**SPONDİLOLİSTEZİS**

# **BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

**ERiŞKiN iSTMiK SPONDiLOLiSTEZiS NEDiR?**

Omurga, omur adı verilen birbirine bağlı kemik yapılardan oluşmuştur. Erişkin insanların yaklaşık

%5'inde daha çok alt omurga ile kuyruk kemiği (sakrum) arasında görülen gelişimsel bir çatlak bulunur. Bu çatlak bir stres kırığı olarak oluşabilir. Beli etkileyen sabit kuvvetlerin etkisiyle bu kırık genellikle normal kemik gibi iyileşmez. Böyle bir kırık spondilolizis olarak adlandırılır ve omurun bir kısmını içeren basit bir çatlaktır ve bu haliyle ciddi bir sorun yaratmaz. Fakat bazen çatlamış olan omur, alttaki omurun üzerinden öne doğru kayar. Bu durum erişkin istmik spondilolistezis olarak adlandırılır.

Bu spondilolistezis tipinden başka diğer spondilolistezis çeşitleri de vardır; bunlardan biri kaymanın

omurgadaki küçük eklemlerin yangısına (artrit) ve disk yapısının bozulmasına bağlı ortaya çıkan dejeneratif spondilolistezistir.

**BELİRTİLER NELERDİR?**

istmik spondilolistezis, kayma oluştuktan yıllar sonra bile belirti vermeyebilir. Görülen belirtiler arasında bel ve kalça ağrısı; bacaklarda hissizlik, ağrı, adale gerginliği, güçsüzlük (siyatik); bel eğiminde artış veya yürümede aksaklık sayılabilir. Bu belirtiler, istirahat ile geçici bir rahatlama oluşsa da, genellikle ayakta durma, yürüme ve diğer aktivitelerle artar. Çalışmalar bel ağrısı ile bir omurga cerrahına giden hastaların %5-10'unda spondilolizis veya istmik spondilolistezis bulunduğunu göstermiştir. Buna rağmen istmik spondilolistezis her zaman ağrılı olmadığı için röntgen filminde bir çatlağın (spondilolizis) veya kaymanın (spondilolistezis) görülmesi yakınmalarınızın kaynağının bunlar olduğu anlamına gelmez.

**NASIL TANI KONUR?**

Doktorunuz yakınmalarınızı dinleyip fizik muayenenizi yaptıktan sonra belinizin direkt röntgen filmini isteyebilir. Olguların çoğunda röntgen filmi ile bir çatlağın veya kaymanın tespiti mümkündür. Bazen bazı ek tetkikler gerekebilmektedir. Bel bölgenizi görüntüleyen bir bilgisayarlı tomografi, çatlak veya kemikteki bozuk yapıyı gösterebilir. Ayrıca omurganın yumuşak dokularını (sinir yapıları ve omurlar arasındaki diskleri) ve bu dokuların çatlak veya varsa kayma bölgesi ile olan ilişkisini açıkça gösterebilmek için manyetik rezonans görüntüleme (MRG) istenebilir. MRG ile aynı zamanda spondilolistezis (kayma) yüzünden zarar gören veya patlayan herhangi bir diskin varlığı da tespit edilebilir.Şayet istmik spondilolistezis mevcutsa kaymanın büyüklüğüne bağlı olarak grade 1, 11, 111, iV olarak sınıflandırılır.

**TEDAVİ YÖNTEMLERİ NELERDİR?**

Eğer doktorunuz ağrınızın nedeninin spondilolistezis olduğunu düşünürse genellikle ilk olarak cerrahi olmayan tedavi yöntemlerini deneyecektir. Bu yöntemler kısa süreli yatak istirahatı, aksaklığınızı azaltmak için antienflamatuar ilaçları (ağızdan veya enjeksiyon ile), ağrınızı kontrol etmek için ağrı kesicileri, hareketin kısıtlanması için korseleri ve esneklik ve kuvvetinizin geliştirilmesi için fizik tedavi yöntemlerive egzersizi içerir. Bu sayede daha normal bir yaşam biçimine dönebilirsiniz. Şayet istirahat önerilmişse, doktorunuzun uygun gördüğü süre boyunca yatmanız gereklidir. Genellikle bu süre birkaç günden daha uzun değildir (mutlak yatak istirahatı çoğunlukla gerekli değildir). Tedaviniz sırasında ne zaman işinize geri dönebileceğinizi doktorunuza sorunuz. Ayrıca doktorunuz, bazen bir hemşire veya fizyoterapistin yardımıyla, günlük hayattaki aktivitelerinizi belinizi zorlamadan nasıl yapmanız gerektiği konusunda da eğitim verebilir. Şayet ilaç tedavisi ve fizik tedavi sonucunda istenen iyileşme gözlenemezse doktorunuz daha fazla ayrıntılı bilgi elde edebilmek için bazı ek yeni tetkikler isteyebilir.

Erişkin insanda sadece tek başına bir omur çatlağının (spondilolizis) veya omurlar arası kaymanın (spondilolistezis) varlığı tehlikeli bir durum yaratmaz. Bu yüzden tedavi ağrı kontrolünü ve hastanın iş yapabilir hale gelmesini amaçlamalıdır. Her ne kadar cerrahi dışı tedavi yöntemleri çatlağı veya kaymayı düzeltmiyorlarsa da, girişimsel yöntemlere gerek kalmadan uzun süreli ağrı kontrolü sağlayabilmektedirler. Kapsamlı bir program üç veya dört aylık bir tedaviyi gerektirebilir.

**CERRAHİ TEDAVİ**

Cerrahi tedavi, ağrıları cerrahi dışı yöntemlerle geçmeyen çok düşük orandaki bir grup hastada gerekli olmaktadır. Ağrı sıkışmış sinirden, sabit olmayan çatlak omurun hareket etmesinden veya yakınlarda bulunan etkilenmiş bir diskten kaynaklanabilir. Eğer kayma sonucu bir spinal sinir baskı altında kalmışsa bu sinire yeni bir tünel açmak veya boş alan oluşturmak için cerrahi gerekli olur. Sonuç olarak bir çatlak veya kaymanın yakınında bulunan sinirin üzerindeki baskıyı kaldırmak için vida ve çubuk sistemi ile stabilizasyon (sabitleme) işlemi veya füzyon (kemiklerin kaynatılması) önerilebilmektedir.

Bu işlemler omurların daha fazla kaymasını engeller ve ayrıca bu bölgede oluşabilecek yeni sinir basılarını önler. Füzyon cerrahisinin istmik spondilolistezisdeki yakınmaları düzeltmedeki başarısı %75'in üstündedir. Ameliyat sonrası işinize ne zaman dönebileceğiniz, yaptığınız işe göre değişkenlik göstermektedir. Eğer masa başı bir göreviniz varsa ameliyat sonrası 2-3 hafta gibi kısa bir sürede işinize dönebilirsiniz. Şayet işiniz beden gücüne dayalı ise kemiklerin iyileşmesi ve kaynaması için birkaç ay beklemeniz gerekebilmektedir. Günlük yaşam aktivitelerinize yeniden dönebilmeniz için operasyon sonrası tam bir rehabilitasyon programı önerilmektedir.

Çatlamış bir omur (spondilolizis), yaklaşık olarak erişkinleri %5'inde bulunur ve çoğunlukla ağrısızdır.

Çatlak, omurun kaymasına neden olduğunda bu durum istmik spondilolistezis olarak adlandırılır ve bel ve/veya bacak ağrısına neden olabilir ya da olmayabilir.

Tedavinin ilk basamağı genellikle ilaç tedavisi veya fizik tedavidir. Doğru tanı ve tedavinin erken olması doktorunuzun uygun reçetelerle sizi daha çabuk iyileştirmesini sağlayacaktır. Hastaların büyük bir kısmı cerrahi dışı tedaviler ile uzun süreli iyilik hali elde edebilmektedirler.

İlaçlar sadece önerildiği şekilde ve sadece kapsamlı bir tedavi programının bir bölümü olarak kullanılmalıdır.

Geçmeyen bel ve/veya bacak ağrısında cerrahi gerekli olabilir. Sinir dekompresyonu ile veya sinir dekompresyonu olmaksızın füzyon cerrahisinin başarı oranı %75'ten fazladır.

## **Uygulanacak Tedavi**

* **Posterior Dekompresyon+Füzyon**: Belden girilerek omurlar arasındaki kaymanın düzeltilmesi, implantasyon (tel, kanca, vida vb.) uygulaması ve sıkışan sinirlerin serbestleştirilmesi esasına dayanır.
* **Anterior Girişim:** Karın seviyesinden girilerek omurlar arasındaki kaymanın düzeltilmesi, implantasyon (tel, kanca, vida vb.) uygulaması ve sıkışan sinirlerin serbestleştirilmesi esasına dayanır.

## **Tedavinin Beklenen Yararları**

* Sıkışan sinirlerin serbestleştirilmesi ile güç kaybı ve ağrının önüne geçilmesi
* Kaymanın düzeltilmesi ile ağrının ortadan kaldırılması
* Sağlam bir bel oluşturularak kalça ve dizlerdeki yıpranmanın azaltılması Tedavinin Riskleri
* Ameliyat sırasında fazla kan kaybı ve buna bağlı sorunlar
* İç organ, damar-sinir yaralanması
* Omurilik yaralanması
* Ameliyat sonrası solunum sorunları
* Ameliyat sonrası mide-barsak sistemi sorunları
* Ameliyat sonrası ağrı
* Ameliyat yerinde enfeksiyon
* Ameliyat sırasındaki pozisyona bağlı bacaklarda geçici uyuşukluk
* Ameliyat sonrası gevşetilen sinirlerin etrafında yapışıklık olması

## **Gereksinim Duyulabilecek Ek İşlemler**

* Göğüs tüpü takılması
* Mide-barsak temizliği
* Kan ve kan ürünleri ihtiyacı
* ilave röntgen işlemleri
* Yara yerinde biriken fazla kanın dışarıya alınması

## **Diğer Tedavi Seçenekleri**

* Yatak istirahati ve ilaç tedavisi
* İlgili bölgeye ilaç (steroid) enjeksiyonları
* Korse tedavisi
* Alçı tedavisi
* Fizik tedavi yöntemleri

## **Tedaviyi Ertelemenin Sonuçları**

* Ağrıda artış
* Hareketlilikte azalma
* Sinir basısına bağlı bulgularda (uyuşma, güç kaybı) artış
* Uzun süren sinir basısına bağlı geri dönüşsüz sinir zedelenmesi
* Yatmaya bağlı sorunlar (bası yaraları damar içinde kan pıhtılaşması akciğer-kalp ve beyin sorunları)

## **Tedaviyi Reddetmenin Sonuçları**

* Ağrılı yaşam
* Hareket kısıtlılığı, güç kaybında artış
* Geri dönüşsüz sinir zedelenmeleri
* Beldeki soruna bağlı kalça-diz sorunları
* Komşu omurlarda kayma oluşumu

|  |
| --- |
| **Hastaya ait kişiye özel durumlar ve olası riskler :**  *Hikaye, yapılmış olan tedaviler, medikal özgeçmiş (hastanın yakınmaları ve süresi, kullandığı ilaçlar, alerji ve alışkanlıkları ) , Son fizik muayene bulguları, Ön tanı, Önerilen tedavi/cerrahi müdahalede hastaya ait olabilecek riskler, Planlanan müdahale alternatifleri ve riskleri üzerine hastaya ait özel durumlar, Alternatif tedaviler ve riskleriyle ilgili hasta özelinde varsa ifade edilmesi gereken durumlar, Önerilen tedavinin riskleri ve ameliyat sonrası hastanın kişiye ait özel durumlarından kaynaklanabilecek olası riskler, Ek cerrahi girişim ihtimali , ilgili cerrahi öncesi gerekecek tanısal testlerin detaylar ve riskleri, gerekebilecek ilaç tedavisinin olası yan etkileri ve risklerinden kişiye ait özel durumlar nedeniyle özellikle bahsedilmesi gerekenler* |

**Onam Doğrulama:**

Ameliyata Danışmanlık eden Öğretim Üyesi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ve Cerrahi Ekibin Başı Sorumlu Uzman Doktor Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ve Ameliyatın bir kısmını, önemli bir kısmını veya tamamını yapacak olan Dr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ve yardımcılarını \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ameliyatımı yapmaları için yetkilendiriyorum. Bu girişimin yakınmalarımın ortadan kalkmasına yönelik ve sinir sisteminin işlevini koruma ya da iyileştirme niyetiyle yapıldığını anlıyorum. Doktorumun yukarıdaki tüm bilgileri açıkladığını, bu bilgileri anladığımı ve bu girişimle ilgili tüm sorularımın yanıtlandığını doğruluyorum. Bu tedavi anlaşmasını anladığımı ve aldığım açıklamalardan memnun olduğumu belgeliyorum. Bu nedenle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ameliyatı için doktorumun gerekli gördüğü farklı ya da ilave tüm ameliyat ve ek tedavi girişimlerine onam veriyorum. Aydınlatılmış onam formunun içeriğini okudum ve anladım. Doktorum tüm sorularımı cevapladı. Kendi özgür irademle karar veriyorum. Bu önerilen müdahaleyi kabul etmeme ya da istediğim zaman vazgeçme hakkımın olduğunu biliyorum. Girişim başladıktan sonra onamımın geri alınması ancak tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına bağlı olduğunu biliyorum.

Dokunun kullanımı : Benim durumumu tedavi etmek için tıbbi tanıda gerekli olmayan herhangi bir doku etik kurallar çerçevesinde etik komite tarafından incelenmiş ve araştırma onaylanmış olmak şartıyla tıbbi araştırma için kullanılabilir.

Araştırma sonuçlarının hasta kimliğinin saklandığı sürece medikal literatürde yayınlanmasına onam veriyorum. Böyle bir çalışmaya katılmayı reddedebileceğimi ve bu reddin herhangi bir şekilde benim tedavimi etkilemeyeceğinin bilincindeyim. Cerrahi işlem sırasında çıkarılmış olabilen herhangi bir doku, tıbbi aygıt ya da vücut kısımlarının kullanımına onam veriyorum.

Tıbbi araştırma : Tıbbi çalışma, tıbbi araştırma ve doktor eğitiminin ilerletilmesi için medikal kayıtlarımdan klinik bilgilerin gözden geçirilmesine; hasta hakları yönetmeliğindeki hasta gizliliği kurallarına bağlı kalınması şartıyla onam veriyorum.

Fotoğraf/İzleyiciler : Yapılacak ameliyatın, vücudumun uygun kısımları dahil olmak üzere bilimsel, tıbbi ya da eğitim amacıyla fotoğraflanmasına ya da videoya kaydına resimlerin kimliğimi ortaya koymaması şartıyla onam veriyorum. Aynı zamanda, tıbbi eğitimi geliştirmek yararına ameliyat esnasında ameliyat odasına nitelikli gözlemcilerin alınmasını onaylıyorum.

* Alternatif tedavi yöntemlerini ve bunların riskini biliyorum.
* Müdahalenin risk ve yan etkilerini biliyorum.
* Başarı olasılığını biliyorum.
* Tedavi olmadığımda ne olabileceğini biliyorum.
* Yapılacak işlemin iyileştirme garantisi olmayabileceğini anlıyorum.
* Bana söylenenlerin tümünü anladım.
* Doktorum tüm sorularımı cevapladı.
* Doktorum burada yazılanları teker teker benim anlayabileceğim şekilde net anlaşılır ve açıklayıcı biçimde bana anlattı.
* Ameliyatıma dahil olacak ,cerrahimi gerçekleştirecek , cerrahime danışmanlık eden, gereği halinde ameliyata icabet edecek ameliyatın bir kısmını ,önemli bir kısmını-aşamasını veya gereği halinde tamamını gerçekleştirmek veya gerçekleştirilmesine yardımcı olabilmek için organize olmuş, ihtiyaç halinde gerekebilecek her türlü müdahale için hazır bulunan, ameliyatımın sorumluluğunu almış ameliyatımla ilgili karar süreçlerine dahil olmuş ameliyatımın başarılı geçmesi için uğraşan tüm hekimleri biliyorum ve bu hekim ekibini ameliyatımın sorumluluğunu alması için yetkilendiriyorum.
* Cerrahi Ekibin Başı Sorumlu Uzman Doktorun yetkisi, bilgisi, planlaması, sorumluluğu, gözlemi, gözetimi ve yönetimi altında, cerrahi planlama ve görev paylaşımı sonucunda kurumumuzun bir eğitim hastanesi olması nedeniyle ameliyatın bir kısmını, önemli bir kısmını veya tamamını yapacak olan asistan/araştırma görevlisi hekimin kim olduğunu biliyorum ve her koşulda girişimi gerçekleştirecek kişinin yeterli deneyimde olacağını anlıyorum ve kabul ediyorum.
* Aydınlatılmış onam formunun anlamını biliyorum.
* Tedavinin yaklaşık maliyeti konusunda bilgilendirildim.
* Bana müdahale yapacak kişileri, müdahale yapması ihtimali olan kişileri biliyorum.
* Kendi özgür irademle karar veriyorum.
* Müdahaleden makul süre önce ikinci bir görüş almaya yetecek kadar ve burada yazılanları sakince, avantaj ve dezavantajları düşünecek kadar zamanım oldu.
* Aydınlatılmış onam formunun içeriğini okudum ve anladım.
* Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ilave girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceğini anlıyor ve kabul ediyorum.
* Bu formda hedeflenen girişim veya girişimlerin bir kısmının veya tamamının sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için gerçekleştirilememe ihtimali de olduğunu anlıyor ve kabul ediyorum.
* Bu formdaki tüm boşluklar imzalamamdan önce dolduruldu ve bir kopyasını aldım.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Hasta(mutlaka kendisi imzalamalıdır.)  Adı soyadı: | imza : | | Tarih: | | Saat: |
| Hastanın Yasal Temsilcisi  Adı soyadı:  Yakınlık derecesi:  Hastanın yasal temsilcisinden onam alınma nedeni:   * Hastanın bilinci kapalı * Hastanın karar verme yetisi yok * Hasta 18 yaşından küçük * Acil | imza : | | Tarih: | | Saat: |
| Şahit  Adı soyadı: | imza : | | Tarih: | | Saat: |
| Ameliyata Danışmanlık eden Öğretim Üyesi :  Cerrahi Ekibin Başı Sorumlu Uzman Doktor :  Ameliyat Ekibine dahil Sorumlu Başasistan :  Ameliyat Ekibine dahil olan diğer Doktorlar : | |  | |  |  |
| Bilgilendirmeyi yapan hekim  Adı soyadı: | imza: | | Tarih: | | Saat: |
| Ameliyatın bir kısmını, önemli bir kısmını veya tamamını yapacak olan hekim  Adı soyadı: | imza: | | Tarih: | | Saat: |
| Cerrahi Ekibin Başı Sorumlu Uzman Doktor  Adı soyadı: | imza: | | Tarih: | | Saat: |
| Tercüman (ihtiyaç halinde) Adı soyadı: | İmza: | | Tarih: | | Saat: |
|  |  |  |  |  |  |

\* 18 yaşın üzerindeki hastanın kendisinden; 15-18 yaş arasındaki hastanın kendisinden ve ayrıca yasal temsilcisinden; bilinci kapalı, 15 yaşın altında karar verme yetisi bulunmayan hastada ve tıbbi acil durumlarda yasal temsilciden onam alınır.

\* Formun son sayfasında muhatap tarafından kendi el yazısı ile ‘**’ Bu Aydınlatma ve Onam formunun tüm sayfalarında yazılanlar dikkatle tarafımdan okundu, ameliyatım hakkında bilgilendirme yapıldı, tüm sorularım cevaplandı, kendi rızamla ------------ işleminin yapılmasına izin veriyorum.’’** şeklinde yazılıp imzalanması gerekir.

\*Aydınlatma ve Onam formunun tüm sayfaları muhatap tarafından ‘’**okudum’’** yazarak imzalanmalıdır.

\*Bu formda mutlaka **bilgilendirmeyi yapan hekimin, hastanın kendisinin veya hastanın yasal temsilcisinin ve en az bir şahitin** imzasının bulunması şarttır.

\*Bu formu iki nüsha olarak basılmalı ve her ikisi de imzalandıktan sonra biri hastaya verilmeli diğeri hastanın dosyasına konulmalıdır.

(‘’Bu Aydınlatma ve Onam formunun tüm sayfalarında yazılanlar dikkatle tarafımdan okundu, ameliyatım hakkında bilgilendirme yapıldı, tüm sorularım cevaplandı. Onam doğrulama bölümündeki tüm maddeleri okudum, anladım, kabul ediyorum. Kendi rızamla ------------ işleminin yapılmasına izin veriyorum.’’)

***(Bu bölüm hastanın veya yasal temsilcisinin mutlaka kendi el yazısı ile aşağıdaki alana yazılacaktır ve imzalanacaktır.)***

**………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………**