożliwienia wydobycia wola.

3. Cel i oczekiwane korzyści przeprowadzenia zabiegu, rokowania.

Całkowite usunięcie tarczycy zapobiega rozwojowi chorób tarczycy. Konieczne jest stałe przyjmowanie przez pacjenta leków-hormonów tarczycy. W przypadku nowotworu złośliwego rozpoznanego we wczesnym okresie rozwoju, całkowite usunięcie tarczycy wraz z okolicznymi węzłami chłonnymi jest podstawą do całkowitego wyleczenia (po uzupełniającej radioterapii w niektórych przypadkach)

4. Sposób postępowania przed i po wykonaniu zabiegu.

Przed zabiegiem operacyjnym konieczne jest wykonanie zleconych przez lekarza badań. W dniu zabiegu Pacjent/ Pacjentka pozostaje na czczo, co jest koniecznym warunkiem wykonania znieczulenia ogólnego. Proszę pamiętać, że spożywanie jakichkolwiek płynów lub pokarmów w dniu zabiegu bez uzgodnienia z lekarzem może doprowadzić do odroczenia bądź odwołania zabiegu! W dniu zabiegu rano proszę przyjąć leki, które przyjmują Państwo przewlekłe, po skonsultowaniu się z lekarzem. Po zabiegu wskazane jest jak najszybsze uruchomienie, a także odpowiednia pielęgnacja rany, która powinna być zaopatrzona jałowym opatrunkiem. W pierwszych tygodniach po operacji należy unikać nadmiernego

wysiłku fizycznego.

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

W czasie operacji tarczycy może dojść do podrażnienia, uszkodzenia, a nawet przecięcia nerwów krtaniowych wstecznych biegnących tuż przy tarczycy. Prowadzi to do częściowego lub całkowitego porażenia fałdu głosowego po stronie uszkodzonej, co objawia się pod postacią chrypki, zaburzeń fonacji, trudności w połykaniu, a nawet duszności. W skrajnych przypadkach niewydolności oddechowej konieczne może być wytworzenie przetoki tchawicy (tracheostomia) w celu podtrzymania dopływu powietrza do płuc. Jest to stan zagrażający życiu. W przypadku stwierdzenia objawów porażenia fałdu głosowego konieczna jest konsultacja laryngologiczna i foniatryczna oraz dalsze leczenie i rehabilitacja po wypisaniu ze szpitala. Większość (około 75%) jednostronnych porażań fałdu głosowego ma charakter przemijający i ustępuje w ciągu około sześciu miesięcy. Należy jednak liczyć się z ryzykiem trwałego porażenia fałdu głosowego, które utrzymuje się do końca życia.

W przypadku niezamierzonego usunięcia jednej lub kilku przytarczyc może dojść do obniżenia stężenia wapnia we krwi co może skutkować takimi objawami jak : mrowienie rąk i twarzy, mimowolne skurcze mięśniowe. W razie pojawienia się takich objawów konieczne jest podanie doustne lub dożylnie preparatów wapnia. W niektórych przypadkach dochodzi do rozwinięcia się pooperacyjnej niedoczynności przytarczyc, co wiąże się z koniecznością przewlekłego lub nawet dożywotniego przyjmowania preparatów wapnia.

W czasie operacji tarczycy może dojść do krwawienia śródoperacyjnego, co może spowodować konieczność przetoczenia krwi. Masywny krwotok zdarza się bardzo rzadko, ale może on doprowadzić do niedokrwistości, a nawet zgonu chorego. Również we wczesnym okresie pooperacyjnym (ok. 24 godz.) może dojść do krwawienia, co objawia się szybko narastającym powiększeniem obwodu szyi i dusznością. W takim przypadku konieczne jest otwarcie rany pooperacyjnej w znieczuleniu ogólnym, usunięcie krwaka i zaopatrzenie miejsca krwawienia. W bardzo rzadkich przypadkach gojenie rany może być powikłane zakażeniem wymagającym podawania antybiotyków oraz leczenia miejscowego, takiego jak np.: otwarcie rany i jej drenowanie. W konsekwencji gojenie jest wydłużone, a sama blizna może być pogrubiała i nieestetyczna.

Wśród pozostałych możliwych powikłań należy wymienić:

- zakażenie wirusem zapalenia wątroby (tzw. żółtaczką zakaźną) lub inne;
- niekiedy mogą wystąpić uszkodzenia skóry przez środki dezynfekujące lub prąd elektryczny.
- tworzenie się zakrzepów i zamknięcie naczyń krwionośnych przez wędrujący zakrzep (może to objawiać się np. zatorami płucnymi);
- przerwanie szwów i rozejście się rany na skutek powikłań gojenia się, zaburzeń ukrwienia lub obciążeń mechanicznych;
- zaburzenie ukrwienia na skutek zamknięcia lub uszkodzenia naczyń krwionośnych, które może wywołać martwicę tkanek (np.: odleżyny);
- uszkodzenia nerwów, dające uczucie głuchoty, bólów, porażenia mięśni;

Większość w/w powikłań może wymagać kolejnych operacji, zmiany sposobu leczenia, przedłużenia jego okresu i może być także przyczyną śmierci. O rodzaju znieczulenia wymaganego do przeprowadzenia opisanej operacji, jego przebiegu i możliwych zagrożeniach z nim związanych poinformuje Państwa lekarz anestezjolog.

Neuromonitoring: w celu zminimalizowania ryzyka powstania najcięższego zdarzenia niepożądanego podczas operacji w obrębie tarczycy, czyli opisanego wyżej obustronnego porażenia fałdów głosowych mogącego wymagać wykonania tracheostomii (wykonania otworu w tchawicy i założenia do niej rurki umożliwiającej oddychanie) stosujemy neuromonitoring śródoperacyjny nerwu krtaniowego wstecznego. Należy pamiętać, że neuromonitoring nie zabezpiecza w pełni przed jednostronnym porażeniem fałdu

głosowego! Zgodnie z obowiązującymi wytycznymi, jeżeli podczas operacji usunięcia całego gruczołu tarczowego dojdzie do utraty sygnału neuromonitoringu po stronie operowanej jako pierwsza, zespół operujący ma obowiązek odstąpić od usuwania drugiego płata tarczycy. W takim przypadku operację kończy się po wycięciu jednego płata, a po zabiegu poddaje się Pacjenta / Pacjentkę ocenie laryngologicznej w celu ustalenia, czy rzeczywiście doszło do porażenia. Dopiero po wykluczeniu porażenia po stronie operowanej jako pierwsza można zaplanować operację usunięcia pozostałej tkanki tarczycy, jeżeli nadal są do tego wskazania.

6. Konsekwencja zaniechania leczenia.

Rezygnacja z leczenia operacyjnego może prowadzić do powiększania się wola, a w konsekwencji do ucisku na sąsiadujące z tarczycą narządy szyi lub śródpiersia (np. tchawica, przełyk, żyła główna). Może dojść do zwiększonego wydzielania hormonów tarczycy - nadczynności, z groźnymi jej następstwami dla całego organizmu. Zwiększa się również ryzyko pojawienia się zmian nowotworowych. Należy pamiętać o tym, że im większe wole tym trudniejsza operacja i większe ryzyko pojawienia się powikłań.

7. Alternatywne metody leczenia.

Wole z rozrostem guzkowym nie poddaje się innym sposobom leczenia. W przypadku małych guzków, bez podejrzenia o nowotwór złośliwy, można odroczyć decyzję o leczeniu operacyjnym, pamiętając jednak o częstej kontroli stanu morfologicznego i czynnościowego tarczycy. W przypadku rozrostu mięszonego w nadczynności tarczycy istnieje możliwość leczenia preparatami promieniotwórczymi jodu. Istnieje także możliwość przezskórnej ablacji (zniszczenia) niektórych guzków tarczycy światłem lasera lub innymi rodzajami promieniowania.

8. Przeciwwskazania do wykonania zabiegu.

Przeciwwskazania do operacji tarczycy/operacji w obrębie szyi stanowią ropne lub zapalne stany skóry lub tkanki podskórnej w miejscu operowanym, a także: choroby charakteryzujące się uogólnionym stanem zapalnym oraz niekontrolowane zaburzenia krzepnięcia, ciąża, niekontrolowana nadczynność tarczycy zagrażająca przełomem tarczycowym.