

## **REKONSTRUKCJA PIERSI USZYPUŁOWANYM PŁATEM SKÓRNO-MIĘŚNIOWYM (LD) Z/BEZ IMPLANTU**

Szanowna Pani,

Została Pani zakwalifikowana do leczenia operacyjnego. W związku z czym powinna Pani wyrazić świadomą zgodę na przeprowadzenie tej operacji, dlatego prosimy o dokładne zapoznanie się z przedstawionymi poniżej informacjami. Pozwoli to Pani na zapoznanie się ze specyfiką operacji oraz ewentualnymi jej następstwami. Przed podpisaniem zgody na operację bardzo prosimy o zadawanie pytań chirurgowi, który jest Pani lekarzem prowadzącym. Zastosowane leczenie operacyjne stanowi z reguły część Pani leczenia onkologicznego, dlatego tak niezbędne jest wypracowanie optymalnych warunków naszej współpracy.

### **Informacja o zakresie operacji**

Zakres operacji będzie dotyczył klatki piersiowej w okolicy po amputacji piersi i pleców.

Operacja polega na:

1. Wytworzeniu płata skórno-mięśniowego – W pierwszym etapie operacji zostanie przygotowany płatek skórno – mięśniowy z tkanek pleców (cięcie skórne zlokalizowane w okolicy łopatki). Procedura ta ma na celu przygotowanie tkanek do późniejszej rekonstrukcji piersi. Najbardziej niekorzystnym powikłaniem jest wystąpienie niedokrwienia tego płata i w konsekwencji nawet odstąpienie od operacji.
2. Modelowaniu piersi – Po przygotowaniu płata skórno-mięśniowego następuje etap drugi, polegający na przeniesieniu płata w miejsce odtwarzanej piersi i jej modelowanie. W celu lepszego wyprofilowania piersi może zostać użyty, oprócz ww. płata skórno-mięśniowego, implant piersi lub ekspander czy ekspandero-proteza.
3. W niektórych sytuacjach, po zaakceptowaniu wielkości i kształtu rekonstruowanej piersi, będzie wymagany etap trzeci czyli operacyjna symetryzacja drugiej piersi.

Każdorazowo przed zabiegiem dokonujemy oznaczenia na skórze strony, która zostanie zoperowana.

### **Informacja o ewentualnych powikłaniach związanych z operacją i możliwych konsekwencjach zdrowotnych**

Operacja rekonstrukcyjna piersi, z pewnością, niesie ze sobą dużą dozę emocji i oczekiwań. Tym bardziej należy podkreślić, że chirurgia rekonstrukcyjna jest nie tylko wiedzą, ale i sztuką. Zadaniem tej operacji jest jak najbardziej doskonale odtworzenie sytuacji sprzed leczenia onkologicznego, a nie wykonanie operacji kosmetycznej, spełniającej wyobrażenia o idealnej strukturze i wyglądzie sylwetki. Nie jesteśmy w stanie dać pełnej gwarancji uzyskania pożądanego wyniku operacji, a przeciwnie – istnieje ryzyko niepowodzenia. Niejednokrotnie w przypadku operacji rekonstrukcyjnych należy się liczyć z kolejnymi, korekcyjnymi operacjami. Dotyczy to nie tylko piersi rekonstruowanej, ale i przeciwnej, na przykład dla skorygowania asymetrii.

Należy podkreślić, że wielkość odtwarzanej piersi nie jest dowolna („na życzenie”), ale zależy od wielu czynników, w tym od warunków anatomicznych (wzrostu, szerokości klatki

piersiowej, rozwinięcia mięśni itd.), nie jest możliwe odtworzenie opadania piersi. Szczególne ryzyko powikłań istnieje, jeśli po mastektomii przeprowadzane było napromienianie pola operacyjnego. Każdy zabieg (nawet przy zachowaniu najwyższej staranności operacyjnej), niesie ze sobą ryzyko wystąpienia komplikacji, które mogą wymagać ponownej interwencji chirurgicznej lub przedłużonej opieki ambulatoryjnej. Do najczęściej występujących komplikacji zalicza się:

1. Bóle pooperacyjne (ograniczające aktywność).
2. Krwawienie wymagające reoperacji lub wystąpienie krwiaka w łożu pooperacyjnej.
3. Stan zapalny (ropień), ropienie rany lub inne powikłania utrudniające gojenie rany (np. martwica brzegów rany).
4. Depresję pooperacyjną.
5. Wycieki i przetoki spod implantu, przedłużające się gojenie i/lub rozejście się rany – czasami zmuszające do usunięcia protezy (dotyczy tylko w przypadku użycia implantu).

W późniejszym okresie mogą wystąpić następujące zmiany pooperacyjne pod postacią:

1. Deformacji i asymetrii piersi (np. wyczuwalne kontury protezy pod piersią, obkurczanie się torebki łącznotkankowej wokół protezy, przesunięcie się protezy). Dotyczy tylko w przypadku użycia protezy.
2. Zbyt wysokiego lub niskiego fałdu podsutkowego (ewentualnie jego brak)
3. Powstania blizn pooperacyjnych, które mogą nie spełniać oczekiwanych przez Panią efektów kosmetycznych.
4. Zaburzenia czucia i/lub utrzymujących się bólów pooperacyjnych.
5. Pęknięcie protezy lub wyciek płynu, wymagające wszczepienia nowego implantu.
6. W przypadku zastosowania ekspandera konieczne jest jego dopełnianie co 1 lub 2 tygodnie, a następnie wymiana na ostateczny implant.
7. W przypadku ekspanderoprotezy konieczne jest jej dopełnianie co 1 lub 2 tygodnie, a następnie usunięcie „portu” służącego do dopełniania po okresie roku.

## **Informacja o obowiązującym postępowaniu pooperacyjnym**

Przyjmuję do wiadomości konieczność przestrzegania zaleceń pooperacyjnych, określonych przez chirurga zasad postępowania z miejscem operowanym oraz zastosowanie się do obowiązku przestrzegania wizyt kontrolnych. Jestem świadoma, że niezastosowanie się do zaleceń zwalnia Zespół Operujący z odpowiedzialności za powikłania wynikające z moich zaniedbań.

## **OŚWIADCZENIE**

**Ja, niżej podpisana**

**ur.** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **PESEL:** \_\_\_\_\_

**wyrażam zgodę na wykonanie u mnie zabiegu operacyjnego polegającego na:**

\_\_\_\_\_

**Rodzaj i wielkość implantu** \_\_\_\_\_ **zaakceptowałam.**

Miałam możliwość swobodnego zadawania pytań związanych z operacją i zrozumiałam na czym ona polega. Zrozumiałam wyjaśnienia i zostałam poinformowana o:

- zakresie planowanej operacji,
- możliwych powikłaniach związanych z tym typem operacji i możliwych konsekwencjach dla mojego zdrowia,
- obowiązującym postępowaniu pooperacyjnym,
- odbyłam konsultację u psychologa.

Oświadczam, że zrozumiałam treść powyższej informacji, jestem świadoma możliwości i zakresu wystąpienia powikłań związanych z planowaną operacją i akceptuję je.

Ponadto wyrażam zgodę na wykonanie zdjęć fotograficznych mojego przypadku dla celów dokumentacyjnych i/lub naukowych, pod warunkiem spełnienia przez nie wymogu nierozpoznawalności mojej osoby.

Data:

\_\_\_\_\_  
Podpis pacjentki

\_\_\_\_\_  
Pieczęćka i podpis lekarza

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH W CELACH MARKETINGOWYCH:**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, 2281 z 2016 r. poz. 195, 677) w celach marketingowych jak również związanych z wykonywanymi przez Gabinet Chirurgii Plastycznej Tadeusz Witwicki w Warszawie usługami, w tym na wprowadzenie moich danych do bazy danych, której administratorem jest Gabinet Chirurgii Plastycznej Tadeusz Witwicki, ul. Nasturcjowa 6, 03-983 Warszawa.

e-mail: .....

Podpis: .....