



## **Merkblatt zum ärztlichen Aufklärungsgespräch über die Messung des Lebervenendruck-Gradienten (HVPG) und zur transjugulären Entnahme einer Gewebeprobe der Leber (transjuguläre Leberbiopsie)**

### **Weshalb dieser Eingriff?**

Bei Ihnen wird aufgrund bisheriger Untersuchungen eine Lebererkrankung angenommen. Mit der mikroskopischen Untersuchung von Lebergewebe kann diese genauer erfasst und oft Klarheit für eine mögliche Behandlung geschaffen werden

### **Weshalb dieses Merkblatt?**

Wir möchten Sie vorgängig über den Ablauf des Eingriffs und die Risiken informieren. Sie können sich Fragen zum Voraus notieren. Bringen Sie bitte das Merkblatt zum Gespräch mit.

### **Wie läuft der Eingriff ab?**

Nach örtlicher Betäubung am Hals wird die innere Halsvene mit einer feinen Nadel punktiert. In der Regel wird die Punktion gezielt mit einem speziellen Ultraschallgerät durchgeführt. Dann wird eine sogenannte Schleuse in die Vene eingelegt, durch welche dann ein Katheter durch die obere Hohlvene, den rechten Vorhof des Herzens und schliesslich durch eine Lebervene in die Leber vorgeschoben wird. Die korrekte Lage des Katheters wird mit einer Röntgen-Durchleuchtungsanlage überprüft. Dann wird der Blutdruck an mehreren Stellen in der Leber gemessen. Schliesslich wird durch diesen Katheter eine Punktionsnadel eingeführt, mit der dann die Biopsien entnommen werden. Die Druckmessung ist nicht schmerzhaft, die Leberpunktion ist gelegentlich etwas schmerzhaft. Bei Bedarf erhalten Sie ein Schmerzmittel. Sie werden nach der Punktion einige Stunden liegend überwacht.

### **Welche Risiken sind mit dem Eingriff verbunden?**

Sehr selten kann es zu einer Blutung, die in der Regel von selber aufhört. Es kann auch zu einer vorübergehenden Herzrhythmusstörung kommen. Selten muss diese medikamentös behandelt werden.

### **Wie verhalte ich mich nach dem Eingriff?**

Sie sollten während 24 Std. grössere körperliche Belastungen vermeiden und nach Möglichkeit nicht allein zuhause sein. Bei zunehmenden Schmerzen, Kreislaufproblemen oder Verschlechterung des Allgemeinzustandes informieren Sie unverzüglich uns oder Ihren Hausarzt oder Ihr nächstes Spital.

### **Wie können Sie mithelfen, das Komplikationsrisiko gering zu halten?**

Indem Sie die Anweisungen zur Vorbereitung genau befolgen und ergänzend untenstehende Fragen vollständig beantworten:

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente / Blutverdünnung?

**0 ja**

**0 nein**

#### **Chefärzte**

Prof. Dr. M. von Flüe  
Viszeralchirurgie  
Prof. Dr. M. Heim  
Gastroenterologie/  
Hepatologie

#### **Gastroenterologie/ Hepatologie Chefärzte Stv.**

Standort USB  
Prof. Dr. L. Degen  
Standort SCS  
PD Dr. M. Thumshirn  
(Chefärztin a.p.)  
Dr. M. Manz

#### **Leitende Ärzte**

Prof. Dr. J. H. Niess  
PD Dr. P. Hruz  
Dr. M. Sauter

#### **Viszeralchirurgie Chefärzte Stv.**

Standort SCS  
PD Dr. M. Bolli  
Standort USB  
Prof. Dr. Ch. Kettelhack  
Forschung  
Prof. Dr. R. Peterli

#### **Leitende Ärzte**

Prof. Dr. O. Kollmar  
PD Dr. T. Delko  
PD Dr. D. Steinemann  
Dr. B. Kern

#### **Forschung**

Prof. Dr. R. Peterli  
Prof. Dr. M. Heim  
Prof. Dr. J. H. Niess

#### **Wund- und Stomatherapie**

Dr. M.O. Guenin

#### **Pflege Endoskopie**

É. Pflimlin

#### **Amb. Case Management**

N. Simon

Haben Sie in den letzten Tagen Aspirin, Alcacyl, Tiatral oder ähnliche Grippe- bzw. Schmerzmittel genommen?

**0 ja**                    **0 nein**

Besteht eine vermehrte Blutungsneigung (auch bei kleinen Verletzungen)?

**0 ja**                    **0 nein**

Besteht eine Allergie auf bestimmte Medikamente?

**0 ja**                    **0 nein**

Wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

**0 ja**                    **0 nein**

Ich, die/der Unterzeichnende habe von diesem Merkblatt Kenntnis genommen und wurde durch die/den Ärztin/Arzt über Ablauf und Risiken der Untersuchung bzw. des Eingriffs in verständlicher Weise aufgeklärt. Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden. Ich bin mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden.

Ort / Datum

Unterschrift PatientIn

Unterschrift Ärztin/Arzt

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

***Einwilligung für die Verwendung der Leberbiopsie für wissenschaftliche Studien***

Sehr geehrte Frau .....

Sehr geehrter Herr .....

Wir möchten Sie um Ihre Erlaubnis bitten, die Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung der Leberbiopsie durch den Pathologen auch im Rahmen von wissenschaftlichen Studien auswerten zu dürfen. Es handelt sich um Studien, die von der Ethikkommission beider Basel begutachtet und bewilligt wurden. Ihre Daten werden dabei streng vertraulich behandelt.

Falls das bei der Biopsie entnommene Gewebe mehr als ausreichend ist für die pathologische Untersuchung, die wir für diagnostische Zwecke bei Ihnen durchführen, möchten wir gerne einen Teil der Biopsie für wissenschaftliche Zusatzuntersuchungen verwenden. Diese Untersuchungen sind selbstverständlich für Sie kostenlos. Auch in diesem Fall werden Ihre Daten streng vertraulich behandelt.

Falls Sie die Verwendung ihrer Biopsie-Daten für wissenschaftliche Studien ablehnen, entstehen Ihnen daraus keinerlei Nachteile.

**0**        Ja, ich bin einverstanden, dass Biopsie-Daten und Gewebe für wissenschaftliche Studien verwendet wird.

**0**        Nein, ich möchte nicht, dass Lebergewebe für wissenschaftliche Studien ausgewertet wird.

Ort/Datum

Unterschrift PatientIn

Unterschrift Ärztin/Arzt

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_