

Etikette/Adresse

Gastroenterologie/Hepatology

Chefarzt: Dr. med. P. Aepli

Luzerner Kantonsspital

6000 Luzern 16

Telefon 041 205 21 31

Fax 041 205 21 77

gastroenterologie.luzern@luks.ch

www.luks.ch

Luzern, XXXXX

Bestätigung der Aufklärung und Einwilligung zur Ösophago-Gastro- skopie mit Ablationsverfahren (RFA, APC, EMR)

(Speiseröhren-/Magenspiegelung mit Verödung von Barrett-Schleimhaut)

DIAGNOSE:

.....

Allgemeine Informationen

Als Folge der Refluxkrankheit kann es zur Ausbildung von sogenannter Barrett-Schleimhaut im unteren Speiseröhrenabschnitt kommen, welche ein Risiko für Speiseröhrenkrebs bedeutet. Diese Schleimhaut wird deshalb – je nach Lokalisation und Ausdehnung mit unterschiedlichen endoskopischen Verfahren – verödet. Dies reduziert das Krebsrisiko markant. Ein alternatives Vorgehen wäre die engmaschige endoskopische Kontrolle.

Wegen eines Restrisikos sind aber auch nach erfolgter Verödung weitere endoskopische Kontrollen nötig.

Sind umschriebene, auf Krebsvorstufen verdächtige Veränderungen (Dysplasien) sichtbar, müssen diese reseziert (d.h. mit der Elektroschlinge abgetragen) werden, bevor der gesamte Barrett-Bezirk verödet wird. Bisweilen sind wiederholte Behandlungen nötig, bis das Areal komplett verödet ist.

Unter Umständen kann erst während des Eingriffs entschieden werden, welches Verfahren für die individuelle Situation das geeignetste ist.

In Ihrer Situation kommen grundsätzlich folgende Methoden in Frage:

- Radiofrequenz-Ablation mit dem Ballon (RFA): RFA-Verödung mit Ballon
- Radiofrequenz-Ablation mit dem Fokalkatheter (RFA): RFA-Verödung mit "Bügeleisen"
- Argonplasma-Koagulation (APC): Verödung mit Laser-ähnlichem Verfahren
- Endoskopische Mukosektomie (EMR): Abtragung mit der Elektroschlinge

Falls Sie Blutverdünnungsmittel (z. B. Marcoumar, Xarelto, Aspirin, Plavix) einnehmen oder falls Sie Diabetiker sind, besprechen Sie bitte die nötigen Vorkehrungen mit dem Hausarzt oder dem zuständigen Spezialisten, der die Blutverdünnung verordnet hat.

Vorbereitung für den Eingriff

- nüchtern 06.00 Uhr am Tag des Eingriffs (ab dann auch nichts mehr trinken!)
- Absetzen von allfälligen Blutverdünnern / Blutplättchenhemmern (z.B. Marcoumar, Xarelto, Aspirin, Plavix) wie vom zuständigen Arzt verordnet (vgl. oben).

Risiken des Eingriffs

Die häufigste unerwünschte Wirkung besteht in schluckabhängigen Schmerzen hinter dem Brustbein, vor allem nach RFA. Der Schweregrad ist abhängig von der Grösse der zu verösenden Fläche. Genügen einfache schmerzstillende Medikamente nicht, ist unter Umständen eine Hospitalisation für ein paar Tage zur intensivierten Schmerzbehandlung und nötigenfalls vorübergehender künstlicher Ernährung nötig.

Ernsthafte Komplikationen (wie schwere Blutungen, Wanddurchbruch) sind äusserst selten. Die meisten lokalen Komplikationen können endoskopisch behandelt werden. Eine chirurgisch behandlungsbedürftige Komplikation kann als extrem selten betrachtet werden. Komplikationen als Folge der Medikamentenverabreichung bzw. Narkose sind ebenfalls extrem selten.

Verhalten nach der Untersuchung

- Falls ambulanter Eingriff, am Tag der Untersuchung kein Fahrzeug selber lenken! Keine gefährlichen Arbeiten.
- Im Falle von ungewöhnlichen Symptomen (z. B. wiederholtes Erbrechen oder Bluterbrechen, Fieber, Schüttelfrost, starke Bauchschmerzen etc.) melden Sie sich bitte direkt auf unserer Notfallstation

Ich, der/die unterzeichnende Patient/In habe vor der Untersuchung Gelegenheit, vom Arzt in einem Gespräch über Diagnose, Art, Zweck und Ablauf der oben beschriebenen Untersuchung

und Behandlung in verständlicher Form informiert zu werden und meine besonderen Probleme zur Sprache zu bringen. Hierbei werde ich auch auf mögliche Folgen in der Zeit nach dem Eingriff hingewiesen.

Ich bestätige, dass ich alle meine mir bekannten Leiden, Unregelmässigkeiten und besonderen Reaktionsweisen (z.B. Allergie, Blutungs- oder Krampfneigung usw.) genannt habe, nämlich:

.....
.....

Nach verständlicher Aufklärung erkläre ich mich mit der vorgesehenen Untersuchung und Behandlung einverstanden. Meine Einwilligung erstreckt sich auch auf eine allfällige Erweiterung oder Änderung, die sich aus dem Untersuchungsverlauf resp. den Befunden ergibt.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift Patient/In

Unterschrift Arzt/Ärztin

.....
Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass **medizinische** Befunde und Angaben aus Ihrer Krankengeschichte **wissenschaftlich sowie zur Qualitätssicherung ausgewertet** werden können.

Die Auswertung der Daten erfolgt streng vertraulich und **ohne** Namensnennung. Sie dient rein wissenschaftlichen Zielen.

Sind Sie mit der Verwendung Ihrer erhobenen Daten einverstanden? (Ihre Entscheidung wirkt sich in keiner Weise auf Ihre Behandlung aus)

JA

NEIN