

## DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT

*Societat Catalana de Neurocirurgia*

Per la satisfacció dels drets del malalt, com instrument afavoridor del correcte ús dels procediments diagnòstics i terapèutics, i en compliment de la llei general de la Sanitat.

Jo ..... de ..... anys de edat,  
amb domicili ..... i DNI número .....  
com a malalt.

o ..... de ..... anys de edat,  
amb domicili ..... i DNI número .....  
com a representant legal, família o proper, en ple ús de les facultats, lliure i voluntàriament.

### EXOSO

Que he sigut INFORMAT per el/la Dr. Dra .....  
en entrevista personal realitzada el dia ..... de que es necessari que es realitzi el  
procediment diagnòstic o terapèutic denominat:

## CORDOTOMIA I/O MIELOTOMIA

### 1. INTRODUCCIÓ AL PROCEDIMENT

La cordotomia i la mielotomia són procediments quirúrgics indicats per al tractament del dolor crònic d'origen oncològic refractari al tractament amb analgèsics. Els dos procediments consisteixen en interrompre a nivell de la medul·la les vies de conducció de la sensibilitat dolorosa (feix espinotalàmic).

La cordotomia està indicada de preferència unilateral, d'extremitats, i per sota el nivell de l'espatlla.

A la cordotomia la interrupció del feix espinotalàmic es realitza a nivell del cordó anterolateral medul·lar.

Es pot fer percutàniament (sense ferida quirúrgica) entre la primera i la segona vèrtebres cervicals o amb microcirurgia (amb abordatge quirúrgic) entre la segona i tercera vèrtebres dorsals. L'elecció d'un procediment o l'altre està en funció del nivell del dolor i situació del pacient (grau de col·laboració, funció respiratòria, etc.).

A vegades s'han de combinar les dues tècniques en pacients amb dolor bilateral.

A la mielotomia la interrupció del feix espinotalàmic es fa al centre de la medul·la, a nivell dorsal baix. Sempre es un procediment obert (microcirurgia) i només està indicada en pacients amb dolor de línia mitjana lumbar i regió perineal que ja no mantenen la funció esfinteriana.

## 2. DESCRIPCIÓ I OBJECTIUS DE LA CORDOTOMIA I MIELOTOMIA

### 2.1 Cordotomia percutània cervical alta.

Operació feta en regim d'ingrés de 24 hores.

Aquest procediment es fa amb anestèsia local i precisa de la col·laboració del pacient. El pacient està col·locat en decúbit supí (panxa enlaira) amb el cap discretament tirat enrere. Després d'infiltrar el punt de punció amb anestèsia local, situat a la part alta de la cara lateral del coll del costat oposat al del dolor, s'introdueix una agulla fina que s'avança fins travessar la membrana dural i obtenir sortida de líquid cefaloraquídi (LCR). La maniobra es fa amb control radiològic. S'injecta contrast radiològic per delimitar el cordó medul·lar. Un cop identificat el punt d'entrada s'avança, per dintre l'agulla de punció, un elèctrode. Es fa passar un dèbil corrent elèctric fins que el pacient nota sensació de fred o calor a la zona del dolor. Aquesta sensació indica correcta posició del elèctrode. Altres sensacions o l'aparició de respostes motores (petites contraccions dels músculs del coll, braç o cama) obliguen a modificar la posició del mateix.

Si la resposta és l'adequada, es procedeix a la interrupció del feix espinotalàmic fent passar un corrent elèctric per l'elèctrode, que genera calor, (a la punta de l'elèctrode hi ha un sensor que permet mesurar la temperatura) i mentrestant el pacient manté el braç i la cama del mateix costat aixecades per comprovar que la calor no afecti la via motora. El procediment ha estat efectiu quan s'observa una pèrdua de la sensibilitat pel dolor i la temperatura que cobreix-hi àmpliament la zona del dolor. Els dies següents es procedeix a una reducció progressiva de la medicació analgèsica en funció de l'evolució.

### 2.2 Cordotomia dorsal alta.

Indicada quan no es pot fer la tècnica percutània, sempre i quan l'àrea dolorosa estigui per sota el dermatoma D5 (regió pectoral). Es fa amb anestèsia general. S'ha de fer una finestra a la part posterior de les vèrtebres dorsals altes del costat contralateral al dolor, obrir la membrana que recobreix la medul·la i amb microcirurgia es secciona el quadrant antero-lateral del cordó medul·lar per on hi passa el feix espinotalàmic. El procediment ha estat efectiu quan s'observa una pèrdua de la sensibilitat pel dolor i temperatura que cobreix-hi àmpliament la zona del dolor.

Precisa un ingrés de cinc a sis dies. Reducció progressiva de la mediació analgèsica en funció de l'evolució.

Resultats de la cordotomia: millora important del dolor en el 94% del pacients al postoperatori immediat.

### 2.3 Mielotomia longitudinal.

Procediment que es realitza amb anestèsia general. S'ha de fer una finestra a la cara posterior de les vèrtebres dorsals baixes - lumbars altes (D12-L1), obrir la membrana que envolta el cordó medul·lar i amb microcirurgia seccionar, longitudinalment, la part mitja del cordó medul·lar, una allargada adequada a la zona de dolor a tractar. Precisa de cinc a sis dies d'ingrés. Reducció progressiva de la mediació analgèsica en funció de l'evolució.

Resultats de la mielotomia longitudinal: Millora important del dolor en el 60% dels pacients.

## 3. ALTERNATIVES RAONABLES A LA CORDOTOMIA I MIELOTOMIA

Si es proposa el tractament quirúrgic és perquè, després de valorar riscos i beneficis i totes les opcions, és l'opció que considerem més adequada al seu problema.

L'alternativa a aquests procediments és la implantació, quirúrgica, d'una bomba per a l'administració de morfina de forma contínua en el líquid cefaloraquídi. Aquest procediment el realitza la Clínica del Dolor de l'Hospital, i s'hauria de dirigir a aquest servei per a més informació.

#### 4. RISCS GENERALS I/O ESPECÍFICS

##### 4.1. Risc generals:

- Complicacions gastrointestinals: úlcera d'estrès medicamentosa.
- Trombosi venosa: trombosi venosa profunda (4,3%), tromboembolisme pulmonar (0,5%).
- Fracàs respiratori agut.
- Infecció hospitalària:
  - Pneumònia: més en pacients amb baix nivell de consciència i immunodeprimits.
  - Infecció urinària: en pacients amb baix nivell de consciència i immunodeprimits pacients també portadors de sonda vesical.
- Complicacions hidroelectrolítiques i metabòliques: diabetis insípida (lesions del tractesupraòptic-hipofisari), secreció inadequada d'ADH, hiperglucèmia (més freqüent amb l'administració de corticoides), hiponatrèmia i hipeuricèmia.
- Complicacions de la monitorització invasiva:
  - Catèters arterials: trombosi; complicacions isquèmiques-necròtiques; Infecció.
  - Catèter venós central, catèter arteriopulmonar, cateterisme de subclàvia o vena jugular: lesió carotídia, lesió de pleura, lesió del plexe braquial, lesió traqueal, trombosi venosa, hemotòrax, pneumotòrax, perforació arterial o paret ventricular, infecció, septicèmia.

##### 4.2. Risc específics:

- Infecció (0,7-1,9%).
- Fístula LCR (cordotomia dorsal i mielotomia).
- Dolor contralateral.
- Trastorns sensitius (disestèsies, hipoestèsia dolorosa, 8%).
- Trastorns vesicals.
- Compromís respiratori a les cordotomies cervicals bilaterals 0,3-3%.
- Hipotensió.
- Hemiparèsia homolateral (mateix costat de la lesió).
- Atàxia marxa (incoordinació).

**5. RISCs PERSONALITZATS**

En el seu cas concret, els riscs són:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 6. DECLARACIÓ DEL / DE LA PACIENT

HE QUEDAT TOTALMENT ACLARAT EL SEGÜENT:

1. Entenc la necessitat del procediment proposat.
2. Han quedat detallats els riscos i possibles complicacions inherents a les exploracions diagnòstiques, procediment quirúrgic i post-operatori en un llenguatge clar i entenedor.
3. Algunes circumstàncies no previstes durant l'operació pot fer necessària l'utilització de tècniques quirúrgiques diferents a les prèviament plantejades. En aquest cas autoritzo el cirurgia que realitzi el que consideri més convenient segons la literatura científica.
4. Entenc que no es poden donar garanties sobre els resultats.
5. He tinc ocasió de fer totes les preguntes que he desitjat.

Ponderats els riscos i les avantatges, he decidit sotmetrem a la intervenció quirúrgica proposada.

Per que així consti firmo el present document:

A ....., a ..... de ..... de 20.....

Firma del pacient i DNI

Firma de testimoni i DNI

(No necessària)

Firma del metge i número de col·legial