TÜKÜRÜK BEZİ KANSER CERRAHİSİ (RADİKAL PAROTİDEKTOMİ)
YÜZ SİNİRİNİN KESİLMESİ (FASİYAL SİNİR EKSİZYONU) ve
TIBBİ, CERRAHİ VE DİĞER MÜDAHALELER İÇİN
HASTA BİLGİLENDİRME ve RIZA BELGESİ

HASTALIK HAKKINDA BİLGİLENDİRME

Yapılan muayene ve tetkikler sonucunda konulan "Tükürük bezi (parotis) kitlesi" teşhisi nedeniyle, size cerrahi girişim (parotidektomi) gerektiği kararına varılmıştır. Parotidektomi, kulağın ön-altında yerleşmiş en büyük tükürük bezinin cerrahi olarak çıkarılmasıdır. Bu bezin, bir kısmının yada tamamının çıkarılmasının en sık nedeni, bezin içinde kitle varlığıdır, daha nadiren de bezin müzmin iltihabı veya tükürük akımının tıkanmasıdır. Parotisdeki kitlelerin çoğu iyi huyludur (%80), kötü huylu tümör ihtimali %20'dir. Bu ameliyat yapılmadan önce genellikle iğne biyopsisi (ince bir iğne ile bezden alınan hücrelerin incelenmesi) bazen de bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntülemesi yapılabilir. Bazen de bu testlerin yapılmasına gerek olmamaktadır. Hastalığın cinsi, büyüklüğü ya da yerleşim yerine göre tükürük bezinin bir kısmı ya da tamamı çıkarılabilir.

1-İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR

Tükürük bezinizdeki tümörün çıkartılarak tedavinin sağlanması amaçlanmaktadır.

2-İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR

Tanı amacı ile yapılan tedaviyi/ameliyatı reddetmeniz durumunda, bu kararınıza bağlı olarak kesin tanının gecikmesi, hastalığınızın ilerlemesi ve önerilen tedavi yöntemlerinin bile etkisiz kalabileceği göz önünde tutulmalıdır.
Tedavi amacı ile yapılan tedaviyi/ameliyatı reddetmeniz durumunda, bu kararınıza bağlı olarak hastalığınızın ilerlemesi ve önerilen tedavi yöntemlerinin bile etkisiz kalabileceği göz önünde tutulmalıdır.
Eğer bu ameliyat yapılmaz ise tükürük bezinde yer alan tümör çevre dokulara ve akciğer, beyin gibi uzak organlara yayılarak (metastaz) ölüme kadar giden kötü sonuçlara neden olabilir. Tümörün kendisi yüz sinirini tutarak yüz felcine neden olabilir. Tümör ciltten dışarı çıkarak ağrılı, kötü kokulu akıntı ve yaraya neden olabilir.
Enfeksiyon ve taşlar için: Tükürük bezinde yer alan taş sık sık enfeksiyona neden olarak ağrı, şişlik, iltihap, apse gibi istenmeyen durumlara yol açabilir. Tükürük fistülü denilen ciltten tükürük gelmesi durumuna neden olabilir.

3-İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ

Tarafınıza önerilmiş olan tedavi/ameliyat, hekiminiz tarafından güncel tıp literatürüne göre size en uygun seçenek olduğu için tarafınıza önerilmiştir. Diğer tedavi seçeneklerinin, en fazla fayda göreceğiniz tedaviler olmayacağı, tarafınıza önerilen alternatif tedavilerin çok geniş bir yelpaze içerisinde risk ve sonuçları olabileceği göz önünde tutulmalıdır.
Tarafınıza önerilen alternatif tedaviler ile ilgili olarak, söz konusu tedavi için hazırlanmış olan
benzer formu talep etmenizi rica ederiz.

4-İŞLEMİN RİSKLERİ-KOMPLİKASYONLARI

A.ANESTEZİ

Anestezi bilgilendirme formunda anestezi ve olabilecek riskler konusunda bilgiler göreceksiniz. Herhangi bir endişeniz olursa anestezistiniz ile görüşünüz.
Bilgilendirme formu verilmediyse lütfen isteyiniz.

B.UYGULANACAK İŞLEMLERİN GENEL RİSKLERİ

a) Artmış göğüs enfeksiyon riski, akciğerin küçük alanlarında sönmeler/çökmeler olabilir. Bu durum antibiyotik tedavisi ve fizyoterapi gerektirebilir.
b) Ağrı ve şişmeyle birlikte bacaklarda pıhtı oluşumu (derin ven trombozu veya DVT). Çok nadir olarak bu pıhtı bulunduğu yerden koparak akciğerlere gidebilir ve ölümcül olabilir.
c) Kalpte zorlanmaya bağlı kalp krizi veya felç.
d) İşlemden kaynaklanabilen ölüm.
e) Obez (kilolu) hastalarda artmış yara yeri enfeksiyonu riski, göğüs enfeksiyonu,kalp ve akciğer komplikasyonları, pıhtılaşma.
f) Sigara içen hastalarda artmış yara yeri enfeksiyonu riski, göğüs enfeksiyonu,kalp ve akciğer komplikasyonları, pıhtılaşma.

C.AMELİYATIN RİSKLERİ

Aşağıdaki bazı riskler ve komplikasyonlar bulunmaktadır:

a) **Kanama**. Ameliyat esnasında veya sonrasında birkaç hafta içinde olabilir. Ameliyat esnasındaki kanama nedeniyle tamponlama yapılarak ameliyat sonlandırılabilir. Ameliyat sonrasında oluşan kanamaları durdurmak için lokal anestezi ile tamponlama veya başka bir ameliyat gerekebilir. Kan kaybı sebebiyle kan transfüzyonu (damardan kan verilmesi) gerekebilir.
b) **Yüz felci**. Yüz siniri, tükrük bezinin iki kısmı arasından geçmektedir. Tükrük bezi kanseri, yüz sinirini tuttuğu için kanser dokusu ile birlikte çıkarılması gerekmektedir. Bu durumda **geri dönüşümsüz** olarak yüz felci gelişmesi kaçınılmazdır.
c) **Tükrük bezinden cilde kanal (fistül) oluşumu**. Ameliyat sonrasında dikiş yerlerinden veya cilt altına tükrük sızması şeklinde olur.
d) Ameliyat sırasında kulak derisinin duyusunu alan sinirin kesilmesine bağlı olarak o bölgede hissizlik gelişebilir.
e) **Enfeksiyon**. Deride dikiş yerlerinde veya yumuşak dokuda gelişebilir.
f) N. Aksesorius siniri (11. kraniyal sinir) çevresindeki lenf nodlarındaki metaztaz nedeni ile kesilebilmektedir. Bunun sonucu olarak o tarafta omuz düşüklüğü ve ağrı olabilmektedir.
g) N. Hipoglosus siniri (12. kraniyal sinir) operasyon sırasında zarar görebilir.Bu durumda dilin aynı tarafında güçsüzlük ile sonuçlanabilir
h) Operasyon esnasında boyun büyük arter ve venlerinde zedelenme olma ihtimali söz konusudur. Özellikle karotis arter zedelenmelerinde kanama durdurulamadığı takdirde damar bağlanarak, vücütta kısmı felçlere yol açabilmektedir.
ı) Radikal boyun diseksiyonu yapılan hastalarda boyun yan tarafındaki SKM kası da çıkarılacağı için kozmetik bir bozukluk olması söz konusudur.
i) Mevcut olan hastalık tekrarlayabilir yada başka organlarda metastaz (yayılım) ortaya çıkabilmektedir.
j) Operasyon sonrası hastalığın yayılımına veya türüne göre radyoterapi ve kemoterapi tedavileri gerebilmektedir.

5-İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ
1 saat ile 4 saat arasında değişmektedir

6-KULLANILACAK İLAÇLARIN MUHTEMEL İSTENMEYEN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR
Antibiyotik: Ürtiker (kurdeşen), yüzde, göz ve ağız çevresinde şişlik ,kaşıntı, ciltte kızarıklık ve döküntü, solunum sistemi problemleri (nefes darlığı, öksürük, göğüs sıkışması) toksik epidermal nekrolizis (hayatı tehdit eden cilt döküntüsü), anafilaksi (hayatı tehdit edecek derecede üst hava yolunun tıkanması, solunum durması, ciddi hipotansiyon).
Lokal anestetik: Ağız çevresinde uyuşmalar, huzursuzluk-sersemlik hissi, metalik tat, bulantı, kusma, kulak çınlaması, nistagmus, tremor, konvülsiyon, solunum durması.

7-HASTANIN İŞLEM ÖNCESİ VE SONRASI DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR İLE DİKKAT EDİLMEMESİ DURUMUNDA YAŞANABİLECEK SORUNLAR
Ameliyattan önceki gece saat 24:00 dan itibaren yeme içmenin kesilmesi gerekmektedir. Buna engel bir durum varsa sorumlu hekimi ile iletişime geçmelidir.
Hastaya işlemden sonra da anlatılacağı üzere öksürük, kabızlık, kusma, baş dönmesi , ağızdan ve burundan kan gelmesi durumlarında hastanın yattığı servisin sorumlu doktoruna haber vermesi gerekmektedir. Dikkat edilmemesi durumunda hastanın geçirdiği ameliyatın başarısı düşebilir.

- Doktorumdan tıbbi durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak tıbbi tedavi konusunda ve bu tedavinin gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bilgi aldım.
- İşlem sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskleri bana ayrıntıları ile anlatıldı.
- Bana önerilen tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici hangi risklerin olabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tedavi yönteminin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği bana anlatıldı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- İstemediğim takdirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada vazgeçebileceğimi biliyorum.

Doktorlarım hastalığımın tanısı ve tedavi yöntemleri ile ilgili olarak tarafıma gerekli bilgileri verdi.
Doktorlarım hastalığımın tedavisi için aşağıda sunulan (sayfa 2) cerrahi/müdahalenin uygulanmasını önerdiler. Bu prosedürün bana sağlayacağı potansiyel yararlar ve bu prosedürün taşıdığı muhtemel riskler tarafıma açıklandı ve ben bunları anladım.
Önerilen prosedürün yapılması halinde oluşabilecek muhtemel riskleri anladım. Bu riskler bana açıklandı ve ben bunların önemini öğrendim. Bunlar aşağıda (sayfa 2) sunulmuştur.
Cerrahinin yapılacağı bölge (cerrahi alan) ve taraf bana açıklayıcı şekiller eşliğinde anlatıldı.
Bir cerrahi işlem sırasında doktorların ameliyat seyri ve başarısı ile ilişkili olarak bazı ek müdahaleler yapması gerektiği konusunda bilgilendirildim. Benim ameliyatım sırasında da herhangibir ek müdahale gerekmesi halinde, Manisa Celal Bayar Üniversite Hastanesinde çalışan doktorlarıma ve yardımcı personeline gerekli izni veriyorum.
Aşağıda sunulmuş olan cerrahi/müdahaleye ve genel, lokal veya sedasyon anestezisi uygulanmasına bağlı risklerin dışında bazı riskler bulunduğu konusunda bilgilendirildim. Bunların başlıcaları; kanama, enfeksiyon, diş kaybı, ağız, boğaz veya ses telleri hasarı, sinir veya göz hasarı, ilaç reaksiyonu, solunum problemleri, kardiak arrest, beklenmeyen riskler, kalıcı işgücü kaybı veya ölüm. Bu riskleri bilerek önerilen ve gerekli ek cerrahilerin yapılmasına rıza gösteriyorum. Bunların yanısıra doktorlarım veya anestezi hekimi tarafından gerekli olduğu düşünülerek kullanılacak tüm ilaç, anestetik veya sedasyon analjeziklerin uygulanmasını kabul ediyorum.
Önerilen cerrahiye alternatif olabilecek tedavi yöntemleri konusunda bilgilendirildim. Önerilen cerrahinin yapılmasını tercih ediyor ve bunu kabul ediyorum.
İleri tanı ve buna bağlı tedavimin planlanması için uygulanacak cerrahi sırasında çıkarılan dokularımın saklanması, korunması, ve gerekli inceleme veya analizlerin yapılması konusunda Manisa Celal Bayar Üniversite Hastanesi doktorlarına izin veriyorum.
Hastalığımın tanı ve tedavisinde katkıda bulunacak tüm doktor, hemşire, teknisyen, sağlık personeli ve yardımcılarına izin veriyorum.
Tıp ve cerrahi pratiğinin kesinlikler içeren bir bilim olmadığını biliyorum. Önerilen cerrahi/müdahalenin başarı şansı konusunda bilgilendirildim, ancak cerrahi/müdahalemin başarısı konusunda söz veya garanti verilemeyeceğini biliyorum. Uygulanmasını kabul ettiğim bu cerrahi/müdahale için de şahsıma/yakınlarıma böyle bir söz veya garanti verilmemiştir

Not: Lütfen el yazınızla “okudum, anladım ve kabul ediyorum” yazınız ve imzalayınız.

Hastanın veya Yakınının
Adı- Soyadı :
Tarih-Saat :___/___/_____/____
İmza :
Yakınlık Derecesi:

Ben “Bilgilendirme ve Rıza Belgesinin” içindeki bilgileri hastanın kendisine, ebeveynine veya yakınlarına yapabileceğim en iyi şekilde aktardım .

İŞLEMİ YAPAN (Hekim)
Adı – Soyadı :
Kaşe / İmza :
Tarih / Saat :____/____/_____ ___/___