

Komplexní péče o pacientky s karcinomem prsu

Autorky: Růžena Macháčková a Jarmila Rabová, Chirurgická klinika 2.LF UK a FN Motol, přednosta Prof. MUDr. Jiří Hoch, DrSc.

Obsah:

I. Karcinom prsu - klinická část

1. Anatomie prsu

2. Historie onemocnění

3. Etiologie a patofyziologie

4. Klinické příznaky

5. Diagnostika karcinomu prsu

6. Karcinom prsu

7. Léčba karcinomu prsu

8. Prognóza karcinomu prsu

9. Screening karcinomu prsu

10. Zásady a specifika ošetrovatelská péče

11. Etika ošetřování

12. Pacientské organizace v ČR

13. Závěr první části

1. Anatomie prsu

Prs je párový orgán, umístěn na přední stěně hrudní od druhého žebra po žebro šesté.

Mediální hranicí je sternum, laterálně prs dosahuje střední axilární linie. Největší objem žlázy je v horním zevním kvadrantu prsu. Horní zevní kvadranty prsu jsou též nejčastějším místem výskytu nádorů prsu. Karcinomy lokalizované v dolním vnitřním kvadrantu, kterých bývá v této lokalizaci nejméně, mají proti jiným lokalizacím horší prognózu. Vlastní těleso prsu leží mezi dvěma listy povrchové fascie, mezi kterými probíhají vazivové pruhy, které fixují kůži prsu, mamiloareolární komplex, lobuly žlázevého tělesa a společně s premamární a retromamární tukovou tkání tvoří typický tvar prsu. Mezi hlubokým listem povrchové fascie a pektorální fascií je řídké vazivo, daný submamární prostor umožňuje prsu volnou pohyblivost proti hrudní stěně a je relativně vaskulární.

Mléčná žláza se skládá z 15-20 laloků, které jsou k sobě těsně přiloženy a ústí svými

velkými dukty na mamile, tvořené těmito dukty a tuhým vazivem. Velké laloky se dále větví v lalůčky. Každý velký duktus drénuje přibližně 20-40 lobulů. Konečnou strukturu tkáně mléčné žlázy současná nomenklatura nazývá terminální duktolobulární jednotkou, jejíž počet kolísá mezi 10-100 na jeden lobulus. Počet výše uvedených struktur je velmi variabilní v závislosti na stavu vývoje prsu, věku a hormonální stimulaci. Z terminální duktolobulární jednotky vzniká převážná část karcinomů prsu.

Cévní zásobení je velmi variabilní. Vnitřní kvadranty prsu jsou zásobovány větvemi arteria mammaria interna, které pronikají hrudní stěnou nedaleko okraje sternu v prvním až čtvrtém mezižebří. Zevní kvadranty jsou zásobovány arteria mammaria externa, která je větví arteria axillaris, a také laterálními kožními větvemi interkostálních arterií ve 3., 4. a 5. mezižebří.

Kraniální části prsu zásobují další větve arteria axillaris. Venózní drenáž je tvořena sítí, která nekoresponduje s arteriemi. Pouze větší venózní kmeny korespondují s průběhem arterií. Nervové zásobení je ze druhého až šestého interkostálního nervu. Vegetativní nervová vlákna vedou podél krevních cév.

Mnohočetné podkožní lymfatické pleteně a lymfatické cévy v interlobulární vazivové

tkáni spolu komunikují. Tok lymfy je jednosměrný, od povrchních do hlubokých

lymfatických cév a do regionálních lymfatických uzlin. Z předních a laterálních částí prsu

směřují lymfatické cévy podél přední axilární řasy do skupiny pektorálních lymfatických

uzlin podél arteria thoracica lateralis a dále do axilárních lymfatických uzlin. Z horních částí prsu vedou lymfatické cévy do apikálních axilárních a subklavikulárních lymfatických uzlin. Tato dráha bývá občas přerušena malými interpektorálními uzlinami v prostoru mezi velkým a malým prsním svalem. Lymfatické cévy v mediálních částech prsu vedou podél perforujících krevních cév přímo do řetězce vnitřních hrudních lymfatických uzlin podél arteria mamma interna, které mají spojky s kontralaterálními lymfatickými uzlinami.

Objem drenáže do lymfatického řetězce podél vnitřní mamární arterie je udáván různě,

pohybuje se od 3 do 25%, zbytek lymfy směřuje do axilárních lymfatických uzlin.(1)

2. Historie onemocnění

Nádorové onemocnění prsu nepatří mezi choroby moderní doby. Víme, že se vyskytovala

již ve starověku. Na příklad Atossa, manželka perského krále Dareba I /522 př.n.l. / trpěla nádorem prsu a své onemocnění stejně jako některé dnešní ženy dlouho tajila.

Ve skutečnosti patří nádory prsu mezi nejdéle známé choroby. Zmínku o nich nacházíme už v papyrech ze starého Egypta. O nádorech prsu se zmiňuje ve svých spisech i nejslavnější lékař antického starověku Hippokrates. /560 př.n.l. / . Římský lékař Aulus Cornelius Celsus /25 př.n.l. / poprvé používá výraz „karcinom“, protože nádor se vzdáleně podobá mořskému krabu. / řecky karcinos = rak / . Antičtí lékaři

v Alexandrii /1.stol. n. l./ věděli, že jedním z prvních příznaků nádoru prsu je vtažení prsní bradavky . Prováděli již amputaci prsu.

Krvácení stavěli požeháním žhavým železem. Operaci podobnou radikální mastektomii

/ odstranění prsu a uzlin v podpaží / prováděl lékař salenské lékařské školy / 1580 – 1656/. Krvácení již stavěl podvazem cév. Operace se prováděly v krutých bolestech a málokdo z nás si umí to hrůzostrašné divadlo představit. Celková anestezie byla poprvé použita až v r. 1846 v Bostonu. Trvání operace se tedy muselo zkrátit, asistující jenom drželi pacientku. Prs byl prošit dvěma zahnutými jehlami s provazy. Operatér v jedné ruce držel provazy a prs jimi zvedal. Druhou pak nožem prs odřízl. Při dalším způsobu byl prs nabodnut na dvojjzubou vidlici a takto fixován odstraněn. Operační rány zůstaly nešité. Steh rány byl zaveden až v sedmnáctém století. Léčebné úspěchy však byly velmi malé.(3)

3. Etiologie a patofyziologie

V České republice je v současné době každoročně léčeno více než 5 tisíc žen s nově

zjištěným karcinomem prsní žlázy. Nádorů prsu stále přibývá. Za posledních 30 let se počet nově hlášených onemocnění prakticky zdvojnásobil a úmrtnost na rakovinu prsu u nás zatím každým rokem stoupá. I když se jedná o nádor poměrně snadno diagnostikovatelný a dobře přístupný, vysoké procento žen stále přichází v pokročilém stadiu onemocnění. Tak jako u většiny nádorů, není možné odhalit jedinou příčinu jejich vzniku. Tento nádor, podobně jako i jiné solidní nádory je výsledkem sekvence mutací somatických epiteliálních buněk, které vyústí v nekontrolovaný invazivní růst a metastazování. Obvykle jako u většiny malignit dospělého věku, vznikají na základě shody mnoha náhodných nepříznivých událostí. Protože se jedná o nejčastější nádorové onemocnění u žen, odpovídají tomu i vynakládané prostředky na jeho prevenci a komplexní léčbu. Zcela minimální péče je však věnována pozdním komplikacím této léčby, které se mohou objevit i s několikaletým zpožděním. Pokud nejsou včas diagnostikovány a léčeny, mohou vést nejen k omezení pracovních aktivit

a invalidizaci, ale i k psychickému a sociálnímu handicapu. Díky zlepšení diagnostických i

léčebných postupů se zvyšuje naděje nemocných na dlouhodobé přežití. Do popředí

vystupuje požadavek časného záchytu a léčby komplikací onkochirurgické léčby karcinomu prsu.(3)

4. Klinické příznaky

Počáteční stadium bývá bez příznaků.

Rezistence v prsu - bývá až v 73% objevena ženou samotnou při samovyšetření a ve 23% při rutinním vyšetření. Změna velikosti, tvaru prsu, zesílení a zarudnutí kůže - kůže může mít podobu pomerančové kůry.

Vtažení bradavky, bulka nebo zesílení bradavky, vyrážka na bradavce nebo okolí.

Patologická sekrece z bradavky, ekzantém a svědění bradavky, nebolestivé zarudnutí kůže

paže, zduření spádových lymfatických uzlin v axile.

5. Diagnostika karcinomu prsu

Klinické vyšetření

Vyšetření prsu a regionálních lymfatických uzlin pohmatem a pohledem.

Tenkojehlová punkce

V praxi se provádí nejčastěji pro nález atypické cysty.

Punkce silnou jehlou – core-cut biopsie

Provádí se pod USG, je indikována u nálezů s vyšší pravděpodobností malignity a v případech zřejmých karcinomů. Umožní předoperační vyšetření histopatologické imunohistochemické.

Vakuová biopsie

Punkční metoda, která umožňuje odebrat větší, kompaktnější a těžší válečky tkáně.

Pomůže odlišit benigní či hraniční změny od maligních. Tato metoda vyžaduje vysoké

ekonomické náklady.

Mamografie

Je základní metodou v diagnostice nemocí prsu, která využívá měkké, nízkooenergetické

záření. Současné mamografické přístroje detekují nádor od několika milimetrů. I při absenci viditelné formace v prsu je mamografie schopna zachytit tzv. mikrokalcifikace, které mohou být prvním příznakem nemoci.

Ultrasonografie

Ultrazvuk prsů je doplňující metoda mamografie tam, kde mamografický snímek není

dobře čitelný, u žen s výraznými fibrózními změnami prsu, tzv. mastopatií.

Počítačová tomografie

Vyšetření je přínosné pro zjištění infiltrace vnitřních mamárních, a mediastinálních lymfatických uzlin a pro posouzení vztahu nádoru k hrudní stěně.

Magnetická rezonance prsu

Je dobrou metodou pro odlišení starší jizvy od recidivy nádoru, kontrola pacientek se

silikonovým implantátem..

Mammografická stereotaxe

Umožní lokalizaci při punkci lézí, které nejsou jednoznačné.

Duktografie

Kontrastní vyšetření, kdy je secernující duktus nastříknut kontrastní látkou a sleduje se

jeho větvení a přítomnost intraduktálních patologií.

Všechna vyšetření by měla být prováděna na jednom pracovišti, ne izolovaně, lékařem

specialistou.

6. Karcinom prsu

Klasifikace nádorového onemocnění – mezinárodně uznávané schéma TNM :

T – tumor / rozsah nádoru a jeho vztah k okolí /

N – noduli / zjištěné uzliny/

M - / vzdálené metastázy /

Stadia:

I. Stadium – rezistence o průměru 2 cm bez postižení kůže.

II. Stadium – zduření do průměru 5 cm s lehkou fixací ke kůži nebo hrudní stěně.

III. Stadium – nádor různých velikostí s pevnou fixací ke kůži nebo prsnímu svalu nebo

pomerančová kůže.

IV. Stadium – nádor přesahující průměr 10 cm, s kožními změnami, které tento rozsah ještě přesahují, s fixací k hrudní stěně, popřípadě rozpadlý nádor.

Metastázy se šíří cestami lymfatickými, z nichž jsou nejdříve postiženy uzliny axilární,

sternální, supraklavikulární, subklavikulární, krční a v mezihrudí.

Krevní cestou se vytvářejí vzdálené metastázy v plicích, kostech, játrech, v mozku a

vaječnicích.

Podstata nádorového bujení je ukryta v jádře buňky v její DNA. Za vznik zhoubného

nádoru je zodpovědný onkogen, neboli gen malignity a ten může být v buňce přítomný.

Každé buňce v těle je prostřednictvím genetické informace určeno, zda a jak se má dělit a migrovat v těle. Porušením genetické informace - mutací DNA dojde k neřízenému dělení buněk. Určitý počet buněk s narušeným genetickým kódem se v našem těle vyskytuje neustále. Obrannými mechanismy však lidské tělo, pomocí imunitního systému, dokáže tyto buňky likvidovat. Při poruše obranných mechanismů nebo při velkém množství narušených buněk, kdy organizmus likvidaci nezvládne, dochází k nádorovému bujení.(3)

Invazivní karcinomy

a/ Duktální karcinom

Invazivní duktální karcinom je největší skupinou z invazivních karcinomů prsu. Tvoří 70 - 80% všech maligních nádorů prsu.

Makroskopicky tvoří špatně ohraničenou formaci, jejíž konzistence závisí na množství

fibrózní tkáň Nádor s velkým podílem fibrózy je nazýván skirhus. Velikost kolísá od

několika milimetrů po infiltraci celého prsu. Na řezu bývá šedobílý, občas je přítomná

nekróza. Jeho prognóza je vázána na stádium nádoru při jeho diagnóze. Duktální karcinom metastazuje především do kostí, plic a jater

b/ Lobulární karcinom

Lobulární karcinom je jen o něco tužší než okolní zdravá tkáň, nemá jasné ohraničení,

neobsahuje jiné abnormality (nekróza, cysty, hemoragie) a netvoří mikrokalifikace.

Lobulární karcinom představuje 10–14% všech invazivních karcinomů prsu. Prognóza

lobulárního karcinomu a pravděpodobnost metastáz v regionálních lymfatických uzlinách je podobná jako u karcinomu duktálního. Lobulární karcinom přednostně metastazuje do meningeálních prostor CNS (karcinomatosis meningitis), na serózní povrchy (peritoneum) a do retroperitonea. Metastázy v GIT napodobují karcinom žaludku a jsou i histologicky obtížně rozlišitelné od primárního karcinomu žaludku. Lobulární karcinom může metastazovat též do ovarií a dělohy.

c/ Tubulární karcinom

Většinou se jedná o dobře diferencovaný karcinom. Velikost kolísá mezi 0,2 až 4 cm.

Makroskopicky to je tuhý, špatně ohraničený nádor, na řezu šedobílý. Tvoří přibližně jen 2% všech invazivních karcinomů.

d/ Medulární karcinom

Nádor je zdánlivě dobře ohraničen. Bývá měkčí než ostatní nádory prsu, na řezu je světle

šedivý, někdy se vyskytují ložiska nekrózy či hemoragie, která jsou žlutá nebo tmavočervená.

Frekvence výskytu je menší než 10%. Představuje prognosticky příznivý typ karcinomu.

e / Mucinózní - koloidní karcinom

Tvoří asi 1 – 6% všech invazivních karcinomů. Bývá dobře ohraničen. Jeho velikost

kolísá od 1 cm do velikosti zabírající celý prs. Mucinózní karcinom je nádorem častějším ve

starším věku. Roste pomaleji než invazivní duktální karcinom a metastazuje později.

f/ Papilární karcinom

Papilární karcinom tvoří 1 - 3% všech karcinomů prsu. Vyskytuje se převážně

v postmenopauzálním období života ženy. Makroskopicky to je dobře ohraničený nádor.

Speciální typy karcinomu prsu:

Pagetův karcinom

Postihuje prsní bradavku. Typické je svědění, pálení bradavky nebo povrchní eroze či

ulcerace. Představuje přibližně 1% všech karcinomů prsu. Nádor je diagnostikován a léčen

často jako dermatitida nebo infekce, což vede ke zpoždění diagnózy.

Inflamatorní (zánětlivý) karcinom

Zánětlivý karcinom prsu představuje nejmladnější typ nádoru prsu. Tvoří 3% všech

karcinomů a vyskytuje se u žen v postmenopauze. Klinicky je charakterizován zvětšením,

bolestí prsu a erytémem, edémem kůže prsu a zvýšením lokální teploty. Zánětlivé změny

kůže, které mohou být zaměněny za infekci, jsou způsobeny nádorovou invazí do kožních lymfatických cév. Nádor difúzně infiltruje celý prs. V čase diagnózy bývají téměř vždy již přítomné metastázy v regionálních lymfatických uzlinách. Prognóza je velmi špatná.

Skupina vzácně se vyskytujících karcinomů:

metaplastický karcinom

skvamózní karcinom

pseudosarkomatózní karcinom

karcinosarkom

Metastatický karcinom prsu

Nejčastějším primárním karcinomem metastazujícím do prsu je karcinom plic, maligní

melanom, střevní karcinoid, karcinomy hrdla děložního a močového měchýře a non

Hodgkinské lymfomy.

Frekvence všech těchto metastáz je velmi nízká.

Karcinom prsu v těhotenství

Karcinom prsu je obvykle spojován s těhotenstvím při své manifestaci až do jednoho roku od porodu. Vzhledem k těhotenským změnám v prsu je diagnostika obtížná.(3)

7. Léčba karcinomu prsu

Metody léčby lze rozdělit do dvou skupin:

a/ Metoda lokální

zasahuje pouze jedno místo - chirurgický výkon, radioterapie.

b/Metoda systémová (celková)

ovlivňuje celý organismus - chemoterapie, hormonoterapie

Chirurgická léčba

Modifikovaná radikální mastektomie s excenterací lymfatických uzlin, provádí se jen u

nejpokročilejších stadií.

Prostá mastektomie – odstranění prsu s excenterací sentinelové uzliny.

Parciální mastektomie - Prs šetřící výkon odstranění pouze části prsu, kde se nádor nachází /kvadrantektomie, segmentektomie/ Chirurg má vždy upřednostnit přání pacientky. Připojuje se excenterace a vyšetření sentinelové uzliny.

Komplikace chirurgické léčby

Mohou se objevit běžné pooperační komplikace, jako například infekce v operační ráně.

Vzácně může následkem ranné infekce vzniknout i absces. Rozmanité, často subjektivní

potíže, souhrnně nazývané „postmastektomický syndrom“, zahrnují bolesti a omezení

pohybu hrudní stěny, ramenního kloubu nebo horní končetiny a s tím spojené poruchy

dechového stereotypu. Původ bolestí může být v jizvě po mastektomii, ve fantomových

bolestech vycházejících z dotčených nervů, v lymfedému hrudní stěny nebo horní končetiny nebo v onemocnění pohybového aparátu, které nesouvisí s léčbou nádoru prsu.

Radioterapie

Je lokální léčba, kdy je označené místo nádoru ozářeno takovou dávkou, aby zničilo

nádorové buňky.

Neoadjuvantní

probíhá před chirurgickým výkonem, vede ke zmenšení nádoru, jež může umožnit možnost operace.

Adjuvantní

probíhá po výkonu. Klade si za cíl zničení nádorových buněk a znemožnění jejich růstu. Radioterapie má značné nežádoucí účinky. Působí i na zdravé tkáně a zasahuje hlavně kůži, podkoží, svalstvo a kostěné partie hrudníku. Na kůži se může objevit erytém, svědění a zarudnutí, někdy i puchýře i lehké mokvání.

Chemoterapie

Je chemická léčba, při které se používají cytostatika s prokázaným protinádorovým účinkem.

Neoadjuvantní

před operací pro možnost zmenšení nádoru.

Adjuvantní

po výkonu, prokazatelně prodlužuje období bez aktivity nádorového onemocnění a celkovou dobu přežití.

Hormonální léčba

Karcinom prsu je onemocnění hormonálně závislé. Přibližně 1/3 žen vykazuje tzv.

hormonální závislost, kdy můžeme očekávat, že růst nádoru se děje pod přímým vlivem

hormonů kolujících v těle. Možnosti hormonální léčby je u premenopauzálních žen vyřazení funkce ovarií. Nejspolehlivější účinek přinese operační výkon. Může být i užíván hormonální přípravek Tamoxifen u postmenopauzálních žen.

Paliativní péče

Je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná v pokročilém

stadiu onemocnění nebo terminálním stadiu. Nevede k uzdravení, ale může navodit dočasné zmírnění obtíží s prodloužením života někdy velmi výrazným. Spolu s podpůrnou péčí má za cíl zmírnit bolest, duševní, tělesná a sociální strádání.

Potřeby pacientek v pokročilých stádiích a z nich plynoucí paliativní péče závisí :

- na stupni pokročilosti onemocnění
- na věku a sociální situaci
- na psychickém stavu

Paliativní péče by měla být poskytována týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi

Pokročilý nádor levého prsu u 62 leté pacientky.

8. Prognóza karcinomu prsu

Určení prognózy u tohoto onemocnění je stejně náročné jako u jiných onkologických

onemocnění. Prognóza karcinomu prsu záleží primárně na stadiu nemoci při diagnóze.

Základními ukazateli je doba bez příznaků recidivy a pěti až desetiletý interval přežití.

Jedním ze základních prognostických faktorů je histologický typ nádoru a jeho velikost

(T), postižení regionálních lymfatických uzlin (N) a eventuálně přítomnost vzdálených

metastáz.

V 70% všech případů přichází žena s nálezem rezistence v prsu. Tyto nádory bývají

většinou velikosti nad 2 cm. V ostatních případech je nádor náhodně nalezen manželem,

partnerem, lékařem při vyšetření nebo náhodným mamografickým vyšetřením.

Uplatňuje se zde také samovyšetřování prsů jako jednoduchá metoda, která vyžaduje jen velmi málo finančních prostředků na tisk osvětových materiálů.

Možnosti snížení mortality onemocnění jsou organizačně náročné a nákladné, ale možné. Od září roku 2002 se Česká republika připojila k většině evropských zemí a zahájila celoplošný mamografický screening,

9. Screening karcinomu prsu /Identifikace žen s nádorovým onemocněním prsu/

Screening = prosévání, třídění, vyšetřování

V tomto případě znamená preventivní program pro vyhledávání včasných stadií nádorů,

který umožňuje ženám bezplatné vyšetření prsu. Vyšetření je třeba podstupovat pravidelně, nestačí pouze jednou za život.

Dosud bylo odhaleno několik desítek rizikových faktorů životního stylu, hormonálních a

dalších, které ovlivňují individuální riziko ženy, že onemocní karcinomem prsu. Studie byly prováděny zejména v USA a v západě Evropy. Pro plánování účinných programů primární a sekundární prevence v této oblasti je nezbytné, aby lékař disponoval nástroji, které mu umožní riziko včas odstranit. Proto bylo nutné v ČR identifikovat rizikové faktory a vytvořit vlastní model, vhodný pro českou populaci.

Před rokem 2002 proběhla studie již se zúčastnilo více než 50 pracovišť z celé republiky.

Koordinaci zajišťovala Onkologická klinika VFN a 1. LF UK a Masarykova univerzita

v Brně. Údaje byly shromážděny od 14556 žen. Bylo zjištěno, že se většina rizikových

faktorů liší od populace amerických žen.

Rizikové faktory vznik onemocnění výrazně ovlivňují.

Rizikové faktory spojované se vznikem karcinomu prsu

Demografické údaje	Věk, bydliště
Rodinná anamnéza	výskyt jakýchkoliv malignit u příbuzných prvního a druhého řádu

Osobní anamnéza a nynější onemocnění	typ nádoru, věk v době diagnózy, další malignity
Gynekologická anamnéza	menses od-do, věk v době porodů, v době potratů, délka kojení po porodech záněty prsu, spotřeba hormonů počet předchozích biopsií a jejich výsledky
Faktory životního stylu	zdravý životní styl, kouření, spotřeba ovoce a zeleniny, dostatek pohybu

Otázkou však zůstává, jak tento model implementovat do klinické praxe. Mamární péče je roztržena do více lékařských profesí – chirurg, gynekolog, radiodiagnostik, onkolog. U žen jsou časté duplicitní návštěvy různých odborníků a opakovaná vyšetření. Lze odhadnout, že péče o ženy do 40 let věku je z 90% zbytečná a nevede ani k častému zachytu malignit v prsu, ani ke snížení jejich incidence. Naproti tomu může selhávat péče o rizikové ženy s prekancerózami. Za velmi pozitivní krok je třeba považovat zavedení mamárního screeningu u žen ve věkové kategorii 45-69 let, jednou za 2 roky.

Současnost a budoucnost

V r. 2002 byl postupně zahájen Program pro screening nádorů prsu. Týká se asi 1,6 milionu žen, které do centra spadají. Doufáme – li v 50ti procentní účasti, jedná se o

800 000 žen jednou za dva roky, tedy každoročně by mělo přijít 400 000 bezpříznakových žen k preventivnímu vyšetření. Bohužel, statistické údaje uvádějí účasti nižší než 50%. Je tak větší pravděpodobnost, že v případě pozitivního nálezu bude ložisko v počátečním stadiu nemoci. Screening karcinomu prsu organizuje a metodicky řídí Komise pro screening nádorů prsu MZ ČR. Ta projednává žádosti nových pracovišť, vyjadřuje se k hustotě sítě, organizuje sběr dat a vyhodnocování výsledků. Vydává pokyny pro optimální fungování screeningových pracovišť.

Vyhláška MZ č. 372/2002 stanoví časové rozmezí preventivních prohlídek, zařazuje

mammografii mezi preventivní vyšetření a ukládá ambulantním gynekologům a praktickým lékařům pro dospělé vystavit ženě žádanku k tomuto vyšetření každý druhý rok, pokud jej neabsolvovala v posledních dvou letech a není mimo věkovou hranici 45-69 let. Z uvedeného vyplývá, že tedy pokud gynekolog nepošílá ženu od 45 do 69 let ve dvouletých intervalech na mammografické vyšetření, porušuje vyhlášku MZ. Vystavuje se nebezpečí případné sankce, zjistí-li se pokročilý nádor a žena vyšetření neabsolvovala.

Screeningová pracoviště – akreditovaná centra

Jsou to mamární centra, která získala pověření na základě splnění přísných podmínek a

musela deklarovat schopnost tyto podmínky udržet. Mají vést diagnostický proces až do

samého závěru a spolupracovat s různými odborníky při dispenzární péči o ženy, které

z povahy svých problémů potřebují více péče, než jen preventivní vyšetření. Jejich cílem je odhalit větší množství karcinomů v počátečním stadiu v populaci asymptomatických žen. Vrátime-li se k číslu 400 000 žen ročně, které mají na vyšetření nárok, lze odvodit, že dostatečný počet center je kolem 50. Jsou rozložena po všech regionech a jejich spádová oblast je 200 000 obyvatel /mapa mamografů/.

Pracoviště by mělo být schopno provádět také další zobrazovací a intervenční metody,

mělo by plnit přísné požadavky na technické vybavení a kvalifikaci diagnostiků. Diagnostický proces má být co nejkratší / max. do 3 dnů/ a má zajistit návaznost péče při zjištění nádorů.

Nová koncepce péče o prsy.

Zásadní problém je dosažení vyšší účasti žen ve screeningu. Podle nové koncepce by měly být dispenzarizovány ženy se skutečně vysokým rizikem. Tyto ženy vyžadují vyšetření genetikem, jednoroční interval sledování od nižšího věku, event. další speciální opatření chirurgického rázu. Specializovaných poraden po ženy s vysokým rizikem by postačovalo odhadem 5 až 10 pro celou ČR. Screeningová pracoviště by zajišťovala v případě potřeby provedení diagnostických metod a organizovala následnou péči, což je její povinností ve screeningovém programu. Za

úvahu též stojí, zda řešit problematiku nadbytku mammografických nescreeningových pracovišť různé kvality.

Úloha ambulantního gynekologa

Gynekolog hraje v této problematice klíčovou úlohu. Na něm závisí účast žen v programu, která podstatně ovlivňuje míru poklesu úmrtnosti. Gynekolog by měl edukovat ženu o samovyšetření prsu, sám ji při návštěvě v ordinaci prsa alespoň jednou ročně vyšetřit, aktivně ji přesvědčovat o nutnosti absolvovat screeningové vyšetření v pravidelných intervalech. Měl by ji poučit, co dělat v případě, že se objeví jakékoliv problémy s prsy. Měl by mít v neposlední řadě aktuální informace o výsledcích činnosti „svého“ screeningového pracoviště. Tento přístup může zajistit včasnou diagnostiku a zprostředkovat v případě nutnosti navazující léčbu.

10. Zásady a specifika ošetrovatelská péče.

Pacientka k plánované operaci, která nevyžaduje zvláštní individuální přípravu k

hospitalizaci, je přijata na chirurgické oddělení s kompletním předoperačním vyšetřením den před operací. V příjmové místnosti s ní příjmový lékař sepíše zdravotnickou dokumentaci, jejíž nedílnou součástí je souhlas s hospitalizací a s poskytováním léčebné péče. S operačním zákrokem je seznámena operátorem nebo ošetrujícím lékařem po přijetí na lůžko tak, aby měla klid a prostor pro pochopení a eventuální dotazy.

Sestra přebírá pacientku k uložení na lůžko, představí se. Respektuje zachování soukromí

a anonymity. Některé pacientky dávají přednost společnosti a jsou vděčné za přítomnost

spolupacientek s podobnými problémy.

Pokud je možné, zhodnotí sestra ve spolupráci s pacientkou její celkový zdravotní stav

/sestaví ošetrovatelskou anamnézu/ určí aktuální a potenciální problémy

/ošetrovatelské

diagnózy/, sestaví individuální plán ošetrovatelské péče. Následně plán péče realizuje.

Důležité je i podání základních informací jako je seznámi s domácím řádem, chodem a

režimem oddělení, s možností uložení cenností do ústavního trezoru.. Sestra upozorní i na možnost překlada na JIP z operačního sálu. Operatér seznámí pacientku s operačním

výkonem, upozorní na možnosti komplikací, zodpoví případné dotazy. Anesteziolog vysvětlí princip a průběh anestezie, upozorní na možné komplikace anestezie, zodpoví případné dotazy. Souhlas s podáním anestezie stvrdí pacientka podpisem.

Zásady ošetrovatelské péče

Při poskytování ošetrovatelské péče se sestra řídí zásadami ošetrovatelského procesu tak,

aby byly uspokojeny individuální potřeby pacientky. Zajišťuje komplexní ošetrovatelskou

péči, při níž klade důraz na:

v dostatek informací, edukaci pacientky

v předoperační přípravu - empatický přístup, psychická podpora

v v pooperační péči sestra sleduje:

- bolest
- otok
- barvu kůže operované končetiny – poloha HK
- FF, celkový stav pacientky
- vyprazdňování
- odvody z drénu
- operační ránu

- prevence TEN
- i.v. vstup
- hydrataci pacientky
- mobilizaci pacientky

Během ošetřování operační rány dbá na přísné dodržení podmínek asepse.

Ošetrovatelský proces by měl být důsledně dokumentován v ošetrovatelské dokumentaci, která je součástí chorobopisu.

Dietoterapie

Zásadní dietní požadavky nemoc neudává, jedná se pouze o doporučení dodržování obecných zásad zdravé výživy a zdravého životního stylu.

Fyzikální rehabilitace

Má být zahájena nejčastěji ihned po chirurgickém výkonu, kde se klade důraz na snížení

rizika jako je omezení hybnosti horní končetiny, syndrom „zmrzlého ramene“, rozvoj otoku stejnostranné horní končetiny, vertebrogení obtíže, fixace nesprávných pohybových stereotypů. K rehabilitaci patří i používání vhodných epitéz, které nejsou jen kosmetickou záležitostí, ale také pomáhají ke správnému držení těla a správné dynamice páteře.

Psychoterapie

Jedná se o onemocnění velmi náročné na psychiku pacientky . Je tedy nutná psychická

podpora celého léčebného týmu. Někdy je vhodné zajistit pomoc psychologa. Vhodný bývá také kontakt s rodinou pacientky.

Pacientka po modifikované radikální mastektomii a exenteraci axily.

Pacientka po parciální mastektomie a exenterace axily.

Pro ošetřování žen s touto diagnózou je pro sestru velmi důležitá znalost psychiky ve

zdraví i nemoci. Zásadní důraz by měl být kladen na psychiku pacientky. Žena, která se od lékaře dozvěděla, že má rakovinu, prožívá šok. Bývá zděšená, bezradná a odmítá uvěřit tomu, že se nejedná o omyl. Hrouť se jí plány, připadá si bez opory a bývá velmi zranitelná. Ocítá se na začátku cesty, o níž neví, kudy povede a co ji na ni čeká. V některých případech se jedná o ženu, která přichází k tak závažnému výkonu jako je amputace prsu, je tedy výhodou, aby s ní komunikovala edukační sestra, která je v dané problematice proškolená. Další podpora psychiky souvisí s individuálními potřebami pacientky. Často mívá obavu a strach. Strach z narkózy a že se možná neprobudí. Také se bojí, že může během zákroku cítit bolest. Sestra uklidňuje, snaží podpořit zvládnání jejích obav a strachu. Tyto strachy jsou neopodstatněné a je možno vhodným přístupem a s pomocí lékaře značně pozitivně ovlivnit. Konečně je třeba zvládnout závažný strach ze smrti a ze zmrzačení těla. Tyto jsou opodstatněné a jen těžko se v této chvíli zvládají. Sestra může přistoupit k ukázce epitéz /prsních náhrad/, vysvětlit jejich výhody i přirozený vzhled. Avšak zvládnutí strachu ze smrti je v této chvíli nereálné. Sestra se všestranně snaží o emocionální pomoc pacientce. Edukační rozhovor se odehrává zásadně za dodržení soukromí pacientky. Jsou to momenty, kdy se buduje důvěra a ta je podpořena profesionalitou a erudicí.

Edukace po operaci

Edukaci sestra zaměří na péči o operační ránu, následně pak pooperační jizvu a průběžnou podporu informací v oblasti problematiky epitéz. Nevynechá problematiku včasného rozpoznání možných komplikací jako je lymfedém stejnostranné končetiny. Tady klade důraz na šetření stejnostranné končetiny.

Edukaci je možno provádět verbální formou, pomocí letáčků, také písemně a instruktáží

nebo shlédnutím videa. V průběhu edukace sleduje sestra reakci pacientky.

Bariérou edukace bývá deprese, úzkost a již zmíněný strach o život. Pacientka se může

chovat velmi statečně, avšak ve slabé chvílce projeví své obavy. Jsou i pacientky, které

nenajdou odvahu podívat se na svou jizvu do zrcadla. Sestra se pokusí zvládnout i tento

závažný problém. Zdrojem informací může být brožurka „Péče o rány a jizvy po operaci prsu“, katalog firmy pro výrobu epitez, plavek a spodního prádla pro takto postižené ženy. Pomoci mohou i brožury podpůrných občanských sdružení /Mamma-Help, Žabka/, vhodné je shlédnutí cvičení pro pacientky po operaci prsu na videozáznamu. Pacientka se může seznámit s druhy epitez pooperačních i dlouhodobých. V rámci edukace je dobré zdůraznit význam zdravé výživy a doporučit úpravy životního stylu.

Cíl edukace:

- Kognitivní – podání informací o použití pomůcek.

- Efektivní - podání informací o správném ošetření.

- Psychomotorický – praktický nácvik a zvládnutí problému. Pokud se podaří splnit vytyčené cíle, pacientka odchází z nemocnice informovaná v dané problematice, má osvojeny teoretické i praktické znalosti v oblasti ošetřování jizvy, ví, kam se obrátit pro získání epitezy. Je však třeba myslet na to, že i při zachování všech edukačních zásad je množství přijatých informací velmi omezeno. Proto je edukace zaměřena jen na základní sebepéči a sebeobsahu. K prohloubení vědomostí dochází o mnoho týdnů později, až když se postupy sebeošetřování zautomatizují.

Praktický význam edukace

Spočívá v maximální pomoci pacientce nalézt cestu zpět do společnosti, k rodině a

zálíbám. Pacientka si umí kvalitně ošetřit jizvu, ví, na koho se obrátit při výběru vhodné

epitézy i speciálního prádla, je soběstačná, poučená o problematice možných komplikací. Při odchodu z nemocnice ví, kde jsou odborníci, ne než se v kritických chvílích nebude bát obrátit.

Sociální rehabilitace

Jde o opětovné zařazení pacientky do společnosti. Záleží zvláště na jejím psychickém a

fyzičtém stavu. Návrh sociální rehabilitace by proto měl být individuální. V sociální

rehabilitaci jsou dvě možnosti: návrh invalidního důchodu, prodloužení nemocenských dávek nebo opětovné zařazení do pracovního procesu. Do sociální rehabilitace spadá též poskytnutí lázeňské léčby.

Nároky pacientky na kompenzační pomůcky / VZP /

- Paruka – příspěvek do výše 1000,-Kč na 1 rok
- Epitéza – příspěvek do výše 1800,-Kč do 24 měsíců od ukončení léčby
- Lázeňská léčba – na doporučení klinického onkologa nebo jiného příslušného odborníka jedenkrát za 24 měsíců po ukončení komplexní protinádorové léčby.

11. Etika ošetřování

Moderní ošetřovatelství vychází z respektování práv pacienta a jeho pohody. Tato pohoda má charakter tělesný, vztahový, sociální, psychický, etický a náboženský. Etickou pohodou se myslí, že je člověk vnímán jako lidská bytost a ne jako materiální subjekt. Pacient je svobodným člověkem, je za sebe zodpovědný, a pokud dostane dostatek informací, může se podílet na rozhodování o svém zdravotním stavu. Nemoc často tuto schopnost rozhodování snižuje. Proto se sestra musí ztotožnit s etickým kodexem, hájit zájmy pacientky a umožnit jí, aby se rozhodla podle svých osobních priorit.

Pacientky s karcinomem prsu jsou díky svému onemocnění specifickou skupinou

pacientek, o které sestra pečuje. Pracuje vedle lékaře samostatně, pacientka je s ní častěji než s lékařem. Příklad ošetrovatelských činností, které sestra provádí, je převaz rány po operaci, aplikace injekčních léků, odběry biologického materiálu, provádí důslednou hygienu, zajišťuje výživu a vyprazdňování. Ve všech těchto činnostech je na ni kladena velká tíha zodpovědnosti v respektování práv pacienta a naplňování etického kodexu ve vztahu k nemocnému a jeho rodině. V konkrétních situacích můžeme říci, že se jedná například o to, kdo se účastní převazu rány pacientky, která je po ablaci prsu, kde probíhá a zda je chráněno soukromí. Samozřejmě, v roli edukátora spadá na sestru i povinnost doplnit informace, které nepředal lékař. / pouze takové, které jsou v její kompetenci /. Pokud tuto činnost může vykonávat edukační sestra, zkušená a proškolená v problematice, potom by respektování práv pacientů a etický přístup nemělo být obtížné. Bohužel, vzhledem k nedostatku středně zdravotnického personálu v naší praxi je tento systém zaveden pouze ojediněle.

12. Pacientské organizace v ČR

V ČR existuje kolem 45 organizací sdružujících onkologicky nemocné. Ve většině z nich

mezi registrovanými členy převažují ženy s karcinomem prsu, kterých je v ČR přibližně

46000. Některé z nich nabízejí pomoc nabízejí pomoc speciálně pacientkám s tímto onemocněním.

Klub žab /ženy po ablaci prsu/

Mamma HELP /a další/

Všechny tyto organizace jsou neziskovými, humanitárními společenstvími. Vesměs se

jedná o pacientské organizace. Jejich posláním je prospět nemocným ženám pro zlepšení

kvality života a věnovat se osvětě ve zdravé populaci. Pracovní metodou jsou pravidelné

schůzky, které připravuje výbor organizace. Mají mnoho podob. Zaměřují se na přednášky, pořádají výlety, společná cvičení či plavání, vyvíjejí další zájmovou činnost. Vyměňují si osobní zkušenosti s nemocí a léčbou, vzájemně se psychicky podporují. Jejich kladem je vytvoření bezpečného zázemí v době krize, podpůrný

pocit sounáležitosti, edukace a předávání informací nově příchozím. Negativa přináší zbytečné setrvání, větší riziko ohrožení a pocitu ztráty při úmrtí některé z pacientek. Sdružení Mamma HELP je dnes největší organizací budující síť po celé republice. Je tedy dobře dostupná, na její linku „Avon proti rakovině“ se denně dovolá 40-50 lidí, kteří pro sebe nebo pro své blízké hledají pomoc.

13. Závěr první části

Na chirurgickém pracovišti se pacientky s touto diagnózou léčí velice často, převážně

jsou to ženy okolo padesáti let věku. Samotná operace pro ně není tím největším problémem, hlavní problém je psychosociální, neboť se postižené ženy velice často cítí vyřazené ze společnosti, ohrožené ztrátou ženství, potažmo svých životních partnerů. Mnoho z nich se uchyluje k izolaci od společnosti.

Jedná se o závažný problém nejen medicínský, ale i celospolečenský. Pro zdravotníky je

prioritou pochopení široké problematiky a cílenou edukací dalších kolegů a kolegyň

zdravotníků i laické veřejnosti. Mohou pomoci dosáhnout pozitivního posunu v prevenci

onemocnění. Mohou přispět ke zlepšení spolupráce pacientek, praktických a

gynekologických lékařů a společně docílit účasti většího počtu žen v mamárním screeningu a tím i časného zachytu onemocnění.

POUŽITÁ LITERATURA

1. Abrahámová, J., Povýšil, C., Horák, J. a kolektiv.: Atlas nádorů prsu Grada Publishing,

Praha, 2000

2. Hoch, J., Leffler, J., a kolektiv: Speciální chirurgie, Maxdorf Jesenius, Praha, 2001
3. Strnad, P., Daneš, J.: Nemoci prsu pro gynekology, Grada Publishing, Praha, 2001
4. Trachtová, E., : Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu IDV PZ Brno, 1999,
ISBN80-7013285-X
5. Doenges, M. E. , Moorhouse M. F. Kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing, 2001, ISBN 80-247-0242-8
6. Dostálová, O., Jak vzdorovat rakovině, Praha: Grada Avicenum, 1993,
ISBN 80-7169-040-6

II. Lymfedém po operaci prsu, léčba a prevence.

1. Úvod

2. Anatomie a fyziologie lymfatického (mízního) systému

3. Lymfedém – lymfatický otok

4. Etiologie – příčiny nemoci

5. Klinický obraz

6. Komplikace lymfedému

7. Diagnostika lymfedému

8. Léčba lymfedému

9. Sekundární lymfedém horní končetiny u žen po operaci prsu

10. Závěr druhé části

1. Úvod

Skutečnost, že v lidském těle existují lymfatické cévy a lymfatické uzliny, byla pravděpodobně známa již Hippokratovi (460-377 př.n.l.). Aristoteles (384 – 322 př. n.

l.) popisuje lymfatický systém jako cévy s bílou krví.

Elefantiáza, zvětšení končetiny, byla známa již před 3000 lety egyptským lékařům.

Nepřehlédnutelný klinický příznak poruchy lymfatické drenáže, elefantiázu, popsal okolo roku 2500 př.n.l. Ind Dranwantar. Teprve v polovině 17. století Rudbeck a

Bartholius podrobněji popsali lymfatický systém. Mascani (1787), Cruikshank (1789)

se zabývali základními topografickými studiemi lymfatického systému.

Pokus o zobrazení mízního systému roztokem adrenalinu provedl v roce 1911

Dalmany.

Allen (1934) odlišil sekundární lymfedém, vznikající ze známé příčiny od primárního

lymfedému, jehož příčinu nemohl v té době pro nemožnost použití vhodných

zobrazovacích metod diagnostikovat. O diagnostiku lymfedému pomocí

lymfoscintigrafie se zasloužil K. zum Winkler (1972).

Za zakladatele lymfodrenáže, jako léčebné metody, je považován dr. Vodder. V roce

1969 byla v Essenu založena škola lymfodrenáže.

V naší zemi se o léčbu lymfatického otoku zasloužil MUDr. M. Bechyně, který se od roku 1969 věnoval této problematice. Roku 1992 byla založena Liga proti otokům

a byl dán základ České lymfologické společnosti (1).

V České republice máme v současnosti kvalitní pracoviště, lymfocentra, dobře vybavená pro poskytování komplexní péče pacientům s lymfatickým otokem.

2. Anatomie a fyziologie lymfatického (mízního) systému

Lymfatický (mízní) systém se skládá z lymfatických cév, lymfatických uzlin a orgánů (slezina, brzlík).

Funkce lymfatického systému je především drenážní, transportní a obranná.

Dobře fungující lymfatický systém je pro lidské tělo velmi důležitý.

Celým lidským tělem probíhá spletná síť lymfatických (mízních) cév, které z řídké pojivové tkáně kolem krevních cév sbírají tekutinu, zvanou lymfa (míza). Jejich úkolem je odvádět tuto tekutinu zpět do krevního oběhu. Zplodiny metabolismu jsou

s přebytečnou vodou vyloučeny ledvinami z organismu. Lymfatické cévy (vasa lymphatica) tvoří okruh, ale jednosměrný systém. Lymfatické cévy rozdělujeme morfologicky na lymfatické kapiláry, sběrné lymfatické cévy a lymfatické kmeny. Krevní kapiláry obklopuje řídká pojivová tkáň, která obsahuje tkáňový mok. Ten vzniká jednak prostupem krevní plazmy přes kapilární stěnu krevních vlásečnic, jednak jako metabolický produkt buněk tkání. Za 24 hodin vznikne tímto způsobem cca 20 litrů intersticiální tekutiny. Resorpce do krevního řečiště představuje cca 18

litrů. Zbývající 2 litry tkáňového moku jsou odvedeny lymfatickým systémem. Do lymfatických kapilár přestupuje voda a látky z tkáňového moku na základě rozdílu hydrostatického tlaku mezi lymfatickou kapilárou a mezibuněčnou tekutinou.

Lymfa je většinou bezbarvá, čirá, lepkavá tekutina, která vzniká z tkáňového moku a tvoří obsah lymfatických cév. Lymfa obsahuje vodu, bílkoviny, tukové kapénky, soli, látky vzniklé jako odpad metabolických procesů. Složení lymfy je velmi

podobné složení krevní plazmy a je závislé na typu a úrovni látkové výměny orgánu,

ze kterého lymfa odtéká.

Lymfatické cévy začínají slepě, jako lymfatické kapiláry. Stěna lymfatických kapilár je složena z jedné vrstvy endotelových buněk. Vysoká propustnost lymfatických kapilár umožňuje vstřebávání značného množství tkáňového moku a velkých bílkovinných molekul.

Z lymfatických kapilár se lymfa dostává do sběrných lymfatických cév, které probíhají podél krevních cév. Povrchové sběrné lymfatické cévy v kůži provázejí povrchové žíly, hluboké sběrné lymfatické cévy vedou podél hlubokých tepen. 80 % lymfatických cév tvoří povrchový lymfatický systém. Mezi hlubokým a povrchovým lymfatickým systémem je velké množství spojek, které se mohou uplatnit při zhoršení funkce jednoho či druhého systému.

Sběrné povrchové lymfatické cévy jsou úzké a jemné. Jejich stěna se skládá ze stejných vrstev jako u krevních cév (tunica intima, media, externa), ale je mnohem tenčí. Větší lymfatické cévy mají endotelové chlopně, které dovolují průtok lymfy pouze centrálním směrem.

Lymfa v lymfatických cévách proudí pod velmi nízkým tlakem. Lymfatické cévy

nejsou napojeny na srdeční pumpu. Směr proudící lymfy je ve sběrných lymfatických

cévách udržován pomocí chlopní, působením stahujících se kosterních svalů, pulsací

sousedících tepen a běžnými pohyby končetin a trupu.

Hlavní lymfatické kmeny tvoří hrudní mízovod (duktus thoracicus) sbírá lymfu ze

l těla (z dolních končetin, z pánve, ze stěn a orgánů břicha a levé poloviny hrudníku,

z levé horní končetiny, z levé poloviny hlavy a krku) a pravostranný mízní kmen

(duktus lymphaticus dexter), který sbírá lymfu z l těla (z pravé poloviny hlavy a krku,

z pravé horní končetiny, ze stěny a orgánů pravé poloviny hrudníku).

Podél sběrných lymfatických cév jsou rozmístěny orgány fazolovitého tvaru,

lymfatické uzliny. V lidském těle je přibližně 450 lymfatických uzlin a jsou uspořádány

v řetězcích. Jejich velikost se může pohybovat od několika milimetrů až po několik

centimetrů. Lymfa do uzliny přitéká několika přívodními (afferentními) lymfatickými

cévami. Odtok lymfy zajišťují odvodné (efferentní) lymfatické cévy. Lymfatické uzliny

působí jako fagocytární filtry zachycující, pohlcující a vstřebávající cizorodé částice z

lymfy a zabraňující vniknutí těchto patogenů do krevního oběhu. Jsou místem vzniku

protilátek a lymfocytů. Představují tak důležitý imunologický faktor (2).

Lymfatická drenáž horní končetiny

Lymfatický systém horní končetiny se skládá z povrchového, hlubokého systému

lymfatických cév a regionálních lymfatických uzlin.

Hluboké lymfatické cévy horní končetiny jsou uloženy podél tepen. Do průběhu jsou

vloženy uzliny v lokti (nodi lymphatici cubitales), výše jsou uzliny pažní (nodi lymphatici brachiales).

Uzliny uložené v podpaží (nodi lymphatici axillares) pak přijímají lymfu z horní končetiny, odkud odtéká do infraklavikulárních a supraklavikulárních uzlin a vlévá se

do žilního oběhu (1).

Po mastektomii, chirurgickém odnětí prsu, jsou z podpaží odstraněny

lymfatické cévy a uzliny, které odvádějí lymfu jak z horní končetiny tak i převážnou

část lymfy z prsní žlázy. Tento chirurgický výkon je jedním z důvodů vzniku otoku stejnostranné horní končetiny sekundárního lymfedému.

3. Lymfedém – lymfatický otok

Jako edém (otok) se označuje zmnožení tekutiny v mezibuněčném prostoru nebo v tělních dutinách. Tkáň se otokem zvětšuje.

Lymfedém, lymfostatický edém, je projevem závažné cirkulační poruchy lymfatického

systému. Porucha odtoku lymfy může být způsobena nádory, které blokují lymfatické

uzliny příslušné oblasti, radikální chirurgickou operací, při které byly odstraněny podpažní uzliny a radiační léčbou. Distálně od výrazné stenózy nebo uzávěru se

v důsledku zvýšeného hydrostatického tlaku dostává tekutina z cév do intersticia a vzniká edém. U dlouhodobého edému se objevuje fibrotizace, zmnožení a zhuštění vaziva ve tkáni.

Pro lymfedém je typické zvětšení objemu postižené oblasti, postupná přestavba měkkých tkání až do fibrózy, tedy nejvyššího stadia lymfedému, tzv. elefantiázy (3).

Nejčastěji se lymfedém vyskytuje na dolních a horních končetinách, postiženy však mohou být všechny oblasti těla (5).

Oproti jiným otokům je pro lymfedém charakteristická vysoká koncentrace bílkovin, které nejsou z důvodů snížené funkce lymfatického systému odváděny z tkání a v důsledku snížené proteolytické aktivity nejsou hromadící se bílkoviny rozkládány. Stázou lymfy dochází k poškození chlopní a endotelu lymfatických cév.

Zvyšuje se jejich propustnost, zpomaluje se tok lymfy a vznikají lymfatické (bílkovinné) zátky. Onemocnění lymfedémem znamená přítomnost nadměrného množství tekutiny s vysokým obsahem bílkovin v mezibuněčném prostoru. Není-li včas zahájena léčba, rozvine se chronický lymfedém se všemi negativními důsledky

na lymfatický systém a okolní tkáň. Toto onemocnění představuje závažný medicínský i celospolečenský problém, vede k výraznému psychosociálnímu handicapu s častou pracovní neschopností až invaliditou. Úspěšnost léčby a zejména snížení rizika komplikací je dána co nejčasnějším stanovením diagnózy a včasnou léčbou.

Toto onemocnění lze přirovnat k jiným závažným, dlouhodobě probíhajícím onemocněním, vyžadujícím odbornou léčbu. Terapie lymfedému, zejména v jeho

pozdních stádiích, je velmi komplikovaná (5).

Lymfologie je medicínský obor, který se zabývá diagnostikou a léčbou otoků lymfatického původu. Jedná se o mladý obor s přesně definovanými léčebnými postupy.

V péči o nemocné s lymfedémem platí multidisciplinární přístup. Léčbu lymfedému

by měl vést, kontrolovat, o způsobu a délce trvání rozhodovat lékař lymfolog.

Důležitá je úzká spolupráce s týmem odborníků v oboru dermatologie, onkologie, psychologie, rehabilitačního lékařství, radiologie a chirurgie.

4. Etiologie – příčiny nemoci

Lymfedém dělíme podle etiologie na primární a sekundární.

Primární lymfedém

Primární lymfedém vzniká v důsledku vrozené poruchy vývoje lymfatického systému. Vývojovou poruchou mohou být postiženy lymfatické cévy nebo lymfatické

uzliny. Může se objevit ihned po narození, v období puberty, po porodu či jiné zátěži

organismu. Obvykle vznikne v periferních částech končetiny, odkud se šíří směrem centrálním (5).

Sekundární lymfedém

Sekundární lymfedém vzniká poškozením lymfatického systému (bloádou

lymfatického řečiště). Za hlavní příčiny poruchy toku lymfy je považován zánět, chirurgický výkon nebo trauma obecně, záření (radioterapie), nádorová infiltrace nebo paraziti.

Lymfedém může vzniknout velmi krátce po chirurgickém zákroku či v průběhu léčby zářením. Častěji se však objevuje i s latencí několika let v důsledku postupného snižování transportní kapacity lymfatického systému v postižené spádové oblasti (4).

Sekundární lymfedém vzniká centrálně od blokády mízního řečiště a odtud se šíří směrem periferním. V tropických oblastech je nejčastější příčinou sekundárního lymfedému parazitární onemocnění filarióza. Paraziti (filarie – dlouzí, vlasovité červi), pronikají do lidského těla kůží, ucpou lymfatické cévy a lymfatické uzliny. Toto onemocnění vede k elefantiáze končetin (3).

V našich podmínkách je nejčastější příčinou sekundárního lymfedému nádorové onemocnění, respektive jeho léčba (5).

Primární lymfedém levé dolní končetiny – elefantiáza.

Sekundární lymfedém dolních končetin u ženy po gynekologické operaci **5. Klinický obraz**

Lymfedém má čtyři stadia

1. stadium - latentní (skrytý) lymfedém

V latentním stadiu lymfedému je pacient objektivně bez klinického nálezu. Otok není patrný. Subjektivně však pacient pociťuje tíži v příslušné oblasti, napětí, tlak.

2. stadium - reverzibilní (přechodný) lymfedém

Dochází k omezení hybnosti postižené strany. Toto stadium může být doprovázeno i

bolestivostí. Lymfatická drenáž je již porušená a transportní kapacita snížena. Otok může přejít do období klidu, které může trvat několik týdnů i let.

Reverzibilní lymfedém je charakterizován kvalitativně stejnými, ale vystupňovanými obtížemi pacienta. Přidává se večerní prosáknutí měkkých tkání postižené oblasti, které do rána bez jakékoli léčby zcela ustoupí.

3. stadium - ireverzibilní (chronický) lymfedém

Ireverzibilní lymfedém je charakterizován trvalým tuhým, bledým, špatně stlačitelným otokem s objektivním omezením hybnosti příslušné krajiny či končetiny.

Otok je patrný přes den, v noci se nezmenšuje, naopak přibývá. Kůže je ztlustělá s chronickým zánětem podkoží, fibrózou, různého stupně.

4. stadium – elefantiáza (sloní noha)

Elefantiáza je charakterizována monstrózním neforemným zvětšením končetiny, kůže je zhrubělá se značnou vazivovou přestavbou podkoží, fibrózou. Dochází k úplnému omezení hybnosti příslušných kloubů. Postižená oblast ztrácí svůj tvar, nabývá na rozměrech a váze. Toto stadium vede až k úplné invaliditě.

6. Komplikace lymfedému

λ Erysipel (růže): bakteriální akutní streptokokový zánět, patří mezi nejčastější kožní komplikace lymfedému. Toto onemocnění může být také prvou známkou poruchy transportní kapacity lymfatického systému bez klinických projevů otoku. Pro pacienta je onemocnění velmi nepříjemné. Projevuje se bolestí, zarudnutím, omezenou hybností postižené oblasti a vysokými teplotami.

λ Interdigitální mykózy: plísňová onemocnění meziprstí.

λ Verrucosis lymphostatica: shluky drobných bradavičnatých útvarů na prstech končetin.

λ Chyloderma: spontánně praskající puchýřky na kůži vyplněné lymfou.

λ Lymphorrea: spontánní prosakování lymfy neporušenou kůží, se může objevit při výraznějším či náhle vzniklém přetlaku lymfy v postižené oblasti.

λ Vzhledem k objemové a zejména váhové asymetrii se objevují potíže neurologické, parestzie, parézy a vertebrogenní obtíže.

λ V důsledku estetického handicapu se mohou objevit psychické problémy, deprese, úzkost, partnerské problémy, sexuologické problémy.

λ Stewart-Treves syndrom: u pacientů s mnohaletým lymfedémem se vyjímečně může vyvinout v lymfostatické oblasti lymfangiosarkom, který se klinicky projevuje tmavě fialovými uzlíky uloženými v kůži a podkoží.

Verrucosis lymphostatica

7. Diagnostika lymfedému

Terapie lymfedému zejména v jeho pozdních stádiích je náročná, někdy dokonce

nemožná. Proto je třeba klást důraz na diagnostiku a léčbu časného latentního stádia

lymfedému.

λ Anamnéza - sběr dat od pacienta má velký význam ke stanovení diagnózy.

Údaje pacienta o osobní a rodinné zdravotní situaci, předchorobí, vlastním onemocnění, nynějších potížích, příčině vzniku a průběhu onemocnění.

λ Vyšetření pohledem, pohmatem a celkové klinické vyšetření lékařem.

λ Laboratorní vyšetření krve.

λ Přístrojové vyšetření pletyzmografie, vyšetření ultrazvukem - k vyloučení otoku jiného původu (žilního, kardiálního, renálního).

λ Speciálně zaměřené vyšetření - izotopová lymfoscintigrafie je v současné době považována za rozhodující vyšetření.

Lymfoscintigrafie je jednoduchá, neinvazivní vyšetřovací metoda s nízkou radiační zátěží. Radiofarmakum aplikované intradermálně nebo subkutánně do požadované oblasti se vstřebává do lymfatických kapilár. Dále je transportováno lymfatickým řečištěm do regionálních lymfatických uzlin. Pomocí gamakamery lze sledovat postup radiofarmaka lymfatickými cévami. Lymfoscintigrafickým projevem lymfedému

je difuzní městnání radiofarmaka v postižené oblasti. Zobrazení cesty lymfatické drenáže je důležité nejen z diagnostických důvodů, ale má i význam pro

lymfoterapeuta, kterému ukáže směr transportu lymfy při provádění efektivní manuální lymfodrenáže (5).

Zátěž záření odpovídá běžnému rtg vyšetření. Před vyšetřením je důležité pacienta s postupem lymfoscintigrafie seznámit. Zvláštní příprava pacienta není nutná.

Doplňující vyšetřovací metody:

λ CT - počítačová tomografie

λ MR - magnetická rezonance

λ PET - pozitronová emisní tomografie

Hlavní známky lymfedému

Otok, který způsobuje asymetrické postižení, je u poruch lymfatické drenáže způsoben lokálními patofyziologickými příčinami a proto se projevuje jako místní zduření měkkých tkání, nejčastěji v oblasti končetin. Otok však můžeme nalézt i na obličeji, hrudníku a v oblasti stěny břišní.

λ Nebolestivý otok měkkých tkání, je typickým příznakem lymfedému. Ve stadiu latentního lymfedému, při komplikaci zánětem nebo při rychlému zvětšení objemu, postižené oblasti bývá přítomna bolestí.

λ Barva kůže zůstává u chronického lymfedému normální. U lymfostatické elefantiazy můžeme nalézt hnědošedé zbarvení kůže. V případě ataky erysipelu nalezneme na kůži typické známky této komplikace.

λ Pitting test - při maximálním tlaku palcem vyšetřujícího na oblast postiženou lymfedémem po dobu 60 vteřin nelze vytvořit v postižené oblasti důlek (5)

8. Léčba lymfedému

Terapie lymfedému musí být vždy komplexní. Pevnou součástí komplexní léčby pacienta s lymfedémem by měla být i psychoterapie zaměřená na získání důvěry pacienta, jeho motivace a spolupráce v procesu léčby.

Základem léčby lymfedému je komplexní fyzioterapie, doplněná dlouhodobou farmakoterapií. V přesně indikovaných případech přichází v úvahu i léčba chirurgická.

Fyzioterapie (komplexní dekongestivní terapie) zahrnuje:

Manuální lymfodrenáž

Manuální lymfodrenáž posiluje zachovalou vstřebávací schopnost a transportní funkci lymfatického systému. Zvyšuje resorpci intersticiální tekutiny. Jedná se o velmi

jemnou hmatovou techniku, zaměřenou na lymfatický systém. Manuální lymfodrenáž

by měla být vždy pacientovi příjemná a po jejím skončení by měl cítit ústup obtíží, které provázejí lymfedém. Cílem manuální lymfodrenáže je zlepšit odtok lymfy z postižené oblasti, zmírnit bolestivé napětí a redukovat lymfatický otok. Manuální lymfodrenáž je založena na přesné hmatové technice a provádí ji po úvodním lékařském vyšetření speciálně školený lymfoterapeut.

Přístrojová pneumatická kompresivní terapie

Přístrojová pneumoterapie je doplňkem manuální lymfodrenáže. Stejně jako manuální lymfodrenáž uvolňuje lymfatický systém. Metoda je založena na přerušované kompresi končetiny a vytváření tlakové vlny, která podpoří lymfatický i žilní systém.

Tato metoda pomocí nafukovacích vícekomorových vaků doplňuje manuální lymfatickou drenáž, na kterou by měla navazovat. Použití přístroje by mělo předcházet uvolnění spádových lymfatických uzlin. U otoků třetího a čtvrtého stadia

je zapotřebí zvýšená udržovací péče. Pokud je pacient nebo rodinný příslušník dostatečně zaškolen v obsluze přístroje, může si přístrojovou lymfatickou drenáž provádět doma sám. Na doporučení onkologa nebo lymfologa zapůjčí zdravotní pojišťovna pacientovi tento přístroj bezplatně.

Absolutní kontraindikace manuální a přístrojové lymfodrenáže

- maligní onemocnění, které nebylo ještě léčeno nebo kde hrozí relaps
- akutní bakteriální nebo virové onemocnění
- horečnaté infekční stavy a hnisavé kožní rány
- akutní astma bronchiale
- srdeční selhávání

Manuální i přístrojová lymfodrenáž se provádí na specializovaných pracovištích proškoleným odborníkem, lymfoterapeutem. Léčba by měla být vždy doporučena a

kontrolována lékařem, lymfologem, a je plně hrazena pojišťovnou, je-li vedena dle medicínských standardů.

Kompresivní bandáž

Dokonalá kompresivní bandáž krátkotažnými elastickými obinadly je nedílnou součástí léčby. Krátkotažná elastická obinadla mají vysoký pracovní a nízký klidový

tlak. Cílem komprese je udržení redukce objemu končetiny, dosaženého kombinací předchozích technik a zlepšení lymfatické drenáže. Při stabilním objemu končetiny ji

nahrazují elastické návleky vyšší kompresivní třídy (III. a IV. třídy) šité na míru.

Speciální gymnastika

Pohybové cvičení a zejména nácvik správného dýchání zlepšují tok lymfy. Jedná se o speciální cviky zaměřené na lymfatický systém.

Cílem cvičení je posílení a protáhnutí svalů, zvýšení kloubní pohyblivosti, tak aby došlo k urychlení toku lymfy z postižené oblasti. Cvičení se provádí vždy s přiloženou

zevní kompresí, aby nedocházelo ke zhoršení otoku.

Cílem fyzioterapie lymfedému je především podpora dosud zachované resorpční schopnosti lymfatického systému, podpora jeho transportní funkce a udržení

dosažené redukce objemu postižené oblasti. Komplexní léčba má dvě fáze. Fáze

redukce otoku, která trvá většinou 4-6 týdnů a probíhá buď ambulantně nebo za hospitalizace u pokročilých a komplikovaných případů a fáze udržovací, nošení elastických návleků, cvičení, péče o kůži a ochranný režim. Dále dle potřeb nemocného.

Udržovací léčba

je dlouhodobá. V případě zhoršení otoku je nutné krátkodobě opakovat i redukční fázi.

Farmakoterapie

Cílem farmakoterapie lymfedému je zvýšení transportní kapacity lymfatického systému, obnovení průchodnosti lymfatických cest, úprava mikrocirkulace, zlepšení

žilního návratu, prevence a léčba komplikací.

Lékové skupiny používané k léčbě lymfedému:

Systémová enzymoterapie

Významnou změnu v přístupu k farmakoterapii lymfedému přineslo použití proteolytických enzymů (enzymů štěpících bílkoviny), aplikovaných perorálně a působících systémově. Tedy v celém organismu. Jde o kombinaci přírodních rostlinných a živočišných enzymů. Tyto léky mají výrazný protizánětlivý a analgetický účinek. Urychlují vstřebávání otoků, zlepšují transportní kapacitu lymfatického systému (5). V České republice registrované přípravky: Wobenzym, Phlogenzym.

Venofarmaka

Primární působení účinku venofarmak je ovlivnění žilního systému. Na lymfatický systém mají účinek sekundární. Jedná se o preparáty rostlinného původu, tzv. flavonoidy. Zvyšují napětí žilní stěny a odolnost cév, podporují odtok mízní tekutiny směrem k srdci a tím zmírňují otoky (Anavenol, Cilkanol, Glyvenol, Venoruton, aj.).

Diuretika

Diuretika se v léčbě lymfedému používají zcela výjimečně. K redukcí objemu lymfedémem postižené oblasti dochází za cenu dehydratace celého organismu s nežádoucími účinky (Moduretic, Furon, Verospiron, aj.).

Analgetika

Analgetika, léky k tišení bolesti, ordinuje lékař zejména při bolestivých komplikacích lymfedému, při vertebrogeních obtížích, a v pooperační léčbě (Algifen, Tramal aj.).

Léky k léčbě komplikací lymfedému

Antibiotika

Jsou léky používané k léčbě infekcí vyvolaných bakteriemi nebo jinými mikroorganismy. V pooperační péči ordinuje lékař antibiotika k prevenci infekčních zánětů.

Antimykotika

Jsou léky proti plísňovým onemocněním - mykózám (např. Nizoral)

Chirurgická léčba lymfedému

Komplexní fyzioterapie v léčbě lymfedému dosahuje velmi dobré výsledky. Přesto se u některých pacientů i přes správně vedenou konzervativní léčbu porucha lymfatické drenáže zhoršuje. Vede k chronickým změnám měkkých tkání s následným zvětšením jejich objemu nejen v důsledku hromadění lymfy, ale i v důsledku růstu tukově-vazivové tkáně (lipohypertrofie).

Indikací k chirurgickému výkonu je selhání dlouhodobé komplexní konzervativní terapie, progresse lipohypertrofie a lipohypertrofie výrazně snižující kvalitu života pacienta, nezbytné trvalé používání elastického návleku a aktivní spolupráce pacienta na léčebném programu (5).

Kontraindikací operačního výkonu jsou obecné chirurgické kontraindikace výkonu, poruchy hemokoagulace a aktivní základní nádorové onemocnění.

Chirurgické léčbě vždy předchází a na ni navazuje léčba konzervativní.

V současnosti používané chirurgické metody

Výkony kauzální

Jedná se o mikrochirurgické operace prováděné pod mikroskopem, jejichž cílem je náhrada poškozených lymfatických cest jinou lymfatickou cévou, žílou nebo transplantátem. Tyto operační výkony jsou náročné a provádí se pouze na několika speciálních pracovištích.

Symptomatické výkony

Symptomatické výkony řeší následky chronického lymfedému tím, že redukují objem postižených měkkých tkání lipohypertrofií. V současné době se používají dva

typy symptomatických chirurgických výkonů:

- Debulking – resekce lokalizovaných oblastí měkkých tkání včetně kůže postižených lipohypertrofií s cílem redukovat jejich objem. Nejčastěji je k tomuto typu výkonu indikována lipohypertrofie na dolních končetinách.

- Liposukce – odsátí lipohypertrofické podkožní tkáně pomocí kovové kanyly. V současné době se liposukce jeví jako nejefektivnější způsob chirurgické léčby

u pacientek s chronickým sekundárním lymfedémem horní končetiny provázeným lipohypertrofií (5). Liposukce je operační technika odstraňující tukovou tkáň z oblasti horní končetiny postižené lymfedémem s cílem odstranit objemovou a váhovou asymetrii, která je příčinou řady dalších obtíží.

Operační výkon je prováděn za standardních podmínek na operačním sále

v celkové anestézii. Operační řezy jsou několikamilimetrové a odsátí tukových buněk

se provádí pomocí liposukční kanyly. Bezprostředně po zákroku jsou operační řezy překryty sterilním krytím a na horní končetinu je přiložena komprese, elastický návlek

a bandáž. Po příchodu ze sálu na standardní oddělení sestra sleduje u pacientek základní

fyziologické funkce. Operovaná horní končetina je podložena do zvýšené polohy a sestra sleduje hybnost, teplotu a barvu prstů horní končetiny. Dbá, aby nedošlo k zařezávání elastické komprese.

Jako prevence zánětlivých komplikací jsou podávána antibiotika. K úlevě od bolesti jsou lékařem ordinována analgetika. K prevenci TEN se aplikuje

nízkomolekulární heparin. Pro zlepšení funkce lymfatického systému a snížení rizika

komplikací při hojení rány je podávána systémová enzymoterapie.

Účelné je zahájit včas vhodnou léčebnou gymnastiku. Edukační činnost a rehabilitační péče má nezastupitelné místo v péči o pacienta po operačním výkonu.

Trvalé pooperační používání kompresivních pomůcek je naprostou podmínkou dosažení dlouhodobého úspěchu léčby (5).

Hospitalizace trvá 5 – 7 dní. Rekonvalescence je proces individuální a závisí na daných schopnostech hojení každého jedince a je i odrazem svědomitosti každého pacienta v dodržování pooperačních pokynů.

9. Sekundární lymfedém horní končetiny u žen po operaci prsu

Karcinom prsu je v současnosti nejčastější zhoubný nádor u žen v České republice. Každoročně je diagnostikováno kolem 5 tisíc nových případů tohoto onemocnění.

Jednou ze závažných komplikací následků léčby tohoto nádorového onemocnění je otok, sekundární lymfedém horní končetiny, vznikající na straně operovaného prsu. Sekundární lymfedém se vyskytne téměř u 40% žen, které podstoupily komplexní terapii karcinomu prsu. Většinu pacientek i v pokročilých stádiích lymfedému lze s úspěchem léčit konzervativní komplexní fyzioterapií. Přibližně u 10% pacientek i přes maximální léčebné úsilí otok neustupuje, narůstá a je příčinou invalidizace i přesto, že po onkologické stránce jsou tyto ženy vyléčeny (4).

Příčinou vzniku lymfatického otoku může být operační výkon, odstranění lymfatických uzlin v axile, radioterapie, zářením poškození mizních cév, či nesprávný

pooperační režim. Lymfedém může vzniknout velmi krátce po chirurgickém zákroku

či v průběhu léčby zářením. Častěji se však objevuje s odstupem několika let v důsledku postupného snižování transportní kapacity lymfatického systému v postižené spádové oblasti. Lymfatický otok může vznikat i na podkladě recidivy nádorového onemocnění, proto je nutné před zahájením léčby otoku i onkologické vyšetření pacientky.

Toto onemocnění způsobuje pacientkám pocit zvýšeného napětí, tíhy a únavu postižené končetiny, bolest, omezení hybnosti, kosmetické potíže. Má na pacientky nepříznivý vliv nejen zdravotní, ale také psychický a sociální.

Sekundární lymfedém pravé horní končetiny u ženy po operaci prsu.

Sekundární lymfedém levé horní končetiny u ženy po operaci prsu

Léčba sekundárního lymfedému horní končetiny

Zásadní pro ovlivnění rozvoje lymfedému je zejména včasnost diagnostiky a zahájení vhodné léčby. Neléčený či nevhodně léčený lymfedém může narůst až do rozměrů, kdy dochází k poruše hybnosti horní končetiny. Lymfatický otok je onemocněním chronické, které vyžaduje každodenní péči.

Většinou léčba pacientky s diagnózou sekundárního lymfedému probíhá

ambulantně. V léčbě převládá fyzioterapie. Pacientka je také trvale dispenzarizována

u svého lymfologa, kam dochází pravidelně na kontroly. V některých případech je nutné volit léčbu za hospitalizace a to zejména v pokročilém stadiu lymfedému, při vzniku komplikací, nebo vyžaduje-li léčba chirurgický zákrok. Vyžaduje-li léčba hospitalizaci, jsou pacientky hospitalizovány ve speciálních rehabilitačních centrech,

kde podstupují každodenní rehabilitační program. K operačnímu výkonu jsou pacientky přijímány na specializované chirurgické pracoviště.

Prevence vzniku sekundárního lymfedému

Prevence vzniku lymfedému, spočívá v identifikaci ohrožených rizikových pacientů, v jejich sledování, včasném zachycení příznaků a zahájení léčby s cílem vrátit a udržet lymfedém v latentním stádiu. Prevence začíná již při provádění diagnostických a léčebných chirurgických výkonů (5).

Správně vedená edukace zdravotní sestrou, zaměřená na prevenci otoku po chirurgickém výkonu a informovanost pacienta, přispívá ke zdárné léčbě.

Úspěšná léčba je podmínkou plnohodnotného života.

Edukační činnost

Edukace, z latinského slova educatio – vzdělávání, výchova, je důležitou složkou vedenou k prevenci sekundárního lymfedému v péči o ženy po operaci prsu.

Vyžaduje individuální, vstřícný a empatický přístup k pacientce ze strany zdravotníků.

Cílem edukace je zlepšit kvalitu života ženy. Minimalizovat riziko vzniku komplikací. Získat pacientku k aktivní spolupráci v udržení svého zdraví. Předat potřebné a důležité informace, vědomosti, zručnosti. Pomáhá osvojit si návyky při úpravě celkové životosprávy a pohybového režimu.

Oblasti edukace

- Péče o operační ránu a jizvu po operaci je důležitá pro prevenci vzniku infekce z okolí. Vždy se provádí aseptické převazy a na operační ránu se přikládá sterilní krytí.

Po zhojení rány pacientku poučíme v oblasti péče o jizvu.

- Péče o kůži, hygiena kůže. Obranná schopnost kožního krytu je v místech s porušenou lymfatickou drenáží výrazně oslabena. O to více je třeba jí věnovat péči. Ta spočívá především v ochraně kůže před poraněním a dostatečnou hydratací organismu jako celku. K hygieně těla je vhodné používat nedráždivé mycí prostředky.

K promazávání kůže používáme pleťová mléka a krémy s pH okolo 5,5. Rána je branou pro vstup infekce do organismu. Jakékoli poškození kožního krytu výrazně zvyšuje riziko lymfedému. Každé poranění je potřeba pečlivě ošetřit. V případě větších poranění je nutné, aby pacientky věděly, že mají vyhledat lékařské ošetření. Doporučují se krátké koupele o teplotě vody okolo 26 C°. Nevhodná je návštěva sauny a horké parní lázně. Teplo nadměrně zvyšuje otok, ale i dlouhodobé působení chladu zhoršuje průtok lymfy.

- Je důležité upozornit pacientku, aby si na horní končetině operované strany nikdy nenechávala provádět odběr krve, měření krevního tlaku, aplikaci

injekcí, lokální umrtvení a akupunkturu. Vysvětlit jí, že se jedná o prevenci poškození lymfatického systému.

- Spánek je pro lidský organismus velmi důležitý. U pacientek po operaci prsu však není vhodné spát na postižené straně. Horní končetinu na operované straně je vhodné podložit polštářem. Elevace končetiny brání vzniku pooperačního otoku a zlepšuje tok lymfy.

- Stravovací a pitný režim. Důraz se klade na zdravou výživu, dodržování optimální hmotnosti, vhodné složení a úprava potravin. Ve stravě by neměl chybět především dostatek ovoce a zeleniny. Konzumaci cukrů, živočišných tuků a soli omezit na minimum. Nevhodné je též kouření, konzumace alkoholických nápojů a černé kávy. Nesmí se opomíjet dostatečný pitný režim. Příjem tekutin by měl být okolo 2,5 až 3 l za den. Z tekutin jsou vhodné pitná voda, minerálky s nízkým obsahem sodíku a ovocné neslazené čaje.

- Oděv je vhodné volit volný, aby nedocházelo k zaškrcování končetin ani jiných částí těla. Důležité je, aby se pacientka cítila dobře.

Ramínka podprsenky by měla být širší, aby nedocházelo k zařezávání prádla do ramene. Vhodné oděvy jsou z přírodních vláken (bavlny). Šperky zvyšují pocit sebejistoty ženy, na operované straně horní končetiny však mohou způsobit otoky. Ruka na operované straně by neměla být ničím zaškrcována.

Epitézy, vnější náhrady prsu, jsou nejjednodušším kosmetickým řešením pro ženy po operaci prsu. Je důležité, aby prsní náhrada nedráždila pokožku pacientky. Se správným výběrem epitézy pomohou pacientce speciální zdravotnické prodejny. V případě, že má pacientka lékařem předepsanou

kompresi horní končetiny je nezbytné ji používat. Je však třeba dát pozor, aby se bandáž ani návlek nezaškrcovaly. Tím by mohlo dojít k zhoršení otoku pod zářezem. Pacientka má každého půl roku nárok na nový elastický návlek, šitý na míru. Tyto pomůcky jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou.

· Včasná a cílená rehabilitace. Přiměřená svalová zátěž podporuje přirozenou resorbci a odtok lymfy. Rozhodujícím faktorem pro tok lymfy je dostatek vhodné pohybové aktivity, tlak svalstva a podkožního vaziva při pohybu. Důležitá je i dechová rehabilitace a nácvik správného držení těla. U pacientek s lymfedémem probíhá pohybová rehabilitace s přiloženou elastickou kompresí. Cvičení nesmí být namáhavé. V poslední době se klade důraz nejen na procvičování postižené oblasti, ale stále více i na cvičení celého těla. Doporučované sporty jsou cyklistika, plavání, aquaterapie a aktivity, při nichž nedochází k větší zátěži. Vhodné jsou procházky, pěší turistika zejména „nordic walking“, chůze s trekovými holemi.

· V domácnosti je zapotřebí dávat pozor na manipulaci s ostrými předměty. Dbát zvýšené opatrnosti při práci se žehličkou, horkou troubou, grilem... Nevhodné je dlouhodobé jednostranné zatížení končetiny jako je žehlení, psaní na počítači... Mezi prací se doporučují častější pauzy a odpočinek. Při úklidu domácnosti, při práci na zahrádce, používat jako ochranu před poraněním gumové rukavice. Nenosit v postižené končetině těžké předměty. Při chovu domácích zvířat dávat pozor na kousnutí či škrábnutí.

Dovolenou je lépe volit v termínu mimo letní sezónu a vyhýbat se oblastem s velkým výskytem bodavého hmyzu. Před účinky slunce používat ochranné krémy s UV filtrem. Pobyt u moře a v horách působí často velmi příznivě,

dlouhé cestování autem, autobusem i letadlem může však otok zhoršit.

Psychologická rehabilitace

Psychologická rehabilitace začíná ihned po stanovení diagnózy. Je důležité poskytnout pacientce dostatek informací o onemocnění a o dalším způsobu léčby.

Obava z onemocnění vyžaduje empatický přístup a psychickou podporu ze strany zdravotníků. Psychologické komplikace strach, úzkost, vyrovnání se s novým stavem, se změnou sebepojetí, s problematikou v partnerských vztazích a sexuálními problémy

pomůže zvládnout pacientce vhodná psychoterapie vedená specialistou a zaměřená na optimalizaci kvality života.

Sociální rehabilitace

Pro pacientku je důležité její opětné zařazení do společnosti. Pracovní aktivita přispívá k duševní a fyzické rovnováze. Zlepšuje též pracovní a sociální aspekty. O vhodné volbě povolání je dobré se poradit se svým lékařem.

Délka pracovní neschopnosti u tohoto onemocnění je individuálně odlišná. Závislá je

především na charakteru onemocnění, věku, celkovém stavu nemocného a druhu zaměstnání. On délce trvání pracovní neschopnosti rozhoduje lékař. Při dobrém celkovém stavu je možné doporučit návrat do zaměstnání. V pokročilých případech,

při neúspěchu správně vedené léčby, při opakovaných dlouhodobých pracovních neschopnostech, a omezuje-li pohyblivost výrazně pacienta i jeho soběstačnost, je onemocnění důvodem k odchodu do invalidního důchodu.

Důsledek invalidity pro nemocného může být negativní, neboť může vést k jeho

psychosociální izolaci a ke snížení kvality života.

Fyzikální rehabilitace

Rehabilitační program má nezastupitelné místo v péči o ženy po operaci prsu.

Fyzioterapie je zahájena co nejdříve po operaci pacientky. Cvičení je zaměřeno na prevenci otoku horní končetiny a k omezení bolestivosti. Důležité je získat ženu k aktivní spolupráci.

Lázeňská léčba

Pokud pacientky s lymfedémem podstoupí lázeňskou léčbu, měly by se poradit předem se svým lékařem, lymfologem, o zařazení vhodných lázeňských procedur.

Při nevhodném postupu by mohlo dojít ke zhoršení otoku. Pokud jsou procedury správně ordinovány, pak pobyt v lázních může výrazným způsobem zlepšit stav otoku i celkovou kondici nemocné. Návrh na lázeňskou léčbu podává reviznímu lékaři ošetřující lékař.

Vhodná lázeňská střediska jsou: Mariánské lázně, Karlovy Vary, Františkovy lázně

Organizace na území České republiky

V naší republice vznikají dobrovolné organizace, na základě zákona č.83/1990Sb.

„O sdružování občanů.“ Jedná se o neziskové, humanitární organizace.

Hlavní cílem je vzájemně si pomáhat a překonávat tak trauma vyplývající ze zdravotního stavu. Předávat si potřebné informace. Ženy zde navazují nová přátelství a získávají ztracené sebevědomí.

Některé organizace na území České republiky

Klub ŽAP

Mamma Help

Liga proti otokům

Liga proti rakovině

10. Závěr

Lymfatický otok je léčitelný a jeho léčba je nezbytná. Úspěšnost léčby a zejména snížení rizika komplikací je dána co nejčasnějším zahájením léčby ve specializovaných pracovištích.

Toto onemocnění lze přirovnat k jiným závažným chronickým onemocněním vyžadujícím pečlivou léčbu. Prognóza lymfedému je příznivá za předpokladu zodpovědného přístupu pacienta k léčebnému režimu. Vyžaduje dlouhodobé, často celoživotní dodržování léčebného opatření (5).

Nezbytné je získat pacientku, aby zaujala aktivní roli v péči o své zdraví. Často se stává, že se právě díky svému handicapu společnosti straní. Účelná a včasná edukace pacientek po operaci prsu, pomůže předcházet mnohdy zbytečným komplikacím.

Při včasné zahájení léčby a při dodržování všech jejích zásad lze dosáhnou u velké většiny nemocných výrazné redukce otoku a vést plnohodnotný život. neschopností, a omezuje-li pohyblivost výrazně pacienta i jeho soběstačnost, je onemocnění důvodem k odchodu do invalidního důchodu.

Důsledek invalidity pro nemocného může být negativní, neboť může vést k jeho psychosociální izolaci a ke snížení kvality života.

Fyzikální rehabilitace

Rehabilitační program má nezastupitelné místo v péči o ženy po operaci prsu.

Fyzioterapie je zahájena co nejdříve po operaci pacientky. Cvičení je zaměřeno na prevenci otoku horní končetiny a k omezení bolestivosti. Důležité je získat ženu k aktivní spolupráci.

Lázeňská léčba

Pokud pacientky s lymfedémem podstoupí lázeňskou léčbu, měly by se poradit předem se svým lékařem, lymfologem, o zařazení vhodných lázeňských procedur.

Při nevhodném postupu by mohlo dojít ke zhoršení otoku. Pokud jsou procedury správně ordinovány, pak pobyt v lázních může výrazným způsobem zlepšit stav otoku i celkovou kondici nemocné. Návrh na lázeňskou léčbu podává reviznímu lékaři ošetřující lékař.

Vhodná lázeňská střediska jsou: Mariánské lázně, Karlovy Vary, Františkovy lázně (5).

Organizace na území České republiky

V naší republice vznikají dobrovolné organizace, na základě zákona č.83/1990Sb.

„O sdružování občanů.“ Jedná se o neziskové, humanitární organizace.

Hlavní cílem je vzájemně si pomáhat a překonávat tak trauma vyplývající ze zdravotního stavu. Předávat si potřebné informace. Ženy zde navazují nová přátelství a získávají ztracené sebevědomí.

Některé organizace na území České republiky

Klub ŽAP

Mamma Help

Liga proti otokům

Liga proti rakovině

10. Závěr druhé části

Lymfatický otok je léčitelný a jeho léčba je nezbytná. Úspěšnost léčby a zejména snížení rizika komplikací je dána co nejčasnějším zahájením léčby ve specializovaných pracovištích.

Toto onemocnění lze přirovnat k jiným závažným chronickým onemocněním vyžadujícím pečlivou léčbu. Prognóza lymfedému je příznivá za předpokladu zodpovědného přístupu pacienta k léčebnému režimu. Vyžaduje dlouhodobé, často celoživotní dodržování léčebného opatření (5).

Nezbytné je získat pacientku, aby zaujala aktivní roli v péči o své zdraví. Často se stává, že se právě díky svému handicapu společnosti straní. Účelná a včasná edukace pacientek po operaci prsu, pomůže předcházet mnohdy zbytečným komplikacím. Při včasné zahájení léčby a při dodržování všech jejích zásad lze dosáhnout u velké většiny nemocných výrazné redukce otoku a vést plnohodnotný život.

Pokud není lymfedém včas léčen, vede ke snížení kvality života, ke zdravotním komplikacím až invaliditě.

Autor kurzu: Jarmila Rabová, Chirurgická klinika 2.LF UK a FN Motol,
přednosta Prof. MUDr. Jiří Hoch, DrSc.

POUŽITÁ LITERATURA:

1. Bechyně, M., Bechyňová, R.: Mízní otok-lymfedém, Phlegomedica, spol.s.r.o.,

Praha 1997,

ISBN 80- 9012981-1

2. Elaine, N., Mallatt, J.: Anatomie lidského těla, CP Books, a.s., Brno, 2005,

ISBN 80-251-0066-9, str. 584-589

3. Mačák, J., Mačáková, J.: Patologie, Grada Publishing, a.s., 2004, ISBN 80-

247-0785-3

str. 84,85,177

4. Wald, M., Sekundární lymfedém po onkologické terapii, Interní medicína pro praxi 2002/5

5. <<http://www.lymfedem.cz>>