

## EMBOlizACE DĚLOŽNÍCH MYOMŮ

Pacient/ka: ..... Narozen/a: .....  
titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojištění): ..... / ..... Kód ZP: .....

Bydliště: .....

Zákonný zástupce: ..... Vztah: .....  
titul jméno příjmení (např. matka, otec, opatrovník aj.)

Narozen/a: ..... Bydliště: .....  
(liší-li se od bydliště pacienta/ky)

### Vážená paní, vážená slečno,

na základě provedených vyšetření Vám byla doporučena embolizace děložních myomů. Chtěli bychom Vám proto poskytnout informace, které by prohloubily Vaše vědomosti o plánovaném výkonu.

### Důvod provedení výkonu

Děložní myomy jsou nezhoubné nádory, které vyrůstají z hladké svaloviny děložní stěny. Jsou nejčastějším gynekologickým nádorem a jedním z nejčastějších ženských onemocnění vůbec. Pokud myomy činí ženě obtíže (krvácení, bolesti, ...), zvětšují se nebo způsobují celkové zvětšení dělohy (do velikosti těhotenství III. měsíce), je léčba již vhodná. Dnešní medicína a operační technika je schopna ženám, které si to přejí, nabídnout i celou řadu výkonů řešících problémy způsobené myomem, ale zachovávajících dělohu.

### Možnosti léčby/řešení zdravotního problému

Klasickou chirurgickou léčbou s myomy je břišní, laparotomická neboli otevřená myomektomie (tj. odstranění myomu). Podstatně méně invazivní variantou této operace je myomektomie laparoskopická, která je vhodná při příznivé lokalizaci a velikosti myomu. Podstatou jakékoliv myomektomie je enukleace („vyloupení“) tumoru z jeho lůžka v děložní svalovině a následné důkladné sešití vzniklého defektu. Tento postup je aplikován u myomů lokalizovaných uvnitř stěny děložní, jichž je většina. U myomů uložených převážně na vnitřním (submukózních) nebo zevním (subserózních) povrchu dělohy je jejich odstranění snazší a ve velké většině možné pomocí endoskopických technik (např. hysteroskopická resekce momu). Nejsnáze a bez nutnosti sutury dělohy lze odstranit myomy stopkaté.

Alternativou chirurgické léčby je katetizační embolizace myomů. Jde o cévní intervenční výkon, který provádí intervenční radiolog na angiografickém sále. Výkon spočívá v cílené embolizaci = uzávěru cév myomu/ů pomocí speciálních mikročastic.

### Příprava k výkonu

Před vyšetřením je nutno 6 hodin lačnit. Tekutiny lze požit ještě do 2 hodin před výkonem. Pokud jste si vědoma, že jste tuto dobu nedodržela, nebojte se upozornit, aby nedošlo k ohrožení vašeho zdraví nebo života. Je nutné požit trvale užívané léky na léčbu vysokého tlaku, srdečních onemocnění, astmatu.

### Postup při výkonu

Výkon se provádí v místním znecitlivění, zpravidla z třísla, za kontroly rentgenového záření (RTG). Cévní řečiště je zobrazováno pomocí kontrastní látky, její aplikaci můžete vnímat jako pocit tepla. Je nutné, abyste během výkonu spolupracovala s personálem angiografického (AG) pracoviště, tj. ležela v klidu, zadržela dech a případně prováděla další jednoduché úkony.

Délka vyšetření se většinou pohybuje od 20 - 60 minut.

### Rizika a možné komplikace výkonu

Při výkonu se podává do cévy kontrastní látka, jejíž hlavní součástí je jód. Je proto nutné, abyste upozornila indikujícího lékaře i personál angiografického pracoviště, pokud máte alergii (přecitlivělost) jakéhokoli typu, zejména na zmíněný jód

Komplikace v místě vstupu do cévního systému jsou vzácné, nejčastější je krevní výron. Méně časté jsou infekce, cévní uzávěry, nepravé výduťi a zkraty mezi tepnou a žílou. Velmi vzácné je též porušení cévní

stěny při zavádění cévek a vodičů, které je ve většině případů řešitelné na AG pracovišti bez nutnosti chirurgického zákroku.

Výkon probíhá pod skiaskopickou kontrolou a sám o sobě je téměř bezbolestný.

Bolesti však nastoupí, při adekvátně provedeném výkonu, ihned po výkonu, tedy s nástupem kompletní ischémie myomu/ů (blokádá přísunu kyslíku). Tyto bolesti, přidružené vegetativní projevy (nauzea, zvracení, nevěle) a teploty („postembolizační syndrom“) je třeba intenzivně léčit podáním léků pro bolesti.

V krajním případě může dojít po embolizaci myomu k jeho nekróze a infekci, která může vést k operační revizi a odstranění dělohy.

Cílem embolizace je zmenšení až vymizení obtíží pacientky a zmenšení myomu/ů, které pokud je vyjádřeno v objemových jednotkách, se může 6 - 12 měsíců po léčbě blížit 40 - 60 % původní velikosti. Otázka pozdních recidiv příznaků myomů na podkladě revaskularizace (znovuprokrvení) je zatím nejasná a věnuje se jí nyní několik prospektivních studií.

### **Chování po výkonu, možná omezení**

Po ukončení výkonu Vám bude po dobu asi 10 - 15 minut stlačen vpich do cévy, aby došlo k jeho uzavření, poté bude přiložen tlakový obvaz pomocí pruhů náplastí. V případě provedení z třísla je nutné dle šíře použitých cévek setrvat na lůžku 12 až 24 hodin (dle tloušťky použitých nástrojů). To znamená nesedat si na lůžku, neopírat se o zalepenou dolní končetinu a zásadně tuto končetinu nepokrčovat v koleni. Naopak žádoucí je procvičování chodidel. Všechny základní potřeby (např. močení) je nutné vykonávat vleže

Dodržováním těchto pokynů předejdete komplikacím v místě výkonu, jako jsou např. krevní výron do podkoží, krvácení z místa vpichu nebo vznik tzv. nepravé výduti, kterou je nutné v části případů řešit operativně na chirurgickém oddělení. Je dále nutné co nejdříve po návratu z angiografického vyšetření na lůžkové oddělení začít hodně pít a je vhodné požit do večera 2 až 3 litry tekutiny v množství.

Nejste-li léčena pro cukrovku, je vhodné 2 hodinové lačnění.

V případě, že 24 hodin po výkonu bude vše v pořádku, můžete po odstranění tlakového obvazu vstát a týž den, nerozhodne-li ošetřující lékař jinak, budete propuštěna domů. Pracovní neschopnost je obvykle v délce 2 týdnů, dle druhu zaměstnání. Lékařské ošetření po propuštění z hospitalizace vyhledáte při bolestech v tříslu, bolesti dolní končetiny, silném krvácení z rodidel, bolestech v podbříšku či zvýšené tělesné teplotě.

Dovolujeme si Vás informovat, že na poskytování zdravotních služeb v naší nemocnici se mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace. Přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb můžete odmítnout a jejich nahlížení do zdravotnické dokumentace můžete během svého léčení zakázat. Blížší informace Vám na vyžádání poskytne ošetřující lékař.

### **PROHLÁŠENÍ PACIENTA/KY (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)**

Byl/a jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu).

Byl/a jsem seznámen/a s alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky a měl/a jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud tato možnost volby existuje a pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům).

Byl/a jsem seznámen/a s možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí zdravotních služeb (po zdravotním výkonu) a s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti.

Byl/a jsem seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony.

Byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují.

Nezamířel/a jsem žádné mně známé údaje o zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.

Souhlasím s nezbytným použitím omezovacích prostředků, jejichž účelem je odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (prováděním zdravotního výkonu).

Prohlašuji, že mi byla poskytnuta podrobná informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu. (Toto prohlášení se týká pouze pacientů s implantovaným zdravotnickým prostředkem.)



Pacient/ka: .....

Rodné číslo: .....

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a beru na vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života.

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

**Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a a souhlasím s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb (zdravotním výkonem).**

Informace uvedené v tomto souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb týkající se nezletilého pacienta (pacienta s omezenou svéprávností) byly tomuto pacientovi poskytnuty přiměřeně jeho rozumové a volní vyspělosti.

**POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA S OMEZENOU SVÉPRÁVNOSTÍ K VYSLOVENÍ SOUHLASU:**

(vyplní lékař/ka poskytující údaje a poučení)

- Pacient/ka **je** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.
- Pacient/ka **není** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....  
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis

V Plzni dne: ..... v ..... hodin

.....  
podpis pacienta/ky (podpis zákonného zástupce)

**Vyplňte v případě, že pacient/ka je způsobilý/á k udělení souhlasu, ale nemůže se s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat (např. pro úraz horní končetiny):**

**Současný zdravotní stav pacienta/ky nedovoluje, aby podepsal/a tento souhlas, protože:**

**Náhradní způsob projevu vůle (souhlasu):**

- kývnutím hlavy
- gestem: .....
- očima
- jinak: .....

Svěděk: .....  
jméno a příjmení                      podpis      (není-li svědek zaměstnancem FN, uveďte se adresa a datum narození)

**Vyplňte v případě, že pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a souhlas podepsat:**

**Pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a tento souhlas podepsat.**

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....  
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis

Svěděk: .....  
jméno a příjmení                      podpis      (není-li svědek zaměstnancem FN, uveďte se adresa a datum narození)