

## Bel fıtığı ameliyatı onam formu

Aydınlatılmış onam, cerrahi ekibin hasta ve yakınlarına planlanan ameliyatla ilgili fayda ve riskleri bildirerek, karar verebilmelerini sağlayabilmek için bilgi verme sürecidir. Bu belgenin amacı sürece yardımcı olabilmektir. Bu belgenin makul bir bilgi kaynağı olduğuna inanıyor.

### **Hiçbir ameliyat garantili değildir ve tüm ameliyatların riski vardır.**

Cerrahiniz, size uygulanacak ameliyatın olası risk ve faydalarını sizinle paylaşacaktır. Bu belge, tamamlayıcı genel bir bilgi kaynağıdır. Daha fazla bilgi için bu hasta hattının "siyatik ağrısı" ve "lomber omurga" bölümlerine de bakınız.

Bu tip bir ameliyat bacakta sinir ağrısı (siyatik ağrısı) olan hastalar için yapılır. Siyatik ağrısı 30 ve 40 yaşlarındaki hastalarda yaygındır. Bu ağrı, sıklıkla disk fıtığı veya taşmasına (bel fıtığı) bağlıdır.

Daha yaşlı hastada, omurilik kanalının daralmasına (stenozuna) yol açabilen dejeneratif değişikliklere bağlı olabilir. Bu duruma "spinal stenoz (Omurilik Kanal darlığı)" denir ve tipik olarak yürüyünce ve ayakta durunca bacaklarda ağrı ve uyuşma belirtilerine sebep olur.

Özellikle yürümekle gelen bacak ağrısı ve sinir sıkışması belirtileri için spinal kludikasyon terimi kullanılır.

Genel anlamda bir 'dissektomi' operasyonu, bacağa uzanan sinir ağrısına neden olan disk parçasını çıkarmak içindir. Eğer ağrı iyileşiyorsa veya hayat kalitesini belirgin olarak etkilemiyorsa en iyisi kendi haline bırakmak olabilir. Bir 'bası giderme işlemi' (dekompresyon), omurga kanalı içeriklerini sıkıştıran kemik veya yumuşak doku yapılarını çıkarmak içindir. Bazı hastalarda bu iki uygulamanın birlikte kullanılması gerekebilir.

Bel ağrısı yaygın görülen bir belirtidir ve beraberinde bacaklarda daha hafif şikayetler de eşlik edebilir. Çoğu zaman bel ağrısının rahatsız edici belirtilerleriyle hem kısa hem uzun vadede başa çıkmak için, cerrahi olmayan daha güvenli ve daha etkili yollar vardır. Bazı hastalarda bel ve bacak ağrısı birlikte görülür.

Bu belge, siyatik ağrısı ve spinal stenoz için sık yapılan ameliyatları anlatmak içindir. Her operasyonda genel riskler vardır ve ek olarak omurga cerrahisinin bilmeniz gerek bazı özel riskleri vardır.

### **Bazı Önemli Hatırlatmalar**

Siyatik ağrısı ve spinal stenoz için yapılan omurga ameliyatı bel ağrısından çok, bacak ağrısı için daha iyidir. Hem bacak, hem de bel ağrısı düzelebilir.

Uyuşukluk ve güçsüzlük belirtileri ameliyattan sonra da devam edebilir.

Siyatik ağrısı ile doktora ilk defa başvuran hastaların %75'i 28 gün içinde daha iyi olur. Siyatik ağrısı, ameliyat gerek duyulmadan da azalmaya devam edebilir. Ağrı sıklıkla bir şekilde azalır ve ağrıyı gidermek için erken evrede ilaçlar veya enjeksiyonlar kullanılabilir. Cerrahinin, insanları daha çabuk iyileştirdiği düşünülmeyle birlikte beraberinde riskler vardır. Bazı tip disk fıtıkları nüks etmeye daha meyillidirler. Disk fıtığı için yapılan ameliyatların 10 sene içinde %7-15 arası nüks oranı vardır. Bu oran ameliyat olsanız da olmasanız da aynıdır.

Şiddetli veya oldukça rahatsızlık verici belirtiler hasta için yeterince azalmadıysa ve 6-8 haftadan daha fazla sürdüyseniz, cerrahi en iyisi gibidir. Son çalışmalar göstermiştir ki, başlangıcından dört ay sonrası civarlarına kadar beklemek, iyileşme ve sonuç anlamında, ameliyat için en iyi zamanlama olabilir.

Cerrahi, zinde ve sağlıklı hastalarda daha az risk taşır ve daha güvenlidir. Bir hasta olarak ne zaman olursa olsun riskleri azaltabilmek için gayret etmek, en akılselim şeydir. Sigarayı bırakmak, kilo vermek ve zinde kalmak gibi basit tedbirlerin hepsinin faydası vardır.

Yaşlı hastaların, kalp hastalığı benzeri özel risk faktörleri olabilir. Warfarin (Coumadin), aspirin veya clopidogrel (Plavix) gibi kan sulandırıcı ilaçlar kanama riskini artırır: ameliyat ekibinizi bu konularda bilgilendirmelisiniz. Diyabetik hastaların genel anlamda biraz daha fazla enfeksiyon riski vardır ve diyabetik hastalardaki sinirler diğerleri gibi toparlamayabilir.

Kişisel olarak size ait risk faktörleri de bulunabilir.

#### Özel bilindik faydalar

Hastaların %70-75'i bacak ağrısında belirgin azalma yaşarlar.  
%20-25'i daha iyi olabilir ama hala kalıcı bacak ağrısı olabilir  
%5 hiç fayda görmeyebilir  
%1 ağrı açısından daha kötü olabilir.

Bilimsel literatürde bu konuda yayınlanmış pek çok çalışma vardır. Onları birleştirip sistemli bir gözden geçirmeye, doktorlar genellikle değişik tedavilerin faydaları hakkında genel bir görüşe sahip olabilirler. Cochrane taraması 39 vaka serisine bakarak yapılmış bir derlemedir.

Yazarların sonuçları: Altta yatan disk hastalığının ömürboyu doğal seyrine olumlu veya olumsuz etkisi olup olmadığı bilinmemesine rağmen, lomber disk fıtığına bağlı siyatik ağrısı olan dikkatle seçilmiş hastalar için cerrahi diskektomi, konservatif tedaviye oranla akut atağı daha hızlı geçirmeyi sağlar. Mikrodiskektomi, açık diskektomi ile kıyaslanabilecek sonuçlar verir. Minimal invazif diğer tekniklere ait sonuçlar belirsizdir (artık pek yaygın olmayan kimopapain kullanılarak yapılan kemonükleolizis hariç).

Amerika'dan son bulgular da benzerdir. Lomber disk fıtıklaşması için cerrahi karşısında cerrahi olmayan tedavi: Omurga Hastası Sonuçları Araştırma Denemesi (the Spine Patient Outcomes Research Trial - SPORT): bir randomize çalışma. Journal American Medical Association 2006 Nov 22;296(20):2441-50 Weinstein et al. 501 hastalık bu büyük çalışma ameliyat olanlarla olmayanlar arasında uzun dönemde çok az bir farklılık bulmuştur. Hem cerrahi hem de cerrahi dışı tedavi gruplarındaki hastaların hepsi 2 yıllık bir dönemden sonra önemli ölçüde iyileştiler.

#### Lomber Omurga dekompresyonu Ne biliyoruz?

Lomber dekompresyon ameliyatı hastaların %65-70'inin ağrısını azaltabilir ve hastanın yürüme mesafesini 4 katı civarında arttırabilir. Ameliyatlara, hayat kalitesinin artırılmasına yöneliktir. Şöyle ki, eğer belirtiler hasta için katlanılabilir ise ameliyat olmak veya olmamak sorusunun yanıtını cerrahi ile değerlendirme yapan hasta verir. Pek çok omurga sorunu zamanla daha iyi olabilir veya kötüleşmez.

Lomber omurilik kanal darlığı için ameliyat mı ameliyatsız tedavi mi? randomize kontrollü çalışma. Malmivaara A Spine Jan 2007 1;32(1):1-8

94 hastalık bir çalışma. İlk tedavinin ne olduğundan bağımsız olarak, 2 yıllık takipte hastalar daha iyi olsa da, ameliyat olan hastalar bacak ağrısı, bel ağrısı ve genel düşüklük anlamında daha büyük iyileşme bildirmişlerdir. Cerrahi tedavinin ilk zamanlardaki görece faydaları zamanla azalmıştır ama yine de 2 sene boyunca tatminkar kalmıştır.

#### Ameliyat

Ameliyat çoğunlukla genel anestezi altında yapılır ve kısa bir hastane kalışını gerektirir (sıklıkla bir gece yeterlidir). Hastaların daha erken düzelmesine yardımcı olduğundan, çoğu cerrah normal etkinliklere erken bir dönüşü teşvik eder.

Alışlageldik teknikler mikroskop kullanılan bir 'mikrodiskektomi' veya bir 'minidiskektomi'dir, bu ameliyatlara sonuçları çok benzer. Esas olarak, genellikle fıtıklaşmış bir diski çıkarmak yoluyla sinirlerin üstündeki basıncı azaltmak içindirler. Sinir üzerinde bası belirtilerine sebep olabilen kemiği çıkarmak için ise dekompresyon terimi kullanılır. Eğer alınan kemik omurganın küçük eklemelerinin (veya fasetler) birinin altından ise buna bir 'alttan kesme fasetektomi' denir. Özellikle insanlar yaşlandıkça 'diskektomi' ve 'dekompresyon' karışımı bir ameliyata ihtiyaç duyulması oldukça sıktır.

Cerrahinizin işlemin özellik ve prensiplerini sizinle görüşecektir. Genellikle ameliyatlara kişiye özel planlanır .

## Spinal sinirlere hasar:

Ağrıya neden olan spinal sinir, hastalık sürecinde çoktan zarar görmüş olabilir. Fıtıklaşmış disk, sinirin içinde öyle bir yaraya yol açabilir ki teknik olarak başarılı bir ameliyat olmasına rağmen düzelmesi mümkün olmaz. Sinirin altında duran diski çıkarmaya çalışırken sinir gerilebilir. Sinir doğrudan cerrahi travma sonucunda veya kanama kontrolü için gereken bası etkisinden de zarar görebilir. Sinir kökü hasarını takip eden belirtiler, belli kasların paralizisi, his kaybı, mesane ve barsak fonksiyon bozukluklarından, basit uyuşmalara kadar değişebilir.

## Damarlara hasar:

Ameliyat hayati tehlikesi olan önemli kanamayla sonuçlanabilir. Omurganın ön tarafındaki ana damarlara (aort) hasar olabileceği (nadiren) bilinmektedir.. Bacaklara giden ana damarlar da yaralanabilir ki bu da uzuv kaybıyla sonuçlanabilir. Böylesi olaylar nadirdir, 10000 ameliyatta 1'den daha az olur.

## Hayati organ hasarı:

Karaciğer, böbrekler ve barsaklar diskin önünde yer alır ve teorik olarak yaralanma riski taşırlar. Bu da hayati tehlike taşır ama son derece enderdir.

## Yanlış ameliyat:

Omurganın, neredeyse birbirinin aynı olan pek çok disk ve omuru vardır. Cerrah, ameliyat sırasında omurganın doğru yerini ameliyat ettiğini kontrol etmek için sıklıkla röntgen kullanacaktır. Hastaya doğru girişim yapılabilsin diye pek çok güvenlik tedbirleri alınmış olmasına rağmen , yanlış seviye dekomprese edilebilir. Doğru seviyeye ya aynı seansta ya da ikinci bir girişimle tekrar yaklaşılması gerekebilir.

## Enfeksiyon:

Omurga ameliyatlarının %2-4'ü arasında yüzeysel enfeksiyon oluşabilir. Diyabetik hastalarda, steroid alan hastalarda veya enfeksiyon direnci azaltılmış hastalarda enfeksiyon riski artar.

Derin omurga enfeksiyonları daha ciddidir ama daha nadirdir. Vakaların yaklaşık %1'inde (veya daha az) derin omurga enfeksiyonu oluşur. Enfeksiyon riskini azaltmak için genelde antibiyotikler verilir ve ameliyatlar ultra temiz hava akımlı salonlarda yapılır. Eğer derin enfeksiyon gelişirse omurgayı temizlemek için tekrar ameliyat ve uzun ve yaygın antibiotik uygulaması gerekebilir.

## Sıvı sızması ( kazara duratomi):

Omurilik ve sinirleri saran dura isimli zarda kazara bir açıklık oluşabilir. Omurga kanalındaki sıvı bu delikten dışarı akacaktır. Cerrahin gerekli gördüğü durumda ameliyatın bir parçası olarak bilerek de oluşturulabilir. Disk veya kemiğin, duraya çok yapışık olması sonucunda da oluşabilir. Primer siyatik ağrısı ameliyatında vakaların %3'ünde oluşur. Dekompresif cerrahide daha sıktır, vakaların %8'inde görülebilir.

Eğer daha önce geçirilmiş omurga ameliyatı varsa, yapışıklık nedeniyle daha sık olabilir Tekrar ve revizyon ameliyatlarının, ilk sefer ameliyatlara göre daha yüksek komplikasyon riski vardır.

Duradaki delik bazen dikişler ve yamalarla onarılabılır. Bazen kendiliğinden iyileşmeye bırakmak daha güvenlidir. Bazen cerrah sıvıyı aktarmak için bir dren koyacaktır. Çoğunlukla sıvı sızıntısı birkaç gün içinde kurur ve uzun dönem etkisi olmaz. Bazen de önlemlere rağmen omurilik sıvısı yaradan dışarı akacaktır. Bu bir enfeksiyon ve menenjit riski taşır ve durumu düzeltmek için tekrar ameliyat gerekebilir.

Geç nedbe oluşumu

Nedbe oluşumu, vücudun yaralanmaya veya cerrahi işlemlere doğal bir cevabıdır. Kullanışlı alanın sınırlı olduğu omurga kanalında cerrahi sonrası böyle bir nedbe oluşumu, aslına benzeyen yeni belirtilere yol açabilir. Aşırı nedbe oluşumu vakalarında, revizyon cerrahisi ve yeniden dekompresyon gerekli olabilir. Siner köklerinin mekanik irritasyonunu azaltmak için ek olarak füzyon gerekebilir.

## İnstabilite

Lomber omurganın arka elemanları, özellikle fasetler (omurlar arasındaki eklemler), omurganın bütünlüğü ve stabilitesi için hayatidir. Eğer bu yapılar geniş bir bası giderici uygulamada çıkartılmak zorunda kalırsa, omurgada instabilite gelişebilir. Bu durum genellikle ağrılıdır ve bası giderici uygulama sırasında ya da ikinci bir ameliyatla ek stabilizasyon ve füzyon gerektirir.

## Ölüm

Ölüm riski düşüktür, rakama dökmek zordur ve siyatik ağrısı için yapılan 700 ameliyatta 1'den azdır. Bacaklardaki kan pıhtılarının akciğerlere atılması gibi (pulmoner emboli) veya ana damarlardan ölümcül kanama gibi beklenmeyen olaylardan (genellikle omurga cerrahisiyle ilgili olmayan) oluşur. Risk, kalp hastalığı, yüksek kan basıncı, sigara ve yaşla ilgili özel riskler gibi hasta faktörlerine bağlı olarak değişiklik gösterecektir. Dar kanal için yapılan bası giderme ameliyatına bağlı olan ölüm riski (muhtemelen 350'de 1) hastalar daha yaşlı ve daha az zinde olduğu için disk ameliyatına bağlı olandan daha fazladır.

## Felç

Bacakların kullanımının kaybı, his kaybı ve barsak ile mesane kontrolünün kaybolması anlamına gelen felç riski düşüktür. Muhtemelen 300 ameliyatta birden daha azdır. Ameliyat sonrası omurilik kanalı içine kanama yoluyla oluşabilir (bir ekstradural spinal hematoma). Eğer hasta kan sulandırıcı tedavi (warfarin) alıyorsa veya kazara dura yırtılması olursa (spinal sıvı sızması) felç riski daha fazladır. Eğer bu nitelikte bir olay olursa durumu düzeltmek için her türlü çaba sarfedilmeli. Bazen omurilik veya sinirlerin kanlanması hasarı sonucu felç gelişebilir ve bu geri döndürülebilir değildir.

## Bilmeniz gereken şey

Sizinle ilgilenen sağlık çalışanlarıyla ameliyatınızı konuşmak için defalarca şansınız olacaktır. Açıklamaların sizin anlayacağınız şekilde yapıldığından emin olmalısınız.

HASTA ADI SOYADI

YAKINI

DOKTOR

HEMŞİRE

BU BELGEYİ BEN .....OKUDUM ANLADIM.