

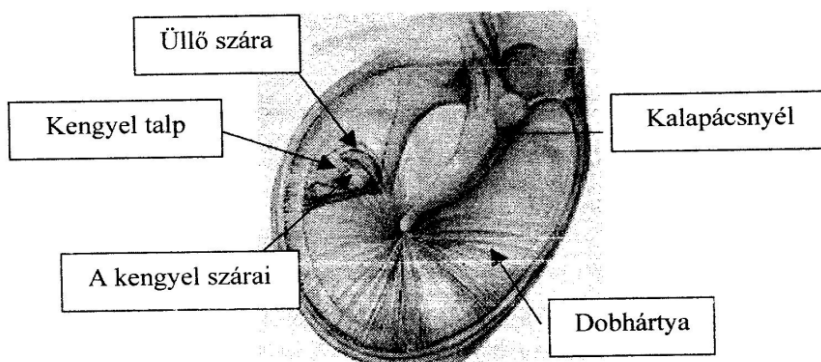
## INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BETEGTÁJÉKOZTATÓJA

Alulírott ..... (név) ..... (szül. idő) kijelentem, hogy dr. .... (orvos neve) engem, illetve hozzátartozómat (..... név, ..... szül. idő, ..... rokonsági fok) az alábbi invazív beavatkozásról a következők szerint kellő mértékben és módon tájékoztatott:

### STAPEDECTOMIA (STAPEDOTOMIA) OTOSCLEROSIS (a kengyel eltávolításával és pótlásával járó hallásjavító műtét)

#### 2. A műtét indikációi (a beavatkozás elvégzését indokló tényezők)

Otosclerosisban - pontosan nem ismert okok miatt - a kengyel talpában és a belső fül csontos tokjában az egészséges csont - kóros enzimatikus működés következtében - felszívódik és átépül, amelynek eredményeként a kengyel talpa véglegesen rögzül az ovális ablakban, és nem tudja átadni a rezgési energiát a belső fülnek. Ennek következtében kiesik a középfül erősítő funkciója.



A betegség általában fiatal felnőtt korban alakul ki, fokozatos hallásromlást okoz az egyik fülben, de nem ritkán a másik oldali fülben is fellép. Nőkben gyakoribb, sokszor terhességhez, szüléshez köthető a tünetek megjelenése. Mivel a belső fül is érintett, a folyamat előrehaladásával párhuzamosan idegi típusú halláscsökkenés is társul a vezetékes komponenshez, és ilyenkor változó mértékű fülzúgás is jelentkezhet. A betegség progresszív jellegű. A fülben gyulladás nincs, a dobhártya ép. Ritkábban gyermek-, és serdülőkorban is kialakulhat (juvenilis otosclerosis), része lehet más betegségnek (pl. Marfan-syndroma, osteogenesis imperfecta), illetve társulhat egyéb közép-, és belsőfül fejlődési rendellenességekhez. Nem öröklődik, de családi halmozódás ismert. A kengyel krónikus középfülgyulladás következtében kialakult hegesedés (tympanosclerosis) miatt is rögzülhet. A rögzült kengyelt el kell távolítani, és egy saját vagy idegen anyagból készült protézissel kell pótolni, amelyet az ovális ablak, valamint az üllő hosszú szára közé illesztünk. Ritka lelet az üllő-fixációs syndroma, amelyre csak műtét során derül fény, és amikor nem a kengyelt, hanem az üllőt kell eltávolítani, és a protézis a kengyel feje és a kalapács nyele, illetve a dobhártya közé kerül.

#### 3. Egyéb kezelési lehetőségek (röviden)

A betegség gyógyszeresen nem gyógyítható, de sikerrel operálható. Idegi érintettség esetén a műtéttől kevesebb eredmény várható, nagyobb a kockázat is, és ebben az esetben előfordulhat, hogy a fülzúgás a fő panasz. Jelentős műtéti kockázat, és/vagy a csekély eredményesség lehetősége miatt szóba jöhet a csontanyagcserére ható gyógyszeres kezelés. Csökkenhet a fülzúgás, lelassulhat - ritkán megállhat - a folyamat romlása. A gyógyszer - bizonyos esetekben - tervezetten is adható műtét után. A gyógyszeres kezeléstől azonban semmilyen esetben sem várható a vezetékes komponens, azaz a kengyel működéskieséséből fakadó halláscsökkenés javulása. Másik lehetőség a hallókészülék, amely akár mindkét fülre adható. A betegség előrehaladását ez sem állítja meg, emiatt esetleg egyre erősebb készülék lesz szükséges, és az idegi komponens megjelenésével a hallásértés minősége romolhat.

#### **4. A műtét menete, illetve a beavatkozás rövid leírása**

A műtét behatolás kisebb fül előtti bőrmetszésből indul, amely a hallójáratban végződik. A hallójárat bőrét leválasztva és a dobhártyát helyéről kiemelve, majd azt előre hajtva juthatunk be a középfülbe. A hallójárat csontos falából kisebb darabot vésővel vagy fúróval eltávolítunk, hogy látótérbe hozzassuk a kengyel fülkáját. Itt válik le az arcidegből az ízérzés és nyáleválasztás egy részéért felelős idegszál, amely a kalapács és üllő között halad el: ezt az idegszálat helyéből kiemelve előre kell hajtunk a jó feltárás érdekében. A kengyel inát átvágjuk és kiízesítjük a kengyel és üllő közötti ízületet, majd eltávolítjuk a kengyelt. A talp eltávolítása kapcsán megnyílik a belső fül, amely rögtön hallásjavulást eredményez, de egyben változó mértékű szédülést, hányingert - esetleg hányást - és rossz közérzetet okozhat. Az ovális ablakba vagy tantal drót-gel-foam szivacs, vagy műanyag, vagy drót-műanyag, vagy arany - ritkábban saját csontból faragott - protézist állítunk, amelynek másik, félkörív alakú végét az üllő szárára erősítünk. Ebben a fázisban további hallásjavulás észlelhető, amely még tökéletesebb hallásélményt nyújt, amikor a dobhártyát visszahajtjuk a helyére. Tympanosclerosisban sokszor az üllő is sérült, ilyenkor, valamint üllő-fixációs syndromában a kalapács nyelére rögzítjük a protézist (igen ritkán, ha még aktív gyulladás észlelhető, a műtét kétszakaszos). A hallójáratba szivacsapok és tampon kerülnek a műtét végén.

#### **5. Az érzéstelenítés lehetőségei, veszélyei**

A műtétet általában helyi érzéstelenítésben végezzük, mert szükség van a beteg közreműködésére műtét alatt. A belső fül megnyitásakor tapasztalt és jelzett vegetatív tünetek, valamint a műtét alatti hallásjavulás fontos információt nyújtanak az operátor számára. A fül köré és a hallójáratba adott injekciók kellemes érzéstelenítést és vértelenséget biztosítanak, a műtét ezek után - az esetek döntő többségében - fájdalommentes. A hosszabb ideig egy helyben és mozdulatlanul való fekvés - amely szükséges egy ilyen beavatkozás kapcsán - gondot okozhat bizonyos gerincbetegségekből vagy alkati adottságok esetén. Az érzéstelenítő és vérzést csökkentő gyógyszerek hatására előfordulhat átmeneti rosszullét, hányinger, vérnyomásesés vagy -emelkedés, amelyek legtöbbször kezelés nélkül elmúlnak. A műtét, adott esetben altatásban is elvégezhető, amelynek a fentiek értelmében fokozott a kockázata, ezért ezt általában nem ajánljuk.

#### **6. Általános műtéti kockázat**

A műtétek általános veszélyei, úgymint trombózis/embólia, sebfertőzés, keringési reakciók egyébként egészséges egyénben ritkák. A műtét kapcsán kivitelezett egyszerű beavatkozások sem teljesen veszélytelenek: infúzió bekötése, centrális vénakatóéter behelyezése is szükségessé válhat. A fektetés, műtéti előkészítés során perifériás idegsérülést okozó nyomási károsodás, a nyaki gerinc sérülése is kialakulhat. A műtéti fertőtlenítés, elektromos kés, lézersugár használata során gyulladások, hegek, égési sérülések keletkezhetnek. A véralvadást befolyásoló gyógyszerek alkalmazása megnövelheti a műtét utáni utóvérzés rizikóját. A testékszerek az elektromos eszközök alkalmazása során égési sérüléseket okozhatnak a bőrön, ezért kérjük azok eltávolítását a műtét előtt. A különböző kábító- és teljesítményfokozó szerek hatása alatt álló egyének gyógyszerekre, illetve a műtéti teherterhelésre való reakcióképessége megváltozhat, ezért kérjük, hogy az ilyen szerek fogyasztásának tényét - saját érdekében - közölje.

#### **7. A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:**

Folytatás következő lapon!



#### A. Tipikus, illetve gyakori jelenségek a műtét után

Műtét közben - a belső fül megnyitásokor - majdnem mindig észlelhető forgó jellegű szédülés, hányinger, hányás, rossz közérzet, alacsonyabb vérnyomás. E tünetek intenzitása és időtartama tág határok között mozoghat, rendszerint a fej mozdítására provokálódnak vagy erősödnek fel. Előfordul, hogy ezek csak minimális mértékűek, de intenzív hányás és szédülés is gyakori. Ebben az esetben gyógyszeres beavatkozás is szükséges lehet (infúzió, hányáscsillapító stb.). A vegetatív tünetek általában néhány napon belül, legtöbbször egy héten belül minimálisra csökkennek vagy megszűnnek. A fül környéke sokszor fájdalmas és zsibbadt lehet, átmeneti ízérzési zavar, nyelvbizsergés alakulhat ki. A protézis - a kengyelizom védő funkciójának kiesése miatt - a zajokat is felerősíti, a zajos környezet eleinte kellemetlenségeket okozhat, és ezért az új, hangosabb hallásélményt meg kell szokni. Saját hangunkat is szokatlan erősséggel hallhatjuk.

#### b. Ritkán előforduló mellékhatások és szövődmények műtét után

A dobhártyán ritkán kisebb folytonossági hiány (perforáció) maradhat vissza, amely később spontán is begyógyulhat. Ellenkező esetben a perforáció műteti zárása jön szóba. Előfordulhat, hogy a szédülés, hányinger hosszabb ideig - hetekig, esetleg hónapokig - fennmarad, amely korlátozhatja a mindennapi tevékenységet. Az ízérzési zavar szintén lehet tartós vagy esetleg maradandó. Ha mechanikai problémák miatt a protézis nem működik, akkor nem tapasztalható hallásjavulás műtét után. Ritkán, a belső fül túlérzékenysége, az esetleg befolyó vér, a kicsit hosszabb protézis stb. miatt a belső fülben található sejtek működése csökken, amely idegi típusú halláscsökkenés formájában jelentkezhet műtét után (kb. 1/50). Attól függően, hogy ez milyen mértékű, illetve a vezetékes rész (kengyel-protézis csere) mennyit javult, a műtét utáni hallás lehet jobb, rosszabb vagy változatlan. Ugyancsak a műtét előtti állapottól függően a fülzúgás lehet erősebb, csökkenhet vagy ritkán, műtét után alakul ki. Az arcideg átmeneti - kezelésre vagy spontán megszűnő - bénulása, vérömleny, oedéma vagy kisebb műteti trauma miatt ritka jelenség. Az általános műteti kockázat részeként - esetenként - kialakuló bakteriális fertőzés sebgyógyuláshoz, varratelégeltettséghez, valamint változó mértékű fülfolyáshoz vezethet.

#### c. Extrém (nagy) ritkán előforduló mellékhatások és szövődmények műtét után

Súlyos mellékhatások - halláscsökkenés és maradandó arcidegbénulás - igen ritkán lépnek fel, kb. 0.3-0.4%, illetve 1% arányban. A halláscsökkenés rizikója fokozott ismételt műtét, közepes-súlyos fokú idegi halláscsökkenés, fejlődési rendellenesség, valamint a belső fül fokozott érzékenysége esetén. Ha a kengyel talpa mellett haladó arcideg csontos csatornája hiányzik és az ideg szabadon fut, vagy ha a csontos csatorna a talp egy részét elfedi az ideg sérülésének fokozott a rizikója. Ha a talp rögzítettsége a szokványosnál kifejezettebb, akkor csak vésővel vagy fűróval távolítható el, amely növeli mindkét súlyos szövődmény lehetőségét. Az arcidegbénulás az azonos oldali mimikai izomzat működéskiesését (szem-, szájjzárási képtelenség, petyhüdt arc) vonja maga után, amelyet újabb műtéttel nem lehet helyreállítani.

#### 8. A műtét utáni időszak (kb. egy hét) fontosabb teendői (amire figyelni kell!)

Általános szabály, hogy a műtét után 48 óráig szigorú fekvésre van szükség, illetve a fejet csak lassan és minimális mértékben szabad mozgatni. Ez fokozottan érvényes, ha heves vegetatív reakciók lépnek fel műtét után. A korlátozó intézkedésektől -

#### 9. A vizsgálattal kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:

#### 10. Egyénre szabott betegájékoztató:

Folytatás a túloldalon!

## INVAZÍV BEAVATKOZÁS BELEEGYEZŐ NYILATKOZATA

Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek és válasszak a megismert kezelések közül. Tájékoztattak arról, hogy szakszerű, a szakma szabálya szerinti gyógykezelés esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják. Tájékoztattak arról, hogy a kórházi kezelés (kivizsgálás, gyógyszeres kezelés, műtét, egyéb fent részletezett kezelés) elutasítása, a gyógykezelés megszakítása, illetve annak meghatározott vagy meghatározatlan idejű halasztása kockázattal jár.

Megértem és tudomásul veszem azt is, hogy kivizsgálásom és kezeléseim során tanulónővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte és közreműködése a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

Tudomásul veszem, hogy jogom van bármikor a felajánlott kezelések elutasítására. Ez esetben a kezeléseim során, a visszautasítás kapcsán jelentkező következményekért, szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a javaslatát, kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

Ezen nyilatkozat aláírásával

*beleegyezem és kérem \**

*nem egyezem bele és nem kérem \**

a fenti beavatkozás elvégzését.

Nyilatkozatomat a tájékoztatás megértése alapján minden kényszerszertől és befolyástól mentesen adom.

Szombathely, 20 ..... év ..... hó ..... nap ..... óra ..... perc

.....  
beavatkozást végző aláírása

.....  
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

\*A megfelelő válasz egyértelműen (aláhúzás, bekarikázás) jelölendő