

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VÝKONEM

Slinné žlázy

Název operace:

Operace, odstranění podčelistní slinné žlázy - extirpatio glandulae submandibularis

Operace příušní žlázy - parotidectomy lateralis (odstranění povrchového laloku příušní žlázy)

Důvod operace:

Důvodem operace je patologický proces ve slinné žláze, který nejde léčit medikamentosní léčbou. V podčelistní žláze je to většinou chronický zánět nebo akutní bolestivé ataky tohoto zánětu, často způsobené opakovaně se tvořícími slinnými kaménky ve vývodu žlázy, nebo cysta či nádor slinné žlázy. V příušní žláze je nejčastějším důvodem operace nádor, který může být nezhoubný nebo zhoubný, jindy se jedná o zvětšené uzliny ve žláze či cystu. Daleko méně často než v podčelistní žláze se i zde mohou tvořit slinné kaménky.

Co se stane, pokud se operace neprovede:

Pokud jde o chronický zánět nebo kamének může opakovaně docházet ke zduření žlázy při jídle způsobené špatným odtokem sliny kolem kaménku ve vývodu nebo k akutním bolestivým zánětům postižené žlázy. Mohou také nastat zánětlivé komplikace na krku, rozšíří-li se zánět mimo žlázu do okolních tkání.

Jedná-li se o nádor, který je svoji povahou nezhoubný (benigní), může dojít k jeho pozvolnému růstu. Čím bude nádor větší tím, bude jeho pozdější odstranění obtížnější. Ale ani u původně nezhoubných nádorů nelze později vyloučit zvrát ve zhoubné bujení. Takto „zvrhlé“ nádory, které se projeví zrychlením růstu a bolestivostí, mívají špatnou prognózu. Některé nádory jsou svoji povahou zhoubné (maligní) od samého začátku. Čím déle je ponechán zhoubný nádor ve žláze, tím je vyšší riziko rozšíření nádoru mimo žlázu do krčních uzlin a vzdálených orgánů a vzniku krčních nebo vzdálených metastáz.

..

Operační postup, pooperační péče, délka hospitalizace:

Operace slinných žláz provádíme v celkové anestézii na centrálních operačních sálech.

Podčelistní slinnou žlázu odstraňujeme vždy celou. Kožní řez je veden zevně na krku pod dolním okrajem žlázy, souběžně s hranou dolní čelisti, v délce 5-8 cm. Přes podkoží a sval napínající kůži se dostaneme na žlázu, kterou postupně odstraníme. To může být obtížné při větších zánětlivých srůstech v okolí žlázy. Cévy vedoucí kolem žlázy do tváře podvážeme. Chráníme pod žlázou probíhající nerv, který hybe příslušnou polovinou jazyka. Blízko žlázy probíhají 2 tenké větve lícního nervu, které vedou ke svalům dolního rtu a kožnímu svalu na přední straně krku a inervují je. Tyto jemné větve se snažíme chránit. Dále vypreparujeme a podvážeme vývod slinné žlázy do dutiny ústní. Do rány zavedeme drén, vyvedeme jej přes kůži zevně na krk a nasadíme na něj podtlakovou nádobku (Redonův drén). Odsáváme tak z rány tekutinu s krví, která se po operaci v ráně tvoří. Ránu zašíjeme ve 2 vrstvách a kůži na krku šijeme „neviditelným“, tzv. intradermálním stehem. Zevně přikládáme na ránu kompresivní obvaz. Drén z rány vytahujeme 2. -3. den po operaci, kožní steh 7. -10. den. Je-li hojení rány normální, budete propuštěni z oddělení domů 5. -7. den.

Operace příušní žlázy je náročnější a také rizikovější výkon. Kožní řez začínáme vést těsně před ušním boltcem, dále pokračujeme pod ušním lalůčkem dozadu za boltce a odtud řez stáčíme dolů podél kývače na krk. Obnažíme příušní žlázu. Vyhledáme kožní nerv vedoucí k ušnímu lalůčku, ale protože brání přístupu ke žláze, zpravidla jej přerušujeme. Největším rizikem operace příušní žlázy je poškození lícního nervu, který prochází přímo žlázou, a inervuje mimické svaly obličeje. Základem operace je proto vyhledání kmene lícního nervu při jeho vstupu do žlázy a dále preparace všech jeho větví procházející žlázou. Tuto část operace provádíme s pomocí tzv. lupových brýlí, které nám zvětšují obraz operačního pole. Cílené vyhledání lícního nervu dává větší naději, že nerv nebude poškozen, než odstraňování nádoru ze žlázy „na slepo“ bez identifikace nervu („vyloupnutí“ nádoru, tzv. enukleace). Nepodaří-li se nám najít hlavní kmen nervu, snažíme se identifikovat jeho periferní větve po výstupu ze žlázy a po nich pak postupujeme zpět k hlavnímu kmeni. Většina nádorů příušní žlázy je umístěna v její zevní části, tedy zevně od lícního nervu. V tom případě odstraňujeme jen tuto zevní část žlázy s nádorem zevně od nervu (tzv. laterální parotidectomy) a její vnitřní část ponecháme. Vždy se snažíme odstranit spolu s nádorem co největší část okolní zdravé tkáně žlázy, aby byla jistota, že byl nádor odstraněn celý. Máme-li z předoperačního vyšetření podezření, že se jedná o zhoubný nádor, odstraňujeme příušní žlázu celou,

tedy i s částí žlázy ležící navnitř od nervu (tzv. totální parotidectomy). I v tomto případě se snažíme zachovat lící nerv (tzv. konzervativní totální parotidectomy). Je-li však rozsah nádoru takový, že by při snaze o zachování nervu hrozilo, že zhoubný nádor nebude odstraněn celý, musí se v zájmu odstranění nádoru lící nerv obětovat, a to se všemi důsledky na pohyblivost mimických svalů (tzv. radikální totální parotidectomy). Totální parotidectomy nejsou dosud na ORL oddělení prováděny. Jsou-li na krku přítomny zvětšené uzliny, odstraníme je. Do rány zavedeme drén, vyvedeme jej přes kůži zevně na krk a nasadíme na něj podtlakovou nádobku (Redonův drén). Odsáváme tak z rány tekutinu s krví a sliny, které se po operaci v ráně tvoří. Ránu šijeme ve 2 vrstvách a kůži šijeme většinou jednotlivými stehy. Zevně přikládáme kompresivní obvaz. Drén z rány vytahujeme 2. -3. den po operaci, kožní stehy postupně 7. -10. den. Je-li hojení rány normální, budete propuštěni z oddělení domů 7. -14. den. Došlo-li pooperačně k poruše funkce lícího nervu, který nebyl při operaci přerušen, dostáváte léky na zlepšení obnovy funkce nervu a po zhojení rány následuje rehabilitace. To prodlouží dobu hospitalizace. Větší část rehabilitace je již možno absolvovat ambulantně.

Očekávaný výsledek:

Odstranění útvaru ve žláze nebo celé slinné žlázy. Na základě histologického vyšetření nádoru pak rozhodnutí o dalším postupu léčby (např. jen pravidelné kontroly a sledování, další operace, ozáření apod.)

Komplikace:

Nejsou časté a nepřesahují počty komplikací jiných odborných ORL pracovišť. Vyskytují se do 5%.

U operace podčelistní žlázy může dojít k porušení jemných větví lícího nervu, které vedou v její blízkosti. To má za následek poruchu hybnosti dolního rtu a ústního koutku nebo poruchu kožního svalu na přední straně krku na příslušné straně. Mohlo by také dojít k poranění nervu, který hýbe jazykem (plazení jazyka), což by mělo za následek poruchu hybnosti a časem postupnou atrofii, zmenšení poloviny jazyka na příslušné straně.

Výjimečně může dojít k většímu pooperačnímu krvácení v ráně, které by si vynutilo operační revizi rány. Může též dojít k prodloužení hojení rány způsobené infekcí, kterou léčíme podáním celkových či lokálních antibiotik,

U operace příušní žlázy je nejzávažnější komplikací poranění lícího nervu. Úplné přerušování nervu se projeví poruchou hybnosti mimických svalů obličeje na příslušné straně (nemožnost zavřít oko a nebezpečí osychání rohovky, pokles dolního víčka, slzení oka, nemožnost tvořit vrásky na čele, usmát se, cenit zuby, možnost vytékání sliny postiženým ústním koutkem, celkový pokles poloviny obličeje). K pooperační poruše hybnosti však může dojít i bez přerušování nervu, kdy je dočasně nerv zhmožděn, je oteklý a má porušeno cévní zásobení. Takové poruchy hybnosti se zpravidla do 3-6 měsíců upraví, někdy může docházet ke zlepšování i déle jak 1 rok po operaci. V případě, že byl nerv zcela přerušován, dá se přerušovaný úsek nervu nahradit jiným, zpravidla kožním nervem. Za dobrý výsledek takové operace považujeme zachované klidové napětí svalů, které se projeví klidovou symetrií obličeje. Hybnosti mimických svalů však nedosáhneme.

Další možnou komplikací po částečném odstranění příušní žlázy je pooperační slinná píštěl, kterou léčíme zevní kompresí a léky tlumícími tvorbu sliny. Píštěl může přetrvávat i několik týdnů, ale nakonec se zhojí. Při přerušování kožního nervu v úvodu operace dojde k poruše citlivosti ušního lalůčku. Po odstranění celé příušní žlázy, která je poměrně velká, dojde k propadnutí kůže v tomto místě a určité asymetrii obličeje po operaci. Dalším problémem po operaci příušní žlázy může být vznik patologické poruchy inervace potních žlázek kůže v oblasti příušní žlázy, kolem čelistního kloubu, ve spánku a za boltcem, což se projeví zvýšeným pocením, zarudnutím a nepříjemnými pocity až bolestmi v této oblasti (tzv. syndrom Freyové). Vzniká za 3-12 měsíců po operaci asi u 10-20% pacientů. Medikamentózní ovlivnění těchto potíží je z dlouhodobého hlediska problematické.

Souhlas nemocného s výkonem:

Prohlašuji, že jsem byl lékařem úplně a srozumitelně poučen o povaze svého onemocnění a plánovaném výkonu. Byl jsem poučen i o alternativách léčby a možných důsledcích v případě neprovedení tohoto výkonu. Během poučení jsem měl možnost klást lékaři doplňující otázky, a pokud tomu tak bylo, byly mi úplně a srozumitelně zodpovězeny. Jsem si vědom všech rizik i komplikací spojených s tímto výkonem. Byl jsem poučen o tom, že mohu svůj souhlas s výkonem odvolat a také o tom, že odvolání souhlasu není účinné, pokud již bylo započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušení může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života. Byl jsem informován a vzal jsem na vědomí, že předpokládaného výsledku uvedeného zdravotního výkonu nemusí být dosaženo. Poučení jsem rozuměl a s výkonem souhlasím.

Jméno a příjmení pacienta:.....

Rodné číslo pacienta:.....

V Jihlavě dne: Podpis pacienta:.....

Podpis lékaře:.....