Hastanın Adı, Soyadı:
Doğum Tarihi:
Cinsiyeti:

Randevu Tarih ve Saati:
Dosya no:

1. **.İŞLEM: .....**tarafından yapılacak.
2. **.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR:**

Hastanemize müracaatınızdan itibaren yapılan muayene ve tetkikler sonucu sizde Özofagus (yemek borusu) Kanseri denen kötü huylu bir hastalık tespit ettik. Özefagus Kanseri yemek borusunda bulunan bir kısım hücrelerin otonomi kazanarak hızlı üremesi, üremesinin durdurulamaması ve bu hücrelerin bölgesel ve/veya uzak organlara yayılım yapabilmesi ile karakterizedir. Başta katı ardından sıvı gıdalara karşı yutma güçlüğü, takılma hissi, zayıflama, halsizlik gibi belirtiler ile kendini gösterir. Tedavisi uzak lenf bezi ve organ yayılımı yapmamış hastalarda cerrahidir. Gereğinde ışın tedavisi ve kemoterapi de verilebilir. Uygun hastalarda cerrahinin yaşam süresi ve kalitesine ciddi katkısı vardır.

3. **.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:**

Ameliyatı reddetmeniz durumunda bir süre sonra ağızdan hiç beslenemeyebilirsiniz. Zamanla kanserin bölgesel veya uzak organ yayılımlarına bağlı olarak ölüme kadar giden istenmeyen durumlar ortaya çıkar.

Ameliyat süreci

Yemek borusu tümörlerinde hasta için en faydalı ve güncel tedavi cerrahidir. Size uygulamayı planladığımız ameliyatta, öncelikle göğüs boşluğu ya da karın bölgesi açılacak. İlk önce karın boşluğu açıldığında, mide kanlanması bozulmadan tüm bağları kesilerek serbestleştirilecek. Ardından midenin göğüs boşluğuna çekilebilmesi için diafragma zarı yemek borusunun geçtiği noktada genişletilecek, ayrıca mide çevresinde varlığı bilinen veya ameliyat esnasında tespit edilen lenf bezeleri çıkarılacak. Karın bölgesine bir adet dren konularak karın bölgesi kapatılacak. İlk önce göğüs boşluğu açılarak yapılan ameliyatta ise, yemek borusu etraf dokulardan serbestleştirilip çevresinde varlığı bilinen veya ameliyatta tespit edilen lenf bezeleri çıkarılacak. Göğüs boşluğuna ameliyat sonrası oluşan kanama ve havayı boşaltması için dren/ler konularak göğüs boşluğu kapatılacak.

1. Tümörün göğüs boşluğunda orta-alt kısmında yerleşimli olduğu hastalarda göğüs boşluğu açılarak yapılan ameliyatlarda; karın bölgesindeki işlem bitip kapatıldıktan sonra göğüs boşluğu açılacak, burada yemek borusu tümör ile birlikte bulunduğu noktadan ayrılacak, ardından mide genişletilen diafragma boşluğundan göğüs boşluğuna çekilecek burada midenin bir kısmı ve yemek borusu tümörle birlikte kesilerek çıkarılacak. Mide yemek borusu haline dönüştürüldükten sonra, sağlam kalan yemek borusuna tekrar dikilecek, ardından bu bölgedeki lenf bezeleri de çıkarılacak. Göğüs boşluğuna ameliyat sonrası oluşan kanama ve havayı boşaltması için dren/ler konularak göğüs boşluğu kapatılacak.
2. Tümörün göğüs boşluğu üst ve orta kısmında yerleşimli olduğu hastalarda; göğüs boşluğunda yapılan işlem bittikten sonra göğüs boşluğu dren/ler konulup kapatılır. Karın bölgesinde mide serbestleştirilip hazırlandıktan sonra midenin bir kısmı ve yemek borusu tümörle birlikte kesilerek çıkarıldıktan ve mide yemek borusu haline dönüştürüldükten sonra, mide yemek borusuna emanet dikişler ile tutturulur. Sonra hastanın sol boyun kısmı açılır, burada yemek borusu bulunarak tümörün olmadığı sağlam noktadan kesilir ve göğüs boşluğundaki mide yukarı boyun bölgesine çekilerek sağlam yemek borusuna dikilir. Sonra bu bölgeye de kanama kontrolu için dren konulur ve boyun bölgesi de kapatılır.
3. Tümörün göğüs boşluğu alt yemek borusu-mide bileşkesine yakın kısmında ve boyunda yerleşimli olduğu hastalarda; eğer tümör büyük değilse, çevredeki ana damar ve hayati organlara yapışık değilse ve lenf bezelerinde büyüme olmadığı anlaşılır ise o zaman; göğüs boşluğu açılmadan mide karın bölgesinde serbestleştirildikten sonra, açılan diafragma boşluğundan elle yemek borusu serbestleştirilir ve ardından boyun bölgesi açılarak yemek borusu bulunarak buradan da serbestleştirilir, yemek borusu ile birlikte tümör çıkarılır. Karın bölgesinde mide tüpleştirildikten sonra mide boyun bölgesine çekilir. Boyun bölgesine çekilen mide sağlam yemek borusuna dikilir. Boyun ve karın bölgesine dren konularak her iki bölgede kapatılır.

Midenin bu ameliyatlarda kullanılamadığı durumlarda, alternatif organ olarak ince bağırsak ve kalın bağırsak kullanılacaktır. Yemek borusundaki tümörün mideye ilerlemesi veya daha önceleri geçirilen mide ameliyatı nedeniyle midenin bir kısmının alınmış olması gibi durumlarda bu yola başvurulacaktır.

Eğer tümör mideyi kullanılamayacak boyutta tutmuş ise o zaman midenin de çıkarılması gerekecektir veya daha önce geçirilen ameliyat nedeniyle midenin bir kısmı alınmış ise; kalın bağırsak veya ince bağırsak; yukarıda midenin bu ameliyatta kullanılmasına benzer uygulama ile yemek borusu ve tümör çıkarıldıktan sonra sindirim sisteminin devamlılığını sağlamak için, sağlam yemek borusuna dikilecektir.

Ameliyattan sonra

Ameliyattan sonra bir ya da birkaç gün yoğun bakıma alınacaksınız. Bir süre (ortalama 7 gün) size ağızdan yemek verilmeyecek, damar yoluyla besleneceksiniz. Bu süre içinde sizden yürümek, derin nefes alıp vermek, öksürmek, solunum eksersizi için çeşitli aletleri kullanmak dahil çeşitli etkinliklerde bulunmanız istenebilir. Yattığınız süre içerisinde damar içi, kas içi, cilt altı, ağız veya solunum yoluyla size çeşitli ilaçlar verilecektir. Verilecek ilaçlar ile ilgili olarak ayrıca bilgilendirileceksiniz. Tüm bu tedbirler daha kısa sürede iyileşmenizi sağlamak ve istenmeyen durumların ortaya çıkmasını önlemek amacını taşımaktadır. Bir hafta sonra yemek borusu-mide hattında bir kaçak olup olmadığı kontrol edilip ağızdan sıvı gıda alımına geçilecektir. Hastanede kalış süreniz ortalama 7-10 gün olsa da bu süre istenmeyen durum görülmesi gibi durumlara bağlı olarak değişkenlik gösterebilir. Taburculuk sonrasında bazı ilaçlara devam etmeniz istenecektir. İlaçları ne süreyle ve nasıl kullanacağınız ve poliklinik kontrolüne ne zaman geleceğiniz doktorunuz tarafından size ayrıntılı olarak anlatılacak, unutmamanız için epikrizinize işlenecektir. Dikişlerinizin alınma süresi yaranızın durumuna göre ameliyat sonrası 7-10 gündür.

4.İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:

5.İŞLEMİN RİSK VE KOMPLİKASYONLARI:

- **Anestezi:** Her ameliyatta olduğu gibi genel anestezinin komplikasyonları olabilir. Ameliyat sırasında hastaya narkoz verilecek ve soluk borusuna bir tüp yerleştirilerek solunumu oradan sağlanacaktır. Bu işlem sonrası tüpün çıkarılması gecikebilir ya da mümkün olmayabilir. Bu durumda hasta yoğun bakımda tedavi edilir. Yine anesteziye bağlı komplikasyonlar sonucu 1000 de 1'den daha düşük oranlarda ölüm riski söz konusu olabilir. Anestezi ile ilgili komplikasyonlar ile ilgili ayrıntılı bilgi anestezi ekibinden alınacaktır ve bu konulardaki sorumluluk anestezi ekibine aittir.
- **Toplardamarlarda kan pıhtılaşması:** Bazen uzun süre yatmaya bağlı, bacaklardaki toplar damarlarda pıhtı birikmesi (derin ven trombozu) sözkonusu olabilir. Başlıbaşına uzun süre kan pıhtılaşmasını önleyici tedavi uygulanması gereken bu hastalıkta, bacak toplardamarında bulunan bir pıhtı koparak akciğere giden toplardamara kadar gidebilir (Pulmoner emboli) . Bu durum hayatı tehdit eden bir durum olup hafif bir göğüs ağrısından ölüme kadar değişen komplikasyonların ortaya çıkmasına neden olur. Bu tablonun gelişmemesi için olabildiğince erken hareket etmeniz sağlanacak ve pıhtılaşmayı önleyici tedavi verilecektir. Ancak bu riski % 100 ortadan kaldıracak bir yöntem tıpta henüz bilinmemektedir. Bu çok ciddi bir durum olup ölüm riski mevcuttur.
- **Enfeksiyon:** Olası enfeksiyonlara karsı da antibiyotik uygulanacaktır. Ancak bu uygulamanın enfeksiyonu riskini sıfıra indirmesi tıbben imkansızdır. Bu enfeksiyonlar karın içinde, akciğerler ve solunum yollarında, idrar yollarında veya yarada gelişebilir. Bunlar bazı durumlarda tekrar ameliyat ya da küçük cerrahi müdahaleler gerektirebilirler. Müdahale ve antibiyotik tedavisine rağmen enfeksiyonun yayılıp ölüme yol açması riski mevcuttur.
- **Anastomoz kaçağı/Fistül:** Ameliyatta birbirine ağızlaştırılan mide, yutak ve bağırsak bölümleri arasındaki bağlantı kendiliğinden açılabilir ve peritonit (karın zarı iltihabı,) mediastinit (göğüs boşluğu iltihabı) ve/veya boyundan salya ya da karından deriye bağırsak içeriği sızıntısına (fistül) yol açabilir.
- **G**öğüs boşluğuna konulan drenlerden uzun süre ağızdan alınan gıdalar ve salgılar gelebilir. Bu durum hayati tehlike yaratabilir, tekrar ameliyat gerektirebilir, uzun süre ağızdan gıda alınması kesilebilir, yoğun bakım tedavisi gerektirebilir ve ölümle sonuçlanabilir.
- **Nekroz:** Ameliyatta yemek borusu yerine yerleştirilen mide veya kalın bağırsak tüpünün beslenmesi bozulup göğüs boşluğu içinde çürüyebilir ve medistinit adı verilen ölümcül göğüs boşluğu iltihabına yol açabilir.
- **Ameliyatta istenmeyen organ yaralanmaları**; (karaciğer, safra kesesi, safra yolları, pankreas, dalak, ince ve kalın bağırsak, diyafram, kalp, akciğer, lenf kanalı, büyük damarlar gibi) olabilir.
- **Motilite bozukluğu:** Ameliyat sonrasında, yemek borusu yerine kullanılan mide veya bağırsaklar geç çalışabilir ve hastanın ağızdan beslenmeye başlaması gecikebilir.
- **Fıtık:** Ameliyat sonrasında karın duvarındaki ameliyat yarasında ayrılma olabilir ve kapatılması icin tekrar ameliyat gerekebilir. Başlangıçta iyileşme problemi olmasa bile ileriki yıllarda kesi yerinde fıtık gelişebilir ve ameliyat gerektirebilir.
- Kanama: Belli bir miktara kadar olan ve klinik olarak önemsiz kabul edilen kanamalar dışında ender de olsa ciddi ve acil ameliyat gerektiren kanamalar görülebilmektedir.
- **Uzamış hava kaçağı:** Belli bir süre akciğerden akciğer zarları arasına hava geçmesi ve bunun akciğer zarları arasına yerleştirmiş olduğumuz dren aracılığıyla çıkması beklenen bir durumdur ve normaldir. Ancak bu sürenin 7-10 günü geçmesi uzamış hava kaçağı olarak adlandırılan ve hava kaçağı olan yeri tamir etmek için yeniden ameliyata alınmayı gerektiren istenmeyen bir durumdur.
- **Atelektazi:** Ameliyat sonrasında yeterli solunum ekzersizi yapmama, öksürüp balgam çıkarmama, hareketsizlik, iltihap gibi nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan ve atelektazi denen, akciğerin bir kısmı veya tamamının sönmesi durumudur. Bu durum ilk etapta bir takım ilaçlar, solunum fizyoterapisi ve burundan girilen bir sonda aracılığıyla balgamın emilmesi (nazotrakeal aspirasyon) ile aşılmaya çalışılacak olsa da biriken ve yoğunlaşmaya yüz tutmuş balgamı çıkarmak amacıyla bronkoskopi denen bir işlem yapılabilir. Bu işlem genel anestezi altında bir boru

aracılığıyla tıkalı olan bronşa girilerek vakum etkili bir alet ile balgamın emilerek çıkarılmasından ibarettir.

- **Stenoz:** Ameliyat sonrası geç dönemde yemek borusu yerine konulan tüpün yutak ve mide ile birleşme yerlerinde darlıklar oluşabilir ve bunların genişletilmesi için tekrar ameliyat gerekebilir.
- **Kolostomi:** Ameliyatta yemek borusu yerine kalın bağırsaktan bir tüp kullanıldıysa bu tüpün hazırlandığı yerdeki bağlantıyı korumak için bağırsağın geçici olarak karın duvarına açılması (kolostomi) gerekebilir.
- **Mikrometastazlar:** Kötü huylu tümörün, ameliyat esnasında mevcut olabilecek, tıp biliminin bugün kullandığı tanı metotlarıyla tespit edemeyeceği kadar küçük uzak organ sıçramaları, zaman içinde büyüyerek hastanın ölümüne sebep olabilir. Ameliyat esnasında tümörün çıkarıldığı yerde, gözle veya elle tespit edilemeyecek kadar küçük tümör parçaları ameliyattan çok uzun sure sonra bile büyüyerek hastalığın lokal nüksüne sebep olabilir.
- **Ameliyat sonrası son karar:** Çıkarılan tümörün patoloji laboratuarında incelenmesinden sonra tümör konseyde görüşülerek radyoterapi ve kemoterapi gibi bazı ek tedavilerin, tümörün lokal nüksü ve uzak sıçramaları olasılığını azaltabileceği için uygulanmasının yararlı olacağı kararı verilebilir. Bu ek tedavilerin uygulanmasını hasta kabul ettiği takdirde bu tedavilerle ilgili olası komplikasyon ve riskler uygulayıcı radyasyon onkolojisi ve medikal onkoloji ekiplerinin sorumluluğunda olup, bunlarla ilgili geniş bilgi tedaviden önce ilgili dal hekimlerince verilecektir.
- **Daha nadir görülen komplikasyonlar**: Geçici veya kalıcı ses kısıklıkları, akciğer dokusu içerisinde apse gelişimi, bağırsaktan emilen lenfi toplayan damar benzeri yapının zedelenmesi sonucu akciğer zarları arasında sıvı toplanması (şilotoraks) gibi istenmeyen durumlar ortaya çıkması çok ender de olsa olabilir.
- Yine kesi bölgesinde hafif uyuşukluk hissi ya da kalıcı nedbe, uygulamalar sırasında pozisyon vermeye bağlı kısa ya da uzun süreli ağrı-uyuşukluk, ameliyat esnasında ve sonrasında kullanılan ilaç ve tıbbi malzemeye bağlı tıbbi literatürde tanımlı sorunlara yol açabilir.
- Ek olarak solunum ve fiziksel performans kapasitesinde azalma, solunum yetmezliği, kan ve kan ürünü verilmesine bağlı ateş, kan reaksiyonları, böbrek yetmezlikleri, kemik iliği yetmezliği sonucu kan üretiminin durması, sarılık, tetkiki yapıldığı halde kan yoluyla bulaşan hepatit, AIDS gibi hastalıklar ortaya çıkabilir.
- Yine ciddi veya ciddi olmayan kanamalar, akciğerde kan pıhtılaşması, kalp ritm bozuklukları, ani kalp durması, allerjiler, organ yetmezlikleri, sara nöbetleri gibi istenmeyen durumlar ender olsa da bilmeniz gereken ve karşılaşılabilecek durumlardandır.

6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: ..... Saat sürmektedir.

7.KULLANILACAK İLAÇLARIN MUHTEMEL İSTENMEYEN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR:

8.HASTANIN SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ:

9.GEREKTİĞİNDE AYNI KONUDA TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLDİĞİ:

10. HASTA ONAM (RIZA, İZİN)

- Doktorumdan tıbbi durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak tıbbi / cerrahi tedavi veya tanı amaçlı girişimler konusunda bilgi aldım.
- Tedavi sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskleri ayrıntıları ile anlatıldı.
- Bana önerilen tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin olabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tedavi yönteminin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.
- Doktorlarımın planladıkları girişim ve/veya tedavilerde, planladıklarına ek girişim ve tedaviler gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşabileceğimi biliyorum.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabilineceği bana anlatıldı.
- Anestezi alacak hastalar için: Durumum aciliyet göstermediği sürece, işlemden önce anestezinin ayrıntılarını bir anestezi uzmanı ile tartışma fırsatım olduğu ve bunun için ayrı bir belge düzenleneceği bana anlatıldı.

Bu belgede tanımlanan girişimin / tedavinin uygulanmasını: ▭ KABUL EDİYORUM. ▭ KABUL ETMİYORUM.

HASTANIN ADI-SOYADI : HASTA YAKININ ADI-SOYADI :

İMZASI: İMZASI:

11.DOKTORUN ADI-SOYADI-ÜNVANI: .....İMZASI.....

12 .RIZANIN ALINDIĞI TARİH/SAAT/: .....

Not: Lütfen el yazınızla "3 sayfadan oluşan bu onamı okudum, anladım ve kabul ediyorum " yazınız ve imzalayınız. (Bu onam formu iki nüsha olarak doldurulup bir nüshası hastaya verilecek bir nüshası da hasta

dosyasına konulacaktır)