

## O ENDOSKOPOWEJ PANCREATOGRAFII WSTECZNEJ (ECPW)

Zabieg, który Pani/Panu proponujemy, wymaga wyrażenia przez Panią/Pana pisemnej zgody. Zabieg EPCW wykonywany jest w znieczuleniu ogólnym, na które również wymagane jest pisemne wyrażenie zgody. Aby ułatwić Pani/Panu podjęcie decyzji prosimy o zapoznanie się z zawartymi w ulotce informacjami na temat przeprowadzenia zabiegu jego znaczeniu leczniczym oraz ewentualnych możliwych powikłaniach.

### Dlaczego proponujemy Państwu ten zabieg?

Leczenie choroby jest tym skuteczniejsze, im więcej o jej charakterze i rozległości wie lekarz. Na podstawie Pani/Pana dolegliwości oraz wyników badań dodatkowych wskazane jest przeprowadzenie pankreatocholangiografii wstecznej, tzn. zabiegu przy użyciu endoskopu i kontrastującego środka rentgenowskiego. Stosując je, łatwiej aniżeli w przypadku innych technik udaje się wykazać choroby trzustki (np. stan zapalny, guz) jak również choroby w obrębie dróg żółciowych (np. kamienie, przeszkody na drodze odpływu żółci, guz) lub pęcherzyka żółciowego. Alternatywne badanie za pomocą rezonansu magnetycznego jest u nas niedostępne.

### Przeprowadzenie zabiegu

Przez usta, po wcześniejszym znieczuleniu gardła, zostanie wprowadzony endoskop do przełyku, a następnie przez żołądek do dwunastnicy, gdzie na tzw. brodawce Vatera (*papilla*) uchodzą wspólnie przewód żółciowy i przewód trzustkowy (patrz rysina).

Ujście to można odszukać za pomocą endoskopu, wprowadzając w nie plastikowy cewnik, przez który podawany jest do przewodu żółciowego i(lub) trzustkowego środek kontrastowy, a następnie wykonywane są zdjęcia radiologiczne. W niektórych przypadkach, ze względów anatomicznych, nie udaje się zacewnikować dróg żółciowych czy trzustkowych. Czasami może to wymagać powtórzenia badania lub wykonania przeszukowej, przezwątrobowej cholangiografii.

W przypadku uwidocznienia przez endoskop nieprawidłowych zmian na oglądanym odcinku może zająć potrzeba pobrania wycinków do badania pod mikroskopem.

### Informacja o promieniowaniu RTG

W trakcie wykonywania zabiegu używane będzie promieniowanie rentgenowskie. W związku z tym zostaną zastosowane procedury ochronne, polegające na zminimalizowaniu dawki promieniowania rentgenowskiego, łącznie ze stosowaniem osłon przed tym promieniowaniem. Dawka promieniowania jest mierzona i analizowana oraz umieszczona na Pani/Pana karcie informacyjnej do wiadomości Pani/Pana i lekarza prowadzącego.

### Możliwe powikłania

Powodzenia zabiegu i pełne bezpieczeństwo nie mogą być

**Przewody żółciowe** zagwarantowane przez żadnego lekarza. Wstrzyknięcie środka kontrastowego do dróg trzustkowych i żółciowych może niekiedy wywołać objawy łagodnego i szybko cofającego się zapalenia trzustki lub przewodów żółciowych.

Reakcje uczuleniowe na leki uspokajające, rozkurczowe, środki stosowane do znieczulenia gardła albo środek kontrastowy są, bardzo rzadkie, podobnie jak zranienie ściany przewodu pokarmowego przez instrument. Czasami w leczeniu powikłań potrzebny jest zabieg operacyjny lub dodatkowe zabiegi endoskopowe. Aby ograniczyć do minimum niebezpieczeństwo powikłań oraz zmniejszyć ryzyko związane z podawaniem środków znieczulających bądź anestetycznych, prosimy o odpowiedź na następujące pytania:

**Prawidłową odpowiedź proszę otoczyć**

**KÓŁKIEM**

1. Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień, szczególnie po drobnych skaleczeniach lub usunięciu zębów, bądź do powstawania sińców po niewielkich urazach mechanicznych?

Tak

Nie

2. Czy takie objawy występowały wśród członków Państwa rodziny?

Tak

Nie

3. Czy pojawiły się u Pani/Pana objawy uczulenia na środki spożywcze, leki bądź środki kontrastowe, jod?

Tak

Nie

### Postępowanie po zabiegu

Po zabiegu nie wolno jeść ani pić do czasu, kiedy lekarz na to ponownie zezwoli. Pomiar temperatury, tętna, ciśnienia krwi oraz badania biochemiczne mogą być niezbędne w celu wczesnego rozpoznania i zastosowania leczenia ewentualnych powikłań. W wypadku występowania niepokojących objawów, np. dolegliwości bólowych, czarnego stolca, należy to niezwłocznie zgłosić lekarzowi lub pielęgniארce.

Proszę pytać, jeśli Państwo nas nie zrozumieliście, albo jeśli chcecie wiedzieć więcej o tym zabiegu, ewentualnie o innych metodach diagnostycznych, wymienionych tu powikłaniach bądź innych nurtujących problemach związanych z proponowanym zabiegiem.

Zapoznałam/Zapoznałem się z wyżej wymienionymi informacjami dotyczącymi wykonania zabiegu.

.....  
Nazwisko i imię badanego lub opiekuna prawnego:

Data i podpis:.....

