

ONKOCHIRURGIE

Ježová Miroslava, FN Brno, Chirurgická klinika

Vymezení pojmu onkochirurgie

Onkochirurgie obecně je chirurgická diagnostika a léčba nádorů, ať už zhoubných nebo nezahubných. Chirurgická resekce může mít charakter kurabilní (léčebný, odstranění tumoru společně s regionální lymfatickou oblastí – resekční linie) nebo paliativní (ponechává nádorové onemocnění v organizmu, zmírňuje pacientovy obtíže).

Je zde nezbytná mezioborová spolupráce onkologa, radioterapeuta, radiologa, chirurga, gastroenterologa a event. i dalších odborníků.

Z ošetrovatelského pohledu důležitá teorie Kubler-Rossovové (šok, popření, agrese, smlouvání, deprese, smíření).

Základní terminologie:

Staging je tzv. stádium (klasifikace rozsahu) zhoubného onemocnění na základě gradingu a TNM klasifikace.

Grading znamená stupeň diferencovanosti nádorových buněk (histologická klasifikace G1 – G4).

Typing znamená typ nádorů dle toho, odkud pochází (např. z epitelu karcinomy, z pojivové tkáně sarkomy)

Klasifikace TNM je klasifikační systém určující anatomický rozsah nádorového onemocnění ve třech kategoriích:

T - rozsah primárního nádoru;

N - stav regionálních mízních uzlin;

M - přítomnost či nepřítomnost vzdálených metastáz.

Mezinárodní federace pro gynekologii a porodnictví zavedla pro ucelení povahy nádorového gynekologického onemocnění FIGO klasifikaci (I. – IV.), odpovídající stádiím podle TNM kategorií.

Chirurgické intervence v léčbě nádorů mají charakter preventivní, léčebný nebo paliativní. Řadíme k nim výkony uvedené v následujícím textu.

Profylaktické chirurgické výkony jsou výkony u rizikových nezahubných nádorů nebo u vrozených abnormalit a genetických poruch mající preventivní charakter (polypektomie, mastektomie, konizace děložního čípku).

Odběr materiálu na biopsii jsou výkony k určení diagnózy a stádia nemoci prováděné punkcí, excizí, extirpací nebo pomocí technik flexibilní endoskopie (bronchoskopie, mediastinoskopie, ERCP, laparoskopie a jiné).

Radikální chirurgické zákroky jsou výkony u lokalizovaných forem nádorového onemocnění, bez průkazu metastatického postižení, kdy se odstraňuje celý nádor s lemem okolní tkáně a se spádovými uzlinami. Někdy se využívá předoperační kombinovaná neoadjuvantní chemoterapie a radioterapie. Cílem je zmenšení nádoru a lepší operabilita.

Akutní život zachraňující výkony v chirurgické onkologii zahrnují chirurgické intervence při krvácení, střevní neprůchodnosti, perforaci trávicí trubice nebo při neprůchodnosti dýchacích cest.

Prvním typem paliativních chirurgických výkonů jsou výkony bránící vzniku komplikací, které mohou pacienta ohrozit na životě, při nemožnosti radikálního výkonu. Patří sem zajištění průchodnosti dýchacích cest, trávicího traktu a močových cest (přemostňující operace, různé druhy vývodů). Druhým typem jsou výkony zlepšující nebo udržující kvalitu života pacienta s pokročilým onkologickým onemocněním (tzv. chirurgie bolesti, PEG).

Rekonstrukční chirurgické výkony jsou výkony napravující a snižující následky vzniklé předchozím kurabilním výkonem (např. rekonstrukce prsu po operaci nádoru).

Zajištění cévního přístupu znamená provedení výkonů, které kanylují žíly a tepny pro chemoterapii nebo se jedná o operační zavedení žilního nebo arteriálního portu.

Role sestry v péči o onkologicky nemocné a její komunikační dovednosti

Pro zajištění profesionálního psychologického přístupu by měly sestry, které přicházejí do kontaktu s onkologicky nemocnými pacienty mít určité komunikační dovednosti. Komunikace se tak stává efektivní nejen pro onkologicky nemocného pacienta, ale i jeho rodinu. Sestry jsou schopné posoudit pacientův stav či identifikovat vzniklé tělesné a emocionální změny. Kromě komunikačních dovedností, které lze získat praktickým nácvikem, hraním rolí nebo diskuzí s kolegy, je průběh a výsledek komunikace výrazně ovlivněn osobními hodnotami, postoji a přesvědčením jednotlivých sester. V práci s pacienty s nádorovým onemocněním se v rámci zmiňovaných komunikačních dovedností osvědčily tyto prostředky:

- používání otevřených otázek s psychosociálním zaměřením;
- objasnění psychických projevů;
- shrnutí problémů).

Sestry v prostředí intenzivní péče, ve snaze poskytovat takto nemocným pacientům kvalitní péči a maximalizovat jejich důstojnost, často potlačují svůj vlastní strach a pocity. Jejich snaha oddělit od sebe profesní a osobní identitu vyžaduje velké množství energie a obvykle nebývá zcela úspěšná. Řešením by mělo být vytvoření prostoru a času k reflexi a supervizi, která je ve zdravotnictví prozatím v počátcích). Vzhledem k tomu, že jsou sestry často a do velké míry ovlivněny umíráním a smrti pacientů, a to zejména v počátcích odborné praxe, měla by být tato problematika součástí výukových programů vysokoškolského vzdělávání.

Akutní stavy představují zvláštní kapitolu v onkochirurgii a jednou z nejčastějších příčin akutních operací u onkologických pacientů je střevní obstrukce (asi ve 30 %). Klinická symptomatologie odpovídá náhlé příhodě břišní s difúzní peritonitidou. V souvislosti s nádory prsu a malé pánve se může jednat i o maligní ascites nebo maligní pleurální výpotek. Maligní ascites je nejčastěji podmíněn gynekologickými a gastrointestinálními tumory s peritoneálním rozsevem. Nejčastější příčinou maligního pleurálního výpotku je, kromě bronchogenního karcinomu, karcinom prsu. Ve všech případech by měl být zvolen takový terapeutický postup, který při co nejmenších rizicích zajistí dostatečné zlepšení obtíží. Z pohledu všeobecné sestry na chirurgické JIP nabývá na intenzitě nejen potřeba zmiňovaného profesionálního psychologického přístupu ale i její schopnost v požadovaném časovém intervalu připravit pacienta k terapeutické intervenci (operační výkon, punkce ascitu, pleurální punkce).

Předoperační péče v onkochirurgii představuje kontinuální tělesnou a psychickou péči. Duchovní potřeby pacienta by neměly být, zejména v období úzkosti a obav z blízké i vzdálené budoucnosti, opomíjeny. V onkochirurgii je možné využití pozitivní zkušenosti pacienta - dobrovolníka, který již léčbu absolvoval. Je důležité zapojit pacienta do rozhodování a kromě informací, taky poskytnout prostor k jejich pochopení a pro kladení otázek.

Nutriční podpora onkologických pacientů s podvýživou, v rámci předoperační přípravy, významně snižuje riziko vzniku infekčních pooperačních komplikací (Vorlíček, J. a kol., 2012, s. 403 – 432). Vhodný je sipping, například přípravky Preop nebo Prosure. U pacientů se střevní obstrukcí a u akutních výkonů se nikdy neprovádí příprava střeva, zpravidla se zavádí nasogastrická sonda.

V případě plánovaných výkonů je u výkonů na trávicím traktu důležité ortográdní vyprázdnění střeva. S ohledem k časté neoadjuvantní onkologické přípravě pacientů před

chirurgickými výkony je nutné mít i v souvislosti s přípravou střeva na zřeteli aktuální tělesný a psychický stav pacienta. Myšleno je zejména zajištění dostatečné hydratace pacientů při podávání perorálního projímadla a zajištění psychického pohodlí ve smyslu poskytnutí co největšího soukromí, dostupnosti toalety nebo uspokojení základních hygienických potřeb pacientů na JIP.

V rámci přípravy operačního pole se u operací prsu holí podpaží na té straně, kde se plánuje operační výkon. U urologických, gynekologických operací a operací rekta se dle přání operátora a zvyklostí zdravotnického zařízení odstraňuje ochlupení pubické oblasti.

Pooperační péče v onkochirurgii

Pro ošetřovatelský tým představuje pooperační péče v kontextu s onkochirurgií, systematickou prevencí, případné ošetřování pooperačních komplikací.

S ohledem na oslabenou imunitu onkologických pacientů, zejména jako důsledek chemoterapie a radioterapie, lze pooperačně očekávat pomalejší hojení operační rány a častější výskyt infekčních komplikací jak celkových, tak i lokálních.

Specifikem pooperační péče je posouzení rizika vzniku hluboké žilní trombózy a zajištění preventivních opatření. U pacientů operovaných pro maligní onemocnění se doporučuje pokračovat v podávání LMWH (low molecular weight heparin) do 28. dne po propuštění z nemocnice.

V pooperačním období se dále jedná o zvládnutí akutní bolesti vyvolané chirurgickým výkonem. Analgetika se podávají v pravidelných časových intervalech, v případě jejich nedostatečného analgetického účinku sestra informuje lékaře, který eventuálně léčbu doplní. Je nutné pravidelně hodnotit analgetickou účinnost, nežádoucí účinky, celkový vliv léčby na kvalitu života jedince.

Léčba nádorové bolesti se odvíjí jak od svého vztahu k nádorovému onemocnění (bolest vyvolaná nádorem, bolest vyvolaná diagnostikou a protinádorovou léčbou nebo bolest bez přímé souvislosti s nádorovým onemocněním) tak od typu bolesti (nociceptorová somatická, nociceptorová viscerální, neuropatická, smíšená). Základním předpokladem její úspěšnosti je objasnění příčiny bolesti a hodnocení intenzity bolesti dle zvyklostí jednotlivých zdravotnických zařízení. Cílem léčby bolesti u nádorových onemocnění je zajištění bezbolestného spánku, úleva od bolesti v klidu a úleva od bolesti při pohybu. Velkou výhodou zde může být i spolupráce s ambulancí bolesti.

U onkologických pacientů se lze poměrně často setkat s implantabilními venózními porty, které představují uzavřené systémy zabezpečující dlouhodobý žilní přístup pro podávání léčiv a krevní odběry.