

ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Ηράκλειο _____

Όνοματεπώνυμο:

ΑΜ:

Ημερ.Γέννησης:

A. ΝΟΣΟΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Επεξηγήσεις σχετικά με το είδος της νόσου και προσδοκώμενη έκβαση:

ΕΙΔΟΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ:

Επιμήκης Γαστρεκτομή

Αγαπητέ ασθενή,

Η επέμβαση που σας συνιστούμε χρειάζεται τη συγκατάθεσή σας. Για το λόγο αυτό, σας ενημερώνουμε με αυτό το δελτίο. Παρακαλώ διαβάστε το προσεκτικά, ώστε να μπορείτε στη συνέχεια να συζητήσετε με τον θεράποντα ιατρό για:

(α) την πάθησή σας

(β) το είδος, τη σημασία, αλλά και τις πιθανές αρνητικές συνέπειες και τους πιθανούς κινδύνους που συνοδεύουν τη συγκεκριμένη επέμβαση.

Νόσος / θεραπευτικές επιλογές

Κατά την εξέταση από τον ιατρό σας βρέθηκε ότι πάσχετε από Νοσογόνο Παχυσαρκία και ενώ έχετε προσπαθήσει για τουλάχιστον 5 χρόνια να χάσετε βάρος με συντηρητικούς τρόπους (δίαιτα, άσκηση κ.λπ.) με την βοήθεια ειδικών, αυτό δεν έγινε εφικτό. Η μόνη επίσημα αποδεκτή λύση για την θεραπεία της σοβαρής παχυσαρκίας είναι η χειρουργική επέμβαση. Δεδομένου ότι η παχυσαρκία προκαλεί πολλά προβλήματα υγείας, όπως υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, προδιάθεση σε ανάπτυξη καρκίνου του μαστού και του τραχήλου της μήτρας στις γυναίκες και προστάτη και παχέος εντέρου στους άνδρες και άλλα νοσήματα όπως χολολιθίαση, υπογονιμότητα κ.λπ., σας συστήνουμε να χειρουργηθείτε για να μειώσετε το βάρος σας και να απαλλαγείτε από τις ανεπιθύμητες συνέπειες της παχυσαρκίας.

Επιλογή της επέμβασης

Υπάρχουν αρκετές αποδεκτές σήμερα από την Διεθνή Επιστημονική Κοινότητα (International Federation for the Surgery of Obesity - IFSO και Ελληνική Χειρουργική Εταιρεία Παχυσαρκίας - ΕΧΕΠ) επεμβάσεις για την χειρουργική θεραπεία της Νοσογόνου Παχυσαρκίας. Μετά από πλήρη ενημέρωση που είχατε από τον θεράποντα ιατρό σας καταλήξατε μαζί στην επιλογή της καταλληλότερης για εσάς επέμβασης, που είναι η **επιμήκης γαστρεκτομή**.

Περιγραφή της επέμβασης

Επιμήκης Γαστρεκτομή
(ή γαστρικό μανίκι)
(Sleeve Gastrectomy)



Η **επιμήκης γαστρεκτομή** αποτελεί την νεότερη βariatρική επέμβαση. Πρόκειται για μία μέθοδο η οποία κερδίζει σταδιακά δημοφιλία, τόσο μεταξύ των χειρουργών όσο και μεταξύ των ασθενών. Περιλαμβάνει την εκτομή του μεγαλύτερου τμήματος του στομάχου (θόλου και σώματος), έτσι ώστε διαμορφώνεται ένας γαστρικός σωλήνας (μανίκι / sleeve) - σαν προέκταση του οισοφάγου - που «ανοίγει» στην περιοχή του άντρου. Η χωρητικότητα του στομάχου που απομένει μειώνεται στα 100-120 ml, και αυτό αποτελεί τον βασικό μηχανισμό δράσης της επέμβασης. Σημαντικό ρόλο, ωστόσο, στην απώλεια βάρους φαίνεται να παίζει και η θεαματική μείωση της γρελίνης που η επέμβαση επιφέρει. Η γρελίνη είναι μία ισχυρή ορεξιογόνος ορμόνη που παράγεται κυρίως στον θόλο του στομάχου. Τέλος, η επέμβαση φαίνεται να επιφέρει και διάφορες άλλες αλλαγές, τόσο στην κινητικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα, όσο και στην έκκριση γαστρεντερικών πεπτιδίων που σχετίζονται με τον μεταβολισμό. Η μέθοδος γίνεται κατά προτίμηση λαπαροσκοπικά, έχει χαμηλά ποσοστά

επιπλοκών της τάξης του 5%, συγκρίσιμα με των άλλων βαριατρικών επεμβάσεων και απαιτεί 3-4 ημέρες νοσηλείας.

Τα μεσο- μακροπρόθεσμα αποτελέσματα της επιμήκους γαστρεκτομής, σε ότι αφορά την απώλεια βάρους, είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά και συγκρίσιμα με αυτά της γαστρικής παράκαμψης. Συγκεκριμένα, η απώλεια βάρους στην ζετία κυμαίνεται στο 60-70% του παραπανίσιου βάρους.

Πιθανότητα επιπλοκών

Στην επέμβαση αυτή, η πιθανότητα επιπλοκών είναι της τάξεως του 1,29%.

Συγκεκριμένα, όπως και σε όλες τις χειρουργικές επεμβάσεις μπορεί να παρουσιαστεί: πνευμονική εμβολή, έμφραγμα του μυοκαρδίου, λοίμωξη αναπνευστικού, διαπύηση των εγχειρητικών τομών, αιμορραγία.

Επίσης, η συγκεκριμένη επέμβαση μπορεί να επιπλακεί από διαφυγή γαστρικού περιεχομένου, στένωση, αναγωγές γαστρικού περιεχομένου.

Η πιθανότητα ανάπτυξης επιπλοκών είναι μεγαλύτερη αν πρόκειται για υψηλό δείκτη μάζας σώματος άνω των 50 kg/m², 2^η επέμβαση για θεραπεία νοσογόνου παχυσαρκίας, συνύπαρξη άλλων προβλημάτων υγείας και καπνίσματος.

Η θνητότητα της επέμβασης είναι της τάξεως του 0,1%.

Παρακαλώ, ρωτήστε μας,

Αν δεν έχετε καταλάβει κάτι καλά ή αν θέλετε περισσότερες πληροφορίες για την επέμβαση και τις πιθανές επιπλοκές της ή για ό,τι άλλο είναι σημαντικό για εσάς.

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ο υπογράφων ασθενής και ο μάρτυρας που είναι μέλος της οικογένειάς μου βεβαιώνουμε ότι:

Ο ιατρός κ. με ενημέρωσε με αυτό το δελτίο, απάντησε στις ερωτήσεις μου και μου έδωσε όλες τις απαραίτητες πληροφορίες για την επέμβαση.

Επομένως:

- Δεν έχω άλλες ερωτήσεις και δεν χρειάζομαι περισσότερο χρόνο για να σκεφτώ εάν θα υποβληθώ στη συγκεκριμένη θεραπεία.
- Δίνω τη συγκατάθεσή μου για να υποβληθώ στη συγκεκριμένη θεραπεία.
- Δεν έχω λάβει καμία εγγύηση ότι η επέμβαση θα είναι επιτυχής.
- Συμφωνώ να υποβληθώ σε απαραίτητες συμπληρωματικές θεραπείες. Επίσης, δίνω τη συγκατάθεσή μου για κάθε επιπρόσθετη τεχνική-παρέμβαση που θα κριθεί απαραίτητη από τον χειρουργό κατά τη διάρκεια της επέμβασης.
- Εάν συμβεί τραυματισμός με βελόνα-ράμμα ή χειρουργικό εργαλείο στο προσωπικό κατά τη διάρκεια της επέμβασης, παρέχω την άδεια για αιματολογικές εξετάσεις (HIV και άλλες σχετικές παθήσεις). Κατανοώ ότι θα ενημερωθώ για αυτό μετά την επέμβαση αν υπάρξει τέτοια ανάγκη.
- Εάν κριθεί ιατρικά απαραίτητο, παρέχω την άδεια στον χειρουργό να μετατρέψει την προγραμματισμένη λαπαροσκοπική επέμβαση σε ανοιχτή.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, αιτούμαι να υποβληθώ στην επέμβαση

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: _____

Υπογραφή _____

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΙΑΤΡΟΥ: _____

ΥΠΟΓΡΑΦΗ/ΣΦΡΑΓΙΔΑ