

lek. med. Jarosław T. Kozłowski
mgr Ewa Wilkońska

RAK PIERSI TO NIE WYROK

Materiały edukacyjne
dla pacjentów i ich rodzin



CENTRUM ONKOLOGII
ZIEMI LUBELSKIEJ
im. św. JANA z DUKLI

Lublin, 2012

SPIS TREŚCI

3	RAK PIERSI
4	SAMOBADANIE PIERSI
6	RODZAJE RAKA PIERSI
9	LECZENIE CHIRURGICZNE
11	OKRES POOPERACYJNY - ZASADY POSTĘPOWANIA
13	BADANIA KONTROLNE PO MASTEKTOMII
14	REHABILITACJA
18	OBRZĘK LIMFATYCZNY
20	REKONSTRUKCJE PIERSI
22	REKONWALESCENCJA
23	CHEMIOTERAPIA
24	RADIOTERAPIA
25	HORMONOTERAPIA

RAK PIERSI

Rak piersi czyli niekontrolowany i niepohamowany rozwój nieprawidłowych komórek gruczołu piersiowego wykryty we wczesnym stadium może być całkowicie wyleczalny. Jest najczęstszym nowotworem u kobiet na świecie. W Polsce każdego roku wykrywa się 13 tysięcy przypadków. Rak piersi u mężczyzn występuje rzadko (w Polsce 0,5%).

Czynnikami ryzyka są:

- wiek chorej (najczęściej po 50 roku życia),
- nowotwory w rodzinie (w Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej jest Poradnia Genetyczna, która zajmuje się prowadzeniem badań nosicielstwa mutacji genu BRCA 1 i BRCA 2),
- przyjmowanie środków antykoncepcyjnych,
- wczesna pierwsza miesiączka (przed 12 rokiem życia),
- późny wiek menopauzy (po 55 roku życia),
- hormonalna terapia zastępcza HTZ (powyżej 5-7 lat),
- późne rodzenie pierwszego dziecka (po 30 roku życia),
- styl życia (nadwaga, alkohol, tytoń, mała aktywność fizyczna).

Rak piersi we wczesnym etapie nie daje żadnych objawów.

Dlatego ważna jest profilaktyka pierwotna i wtórna. Regularne samobadanie piersi raz w miesiącu pomoże zaznajomić się z prawidłowym wyglądem piersi. Badanie najlepiej przeprowadzić tydzień po miesiączce (piersi nie są obrzmiałe i tkliwe w dotyku) czy w wybranym dniu miesiąca w przypadku kobiet niemiesiączkujących.

SAMOBADANIE PIERSI

1. Stań przed lustrem z rękami opuszczonymi wzdłuż ciała, potem oprzyj ręce na biodrach, następnie unieś ręce w górę i oprzyj na głowie. W tych pozycjach bacznie oglądasz piersi.
2. Następnie, trzymając jedną rękę za głowę, drugą ręką badasz pierś, którą delikatnie uciskasz, poczynając od brodawki, powoli ruchem okrężnym idziesz na zewnątrz i dochodzisz do pachy, którą również skrupulatnie badasz.
3. Teraz delikatnie uciskasz brodawki sutkowe, aby sprawdzić czy pojawia się wydzielina lub krew.

Niepokojące objawy to:

- zmiana wielkości piersi,
- wciągnięta, zniekształcona brodawka,
- zmiany koloru brodawki lub skóry piersi,
- pojawienia się wydzieliny, wysypki,
- powiększenie się węzłów chłonnych pod pachą,
- guz,
- pomarszczenie skóry piersi,
- owrzodzenie skóry piersi.

Wykrycie tych zmian nie musi oznaczać obecności raka, ale wymaga konsultacji ze specjalistą i w tym przypadku należy zgłaszać się systematycznie do naszej Poradni Chirurgii Onkologicznej czy Poradni Profilaktyki Chorób Piersi. Tutaj pacjenci mają możliwość uczestniczenia w pełnoprofilowej diagnostyce raka piersi w ośrodku wysoce specjalistycznym.

Także Ośrodek Profilaktyki Nowotworów COZL prowadzi badania przesiewowe (skriningowe) i dzięki współpracy z zespołem chirurgów możliwe jest jak najszybsze wykrycie raka.

Po zgłoszeniu się Pacjentki do specjalisty przeprowadzi on rozmowę (wywiad lekarski), a następnie zbada piersi oraz doty pachowe, poszukując nieprawidłowości.

Wykorzystuje się również następujące badania dodatkowe w przypadku wykrycia niepokojących zmian:

- **badania obrazowe:** mammografia - MMG, ultrasonografia - USG, rezonans magnetyczny - MRI;
- **biopsja guza:** BAC - biopsja aspiracyjna cienkoigłowa (cienką igłą), biopsja gruboigłowa (grubą igłą w znieczuleniu miejscowym), biopsja chirurgiczna - wycinek lub wycięcie zmiany;
- **badania laboratoryjne:** markery nowotworowe - CA15-3, CA-125.

Zmiany zweryfikowane podczas wymienionych badań określają czy mamy do czynienia z guzem łagodnym:

- torbiel,
- brodawczak wewnątrz przewodowy (objaw - wydzielina z brodawki sutkowej),
- gruczolakowłókniak (twardy, przesuwalny guzek u młodych kobiet),
- mastopatia (zwłóknienie torbielowato-włókniste),
- stan zapalny, ropień sutka czy z guzem złośliwym (rak).

W przypadku, gdy potwierdza się rozpoznanie raka piersi, biorąc pod uwagę badanie fizykalne, obrazowe i laboratoryjne, można wówczas zindywidualizować leczenie pacjentki, o czym decyduje zespół wielodyscyplinarny Centrum Onkologii.

Leczenie to zależne jest od:

- stopnia zaawansowania nowotworu,
- postaci histopatologicznej,
- obecności receptorów hormonalnych (ER, PGR, HER 2),
- wieku chorej,
- stanu ogólnego i chorób dodatkowych.

W zależności od zaawansowania choroby, jak już wyżej wspomniano, chorzy leczeni są operacyjnie lub poddawani chemioterapii, radioterapii czy hormonoterapii. Kolejność działań leczniczych i ich konfiguracja jest ustalana po konsultacjach specjalistycznych w naszym Centrum Onkologii.

RODZAJE RAKA PIERSI

Nowotwory złośliwe piersi dzieli się na dwie główne grupy:

1. Rak in situ (przedinwazyjny)

- DCIS (Ductal Carcinoma In Situ) rak przewodowy - nie nacieka, nie daje przerzutów odległych, ogranicza się do pierwotnego ogniska w nabłonku przewodów mlekowych - dobre rokowanie.
- LCIS (Lobular Carcinoma In Situ) rak zrazikowy - nie nacieka, nie daje przerzutów odległych, ogranicza się do pierwotnego ogniska w nabłonku zrazików w piersi - dobre rokowanie.

2. Rak inwazyjny (naciekający)

- Carcinoma ductale infiltrativum (rak przewodowy) - 80% przypadków raka naciekającego - większe ryzyko zajęcia węzłów chłonnych i odległych przerzutów - gorsze rokowanie.
- Carcinoma lobulare infiltrativum (rak zrazikowy) - 5-10 przypadków raka naciekającego - większe ryzyko zajęcia węzłów chłonnych i odległych przerzutów - gorsze rokowanie.

Stopień zaawansowania nowotworu określa się za pomocą klasyfikacji TNM.

T - tumor, czyli wielkość guza,

N - node, czyli stopień zajęcia węzłów chłonnych pachowych,

M - metastasis, czyli obecność lub brak przerzutów odległych.

W zależności od rozmiaru guza określa się cechę T:

- **Tis** - (DCIS, LCIS, rak Pageta) guz przedinwazyjny,
- **T1** - do 2cm,
- **T2** - od 2 do 5cm,
- **T3** - powyżej 5cm,
- **T4** - naciekanie skóry piersi lub ściany klatki piersiowej.

W zależności od zajęcia węzłów chłonnych pachowych określa się cechę N:

- **N0** - brak przerzutów do węzłów pachy,
- **N1** - przerzuty do węzłów pachy ruchomych po stronie guza (w tym przerzuty do węzła wartowniczego, co w chwili obecnej obliguje chirurga do wycięcia wszystkich węzłów pachowych, o czym szerzej w dalszej części),
- **N2** - przerzuty do węzłów pachy nieruchomych (pakiety) po stronie guza,
- **N3** - przerzuty do węzłów pachowych, piersiowych, wewnętrznych, podobojczykowych i nie wyklucza się dalszych przerzutów.

W zależności od występowania przerzutów odległych określa się cechę M:

- **M0** - brak przerzutów,
- **M1** - rak z przerzutami.

Biorąc pod uwagę powyższe cechy, określa się stadia zaawansowania nowotworu piersi:

Stadium 0 - guz nieinwazyjny, nie nacieka zdrowych tkanek piersi;

Stadium I - guz inwazyjny, nacieka zdrowe tkanki piersi, ma do 2cm, nie ma przerzutów do węzłów pachowych;

Stadium II - guz inwazyjny, nacieka zdrowe tkanki piersi, ma od 2 do 5cm, mogą być przerzuty do węzłów pachowych;

Stadium III - guz inwazyjny, nacieka zdrowe tkanki piersi, ma powyżej 5cm, są przerzuty do węzłów pachowych czy do piersiowych wewnętrznych;

Stadium IV - guz daje przerzuty do innych narządów, na przykład płuca czy kości.

Kolejnym etapem oceny nowotworu piersi jest określenie biologicznych cech guza przez histopatologa pod mikroskopem czyli stopnia złośliwości histologicznej raka (ang. Grading - ocenia się wygląd komórek) i tak cecha:

- **G1** - mały stopień złośliwości, komórki rosną wolniej, małe prawdopodobieństwo przerzutów;
- **G2** - średni stopień złośliwości, komórki rosną szybciej, większe prawdopodobieństwo przerzutów;
- **G3** - największy stopień złośliwości, komórki rosną najszybciej,

Kolejną cechą biologiczną braną pod uwagę jeżeli chodzi o istotne znaczenie w leczeniu, jest obecność lub brak receptorów na komórkach rakowych (ER, PGR, HER 2).

Stwierdzono, iż pewne komórki raka piersi cechują się występowaniem dużej liczby receptorów dla niektórych hormonów, a to wpływa na ich czynność i wzrost. Są to:

- **ER** – receptory estrogenowe,
- **PGR** – receptory progesteronowe,
- **HER2** – receptory ludzkiego naskórkowego czynnika wzrostu 2.

W przypadku stwierdzenia, że komórki guza wykazują dużą liczbę takich receptorów zostanie to opisane przez histopatologa jako dodatnia reakcja (ER +++, PGR +++, HER 2 +++) . Wówczas u takich kobiet stwierdza się bardzo dobrą odpowiedź na tak zwane leczenie hormonalne (hormonoterapię).

W Oddziale Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli zespół specjalistów wykonuje szereg operacji z powodu raka piersi. Jest to jedna z metod leczenia skojarzonego tego nowotworu.

W zależności od zaawansowania choroby chorzy leczeni są operacyjnie lub poddawani chemioterapii, radioterapii czy hormonoterapii.

W zależności od przypadku stosuje się leczenie w różnej kolejności, o czym decyduje wielodyscyplinarny zespół specjalistów Centrum Onkologii na podstawie zaawansowania nowotworu i stanu ogólnego pacjenta

LECZENIE CHIRURGICZNE

Leczenie chirurgiczne wykonywane w Oddziale Chirurgii Onkologicznej COZL.

1. **Nowotwory przedinwazyjne** (nienaciekające - DCIS, LCIS, Rak Pageta). Usuwa się zmianę widoczną w mammografii czy wyczuwalny guz (leczenie oszczędzające po wyrażeniu zgody przez pacjentkę). Niekiedy wykonuje się amputację piersi i biopsję węzła wartowniczego. Wskazania określa specjalista. Leczeniem uzupełniającym jest radioterapia w przypadku leczenia oszczędzającego i hormonoterapia.
2. **Nowotwory inwazyjne** (naciekające - Raki: przewodowy, zrazikowy, cewkowy, rdzeniasty, śluzowotwórczy, brodawkowaty). Usuwa się zmianę widoczną w mammografii czy wyczuwalny guz (leczenie oszczędzające po wyrażeniu zgody przez pacjentkę).

Jeżeli nowotwór ma do 3cm wykonuje się operację oszczędzającą (WLE ang. Wide Local Excision i BCT ang. Breast Conserving Treatment) czyli usuwa się guz z fragmentem zdrowych tkanek. Po tej operacji zawsze stosuje się radioterapię. W tym celu oznacza się klipsami miejsce po guzie, aby radioterapeuta miał wiedzę, jaka była lokalizacja nowotworu, co jest konieczne do zaplanowania leczenia napromienianiem.

Jeżeli nowotwór ma więcej niż 3cm wykonuje się usunięcie gruczołu piersiowego czyli amputację piersi lub jeśli to możliwe i pacjentka jest zdeterminowana, stosuje się chemioterapię przedoperacyjną (neoadjuwantową), guz się zmniejsza do wielkości umożliwiającej zastosowanie zabiegu oszczędzającego.

Gdy takie postępowanie nie jest możliwe ze względu na zaawansowanie nowotworu wykonujemy:

- **amputację prostą** czyli usunięcie całej piersi z powięzią mięśnia piersiowego większego wraz z brodawką i otoczką;
- **amputację podskórną** z pozostawieniem skóry, otoczki i brodawki (wskazania określa specjalista).

Jeżeli stwierdzono komórki rakowe w węzłach chłonnych jamy pachowej wykonujemy jednocześnie usunięcie wszystkich węzłów pachowych po stronie guza (limfadenektomię pachową).

Jeżeli węzły nie są powiększone, czyli nie są potwierdzone przerzuty w badaniu fizykalnym, to przed zabiegiem, jeżeli stwierdzi się nowotwór w piersi, wykonuje się badanie zwane limfoscyntyografią.

Lokalizuje się w ten sposób węzeł wartowniczy pachy po stronie guza i następnie usuwa się go podczas operacji (SNB - ang. Sentinel Node Biopsy). Jest to pierwszy węzeł na drodze spływu chłonki z guza do pachy. Ten węzeł jest badany śródoperacyjnie przez histopatologa, gdy pacjent jest znieczulony na stole operacyjnym.

W przypadku stwierdzenia przerzutu wszystkie węzły chłonne pachowe są usuwane.

Jeżeli nie stwierdza się komórek rakowych, zabieg kończy się i pacjent jest wybudzany z narkozy. Operacja tego rodzaju z pobraniem tylko węzła wartowniczego ma na celu zapobieganie wystąpieniu obrzęku limfatycznego charakterystycznego dla pacjentek, u których usunięto wszystkie węzły chłonne pachy.

OKRES POOPERACYJNY - ZASADY POSTĘPOWANIA

Tuż po zabiegu chora wraca do naszego Oddziału Chirurgicznego i jest pod stałą opieką pielęgniarsko-lekarską. Są podawane płyny dożylnie, leki przeciwbólowe, leki przeciw chorobie zakrzepowo-zatorowej czy dodatkowe specyfiki, zgodnie z kartą zleceń pacjentki, zaordynowanych przez lekarza prowadzącego. W przypadku jakichkolwiek dolegliwości czy problemów uczulamy pacjentki aby jak najszybciej zgłosić ten fakt.

W pierwszych dniach po zabiegu, zwłaszcza po amputacji piersi z usunięciem węzłów chłonnych pachy problemem jest ból zarówno fizyczny jak i psychiczny. Pierwszy jest likwidowany poprzez podawanie odpowiednich leków czy rehabilitację fizyczną. Przy drugim ważne jest wsparcie i akceptacja rodziny, przyjaciół jak również psychologa, który pracuje w Naszym Oddziale (rehabilitacja psychiczna).

Po wymienionych zabiegach utrzymywany jest drenaż rany aby umożliwić wypływ gromadzącej się treści krwistej czy chłonnej tuż po zabiegu. Po amputacjach piersi tudzież operacjach usuwania węzłów chłonnych pachy dren może być konieczny jeszcze przez długi okres po zabiegu (do 2-4 tygodni). Jest to spowodowane przecięciem połączeń dróg chłonnych i następnie wydzielaniem chłonki. Jest to oczywiście sprawa indywidualna u każdej pacjentki.

Jeżeli chora jest wypisana z oddziału z drenem i butelką, wówczas należy zastosować się do zasad których ustnie udzieli pielęgniarka.

Postępowanie z butelką drenującą wygląda następująco:

1. umyć ręce,
2. zacisnąć dren,
3. odłączyć butelkę od drenu,
4. naciskając butelkę wylać płyn i zgiąć butelkę celem usunięcia powietrza i wytworzenia próżni,
5. zdezynfekować spirytusem salicylowym końcówkę drenu i końcówkę butelki,
6. zgniecioną butelkę połączyć z drenem,
7. zwolnić zacisk na drenie,
8. umyć ręce.

Czasami należy usunąć dren wcześniej ze względu na stan zapalny wokół miejsca przechodzenia drenu przez skórę. Uniemożliwia to odpływ chłonki, która zbiera się podskórnie. Wówczas należy okresowo zgłaszać się do Naszej Poradni Chirurgicznej celem wykonania punkcji.

W czasie pobytu w Oddziale prowadzone są pierwsze ćwiczenia rehabilitacyjne - grupowe, aby pokazać jak je wykonywać później w domu. Prowadzona jest również edukacja co do sposobu postępowania po wypisaniu pacjentki ze szpitala. Udzielane są informacje co do sposobu i czasu kontaktowania się z personelem w ramach kontroli pooperacyjnej, odbierania wyników badań, dalszego postępowania leczniczego.

Wszystkie pacjentki są konsultowane przez zespół specjalistów chirurgii, chemioterapii i radioterapii ("kominek konsultacyjny") i dzięki temu każda chora ma wiedzę co do dalszego leczenia uzupełniającego w Naszym Centrum Onkologii.

Ważnym aspektem dla chorej jest powstała po zabiegu blizna. Wymagana jest jej odpowiednia higiena i pielęgnacja. Nie powinna być narażana na działanie niskich, ani wysokich temperatur. Zaleca się unikanie podrażnień mechanicznych czy chemicznych. Można stosować różne specyfiki w postaci maści, aby bliznę zminimalizować.

Następną ważną rzeczą o której należy pamiętać to noszenie protezy oraz specjalnej bielizny, co korzystnie wpływa na prawidłową postawę.

Protezy są dostępne w specjalnych sklepach z zaopatrzeniem ortopedycznym. Podstawowe protezy wydawane są bezpłatnie na wniosek wystawiony przez chirurga lub lekarza onkologa. Okres refundacji czyli możliwość wymiany protezy przysługuje raz na 2 lata.

Protezy są silikonowe jedno- i wielowarstwowe. Pacjentki uprawiające sport mają możliwość otrzymania specjalnych protez.

BADANIA KONTROLNE PO MASTEKTOMII

Po amputacji piersi (mastektomii) chore koniecznie przechodzą badania kontrolne podczas systematycznych wizyt ustalanych indywidualnie. Polska Unia Onkologii zaleca aby przeprowadzać poszczególne badania z konkretną częstotliwością o ile lekarz nie zaleci inaczej.

I tak:

1. Samobadanie

- co miesiąc

2. Badanie fizykalne (lekarskie)

- pierwsze 2 lata - co 3 miesiące
- 2 - 5 lat - co pół roku
- powyżej 5 lat - co roku

3. Mammografia

- co rok
- w przypadku BCT (leczenie z zachowaniem piersi)
- pierwsze badanie po pół roku

4. Badanie ginekologiczne

- co rok

5. RTG, USG, scyntygrafia, badania laboratoryjne, markery

- tylko ze wskazań indywidualnych

6. Profilaktyka osteoporozy

- co rok

REHABILITACJA

Już w czasie pobytu w 1 dobie po operacji rozpoczyna się rehabilitacja pacjentki. Jest to długotrwały, ciągły proces który ma na celu zmniejszyć niepożądane skutki choroby i jej leczenia, a to poprzez działania zapobiegawcze czyli profilaktykę obrzęku limfatycznego, profilaktykę przeciwzakrzepową. Nie tylko u pacjentek po amputacjach piersi, ale również po zabiegach oszczędzających (BCT) konieczne jest usprawnianie narządu ruchu, gdzie stosowana jest radioterapia i chemioterapia mające swoje skutki uboczne.

Rehabilitacja fizyczna to likwidacja następstw leczenia chirurgicznego, chemioterapii i radioterapii.

Do następstw fizycznych zalicza się:

- utrata piersi bądź jej części,
- ograniczenie ruchomości w stawach obręczy barkowej kończyny górnej,
- zmniejszenie siły mięśniowej,
- wady postawy (zwłaszcza u kobiet z dużymi piersiami - uniesienie lub obniżenie barku, przygarbienie, odstawanie łopatki),
- obrzęk limfatyczny kończyny,
- długotrwały ból okolicy operowanej.

Następstwa w sferze psychicznej to lęk przed kalectwem i śmiercią, rozbiciem rodziny.

Formy pomocy w tym zakresie to:

- doradztwo (wysłuchanie chorej i udzielenie pomocy w zrozumieniu nowej sytuacji),
- psychoterapia (indywidualna czy grupowa) - psychoedukacja wspomagająca dla chorych i ich rodzin,
- relaksacja (różne formy pomocy w radzeniu sobie ze stresem).

Cele rehabilitacji

Biorąc pod uwagę powyższe celem rehabilitacji jest zmniejszenie tych następstw poprzez:

- zwiększenie zakresu ruchów w stawach obręczy barkowej (przeciwdziałanie przykurczom),
- zwiększenie siły mięśniowej,
- poprawa postawy,
- likwidacja obrzęku limfatycznego,
- przekonanie pacjentki do celowości rehabilitacji, akceptacji zmienionych warunków życia,
- powrót do pracy zawodowej i spełnienie się w życiu rodzinnym i małżeńskim.

Zaraz po operacji należy rozpocząć rehabilitację od ćwiczeń prostych.

W 1 dobie należy wykonywać ćwiczenia:

- ruchy palców dłoni - zginanie i prostowanie,
- ruchy przywodzenia i odwodzenia palców,
- ruchy palców imitujące pisanie na maszynie,
- zaciskanie dłoni,
- podnoszenie kończyny w górę w skos i wstrząsanie jej w górze (strzępywanie).

Zaraz po operacji umieszcza się kończynę na specjalnym trójkątnym klinie (ułatwia to przepływ chłonki, odciąża rękę). Zaleca się podobne utrzymywanie ręki w domu w trakcie odpoczynku lub podczas snu.

Ćwiczenia w których pacjentki biorą udział w Oddziale powinny kontynuować w domu. Pierwsze ćwiczenia są w odciążeniu. W tym celu można domowym sposobem przygotować stanowisko do ćwiczeń do czego potrzebne będą krzesło z oparciem, hak do którego mocujemy bloczek i linka do trzymania rąk (podobne stanowisko do ćwiczeń jest na Naszym Oddziale). W takim podwieszeniu wykonuje się ćwiczenia obręczy barkowej zaprezentowane przez rehabilitanta.

Należy ćwiczyć tym sposobem co najmniej 10 minut, wdychając przez nos, a wydychając ustami. Potem ważny jest automasaż o którym w dalszej części poradnika.

Przedstawię pokrótce ćwiczenia, które należy wykonywać w warunkach domowych. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości Nasze Pacjentki mogą porozumieć się z lekarzami lub rehabilitantami Ośrodka Rehabilitacji Centrum Onkologii, aby skonsultować się co do rodzaju ćwiczeń bądź wziąć w nich bezpośredni udział w ramach współpracy z Ośrodkiem po uzyskaniu skierowania.

Przedstawię kilka ćwiczeń początkowych do wykonania w domu.

Potrzebne do ćwiczeń:

- swobodne ubranie,
- krzesło z oparciem,
- przybory - kijek 1,5m,
- czas 30 minut.

Ćwiczenie 1.

- Siądź na krześle, miej oparte plecy i trzymaj przed sobą kijek.
- Unoś ręce do góry jak najwyżej i powrót.
- Powtórz 4-5 razy. Strzeżenie kończyny w górze.

Ćwiczenie 2.

- Pozycja jak wyżej.
- Ramiona z kijem z przodu i przesuwamy raz w lewo, raz w prawo.
- Powtórz 4-5 razy. Strzeżenie kończyny w górze.

Ćwiczenie 3.

- Stań w rozkroku, ramiona z kijem w dole przed sobą.
- Przenieś wyprostowane ręce w górę i opuść po klatce piersiowej do kolan.
- Powtórz 4-5 razy. Strzeżenie kończyny w górze.

Ćwiczenie 4.

- Postawa jak wyżej.
- Przenoszenie ramion zgiętych w łokciu po brzuchu i klatce w górę i zatoczenie koła.
- Powtórz 4-5 razy. Strzeżenie kończyny w górze.

Ćwiczenie 5.

- Pozycja jak wyżej.
- Podnieś wyprostowane ramiona do góry-wdech.
- Opuść wyprostowane ramiona-wydech.
- Powtórz 4-5 razy. Strzeżenie kończyny w górze.

Ćwiczenie 6.

- Pozycja jak wyżej.
- Podnieś ręce w górę, załóż kijek przez głowę na kark, łokcie do siebie i powrót.
- Powtórz 4-5 razy. Strzeżenie kończyny w górze.

Ćwiczenie 7.

- Pozycja jak wyżej.
- Złap na końcach kijek i wypychaj na bok rękę po stronie operowanej.
- Powtórz 4-5 razy. Strzeżenie kończyny w górze.

Ćwiczenie 8.

- Stań w rozkroku, ramiona z kijem w dole za plecami podchwytyjąc od dołu kijek.
- Odchylaj proste ręce w tył.
- Powtórz 4-5 razy. Strzeżenie kończyny w górze.

Ćwiczenie 9.

- Pozycja jak wyżej.
- Unoś zgięte w łokciach ręce jak najwyżej-ściągnięcie łopatek-wdech.
- Powrót-wydech.
- Powtórz 4-5 razy. Strzeżenie kończyny w górze.

Przedstawione przykłady ćwiczeń jak również inne, które można było zaobserwować podczas pobytu w Oddziale lub uczestnicząc w zajęciach w Ośrodku Rehabilitacji, mają między innymi na celu poprawę sprawności fizycznej zwłaszcza kończyn górnych oraz przeciwdziałanie obrzękowi limfatycznemu.

Pierwsze ćwiczenia konieczne należy wykonywać po konsultacji z osobą rehabilitującą-specjalistą.

W celu dokładnego zapoznania z ćwiczeniami odsyłamy właśnie Nasze Pacjentki do Ośrodka Rehabilitacji, gdzie profesjonalnie przygotowany zespół otoczy opieką chorą, proponując konkretny zestaw ćwiczeń.

OBRZĘK LIMFATYCZNY

Obrzęk limfatyczny to gromadzenie się chłonki w tkance podskórnej, które powstaje w wyniku niewydolności układu chłonnego, a w tym przypadku spowodowany jest usunięciem węzłów chłonnych. Ryzyko pojawienia się obrzęku zwiększa się po zastosowaniu dodatkowej formy leczenia jaką jest radioterapia.

Czynnikami sprzyjającymi powstaniu obrzęku limfatycznego są:

- ograniczenie aktywności ruchowej lub jej nadmiar,
- nadwaga,
- dieta,
- styl życia.

Żeby nie doszło do powstania obrzęku należy zastosować kilka rad:

- nie przeciążać kończyny operowanej długotrwałą pracą,
- nie uciskać kończyny (obcisłe rękawy, zegarek, mierzenie ciśnienia),
- nie wykonywać zastrzyków, szczepień, pobierania krwi z tej kończyny,
- unikać szarpnięć, dźwigania, przegrzewania (gorące kąpiele), opalania,
- unikać urazów,
- nie przybierać na wadze - otyłość sprzyja obrzękowi,
- nosić dobrze dopasowaną protezę i bieliznę,
- nie spać na kończynie operowanej,
- stosować wysokie ułożenie kończyny podczas snu, wypoczynku, pracy (klin, podkładki pod całą kończynę),
- nosić protezę - unika się nieprawidłowej postawy,
- mierzyć obwody kończyny, aby kontrolować obrzęk,
- stosować automasaż i gimnastykę.

AUTOMASAŻ

Automasaż działa przeciwobrzękowo i stosuje się go profilaktycznie jak również w leczeniu.

Należy usprawniać przepływ chłonki poprzez:

- wykonywanie masażu przez 10 minut dziennie,
- każdy rodzaj rozpoczynamy od łokcia, potem od nadgarstka zawsze w kierunku do siebie, powtarzając 5-6 razy,
- do masażu należy używać specjalnego kremu lub oliwki.

Masaż wykonuje się w kolejności ruchów na które składają się (zgodnie z tym co było pokazane podczas ćwiczeń w Naszym Oddziale):

1. głaskanie,
2. rozcieranie (zakreślając koła i elipsy - łańcuszek),
3. ugniatanie,
4. wyciskanie,
5. rozcieranie ręki,
6. wstrząsanie - strzepywanie.

REKONSTRUKCJE PIERSI

Po amputacji piersi (mastektomii) można wykonać rekonstrukcję piersi. Oczywiście decyzję podejmuje pacjentka biorąc pod uwagę stan swojego zdrowia, determinację, efekt konsultacji z rodziną, przyjaciółmi, lekarzem czy z grupą wsparcia dla osób z rakiem piersi (Klub Amazonek).

Wykonuje się rekonstrukcję:

1. **Jednoczasową** - w trakcie tej samej operacji co mastektomia
2. **Odroczoną** - po tygodniach, miesiącach czy latach od amputacji piersi.

Może być wykonana z zastosowaniem:

1. **Ekspandera tkankowego i endoprotezy piersiowej** (dwuetapowa operacja z zastosowaniem implantu żelowego bądź wypełnionego solą fizjologiczną).

Rodzaj endoprotezy, jej wielkość i kształt, umiejscowienie (podmięśniowe czy podgruczołowe) oraz miejsce nacięcia ustala chirurg biorąc pod uwagę życzenia pacjentki oraz możliwości techniczne wykonania zabiegu u chorej.

Technika zabiegu:

Pod skórą klatki piersiowej umieszcza się ekspander, który rozciąga skórę przygotowując ją do wszczepienia endoprotezy. Rozciąganie trwa co najmniej kilka tygodni poprzez wstrzykiwanie roztworu soli fizjologicznej przez specjalną podskórną zastawkę. Po uzyskaniu odpowiedniej przestrzeni dla odpowiedniej endoprotezy, przeprowadza się drugą operację. Usuwa się wtedy ekspander i wszczepia endoprotezę.

1. Własnych tkanek kobiety. Stosuje się płaty uszypułowane czyli mające łączność z tułowiem poprzez zachowane naczynia.

TRAM - z mięśnia prostego brzucha (przenosi się fragment tkanek z brzucha i przesuwa się go na klatkę piersiową formując pierś)

LD - z mięśnia najszerszego grzbietu (przenosi się fragment tkanek z pleców i przesuwa się go na klatkę piersiową formując pierś).

Należy mieć świadomość iż techniki te pozostawiają blizny na brzuchu lub plecach oraz z czasem blizny na zrekonstruowanej piersi.

Można wykonać kombinację obu tych metod rekonstrukcji to jest założenia protezy i zastosowania płata uszypułowanego.

Po dopasowaniu odpowiedniej techniki operacyjnej efekt estetyczny będzie zadowolający.

Należy oczywiście pamiętać o ograniczonych możliwościach chirurgii plastycznej i rekonstrukcyjnej i zdawać sobie sprawę, że w wielu przypadkach dokładne odtworzenie piersi jest niemożliwe.

Obie piersi mogą różnić się wielkością czy kształtem.

W przypadku znacznych asymetrii przeprowadza się zabieg plastyczny korygujący pierś zdrową do zrekonstruowanej. Należy skrupulatnie skonsultować się ze specjalistą Naszego Oddziału, który wyjaśni wiele kontrowersji.

Niebagatelną sprawą w tej kwestii jest również rozmowa z Naszym Psychologiem.

REKONWALESCENCJA

Po zabiegu rekonstrukcji z zastosowaniem endoprotezy pierś do 3 dni jest obrzęknięta i bardzo wrażliwa. Oczywiście różny jest okres powrotu do zdrowia u każdej kobiety.

Lekką aktywność należy podjąć około tygodnia po zabiegu, natomiast do powrotu pełnej aktywności potrzebny jest czas około 1 miesiąca. Ważne jest noszenie specjalnej bielizny uciskowej zapewniającej podtrzymywanie piersi. Przez co najmniej 2 tygodnie należy unikać wysiłku fizycznego, możliwe są tylko specjalne ćwiczenia polegające na masażu. Każdy zabieg chirurgiczny niesie ze sobą ryzyko komplikacji związanych ze znieczuleniem, a także infekcji, opuchlizny, zaczerwienienia, krwawienia oraz bólu. Oczywiście w przypadku jakichkolwiek niepokojących zmian należy niezwłocznie skonsultować się z lekarzem prowadzącym.

Do komplikacji po wszczępieniu endoprotezy zalicza się:

- infekcja (wysoka gorączka, zaczerwienienie, obrzęk),
- pęknięcie/opróżnienie implantu (uraz, mocny ucisk),
- przykurcz torebkowy (tkanka bliznowata wokół endoprotezy twardnieje nadmiernie),
- ból,
- niezadowolenie z efektu kosmetycznego,
- krwiak, nagromadzenie się płynu surowiczego,
- zaburzenia czucia w obrębie brodawki i piersi,
- opóźnione gojenie rany,
- wypchnięcie protezy.

Jeżeli pacjentka nie zdecyduje się na zabieg rekonstrukcji piersi, powinna zaopatrzyć się w zewnętrzną protezę piersiową, którą wkłada się do biustonosza. Protezy te są dostępne w różnorodnych kształtach i rozmiarach oraz wykonane są z różnych materiałów jak pianka, bawełna czy silikon. Można zatem dopasować protezę dokładnie do rozmiaru i kształtu biustu.

Leczenie chirurgiczne raka piersi jest jednym ze zintegrowanych sposobów leczenia systemowego.

CHEMIOTERAPIA

Kolejnym jest chemioterapia, która polega na niszczeniu komórek nowotworowych. Można ją stosować zarówno przed jak i po leczeniu operacyjnym oraz jako osobną metodę leczenia.

Leki stosowane w chemioterapii specjalista dobiera w zależności od rodzaju choroby nowotworowej, masy ciała, wzrostu, a także wyników badań krwi. Chemioterapia może być podawana w różnych cyklach w zależności od preparatu. Najczęściej stosuje się sześć kursów leczenia w odstępach czterech tygodni lub 4-6 wlewów w odstępach trzech tygodni.

Powikłaniami po chemioterapii mogą być nudności, wymioty, biegunki, zaparcia. Te objawy uboczne można niwelować stosując leki wspomagające. Leki chemioterapeutyczne wpływają niekorzystnie na układ krwiotwórczy, co może skutkować spadkiem poziomu krwinek białych, czerwonych czy płytek krwi. Wtedy konieczne jest leczenie specjalistyczne.

Najbardziej nieprzyjemnym skutkiem stosowania chemii jest wypadanie włosów. Nie wszystkie rodzaje leków chemioterapeutycznych powodują ten przykry objaw uboczny. Jeżeli tak się stanie to do momentu aż wyrosną nowe można nosić perukę.

RADIOTERAPIA

Kolejnym sposobem leczenia uzupełniającego jest radioterapia, która polega na zastosowaniu promieniowania jonizującego do niszczenia komórek nowotworowych.

Radioterapia pełni kluczową rolę przed jak i po zabiegach operacyjnych czy po lub razem z chemioterapią jako uzupełnienie leczenia systemowego. Ilość cykli napromieniania oraz dawkę ustala specjalista radioterapeuta. Najczęściej trwa 6 tygodni.

Najczęstszym powikłaniem jest oparzenie popromienne skóry napromienianej. Skóra może być zaczerwieniona, może się łuszczyć, może się pojawiać wydzielina. Stosuje się wówczas odpowiednie maści.

HORMONOTERAPIA

Kolejnym sposobem leczenia uzupełniającego jest wspomniana wcześniej hormonoterapia, która polega na zahamowaniu wzrostu komórek nowotworowych pobudzanych przez żeński hormon estrogen. Stosuje się szereg leków w postaci tabletek przyjmowanych przez chore najlepiej wieczorem aby zminimalizować wystąpienie skutków ubocznych. Skuteczność terapii hormonalnej zależy od obecności receptorów ER i PGR występujących na komórkach. Leki te bierze się do 5 lat.

Niebywałą pomocą dla pacjentek po amputacji piersi są KLUBY AMAZONEK. To tutaj można znaleźć prawdziwe zrozumienie swojej nowej sytuacji i uzyskać pomoc i wsparcie grupy.

Ważnym aspektem powrotu do zdrowia jest rekonwalescencja sanatoryjna. Turnusy są refundowane przez NFZ i amazonki mogą jechać już w rok po operacji.

Także kończąc przypominamy **jak dbać o ciało po mastektomii:**

1. profilaktyka blizny,
2. profilaktyka obrzęku limfatycznego,
3. rehabilitacja,
4. sport.

Wszelkie pytania proszę kierować do zespołu pielęgniarsko-lekarskiego. Udzielimy odpowiedzi w miarę naszych możliwości i kompetencji.

Naszym Pacjentom Onkologicznym umożliwiamy dyskusowanie, zadawanie pytań i uzyskiwanie dodatkowych wyjaśnień, tak aby przed opuszczeniem szpitala wiedzieli jak mają funkcjonować po operacji w nowych dla siebie warunkach, jak będą wyglądały badania kontrolne i czy czeka ich leczenie dodatkowe.

W Naszym Centrum Onkologii pacjenci mają pełny zakres konsultacji co do dalszego leczenia i kontroli pooperacyjnej.

Istniejące poradnie do których zgłosić się można ze skierowaniem po leczeniu operacyjnym i w których można uzyskać pomoc to:

- **Poradnia Chirurgii Onkologicznej**
- **Poradnia Chorób Piersi**
- **Poradnia Onkologiczna**
- **Poradnia Leczenia Obrzęku Limfatycznego**
- **Ośrodek Rehabilitacji z Poradnią i Gabinetem Rehabilitacyjnym**
- **Poradnia Leczenia Bólu**
- **Poradnia Psychologiczna**

Odsyłamy również do internetu jako źródła dodatkowych informacji

www.cozl.pl - strona Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej

www.amazonki.net

www.her2.pl

www.amazonkifederacja.pl - adresy Klubu Amazonek najbliższej miejsca zamieszkania

www.puo.pl

Stowarzyszenie Klub Kobiet Po Mastektomii „Amazonki”

ul. Organowa 2A, Lublin

tel. 81 740 07 45



CENTRUM ONKOLOGII
ZIEMI LUBELSKIEJ

im. św. JANA z DUKLI

CENTRUM ONKOLOGII ZIEMI LUBELSKIEJ

im. św. JANA z DUKLI

ul. Dr K. Jaczewskiego 7, 20-090 Lublin

www.cozl.pl, e-mail: cozl@cozl.pl

tel. 81 747 75 11, fax 81 747 89 11