

İNVAJINASYON İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Hasta Adı-Soyadı :
Tarih : Protokol No :

TANI HAKKINDA BİLGİ:

Yanlış olarak “bağırsak düğümlenmesi” olarak da bilinen invajinasyon, bağırsakların iç içe geçmesi demektir. Aslında günlük yaşamda bağırsaklar birbirinin içine girer ve çıkar. Eğer giren bağırsak geri çıkamazsa, o zaman invajinasyon bulguları ortaya çıkar. En sık olarak süt çocukluğu döneminde (6 ay-1 yaş) görülür. İlkbahar ve sonbahar gibi mevsim değişimlerinde daha sıktır. Bu yaştaki çocuklarda invajinasyon, ince bağırsağın son kısmının (ileum) kalın bağırsağın ilk kısmının (çekum) içine girmesi ile oluşur (ileo-çekal invajinasyon). İshal gibi nedenlerle bağırsak hareketlerinin artması invajinasyona neden olabilir. Rotavirus salgınlarında daha sık olarak görülmesinin nedeni de budur. İnce bağırsağın son kısmı lenf dokusundan zengindir. Üst solunum yolu enfeksiyonu gibi genel sistemik enfeksiyonlarda burada bulunan lenf dokusu da şişer. Kalınlaşan bu doku, herhangi bir nedenle iç-içe girmiş olan bağırsağın geri çıkmasını engeller. Eğer bağırsak içinde polip varsa bu da aynı şekilde invajinasyona neden olabilir. İki yaştan üzerindeki çocuklarda ise, bağırsaktan köken alan lenfoma (lenf kanseri) invajinasyon nedenlerinden biridir. İnvaginasyon ilk olarak kusmayla başlar. Başlangıçta çocuğun yediklerini içeren kusma bir süre sonra sarı-yeşil bir renk alır. Bu durum bağırsak tıkanıklığının bulgusudur. Tıkanıklık, bağırsakların geriye doğru şişmesine neden olur. Bu da karında şişlik (distansiyon) olarak görülür. Zaman geçtikçe iç-içe geçen bağırsağın iç duvarında oluşan ödem, buradan kanamaya neden olur. İnvajinasyonda anüsten kan gelmesinin nedeni budur. **“Çilek jölesi”** şeklinde kanama olarak tanımlanan bu durum invajinasyonun en tipik bulgusudur. İnvaginasyon saptanan hastalar hastaneye yatırılarak damar yolu açılır ve serum tedavisi ile antibiyotik tedavisine başlanır. Sonuç olarak hastalığın esas tedavisi girişimsel yöntemler ve cerrahidir.

Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı: Bu operasyon ya anestezi almadan ultrasonografi veya skopi eşliğinde radyoloji odasında, ya da genel anestezi altında bir Çocuk cerrahisi uzmanı tarafından ameliyathanede gerçekleştirilecektir.

TEDAVİ YÖNETİMİ HAKKINDA BİLGİ :

1. Hidrostatik-Serum (İzotonik) İle Redüksiyon: Ultrasonografi eşliğinde baryum veya izotonik sıvının (serum fizyolojik) makat yoluyla barsaklara en fazla 1,5 metre yüksekten 150 mm/Hg basınç altında verilerek iç-içe girmiş barsakların açılması yöntemidir. Gecikmiş ve genel durumu bozuk hastalarda uygulanmamalıdır. En fazla iki ya da üç kez tekrarlanabilir. Başarı oranı %50-90 arasındadır. Açılma olmazsa açık cerrahi tekniğe geçilmelidir. Hastalığın redüksiyon sonrası tekrarlama olasılığı %2-20’dir ve nüksler çoğunlukla ilk 72 saatte olur.

2. Pnömotik redüksiyon: Yine makat yoluyla havanın barsaklara verilerek iç-içe geçmiş barsakların açılması işlemidir. Bebeklerde 80 mm/Hg, büyük çocuklarda 110-120 mm/Hg’yi aşmamalıdır. Başarı şansı %75-90’dır. Hastalığın redüksiyon sonrası tekrarlama olasılığı %2-20’dir ve nüksler çoğunlukla ilk 72 saatte olur.

3. Cerrahi Tedavi: İşlem genellikle uygulama yapılacak bölgenin temizliği ile başlar. Ameliyatta karnın

sağ alt yarısına bir kesi yapılarak karın boşluğuna girilir.

- **Lapasroskopik Redüksiyon:** Barsakların laparoskopi yardımıyla açılma işlemidir. Eğer şartlar uygunsa ameliyat sonrası dönem açık cerrahiye göre hem daha rahat geçmekte hem de kozmetik sonuçlar daha iyi olmaktadır.
- **Açık Cerrahi:** Yukarıdaki tedavi seçenekleri başarısız olduğunda ya da hastalar bu seçeneklere uygun olmadığı durumlarda tercih edilmelidir. Açık cerrahide eğer barsakların dolaşımı bozulmamışsa ve invaginasyona sebep olacak bir doğumsal anomali söz konusu değilse elle barsakların açılması (**manuel redüksiyon**) yeterlidir. Süreç uzamış ve barsak dolaşımı bozuksa ameliyat sırasında barsakların bir kısmı çıkartılabilir (**segmental rezeksiyon**) veya barsağın ucu karın duvarına ağızlaştırılabilir (**stoma yapılması**).

İşlemin tahmini süresi ve başarı oranı: Operasyonun süresi tahmini olarak 60-120 dakikadır, başarı şansı ise hastadan hastaya değişmekle birlikte redüksiyon işlemlerinde %50-90, cerrahi tedavide ise %100'dür.

İşlemden beklenen faydalar: Barsakların içiçe geçmesi tedavi edilmediği takdirde hayati tehlike arz eden bir durumdur. Bu nedenle zamanında opere edilmeyen durumlarında hastanın hayatı tehlike altında olacaktır. Ayrıca ameliyatın gecikmesi durumunda hastada ameliyat sonrası dönemde komplikasyon görülme olasılığı artacaktır. Bu ameliyatın zamanında yapılmasıyla sindirim sisteminin çalışması düzene girecek böylece hem hastanın hayati tehlikesi kontrol altına alınacak, hem de ameliyat sonrası komplikasyon olasılığı azalacaktır.

Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel riskler: Bu tedaviyi almayı reddedebilirsiniz. Bu tedaviyi almak isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size

uygulanan tedavide ya da bundan sonra kliniğimizde size karşı davranışlarımızda herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Ancak tedaviyi reddetmeniz, karın içi ölümcül enfeksiyonlara ve organ delinmelerine neden olabilir. Tedavi edilmemiş invaginasyon, şiddetli karın ağrısına, perforasyona (aşırı gerilen barsakların patlaması), peritonite (yaygın karın içi enfeksiyon), pilefilebite (karın içi damarların ölümcül seyredebilen enfeksiyonu), karın içi apse birikimine, ve nihayetinde ölümlle sonuçlanabilen bir çok belirti ve bulguya sebep olabilir.

Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı

üzerindeki muhtemel etkileri: Hastalığın yukarıda anlatılan teknikler dışında alternatif bir medikal tedavi yöntemi yoktur. Tedavide önerilen işlem cerrahi olarak barsak bütünlüğünün sağlanmasıdır.

Ameliyatın riskleri ve olası komplikasyonlar

Bu hastalığın cerrahi tedavisi sırasında ve sonrasında hayati risk oluşturacak komplikasyonlar beklenmemektedir. Ancak çok nadirde olsa aşağıdaki durumlar olasıdır.

Genel ve Anesteziye Bağlı Komplikasyonlar:

- **Atelektazi:** Akciğerlerde küçük alanlarda sönme oluşabilir, bunlar akciğer enfeksiyonu riskini artırabilir. Bu durum antibiotik tedavisi ve fizyoterapi gerektirebilir.
- **Entübasyon zorluğu ve trakeostomi gerekliliği:** Anestezi için ağızdan nefes borusuna yerleştirilmesi gereken tüp yerleştirilemez ise zorunlu kalındığında boğazın ön kısmından yapılan kesi ile bu tüpün yerleştirilmesi (trakeostomi) gerekebilir. Bu tüpün ameliyattan sonra da bir süre kalması gerekebilir ve bu tüp ile ilgili bazı sorunlar zamanla gelişebilir.
- Hem lokal hem de genel anestezi bir takım genel riskler taşımaktadır. Genel anestezi ya da sedasyonun (sakinleştirme) her çeşidinin çok nadirde olsa aşağıdaki komplikasyonlara (olumsuz sonuç) yol açma olasılığı vardır.

- a. Bacaklardaki pıhtılaşmalar (derin ven trombozu) ağrı ve şişmeye neden olabilir. Nadiren bu pıhtıları bir kısmı yerinden kopup akciğere gider ve ölümcül olabilir.
- b. Kalp yükünün artması nedeniyle kalp krizi gelişebilir.
- c. Cerrahiden sonra barsak hareketleri yavaşlayabilir veya tamamen durabilir (<% 1). Bu barsakta sıvı birikimi sonucu şişkinlik ve kusmaya neden olabilir. Tedavi gerektirebilir.
- d. İşlem nedeniyle ölüm olabilir.

**Anestezi ve içerdiği riskler hakkında bilgi edinmek için “anestezi hakkında” bilgilendirme sayfalarına bakınız. Eğer herhangi bir endişeniz varsa konu hakkında anestezi uzmanınız ile konuşabilirsiniz. Bilgilendirme sayfası size verilmemişse lütfen bir tane isteyiniz.

Redüksiyon işlemlerine bağlı komplikasyonlar:

- **Perforasyon (Barsak delinmesi):** En önemli ve neredeyse tek görülebilecek komplikasyondur, %1'in olasılık altındadır. Bu olasılık altı aydan küçük hastalarda ve şikayetleri uzun süredir devam eden hastalarda daha yüksektir.
- **Şok:** Perforasyona bağlı olarak gelişebilir.

Laparoskopiye ait komplikasyonlar:

- Karın cildinde morluk ve ameliyat sonrası omuzda ağrı ortaya çıkabilir. Bulantı, kusma, ağrı, kanama, kötü yara iyileşmesi, fıtık (herni), yapışıklık oluşması veya önceden mevcut olan yapışıklıkların devam etmesi söz konusu olabilir.
- Bağırsak, mesane, büyük damar, mide yaralanması
- Karın boşluğu içerisine girilememesi, bu durumda açık cerrahiye geçilir.
- Laparoskopi sırasında karına girilirken büyük damarlarda hasar ortaya çıkması ve karın açılarak acil cerrahi girişim yapılması gerekliliği.

Açık Cerrahiye bağlı komplikasyonlar:

- Ameliyattan sonra **kanama** ve **abse** gelişimi olabilir. Bu nedenlerle yeniden cerrahi müdahale ya da ciltten girişimler gerekebilir.
- Nadir olarak diğer **karın içi organlar da yaralanma riskine** sahiptir. Eğer böyle bir yaralanma olursa genellikle ameliyat esnasında tamir edilir. Ameliyat sonrası **anastomoz kaçağı** olabilir ve tekrar operasyon gerekebilir, ameliyat esnasında anastomozun mümkün olmaması halinde kolostomi veya ileostomi (büyük abdestini karnına bağlanan torbaya yapılması) açılabilir.
- Ameliyat bölgesinde **İnsizyonel Herni** (Kesi yeri fıtığı) oluşma riski % 0,1-1'dir.
- Ameliyat bölgesinin etrafında uzun süre devam eden bazen kalıcı olabilecek duyu azalması, karıncalanma olabilir.
- **Barsaklarda yapışma (Brid ileus):** Ameliyattan yıllar sonra bile barsaklar arasında yapışıklıklar oluşabilir. Tedavisi öncelikli olarak medikal düzelme olmazsa cerrahidir.

Hastanın sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri: Ameliyat sonrası dönemde aktivite kısıtlaması kritik öneme sahiptir ve hasta uyumu şarttır. Yaklaşık 1 ay süreyle kronik kabızlık ve kronik öksürükten kaçınılmalıdır. Çocuklarda ağır egzersiz ve yük kaldırma 1 ay süreyle sakıncalıdır.

İşlem sonrası kullanılacak ilaçlar ve önemli özellikler: Ameliyatın seyrine göre doktorunuz size ağrı kesici veya gerekli durumlarda antibiyotik içeren ilaçlar verebilir.

Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği: Acil durumda ve mesai saatleri dışında

hastanemiz acil servisine, acil durumda mesai saatlerinde ve acil olmayan durumlarda ise Çocuk cerrahisi polikliniğine müracaat edilebilir.

**Hastaya ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırmalarda yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir.*

**Tıbbi çalışma, tıbbi araştırma ve doktor eğitiminin ilerletilmesi için medikal kayıtlarınızdan hasta hakları yönetmeliğindeki hasta gizliliği kurallarına bağlı kalınması şartıyla klinik bilgiler gözden geçirilebilir. Araştırma sonuçları hasta gizliliğini koruduğu sürece medikal literatürde yayınlanabilir. Böyle bir çalışmaya katılmayı kabul etmeyebilirsiniz, bu durumda herhangi bir şekilde tedavi olumsuz yönde etkilenmeyecektir.*

**Fotoğraf/İzleyiciler: Yapılacak ameliyat, vücudun uygun kısımları dahil olmak üzere bilimsel, tıbbi ya da eğitim amacıyla fotoğraflanabilir ya da video kaydına alınabilir. Aynı zamanda, tıbbi eğitimi geliştirmek yararına ameliyat esnasında ameliyat odasına nitelikli gözlemciler alınabilir.*

HASTA ONAMI:

Ek açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu formu okudum ve bu onam formunu imzalayarak gerekli işlemlerin yapılması için izin veriyorum.

Hasta Adı Soyadı: İmzası : Tarih:

Hasta Vasisi/Yakınının : İmzası : Tarih:

Adı Soyadı

(Yakınlığı.....)

Yukarıda ismi yazılı hasta/ hasta yakınına tarafımdan hastalığı, yapılacak olan girişim, bu girişimin nedeni ve faydaları, girişim sonrası gereken bakım, beklenen riskler, girişim için eğer gerekli ise uygulanacak olan anestezi tipi ve anesteziye ait risk ve komplikasyonlar konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hasta/hasta yakını girişine yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu okumuş ve imzalayarak onaylamıştır.

Doktor Adı Soyadı :

İmzası :

Tarih :