

ONKOCHIRURGIE PRSU

Miroslava Ježová, FN Brno, Chirurgická klinika

Prso je mléčná žláza s tukovým polštářem procházející největšími změnami v období puberty, těhotenství kojení a menopauzy. Změny souvisí s produkcí hormonů. Karcinom prsu je nejčastějším zhoubným nádorem u žen v ČR (nemusí se ale vždy jednat pouze o onemocnění ženského prsu, výskyt podobného onemocnění u mužů je vzácný, ale statisticky ne zcela zanedbatelný). Lze jej rozdělit z hlediska charakteru růstu na invazivní a neinvazivní a na duktální (vyrůstající z epitelových buněk mlékovodů – ductů) a lobulární (vyrůstající z epitelových buněk mléčných lalůčků – lobulů).

Rozdělení z hlediska charakteru růstu:

Neinvazivní karcinom

duktální karcinom in situ, lobulární karcinom in situ

Invazivní karcinom

duktální karcinom, lobulární karcinom a Pagetův karcinom bradavky.

Rozdělení z hlediska rozsahu nemoci

Čisté neinvazivní nádory (DCIS, LCIS – stádium 0)

Operabilní stádia lokoregionálně invazivních karcinomů (stádium I, II)

Inoperabilní stádia lokoregionálně invazivních karcinomů (stádium III)

Metastazující či recidivující onemocnění (stádium IV).

Prevence

samovyšetření prsu.

Symptomatologie

změna velikosti a tvaru prsa, rezistence v prsu, kůže fixovaná k podkoží, vzhled pomerančové kůry, vpáčená bradavka a sekrece z prsu, výskyt celkových příznaků nemoci není častý.

Základní diagnostika

anamnéza, fyzikální vyšetření, mamografické vyšetření (od roku 2002 u žen od 45. roku života ve dvouletých intervalech prevence zdarma), ultrazvukové vyšetření prsu a axily, laboratorní vyšetřovací metody (tumor markery C 15-3 a CEA), histologické vyšetření sentinel ve uzliny (sleduje se přirozený tok lymfy od postižené oblasti k podpažní mízní uzlině za použití barviv nebo radioaktivních látek, na základě histologického rozboru lze rozhodnout o odstranění axilárních uzlin), RTG srdce a plic, sono jater a scintigrafie skeletu.

Možnosti léčby

vždy závisí na pokročilosti onemocnění. Existuje několik možností:

- Radioterapie - adjuvantní (na oblast primárního nádoru a oblast regionálních uzlin) a paliativní (u inoperabilních nádorů a metastáz);
- Chemoterapie - neoadjuvantní (s cílem zmenšit nádor a zlepšit operabilitu, ukončuje se před chirurgickým výkonem), adjuvantní (přínosná zejména u klientek s postižením axilárních uzlin, u premenopauzálních klientek snižuje riziko recidiv i pozdějšího metastazování, používá se kombinace taxanů s antracykliny);
- Biologická terapie - podání látek biologické povahy (monoklonálních protilátek namířené proti extracelulárně a v současné době i proti intracelulárně umístěné doméne receptorů HER2 a EGFR) jako například Herceptin, Avastin, které inhibují buněčné pochody a tím i růst nádoru);
- Hormonální terapie - eliminace účinku estrogenů jako růstového faktoru nádoru prsu má 4 varianty:
 - ablativní - vyřazení nebo odstranění žlázy, která produkuje estrogen, teda ovariectomie, chirurgická kastrace, je ale možná i kastrace radiační v oblasti vaječnicků nebo farmakologická s podáním agonistů gonadotropního hormonu;
 - kompetitivní - obsazení estrogenových a progesteronových receptorů antiestrogeny jako tamoxifen, čím se znemožní vazba estrogenů na ně (u léčby tamoxifenem je vyšší riziko vzniku endometriálního karcinomu, proto gynekologické vyšetření jednou za rok nutné!);
 - inhibiční - blokáda syntézy estrogenů;
 - aditivní - podávání farmakologických dávek gestagenů, androgenů i estrogenů za účelem inhibice předního laloku hypofýzy s následným poklesem produkce FSH, LH a ACTH;
- Chirurgická terapie - typ mastektomie se volí v závislosti na rozsahu nádoru a perspektivě rekonstrukce prsu (kŕži šetřící mastektomie);
 - existují dva druhy operačního postupu - odstranění celého prsu, totální mastektomie nebo prs zachovávající parciální resekce.

V praxi je resekce často spojena s disekcí axily (odstranění axilárních uzlin). Vzhledem k tomu, že s disekcí axily je spojeno riziko výskytu poruchy motoriky a senzitivity, je axilární disekce nahrazována sentinelovou biopsií. Sentinelovou uzlinu lze předoperačně identifikovat kombinovanou metodou značení (barvivo nebo izotop)při lymfoscintigrafii

pomocí gamakamery. U žen, které podstoupily amputační výkon a jsou 2 – 5 let bez známek tumoru lze provést tzv. rekonstrukční operaci prsu.

Speciální prvky předoperační přípravy u operace prsu

Speciální požadavky na předoperační přípravu se týkají zejména rehabilitační složky. Ta zahrnuje anamnézu (možnost postižení ramenního kloubu), zjištění rozsahu hybnosti a stavu svalstva z hlediska atrofie, zkrácení či oslabení a základní informace o cvičení a režimových opatřeních v pooperačním období. Příprava operačního pole zde spočívá v důkladném oholení axily na příslušné straně. Významnou součástí předoperačního období je i příprava psychická, které cílem je minimalizovat strach a stres z operace, zvláště když se u pacientky v pooperačním období počítá s možností funkční nebo estetické změny.

Speciální prvky pooperační péče po operaci prsu

Znalost speciálních prvků pooperační péče a jejich správná implementace do ošetřovatelského procesu jsou nezbytnou součástí úspěšné léčby a prevence lymfedému. Jedná se o nejobávanější komplikaci axilární disekce, vedoucí někdy až k invaliditě klientů. Otok způsobený zmenšenou lymfatickou kapacitou je onemocnění chronické, které nelze úplně vyléčit, pouze zmírnit příznaky a předcházet komplikacím. Ke klinickým příznakům řadíme zvětšení objemu na končetině, prsu či hrudní stěně, pomerančovou kůži, subjektivní pocit „malé kůže“ v oblasti paže, bolest, omezenou hybnost a únavu. K následkům dlouhodobého lymfedému řadíme suchou, chladnou a bledou kůži (často se ztrátou ochlupení) a poruchy hybnosti.

Léčba lymfedému je většinou trvalá, vyžaduje aktivní spolupráci klientky a jedná se o kombinaci manuální lymfodrenáže, kompresivní terapie a cvičení. Zejména z tohoto důvodu je nutné vyvarovat se všeho, co zužuje mízní cesty a brání volnému odtoku mízy z podkoží. Do paže na operované straně se nedoporučuje aplikace injekcí, odběry krve, zavádění žilních linek a měření krevního tlaku. Doporučuje se elevovat horní končetinu na operované straně, neležet na operované straně, nepřetěžovat končetinu (přitahováním, opíráním apod.), časně zahájit nácvik činností běžné sebeobsluhy a nosit nejméně po dobu 14 dnů příslušnou horní končetinu na šátku. Po ablaci prsu se dle zvyklostí zdravotnického zařízení stahuje hrudník elastickým obinadlem, aby nedošlo ke vzniku kapsy mezi hrudní stěnou a kůží, kde by se mohla začít hromadit lymfa.

Analgetizace je součástí prevence postmastektomického bolestivého syndromu (bolest charakterizována pocíty stahování a pálení zejména v oblasti hrudní stěny, v okolí operační rány a v podpaží nebo pocíty „mrtvení“ či „cizí tkáně“ v oblasti operační rány). K rozvoji bolestivého syndromu může dojít i několik týdnů či měsíců po chirurgickém výkonu, často po radioterapii z důvodu radiační fibrózy (podkožní zjizevnatění tkáně v oblasti pažního pletence a poškození nervově cévního svazku). Základním preventivním opatřením je včasná fyzioterapie.

Fyzioterapie po operaci prsu

Fyzioterapie po operaci prsu, včasně a správným způsobem zahájená, je nedílnou součástí pooperační péče. Pro lepší pochopení problematiky jsou v následujícím textu uvedeny základní fyzioterapeutické cíle a zásady, které se v péči o pacientku po mastektomii, ať už totální nebo parciální, dodržují.

Cíle fyzioterapie

- dosažení funkčního, nebolestivého ramenního kloubu;
- zamezení fixace nesprávných pohybových stereotypů;
- prevence a terapie lymfedému;
- odstranění či zmírnění bolesti;
- návrat k maximální soběstačnosti.

Základní zásady fyzioterapie po ablaci prsu

Základní zásady fyzioterapie po ablaci prsu jsou v průběhu pooperačního období rozšířené o další preventivní opatření jako pečlivá hygiena, prevence mykóz, eliminace rizika i drobných poranění, vyvarování se horka a chladu, absence šperků na operované končetině. Dle zdravotního stavu klienta se s vertikalizací začíná do 24 hodin po operaci, celková délka léčebné tělesné výchovy je individuální, ale doporučuje se alespoň 6 měsíců po operaci (vhodné cvičení před zrcadlem ke kontrole symetrie obou paží).

Cvičební jednotka (sestava lehkých cviků) bývá krátká, ale během dne nejméně 5x zopakovaná. Cvičení začíná v poloze vleže v odlehčení (nejprve „zdravou“ končetinu, poté končetinu na operované straně). Později se přidávají cviky s pomocí druhé paže či cvičební tyče (ručníku). Nevhodná jsou odporová cvičení a cvičení se zátěží. Vhodné je polohování končetiny ve zvýšené poloze, podkládání klínem a normalizace denních aktivit klienta.

Péče o jizvu

Péče o jizvu po extrakci stehů spočívá v promasírování neparfémovaným krémem, mastí a tlakových masážích – mačkání a krouživé pohyby po celé délce jizvy jako prevence deformace ramenního kloubu při zjizvení operační rány. Strach pacientek z pohledu na odkrytou operační ránu a obavy sáhnout si na ní jsou momenty, kdy lze pacientkám nabídnout pomoc psychologa.

Používání epitézy

Používání epitézy neboli prsní náhrady začíná co nejdříve po zhojení jizvy. Záleží nejen na velikosti (přesné číslo podprsenky), ale i na jejím tvaru. V současnosti jsou na trhu silikonové náhrady, které se vkládají do speciálních podprsenek. Ihned po operaci se předepisuje tzv. pooperační epitéza, měkká a lehká, má za úkol vyplnit košíček podprsenky do doby než je možné předepsat silikonovou náhradu a má pozitivní psychologický efekt. Dobře zvolená náhrada jeví souhyby se zdravým prsem, proto se zkouší vždy před zrcadlem.

Komplikace v mammární chirurgii

SEROM, RANNÁ INFEKCE, HEMATOM

Nejčastější časné pooperační komplikace.

Serom je nahromadění tekutiny v operační ráně jako pravidelný průvodný jev mammárních a axilárních operací a obvykle spontánně resorbuje v průběhu několika týdnů. Rizikem seromu je sekundární infekce s tvorbou abscesu a často působí subjektivní tlakové potíže.

V případě seromu při parciální mastektomii se v rámci jeho evakuace volí jednorázová punkce (trvalá drenáž nevhodná pro vysoké riziko infekce a zhoršený kosmetický efekt). Po totální mastektomii či direkci axily se operační rány drénují již na operačním sále sacím drénem (redonem), 1. pooperační den se převádí na spád a při denní sekreci nižší než 30 ml se drén extrahuje. Serom vzniklý po vytažení redonu se pak punktuje jednorázově.

V obou případech je nutné vyvarovat se rozpuštění operační rány nebo incizi (bez efektu, pouze prodloužená doba hojení).

Ranná infekce manifestuje nejčastěji kolem 5. pooperačního dne a projevuje se zarudnutím okolí operační rány se zkalenou či hnisavou sekrecí, známky infekce jako bolestivost rány či celkové příznaky nemusí být přítomny. V našich podmínkách je nejčastějším původcem infekce *Staphylococcus aureus*.

Hlavní zásadou léčby je evakuace zánětlivé sekrece (je-li přítomna) a ATB léčba. Infekce zpravidla odezní do 14 dnů. Pokud to není nezbytně nutné, ránu ve větším rozsahu nerozpouštíme (prodloužené hojení a zhoršený kosmetický efekt operace).

Hematom - drobné difuzní pooperační krvácení vedoucí ke tvorbě krevních podlitin se spontánní resorpcí do 3 týdnů po operaci nebo výraznější krvácení vedoucí k nahromadění koagul v ráně nebo k hemoragickému odpadu do drénu (porucha hemokoagulace a nedostatečná perioperační hemostáza). U výrazného hematomu zvažujeme léčbu na základě závažnosti krevní ztráty, zdroje krvácení či rozsahu hematomu.

U hematomu minimálního rozsahu pouze sledování.

U drobného ranného krvácení časně po operaci (do 24 hodin) volíme elastickou bandáž hrudníku, i když možnosti komprese jsou v mammární chirurgii značně omezeny. Konzervativní vybavení koagul rozpuštěním několika málo stehů, proplachem rány antiseptickým roztokem dle zvyklostí oddělení (FR, Betadine, Prontosan, Peroxid vodíku...) a vybavením koagul pinzetou či manuálně (za aseptických podmínek). U větších a progredujících hematomech je nutná operační revize v celkové anestezii (rozpuštění rány, vybavení koagul, revize rány, proplach, ošetření zdroje krvácení, aplikace lokálních hemostatických přípravků a drén širšího průměru z rány). V případě pochybností se u hematomu volí časná operační revize než konzervativní léčba.

ISCHEMICKÁ NEKRÓZA KOŽNÍCH LALOKŮ

Komplikace vznikající po přerušení nebo podstatném omezení cévního zásobení v důsledku operačního výkonu.

Obávaná komplikace, zejména kůže šetřících mastektomií. Hlavní příčinou je nesprávně zvolená operační technika nebo postup. Predispozicí ze strany klienta je kouření, diabetes, terén po radioterapii. Může se projevit v několika formách:

- lehká forma - epidermolýza (lividní zbarvení, olupování nebo puchýře) se spontánním zhojením do několika týdnů po operaci;
- těžká forma - totální kožní nekróza (demarkace - ohraničení chorobného ložiska od zdravé tkáně a tvorba černých krust) se spontánním odloučením krusty s následným sekundárním hojením granulací a epitelizací okrajů. Další možností je sekundární sutura přežívajících okrajů u malých defektů s dostatkem zdravé okolní tkáně, kdy se stáhne kůže přes defekt. U rozsáhlejších nekrotizací připadají v úvahu dermoepidermální štěpy či lalokové plastiky (minimálně!).

Ischemická nekróza tukové tkáně, projevující se hmatnou rezistencí prsu časně po operaci (za 1 – 3 týdny) se označuje jako liponekróza. Může spontánně resorbovat, dále se může provést punkční biopsie s ultrazvukovou kontrolou nebo chirurgická exstirpace.

SEKUNDÁRNÍ LYMFEDÉM (dysfunkce lymfatických cév z důvodu **postižení původně zdravého mízního systému** operací nebo radioterapií).

Nejobávanější komplikace axilární disekce, vedoucí někdy až k invaliditě klientů. Otok způsobený zmenšenou lymfatickou kapacitou je onemocnění chronické, které nelze úplně vyléčit, pouze zmírnit příznaky a předcházet komplikacím.

Klinické příznaky:

Zvětšení objemu na končetině, prsu či hrudní stěně

Pomerančová kůže

Subjektivní pocit „malé kůže“ v oblasti paže, bolest, omezená hybnost, únava (v závislosti na fyzické aktivitě postižené končetiny).

Následky dlouhodobého lymfedému:

Suchá, chladná a bledá kůže (často se ztrátou ochlupení)

Poruchy hybnosti.

Prevence lymfedému:

Zvážení nutnosti axilární disekce a provedení sentinelové biopsie, v případě, že nejsou známky metastatického postižení axil.

Léčba lymfedému

Většinou trvalá, vyžaduje aktivní spolupráci klientky a jedná se o kombinaci manuální lymfodrenáže, kompresivní terapie a cvičení. Součástí je i dodržování režimových opatření (například pečlivá hygiena či prevence mykóz a poranění). Rozlišujeme dvě léčebné fáze:

fáze redukce otoku (trvá 4 – 6 týdnů)

fáze udržovací.

Manuální lymfodrenáž

Speciální technika prováděná vyškoleným lymfoterapeutem, kdy se pod určitým tlakem (který nesmí vyvolat bolest) a určitým tempem provádí specifické hmaty (kruhové velkoplošné nebo maloplošné) aktivizující lymfatický systém. Účinek ruční lymfodrenáže je podporován následnou přístrojovou terapií (speciální návleky s komorami, kdy střídavě nafukování a vyfukování vícekomorových vaků vytváří tlakové vlny).

Kontraindikací této léčebné metody je neléčené nádorové onemocnění, dekompenzace kardiovaskulárních, respiračních nemocí nebo akutní infekce (erysipel, často na podkladě poranění).

Kompresivní terapie

Metoda s použitím krátkotažných obinadel, které mají vysoký pracovní a nízký klidový tlak. Ve fázi redukce otoku se provádí zesílená vícevrstevná bandáž, edematózní končetina musí být bandážována, dokud se mění její objem. Ve fázi udržovací, kdy se objem končetiny již příliš nemění, se používají kompresní návleky. Je nutné dodržovat 3 hlavní zásady této terapie: kompresi vždy ukončit alespoň 10 cm nad otokem (nikdy ne v místě otoku), kompresi vázat vždy od periferie k centru, krátkotažné obinadlo použít vždy až jako poslední vrstvu, pod ním musí být bavlněný tenký návlek a polstrovaní vatový obvaz.

Cvičení

Metoda zlepšující tok lymfy prováděna vždy s bandáží nebo kompresivním návlekiem.

Ukázka cviků na <http://www.rakovinaprsvu.cz/lecba/rehabilitace/>