

Onkogynekologie Senologie

Marie Švábová



Onkogynekologie

Onkogynekologie se zabývá etiologií, epidemiologií, prevencí, diagnostikou, léčbou, dispenzarizací onkologických onemocnění ženy.

Jde o zhoubné nádory vulvy, pochvy, děložního hrdla, děložního těla, vejcovodů a vaječnicků. Po ukončení komplexní onkogynekologické léčby jsou nadále pacientky sledovány v naší ambulanci.



Onkogynekologie

Oše péče o onkologicky nemocných předpokládá nejen dobrých ošetřovatelkých odborníků, ale i vysoce humánních pracovníků. Koncepční základ každé definice ošetřovatelství je založen na lidských právech a holistickém způsobu myšlení.

Základní myšlenkou je respektování člověka, jeho integrity a nezávislosti bez ohledu na to, kým anebo čím je.

Každý má rovněž právo podílet se na rozhodnutích, které ovlivňují jeho život.



Onkogynekologie

Léčba nádorových onemocnění je náročná: ekonomicky, časově, personálně, psychosociálně.

Člověk postižený nádorovým onemocněním vyžaduje komplexní péči. Cílem této péče je zabezpečit uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb pacienta (holistický přístup).

Komunikace vyžaduje od sestry dostatek komunikačních zručností získaných praxí, neustálým kontaktem s pac, poznání lidské psychiky a hlavně láska k svému povolání.



Onkogynekologie

Práce sestry na onkologickém odd. je náročná.

Onkologický pac je specifický, nikdy nemá jen jeden problém.

Následná těžká a dlouhodobá protinádorová léčba výrazně zasahuje nejen do života pac, ale i do života jeho rodiny.

Mění se jeho priority, sociální status.

Sestra svojí edukační činností může zásadně přispět k zvládnutí nové, nečekané životní situace.

Celou léčbu provází nemocného strach a obavy z budoucnosti.

Je možno pohovor i s psychologem, ale "psychoterapie" zůstává na oše personálu.



Onkogynekologie

Musí respektovat jedinečnou osobnost a individualitu pacienta.

Sestra by v žádném případě neměla porovnávat pacienty mezi sebou.

Každý nemocný může prožít svůj stav úplně odlišně.

Rakovina a následná dlouhodobá agresivní léčba znamená pro nemocného enormní stres, fyzickou a psychickou zátěž, změny v Sociálně - společenské oblasti.

Právě sestra svým citlivým a individuálním přístupem může pomoci tento stres a zátěž zmírnit.



Onkogynekologie

Fáze psychické odezvy na závažné zdravotní stavy dle teorie Kúbler-Rosové:

- **ŠOK:** po sdělení onkologické dg – pláč, neklid, strnulost, proč právě já, proč teď. Trvá různě dlouho, samo odezní.
- **POPŘENÍ:** pac se nechce smířit s dg, hledá vysvětlení. Říká si to nemůže být pravda, jde o omyl, nechte mě na pokoji. Může trvat po celou dobu léčby.
- **AGRESE:** pac projevuje zlost vůči zdravým lidem ve svém okolí, nekomunikuje se zdravotníky, odmítají pomoc i léčbu.



Onkogynekologie

- **SMLOUVÁNÍ:** pac se obrací k lékaři, argumentuje co ještě musí udělat
- **DEPRESE:** nejtěžší fáze psychické odezvy, pac se ponoří do beznaděje, strachu, úzkosti, psychomotorický neklid, přemrštěná komunikace s okolím. Tato fáze je nebezpečná – psychofarmaka
- **SMÍŘENÍ:** fáze psychického uvolnění. Převládne fáze rozumová a přístup k léčbě. Pac spolupracuje



Onkogynekologie

Profesionální psychologický přístup sestry k onkologickém pacientovi:

- Zachovat klid v krizových situacích, kdy pac je na nás agresivní. Svým klidným chováním snižujeme emoce pac.
- Dotýkejte se pac (ruka, zápěstí, loket, rameno)
- Naslouchejte pac, nemusíte komunikovat, pac chtějí sdělit své pocity
- Cíleně se ptáme co pro něho můžeme udělat

Pak pacient k nám vzhlíží s nadějí na vyléčení.



Onkogynekologie

Nádor (tumor, novotvar, neoplazma,) \Rightarrow irreverzibilní změna vlastností tkáně, převážně ve smyslu jejího místně neregulovaného růstu o autonomní povaze.

Nádorová nemoc

Patologický proces, kterým organismus odpovídá na růst, šíření do okolí a diseminaci maligního nádoru.



Onkogynekologie

Základní vlastnosti nádorů

benigní

ohraničený růst
netvoří metastázy
nemá kachektizující vliv

maligní

infiltrativní růst
tvorba metastáz
kachektizace



Onkogynekologie

TNM klasifikace

- T – primární tumor
- N – noduli (lymf. uzliny)
- M – vzdálené metastázy

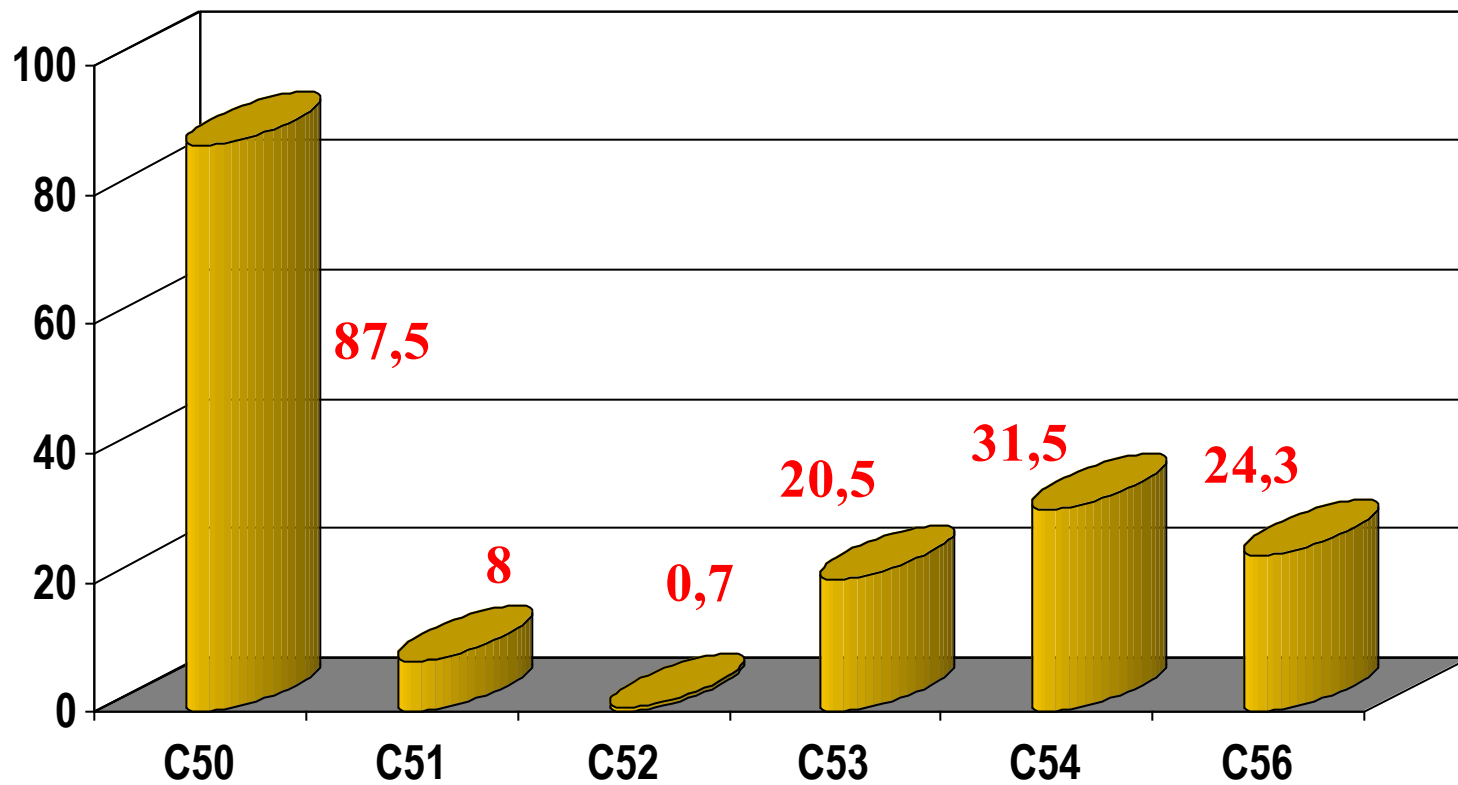
pTNM – patologická klasifikace



Klasifikace nádorů

- C 50 nádor prsu
- C 51 nádor vulvy
- C 52 nádor pochvy
- C 53 nádor děložního hrdla
- C 54 nádor děložního těla
- C 55 nádor vejcovodu
- C 56 nádor vaječníku

Incidence v ČR





Onkogynekologie

Etiologie

- vzniku nádorových onemocnění nejsou jednoznačně známé
- Karcinogeny:
 - fyzikální (ionizující záření, UV záření, azbest)
 - chemické (dusíkaté sloučeniny, konzervační směsi při zpracování masa, cigaretový kouř, polycyklycké aromatické uhlovodíky, deriváty benzénu)
 - biologické (karcinogeny bakteriálního původu, karcinogeny hub – mykotoxiny, virus lidského papilomu, hormony – estradiol, potrava bohatá na lipidy a maso, deficit některých vitamínů, genetika)



Onkogynekologie

Prevence - priorita

- Nekouřit, omezit alkohol
- Změna výživy
- Ochrana před zářením (UV, ionizující)
- Prevence profesionálních nádorů, pracovníci s chemikáliemi
- Monitorování znečištění ovzduší, půdy, boj proti promiskuitě



Onkogynekologie

Diagnostika – základem včasná diagnostika

- anamnéza (často podceňovaná)
- objektivní fyzikální vyšetření (aspekce, auskultace, palpce, perkuse)
- laboratorní vyšetření (KO, biochemie, onkomarkery, vyšetření moče, jiných tekutin, výpotku, likvor, ascites)
- zobrazovací metody (RTG, UTZ, CT, MRI, PET)
- endoskopické vyšetřovací metody
- biopsie – cytologické, histologické vyšetření



Onkogynekologie

Stanovení **přesné diagnózy** – význam:

- Informace o typu nádoru
- Informace o stupni jeho malignity
- Informace o rozsahu postižené části těla pacientky



Rozdělení nádorů

- **Benigní (nezhoubný) nádor** – ohraničená část neprorůstající do okolních tkání, nemetastazuje, může však svým růstem způsobovat obtíže.
- **Prekanceróza (přednádorový stav)** – chorobný stav, vyznačuje se růstovou aktivitou s proliferací, nemá ještě nádorový charakter. V gynekologii jsou nejvíce probádány prekancerózy děložního hrdla, méně znalostí máme o prekancerózách vulvy, prsu a endometria a nejméně víme o prekancerózách vejcovodu a vaječníku.



Rozdělení nádorů

- **Nádory potenciálně maligní (hraniční)** s těmito nádory se nejčastěji setkáváme u nádorů ovarií.
- **Maligní (zhoubný) nádor** – má schopnost lokální invaze, prorůstá do okolních tkání, metastazuje i do vzdálených orgánů. Metastázy jsou nejčastější příčinou úmrtí.



Onkogynekologie

Léčba

- Chirurgická
- Radioterapie
- Chemoterapie
- Hormonální



Onkogynekologie

Chirurgická terapie:

- základní a rozhodující přístup
- časná stadia, kombinace s ostatními metodami
- individuální přístup, onkocentra
- chirurgický staging – rozsah onemocnění

Zásadou je odstranit nádor celý nebo co možná největší část.



Onkogynekologie - radioterapie

Radioterapie (aktinoterapie):

- využívá se především k léčbě zhoubných nádorů citlivých na záření
- cílem je zničení nádoru a co nejmenší poškození okolní zdravé tkáně
- ozařování se provádí před operací i po ní, může být i samotným léčebným postupem u pokročilých neoperovatelných nádorů
- často se také uplatňuje v kombinaci s chemoterapií



Onkogynekologie - radioth

Nežádoucí účinky

- **Místní reakce:**

Pálení či řezání při močení – dbát na pitný režim

Průjmy - upravení stravy, dbát na příjem tekutin a vitamínů

Kožní reakce - poškození kůže, erytém, puchýřky, olupování – zklidnění odvarem z heřmánku, genciánovou violetí nebo Framykoinem v masti, popř. kortikoidní a epitelizační masti



Onkogynekologie - radioth

- Vedlejší účinky celkové:

Únava a slabost - klid na lůžku, dostatek odpočinku

Nechutenství a nevolnost- studená jídla a nápoje, jíst malé porce, ale častěji, pomalu polykat, vyhnout se jídlům nadýmavým, dráždivým a tučným (Torecan, Degan, Cerucal, při úporných obtížích setrony – Zofran)

Psychická podrážděnost – psychická podpora ze strany rodiny a zdravotnického personálu



Onkogynekologie - radioth

Druhy RT:

- Kurativní – radikální: likvidace nádoru s vyléčením pac
- Paliativní: zmenšení pokročilého nádoru a odstranění symptomů (bolest)
- Předoperační: zmenšení nádoru
- Pooperační: likvidace případných nádorových bb nebo mikrometastáz



Onkogynekologie - radioth

Péče o kůži: erytém, suchá loupající se kůže, tvorba puchýřků, atrofie kůže, změny pigmentace.

- zvýšená pozornost a péče o kůži
- vyvarovat se mechanickému dráždění (těsný oděv)
- bavlněné spodní prádlo a oděv
- ozařovanou oblast umývat vlažnou vodou a neдрáždivým mádlem
- opatrné vysoušení kůže
- po RT pouze sprchovat



Onkogynekologie - radioth

- ozařovanou kůži chránit před slunkem
- zákaz dráždění kůže teplem (elektrická poduška)
- nepoužívat kosmetické parfémové krémy, deodoranty
- svědění kůže – dětský zásyp
- mokvání poškozené kůže – odborník
- trvalé změny – pigmentace v místě



Onkogynekologie - chemoterapie

Chemoterapie – *cytostatická léčba*: nejpoužívanější, nejefektivnější systémová léčba, celkový stav pac, stav výživy, cytotoxický účinek, fázově specifický účinek, cykličnost, načasování podání chemoterapie.

- vysoce chemosenzitivní (choriokarcinom)
- chemosenzitivní (epitelové nádory ovaria)
- omezeně chemosenzitivní / minimálně chemosenzitivní (sarkomy dělohy, melanom vulvy)

(karcinom hrdla děložního, těla děložního)



Onkogynekologie - chemoth

Chemoterapie - druhy:

- Neoadjuvantní – primární: u pacientek, u kterých lze očekávat odpověď na chemoterapii. Cílem je zmenšit primární nádor a zničit mikrometastázy. Riziko neúčinnosti a oddálení operačního výkonu.
- Adjuvantní: po chirurgickém odstranění ložiska. Cílem je likvidace předpokládaných mikrometastáz, zlepšeno celkové přežití nemocných. Indikována pouze v takových případech, kdy je riziko přítomnosti mikrometastáz větší než riziko plynoucí z podávání onkologické terapie.



Onkogynekologie - chemoth

- Kurativní - operační: Cílem je úplné vyléčení nádoru, a to i za cenu dočasných nebo trvalých následků pro nemocného.
- Podpůrná – symptomatická: usiluje o co nejlepší kvalitu života pacientů, bez cíle usmrtit nádorové buňky. Je zaměřena na zmírnění obtíží (bolest, dušnost, nechutenství, hubnutí, nevolnost, zvracení, zácpa, průjmy) vyvolaná nádorem. Vede k dobrému léčebnému výsledku a kvalitě života v průběhu náročné protinádorové léčby.



Onkogynekologie - chemoth

- Paliativní: podávána pro zlepšení stavu bez cíle definitivně zlikvidovat nádor, ale pouze zamezit jeho růstu nebo dokonce dosáhnout různě dlouhé remise. Podává se u pacientek s pokročilým onemocněním na zlepšení kvality jejich života.

Hodnocení výsledků léčby:

- Uzdravení: normální průběh života až do přirozeného konce)



Onkogynekologie – hormonální th

- nádory vycházející z hormonálně dependentních (závislý) tkání
 - účinek ablační: odstranění žlázy nebo ozáření (premenopausální pac.s C50)
 - účinek aditivní: gestageny → inhibice sekrece gonadotropinů
 - antiestrogeny (TAMOXIFEN-kompetitivní účinek)
 - účinek inhibiční: blokáda syntézy hormonů: inhibitory aromatázy
 - účinek kompetitivní: vytěsnění hormonu

TERAPIE KURATIVNÍ (léčebná) x PALIATIVNÍ (symptomatická) ADJUVANTNÍ (zajišťovací) x NEOADJUVANTNÍ (zmenšení)



Onkogynekologie

- **Bezpriznakove prežití:** vyjadřuje kolik % pac žije po určité době (3,5,10 let) od ukončení th bez známek onemocnění
- **Celkové prežití:** vyjadřuje kolik % pac ještě žije po určité době od zahájení th ať s příznaky nemoci, nebo bez nich po 3,5, 10 letech
- **Remise:** vymizení příznaků nemoci při dostupných vyšetřeních
- **Relaps a progrese:** nově se objevivší příznaky nemoci u člověka v remisi



Oše péče u chemoth

- Znalost o účincích cytostatických léčiv a jejich vedlejších účincích
- Získat od pac informace potřebné ke stanovení oše dg k uspokojování všech potřeb



Oše péče u chemoth

Sestra zná:

- Zásady zacházení s cytostatickými léčivy
- Rizika související s podáváním cytostatik
- Působení cytostatik a NÚ chemoth
- Předepsanou dokumentaci
- Vedení dokumentace a likvidace cytotoxického odpadu



Oše péče u chemoth

Sestra má dovednosti při:

- dodržování všech bezpečnostních a ochranných pravidel při aplikaci cytostatik
- manipulaci a zacházení s infuzními pumpami a žilními přístupy
- sledování stavu pac a pozor na NÚ !
- komunikace s pac a rodinnými příslušníky, velmi důležité, vztah pacient – sestra



Oše péče u chemoth

Sestra má povinnost:

- vzdělavat se v nových trendech th cytostatiky
- dodržovat předpisy bezpečné práce s cytostatiky
- poskytovat pac ústní i písemné informace



Oše péče u chemoth

Režim před vlastním podáním chemoth

- jakoukoliv změnu svého zdravotního stavu oznámit lékaři ještě před podáním cytostatik
- informovat lékaře o lécích, které užívá pac a konzultovat s ním nasazení jakýchkoliv nových léků
- den před podáním chemoth zvýšit příjem tekutin na 2 – 3 litry, jíst lehce stravitelná jídla
- v den chemotr lehká snídaně, napít se



Oše péče u chemoth

Aplikace chemoth:

- ve formě nitrožilních infuzí nebo tablet, v různých léčebných schématech , které se řídí standardními postupy
- převážně ambulantně (vlastní aplikace trvá několik minut až hodin) nebo za hospitalizace dle zvoleného režimu
- aplikace je prováděna v cyklech s různě dlouhou pauzou mezi dvěma cykly. Celkový počet cyklů je většinou 6 - dle zvoleného schématu. Celková doba cytostatické léčby je většinou kolem 1/2 roku.



Oše péče u chemoth

Zajištění přístupu do žíly:

- periferní žilní kanyla x jehla (předloktí ruky)
- kanyla – „katétr“ do podkličkové, krční, stehenní hluboké žíly na 3 – 7 měsíců
- porty do podkoží operačně vložených (implantovaných) komůrek napojených na hadičku vedoucí v podkoží do hluboké žíly. Lék se pak podává napíchnutím komůrky jehlou přes kůži. Informovat pac o postupu a rizicích před zavedením.



Ošě péče u chemoth

NÚ v místě aplikace chemoth a na žilní systém:

- únik léku mimo žílu: závažné poškození okolních tkání, bolest, pálení, zduření ihned hlásit sestře, ukončit aplikaci, snaha o aspiraci uniklého léčiva, proplach FF
- zánět žíly: bolest, zarudnutí, místní zduření, ihned hlásit sestře
- trombóza žíly: otok, bolest. Trombóza žíly se může projevit i jako srdeční infarkt, mozková příhoda nebo plicní embolie – podle lokalizace ucpané žíly



Úloha sestry v prevenci onkologických onemocnění

Nejúčinnější a nejlevnější.

Sestra si může povšimnout příznaků, které jsou prvním projevem nádorového onemocnění.

- *Primární prevence:* zaměřena proti vzniku onemocnění. Lidé mají dostatek informací – uplatňovat. Je záležitostí každého jedince, zaměřena na zdravé lidi. Zabývá se prevencí vzniku chorob, pozitivní zlepšování zdravotního stavu, ovlivnit zevní faktory (dietní návyky, požívání alkoholu, kouření, pohybová aktivita).



Úloha sestry v prevenci onkologických onemocnění

- *Sekundární prevence:* včasné vyhledávání nemoci (latentních stádií) a včasná th. Důraz kladen na včasný záchyt.
- *Terciální prevence:* doléčení a návratné péči (funkční RHB, psychosociální adaptace, navrácení zdraví v oblasti biologické, pracovní, behaviorální). Opatření, které mají zabránit vzniku nežádoucích, trvalých a dlouhodobých následků nemoci.



Úloha sestry v prevenci onkologických onemocnění

Cíle sestry v prevenci nádorů:

- zajištění informací o prevenci a počátečních příznacích nádorových onemocnění
- schopnost podat kvalitní a podrobné informace týkající se prevence
- podílet se na preventivních programech
- schopnost analyzovat rodinnou anamnézu
- vzdělávání sester v primární péči
- diskuze o nádorových onemocněních



Úloha sestry v prevenci onkologických onemocnění

Sestra by tedy měla:

- intenzivně působit v ambulanci i u léžka
- vést pac k redukci vyvolávajících faktorů
- zdravá osvěta, distribuce materiálů do čekáren ambulancí
- komunikovat s pac, doporučovat odborné poradenství v potřebných oblastech

Sestra zastává důležitou pozici, protože je s pac v užším kontaktu.

Pac se svěřuje se svými pocity, problémy a očekává radu a povzbuzení.

Sestra zná pacienta ale i celou rodinu.



Karcinom vulvy

- **Incidence** 3 - 4 /100 000 žen/rok, průměrný věk 65 – 75 let
3 – 5% gynekologických malignit
- **Etiopatogeneze a rizikové faktory:** dystrofické změny, chronický zánět, HPV infekce, věk, anamnéza condylomat, kouření
- **Prekanceroza:** VIN (vulvární intraepitelové neoplasie, změny buněk vulvy)
- **Zhoubné nádory:** spinocelulární karcinom 90%
melanom 2–10%,
adenocarcinom 2-3% z Bartholiniho žlázy



Karcinom vulvy

Prognóza 5ti leté přežití

stádium		% přežívajících pacientek
I	omezen na vulvu	91
II	šíří se do okolí bez uzlin	81
III	okolí + regionální uzliny	48
IV	vzdálené metastázy + pánevní uzliny	15

Karcinom vulvy

- **Klinická symptomatologie:**

časná stádia asymptomatická

vulvodynie (chronická nevysvětlitelná bolest)

krvácení

pruritus



Karcinom vulvy

- **Diagnostika:**

gynekologické vyšetření vč. rektovaginálního + vulvoskopie

- Biopsie, histologické vyšetření





Karcinom vulvy

- **Staging:**

- gynekologické vyšetření (vč. vulvoskopie)
 - expertní UZ vyšetření břicha, pánve, třísel
 - RTG plic
 - laboratorní + interní vyšetření

- MR břicha a pánve (PET/MR, PET/CT)
 - cystoskopie
 - rektoskopie
 - nádorové markery (SCCA, CA 125)

Karcinom vulvy

- **Terapie:**

operační léčba

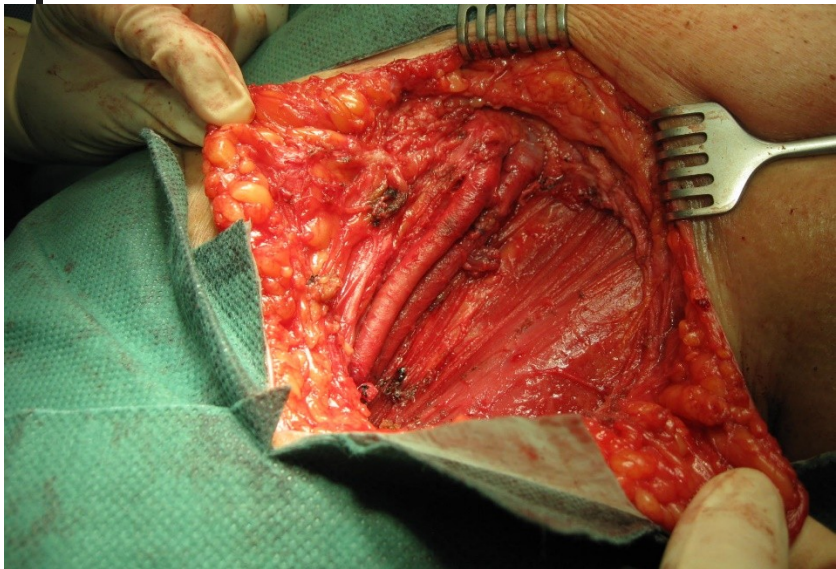
radioterapie (dominantně adjuvantní, primární při KI operace)

chemoradioterapie (lokálně pokročilá stádia)

primární chemoterapie (metastatická forma nemoci)



Karcinom vulvy





Karcinom pochvy

- **Incidence:** 0,7/100 000 žen/ rok, průměrný věk 65 – 70 let
adenocarcinom pochvy průměrný věk 12 – 30 let
1 – 2% gynekologických malignit
- **Zhoubné nádory:** spinocelulární 90%
adenocarcinom 2-3%
leiomyosarkom
embryonální rhabdomyosarkom (u dětí do 5 let)
maligní melanom
- **Etiopatogeneze a rizikové faktory:** HPV infekce, stav po radioterapii pánve, iritace pochvy, kouření, věk, DES syndrom (Diethylstilbestrol syndrom – syntetický estrogen brán v těhotenství jako prevence potratů a mrtvě rozených dětí)
- **Prekanceróza:** VaIN



Karcinom pochvy

- **Prognostické faktory:** horší je lokalizace tumoru ve střední a dolní třetině pochvy
postižení lymfatických uzlin, lokalizace, počet, velikost
- **Klasifikace:**
 - T 1 – 4.....** typ rozsahu
 - N.....** postižení regionálních lymfatických uzlin
 - M** vzdálené metastázy (plíce, játra, skelet)



Karcinom pochvy

stádium		% přeživších pacientek
I	omezen na poševní stěnu	75
II	šíření do paravaginálních tkání	48
III	šíření k pánevní stěně	30
IV	postižení sliznice MM, rekta, šíření mimo malou pánev	8-10

Karcinom pochvy

- **Klinická symptomatologie:**
 - časná stádia asymptomatická
 - výtok
 - kontaktní špinění nebo krvácení
 - pelvalgie
 - hematurie
 - enterrorrhagie (krvácení do GIT)



Karcinom pochvy

- **Diagnostika:**
gynekologické vyšetření, vč. rektovaginálního + kolposkopie
biopsie

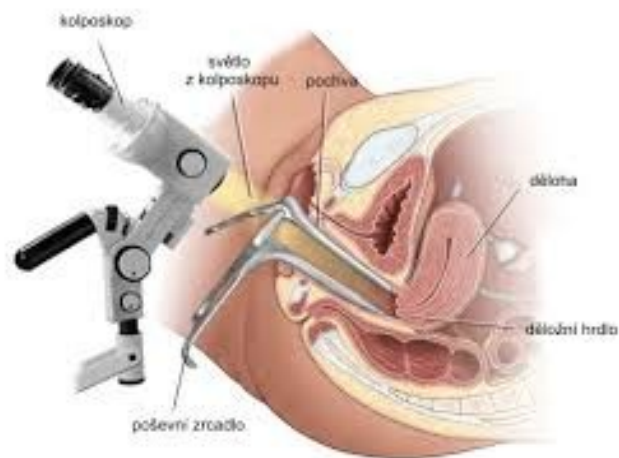


Karcinom pochvy

- **Staging:**

gynekologické vyšetření, vč. kolposkopie
expertní UTZ vyšetření břicha, pánve, třísel
RTG plic
laboratorní + interní vyšetření

MR břicha a pánve (PET/MR, PET/CT)
cystoskopie
rektoskopie
nádorové markery (SCCA, CA 125)





Karcinom pochvy

- **Terapie:**

- operační léčba

- radioterapie (dominantní primární léčba vzhledem k věkovému spektru pacientek a rozsahu nemoci + adjuvantní forma)

- primární chemoterapie

- radikální incize

- kolpektomie (parciální, totální)

- ověření stavu regionálních lymfatických uzlin - systematická lymfadenektomie



Karcinom děložního hrdla

- **Incidence:** 4% rok, 35–45 let, potom 60-65 let
- **Etiopatogeneze:** HPV infekce (18-70% karcinomů), dlouhodobé užívání HAK, časná koitarché (před 16. rokem věku), promiskuita, kouření, nízký socioekonomický status, rodinná zátěž
- **Prekanceroza:** CIN (cervikální intraepitelové neoplasie)
- **Zhoubné nádory:** dlaždicobuněčný 60-80%
 - adenokarcinom 10-15%
 - mezenchymové x smíšené nádory



HPV infekce

Papiloma virus, lidský papilomavirus

- přenos pohlavním stykem
- pouhým kontaktem s kůží nakaženého partnera v oblastní genitálií (rukou, ústy). Kondom není v případě onemocnění HPV infekcí 100% ochranou. Promiskuita!!!!!!!
- viry parazitují v lidské buňce. Po přesycení v buňce dojde k jejímu zániku a uvolnění virů do lidského organismu.
- prevencí pravidelná gynekologická prohlídka 1/rok
- odběr cytologie
- očkování proti onemocnění děložního čípku (nejvhodnější u mladých dívek, které zatím nezačaly žít sexuálním životem. Očkovat se ale také mohou ženy, které jsou již sexuálně aktivní. Trpí-li již nějakým HPV virem, nemusí jít o typ, proti kterému je očkování účinné.



Karcinom děložního hrdla

- **Prognostické faktory:**

- velikost primárního nádoru – objem

- hloubka stromální invaze, relativní podíl velikosti tumoru k velikosti hrdla

- vzdálenost nádor - branky

- extenze do děložního isthmusu/nebo děložního těla

- počet pozitivních lymfatických uzlin

- intraperitoneální šíření



Karcinom děložního hrdla

stádium		5ti leté přežití pacientek
I	omezení na děložní čípek	80 - 93%
II	šíření mimo dělohu, ne na dist. 1/3 pochvy a ne k pánevní stěně	58 – 63%
III	šíření mimo dělohu, rozvoj hydronefrózy, afunkce ledviny	32 – 35%
IV	šíření na sliznici MM, sliznici rekta, mimo malou pánev	15 – 16%



Karcinom děložního hrdla

- **Klinická symptomatologie:**

časná stádia: kontaktní špinění, krvácení
nepravidelné krvácení
výtok

pokročilá stádia: pelvalgie
sakralgie
hematurie
enterorrhagie

Karcinom děložního hrdla

- **Diagnostika:**

gynekologické vyšetření + kolposkopie

biopsie, excize

konizace (endocervikální kyretáž)





Karcinom děložního hrdla

- **Staging:**

časná stádia: kontaktní špinění, krvácení
nepravidelné krvácení
výtok

pokročilá stádia: pelvalgie
sakralgie
hematurie
enterorrhagie



Karcinom děložního hrdla

- **Staging:**

gynekologické vyšetření + kolposkopie

expertní UTZ břicha a pánve

RTG plic

laboratorní + interní vyšetření

MR břicha a pánve (PET/MR, PET/CT)

cystoskopie

rektoskopie (kolonoskopie)

nádorové markery (SCCA, CA 125)



Karcinom děložního hrdla

- **Terapie:**

- operační léčba (st. I a IIA)

- radioterapie (IIB-IIIIB, ev. chemoradioterapie)

- chemoterapie + biologická léčba (IV B)

- operační léčba (odstranění dělohy, resekce parametrií, resekce proximální části pochvy)



Karcinom děložního hrdla

■ **Komplikace:**

Peroperační komplikace - krevní ztráta

- poranění močového měchýře
- poranění močovodu
- vzácněji poranění rekta, n. obturatorius

Časné pooperační komplikace: urologické - hypotonický močový měchýř

vaskulární - trombóza, embolie, krvácení



Karcinom děložního hrdla

■ **Komplikace:**

Pozdní pooperační komplikace:

urologické - hypotonie močového měchýře

- inkontinence moči
- fistula (vesiko- či ureterovaginální)
- stenóza ureteru s rozvojem hydronefrózy

intestinální - sub-, ileózní stav

lymfovaskulární - pánevní lymfocysty

- lymfedemy dolních končetin



Karcinom děložního těla

- **Incidence:** 3-4 nejčastější zhoubný nádor (prs, kolorektum, plíce)
absence screeningu (UTZ, HSK, cytologie)
relativně dobrá prognóza (5 let přežití 77-88%, stádia IA - IB)
nejčastější rozvinutý gynekologický nádor v rozvojových zemích
nízká incidence v Africe
2x vyšší výskyt u bílé rasy
- **Zhoubné nádory:** endometroidní 78–80%
 - adenoca s dlaždicovou složkou
 - mucinózní 1-9%
 - serózní papilární <10%
 - leiomyosarkom



Karcinom děložního těla

■ Etiopatogeneze:

Typ I

80-85 % všech případů, u pac ve věku 55-65 let

-vzniká v terénu hyperplastického endometria (atypická)

-typické histologické varianty: endometrioidní karcinom dobře diferencovaný, mucinózní adenokarcinom

-lepší prognóza

Typ II

15-20 % případů, u pac 65-75

-nejasná etiopatogeneze, vzniká v terénu atrofického endometria, není spjat s hyperestrinizmem a hyperplazií endometria

-typické histologické varianty: serózní karcinom, smíšený karcinom

-bývají méně diferencované, agresivnější, diagnostikovány až při vyšším stupni invaze

-horší prognóza než typ I



Karcinom děložního těla

- **Prognostické faktory:**

- stadium onemocnění (dle TNM)

- kvalita chirurgického zákroku

- negativní prognostické faktory: postižení lymfatických uzlin (počet, velikost), extrauterinní šíření, hloubka invaze do myometria, postižení hrdla děložního, velikost tumoru nad 2cm, lymfangioinvaze

- histologický typ horší prognóza: typ II (pětileté přežití 58 % ve srovnání s 83 % u typu I)

- další negativní prognostické faktory: věk nad 60 let, radioterapie jako primární metoda léčby

- pozitivní prognostické faktory: pozitivita progesteronových receptorů (typ I)



Karcinom děložního těla

	stadium	5ti leté přežití
I	nádor omezen na tělo dělohy	78 - 90%
II	lokální nebo regionální šíření	74%
III	metastázy do pánevních nebo paraaortálních mízních uzlin	36 – 57%
IV	nádor postihuje sliznici MM, sliznici střeva, vzdálené metastázy	20%



Karcinom děložního těla

- **Klinická symptomatologie:**

Časná stádia - nepravidelné krvácení (menoaktivní období)

- postmenopauzální metroragie
- výtok

Pokročilá stádia - pelvalgie

- sakralgie
- hematurie
- enterorrhagie

Asymptomatické pacientky (UZ diagnostika)



Karcinom děložního těla

- **Diagnostika:**

- **Neexistence screeningové metody !!**

- **Prebioptické metody** - ultrazvuk
 - cytodiagnostické metody

- **Bioptické metody** - aspirační pipela
 - kyretáž
 - hysteroskopická cílená biopsie



Karcinom děložního těla

- **Staging:**

gynekologické vyšetření

expertní UTZ břicha a pánve

RTG plic

laboratorní + interní vyšetření

MR břicha a pánve (ev. PET/MR, PET/CT)

cystoskopie

rektoskopie (kolonoskopie)

nádorové markery (CA 125, HE4)



Karcinom děložního těla

- **Terapie:**

operační léčba – metoda volby (hy abd + AE bil, ev. lymfadenektomie dle typu nádoru

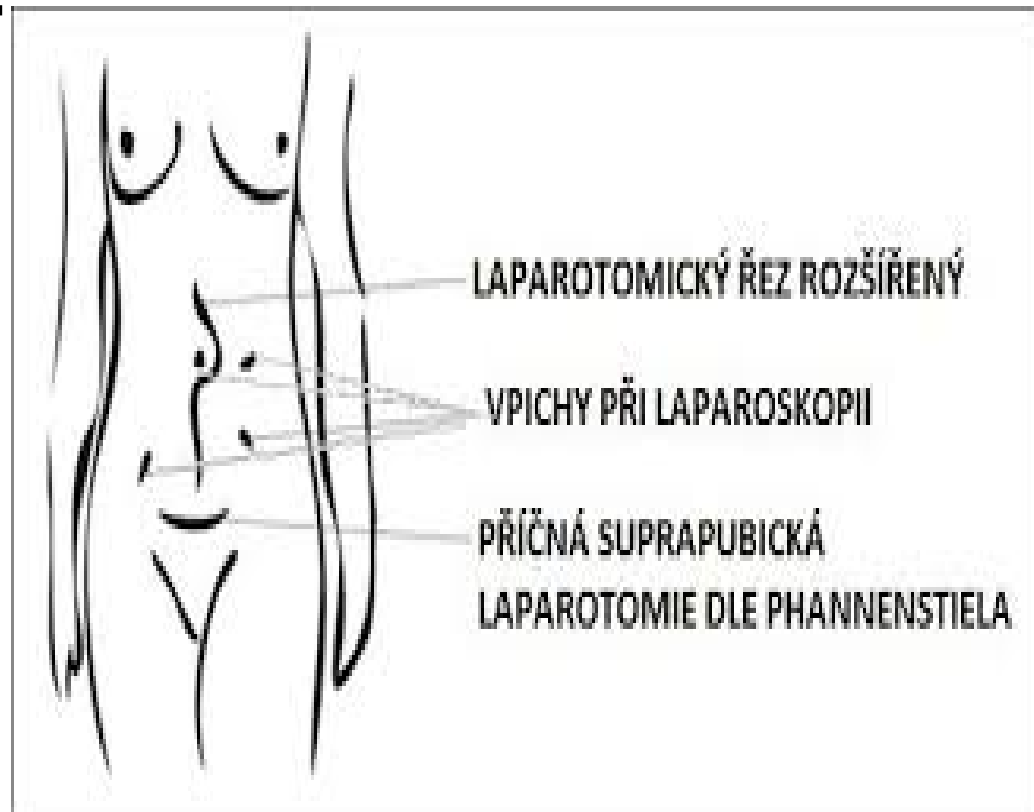
radioterapie

chemoterapie – pokročilá stádia

hormonoterapie – léčba recidiv

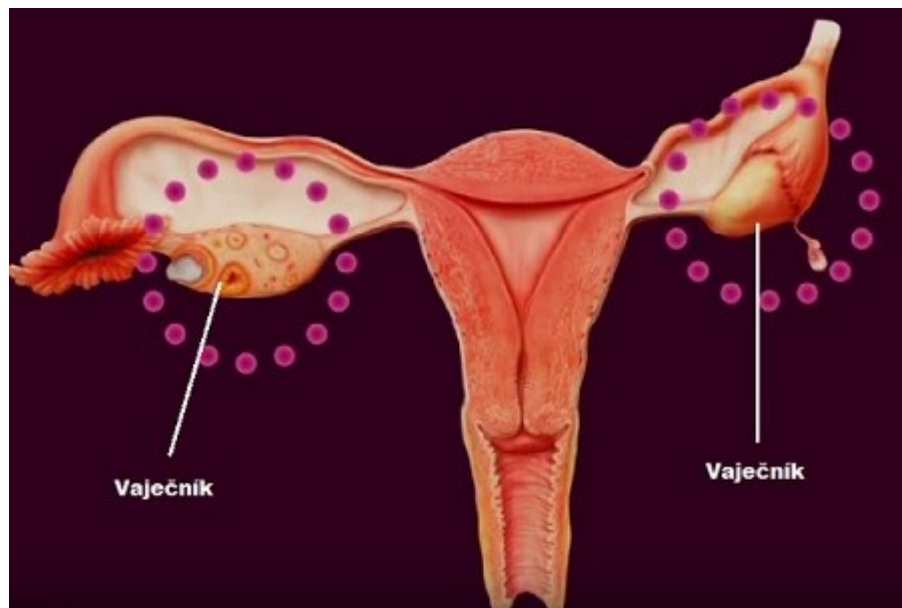
Karcinom děložního těla

- **Operační přístupy:**



Karcinom ovaria

- **Incidence:** 22/100 000 žen/ rok, 60-65 let
nárůst incidence s věkem, ženy > 70 let 4x vyšší riziko než mladší 40 let
- **Zhoubné nádory:** epitelové nádory (serózní, mucinózní, endometrioidní, smíšené, nediferencované), Borderline tumory





Karcinom ovaria

- **Prognostické faktory:** vyšší věk, genetika (BRCA 1, BRCA2), kouření, nuliparita, vyšší věk, jiné onko onemocnění (ca prsu)
- více než 70 % onemocnění je diagnostikováno v pokročilém stadiu (III., IV. klinické stadium).
- efektivní screeningová metoda v rámci celé populace není známa
- snaha o vyhledávání a sledování žen se zvýšeným rizikem ovariálního karcinomu na základě výsledků mutační analýzy nebo pozitivní osobní a rodinné anamnézy. Doporučené sledování pro tuto populaci:
 - kombinace vyšetření markerů Ca 125 + HE4 (2x ročně) a gynekologického vyšetření vč. transvaginálního ultrazvuku (optimálně také 2x ročně)
 - v indikovaných případech profylaktický operační výkon



Karcinom ovaria

- **Staging:**

gynekologické vyšetření

expertní UTZ břicha a pánve

RTG plic

laboratorní + interní vyšetření

MR břicha a pánve (ev. PET/MR, PET/CT)

cystoskopie

rektoskopie (kolonoskopie)

nádorové markery (CA 125, HE4, Ca19-9)



Karcinom ovaria

- **Příznaky:**

asymptomatické

nemusí být objeven ani při běžné gynekologické prohlídce
na rozdíl od jiných zhoubných nádorů tak tento typ rakoviny bývá
vzácně objeven v počátečním stadiu

u pokročilejších nádorů pobolívání břicha, nadýmání, pálení žáhy
při pokročilejším nálezu – metastázy – na povrchu střevních
kliček, pobříšnici či povrchu jater > tato ložiska produkují tekutinu,
hromadí v břišní dutině – ascites.

pokročilé stadium provázejí jasnější příznaky: zvětšování břicha a bolest
z napětí břišní stěny, časté močení či zácpa způsobené tlakem
na MM nebo konečník, nechutenství, zvracení i dýchací obtíže



Karcinom ovaria

- **Terapie:**

- operační léčba

- chemoterapie

- biologická léčba bevacizumab

- radioterapie (cílená v rámci paliace)

- hormonální terapie (megestrol acetát – paliace k ovlivnění symptomů)



Karcinom prsu

Senologie - onemocnění prsu

nejčastější zhoubné onemocnění žen v naší populaci.

Incidence: 110/100 000/rok (1. místo u žen v ČR)

- ohroženou skupinou ženy v produktivním věku
- náročný lékařský výkon obvykle s následnou konzervativní onkologickou léčbou
- riziko komplikací
- důležitá psychická linie ženské osobnosti



Karcinom prsu

TNM klasifikace

T – stav primárního nádoru

N – stav regionálních uzlin

M – přítomnost vzdálených metastáz

Bez předpony zjištěno klinicky a paraklinicky

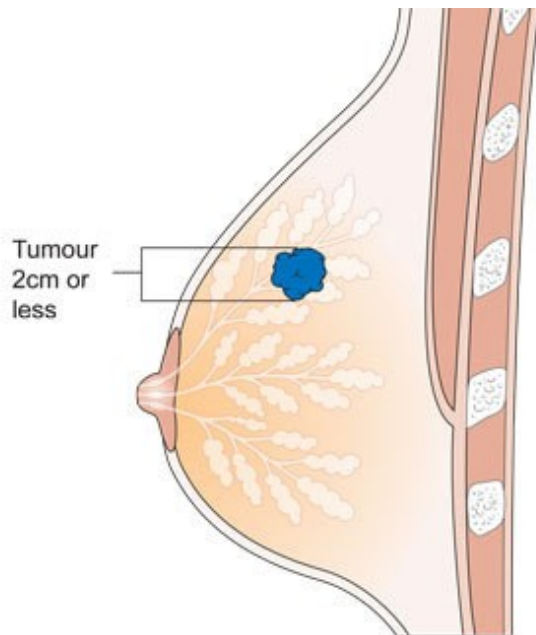
s předponou **p** pooperační – stanovení patologem

s předponou **y** stav po terapii

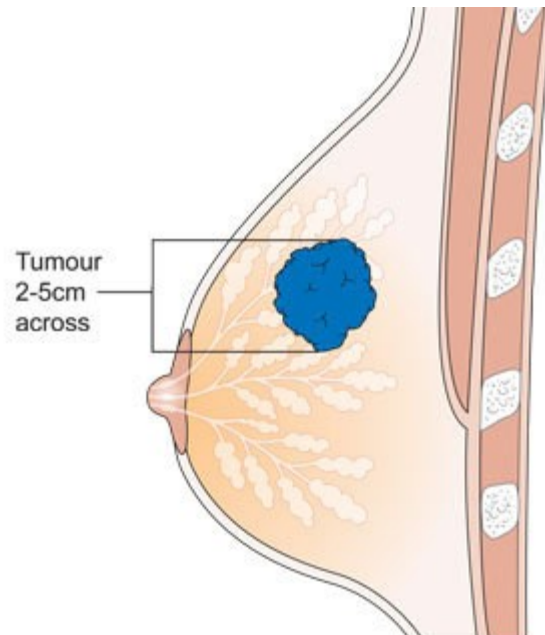
Např.: ypT2a ypN1biv M0

Karcinom prsu

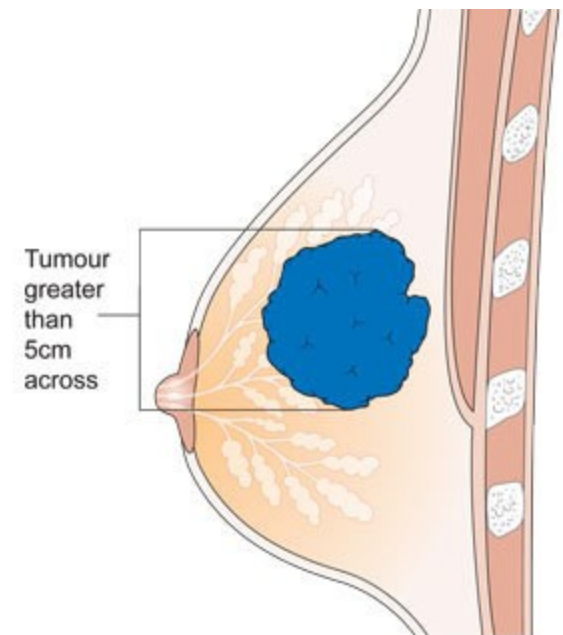
Kategorie T



Cancer Research UK



Cancer Research UK



Cancer Research UK

Karcinom prsu

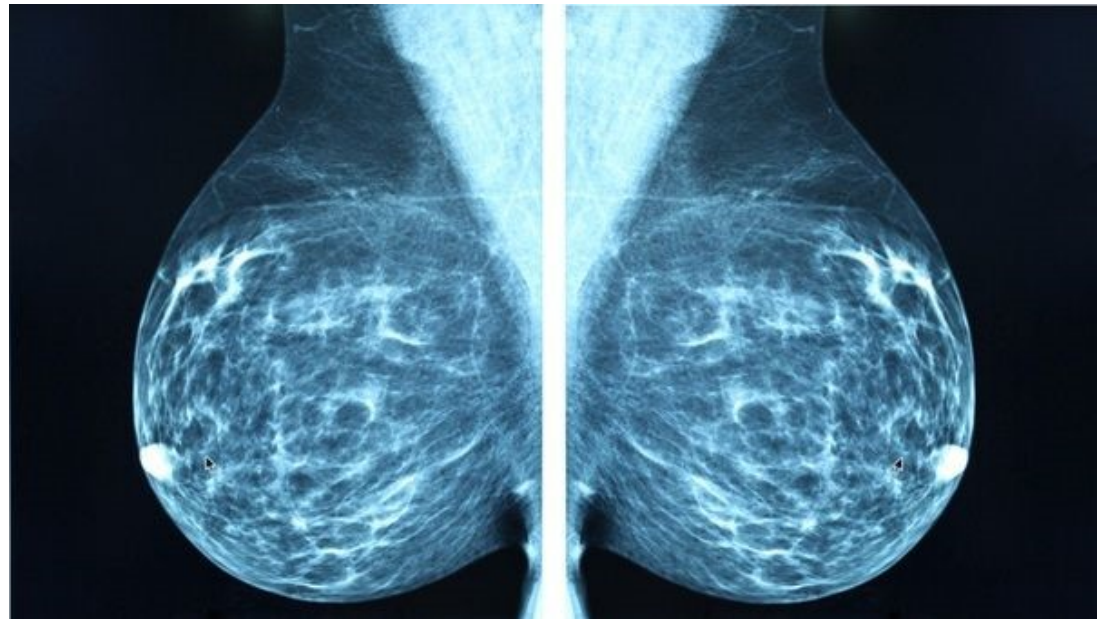
Stanovení kategorie T

T

- Klinické vyšetření
- Mammografie
- Sonografie

pT

- Stanovení patologem



Karcinom prsu

Kategorie N

- NX nelze stanovit
- N0 bez metastáz
- N1 jedna nebo více samostatných metastáz v axille
- N2 paket metastatických uzlin v axille
- N3 metastázy v uzlinách v povodí a.mammaria interna



Karcinom prsu

Stanovení kategorie N

N

- Klinické vyšetření
- Sonografie

pN

- Patologické vyšetření po disekci axilly
- Patologické vyšetření sentinelové uzliny



Karcinom prsu

Kategorie M

- MX nelze stanovit
- M0 bez přítomnosti vzdálených metastáz
- M1 přítomnost vzdálené metastázy (včetně uzlinové v nadklíčku)



Karcinom prsu

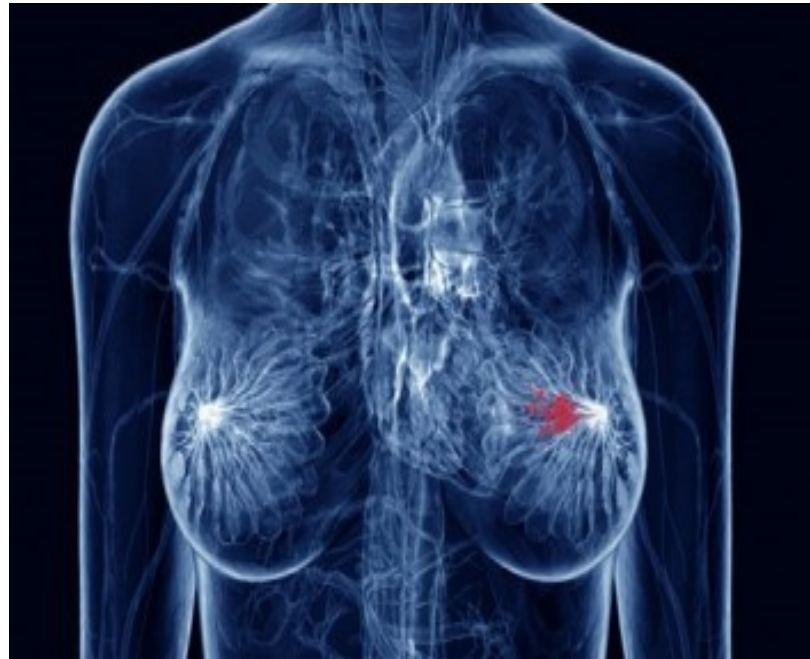
Stanovení kategorie M

Vyšetření nutná k stanovení M0

- Rtg plic
- Sono jater
- Scintigrafie skeletu

Stanovení M1

- Dle klinické situace





Karcinom prsu

Rizikové faktory

- věk – nad 45 let největší výskyt
- alkohol, nevhodná strava – vhodná vláknina
- výskyt nádoru v rodině či u téhož pacienta
- určité změny ve tkáni prsu – netypické buňky pod mikroskopickým vyšetřením
- genetické mutace – BRCA1, BRCA2
- menstruace před 12. rokem, postmenopauza po 55 .roce, poord v pozdějším věku, 0pary, HRT po přechodu s obsahem estrogenu a progestinu
- ozáření prsu
- denzita prsní tkáně
- nadváha, obezita po přechodu, málo pohybu

Nádorová onemocnění prsu

- 1 Mezižeberní svaly
- 2 Prsní sval
- 3 Prsní (mléčná) žláza
rozčleněná na žlazové lalůčky
- 4 Bradavka
- 5 Prsní dvorec
- 6 Vývody mléčné
žlázy
- 7 Tuková tkáň prsu
- 8 Kůže kryjící
povrch prsu



Anatomie prsu



Diagnostika karcinomu prsu

Klinické příznaky:

- bulka - nejčastěji v horní polovině prsu (rezistence bývá neohraničená, kůže fixovaná, (až v 73% objevená pacientkou)
- změny velikosti a symetrie prsu
- změna barvy a vzhledu kůže - svraštělá (připomíná pomerančovou slupku)
- Mastodynie (bolest, napětí, citlivost, zarudnutí, otok prsu)
- vpáčená bradavka, exantém, svědění bradavky
- patologická sekrece z bradavky
- zduření uzlin v podpaží a podklíčkové jamce - příznakem pokročilého bujení

Diagnostika karcinomu prsu



Jehlová aspirační biopsie



Samovyšetřování prsu

- od 30 let, při pozitivní RA od 25 let
- po skončení menses
- aspekce – před zrcadlem vstoje, mírný předklon, zvednuté paže
- palpace – nejlépe vleže – bříšky prstů– systematické
- vyšetřování obou prsů – směr – vertikální (od zevních partií přes centrum mediálně)
- od okraje k centru prsu (jednotlivé kvadranty)
- cirkulární (ve spirále od okraje prsu do centra)

Žena dobře vyškolená v technice samovyšetřování je schopna diferencovat rezistenci v prsu až od její průměrné velikosti cca 2 cm !!!

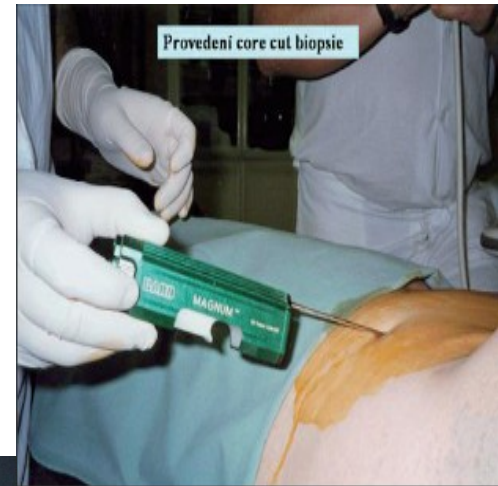


Klinická vyšetření

- Aspekce - vstoje (ruce volně spuštěny, v bok, za hlavou)
- Palpace - vstoje nebo vsedě, při podezřelém nálezů i vleže, systematicky, jednotlivé kvadranty, při susp. nálezů palpat symetricky bilaterálně
- největší pozornost – oblast ZHK – cca 45 % nálezů,
- centrum prsu a bradavku (centrální segment – 25 % nálezů
- spádové lymfatické uzliny v axille, oblast supra (nadkličkový) a infraklavikulární (podkličkový)

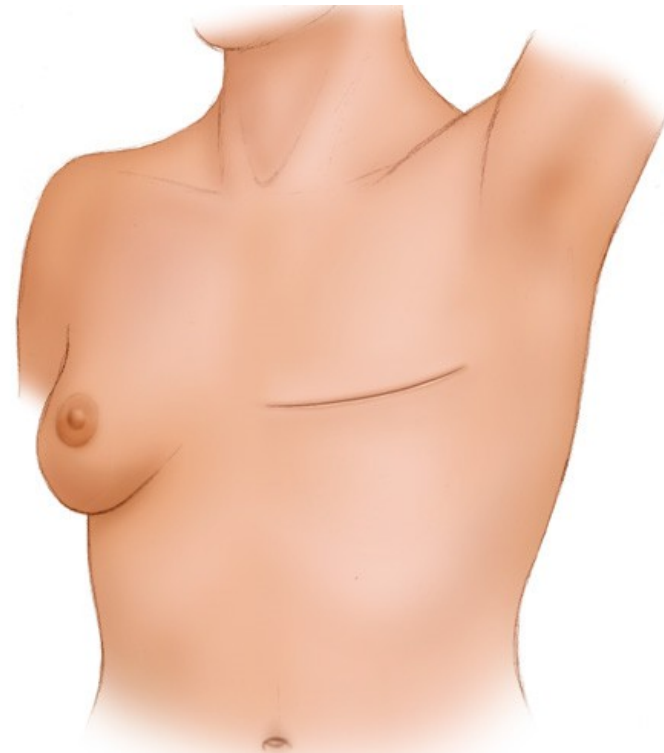
Karcinom prsu

- **Tenkojehlová biopsie (Fine Needle Biopsy)**
 - Minimální poškození pacienta
 - Náročná pro patologa - cytologie
 - Vyšší procento falešných výsledků
- **Biopsie tlustou jehlou (Core Cut, Tru Cut)**
 - Přesný morfologický výsledek - biopsie
 - Možnost stanovení dalších parametrů (SR, HER2)
- **Otevřená biopsie**
 - Operační metoda
 - Peroperační hodnocení
 - Hodnocení z definitivní histologie



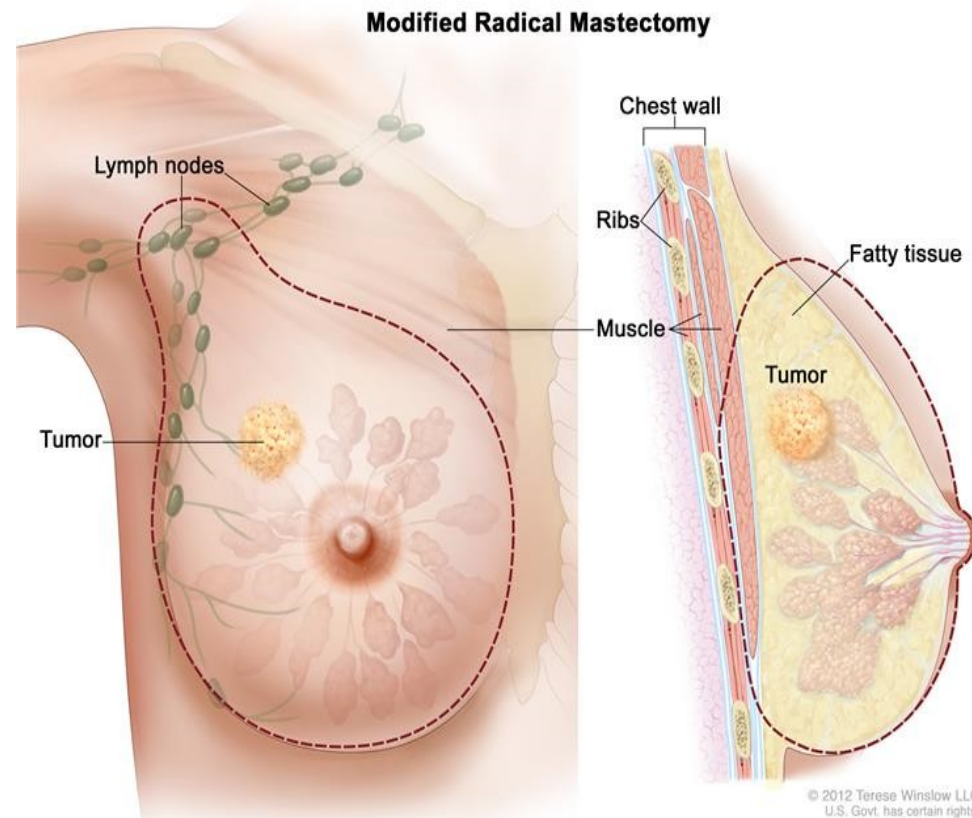
Prostá mastektomie

- Odstranění prsu bez zásahu do axilly, s ponecháním pektorálních svalů
- Indikací multicentrický neinvazivní karcinom



Radikální modifikovaná mastektomie

- Odstranění prsu s lymfatickými uzlinami, avšak prsní sval se zachová
- Disekce axilly I. a II. etáže
- Indikací multicentrické invazivní karcinomy nebo solitární karcinomy nevhodné pro konzervativní výkon





Mezioborová spolupráce

- prevence a diagnostika, screening
 - gynekolog, PL, chirurg, onkolog
- léčba
 - onkogynekolog, chirurg, onkolog, radioterapeut ??

>>>>>> rozdělení kompetencí – kdo ?



Karcinom prsu

■ Prekancerozy

- ADH (atypická duktální hyperplazie), ALH (atypická lobulární hyperplazie)

■ Histologické typy

- duktální (z mléčných kanálků) karcinom (75 %)
- lobulární (z buněk mlékovodných kanálků) karcinom (15 %)
- ostatní (10 %) – mucinózní/hlenotvorný , papilární (z bradavky), inflamatorní (zánětlivý), Pagetův ca bradavky (vzácnější podtyp duktálního **karcinomu**, který napadá zejména tkáň bradavky. Projeví se vznikem nehojícího se vředovitého ložiska v oblasti prsní bradavky).



Karcinom prsu

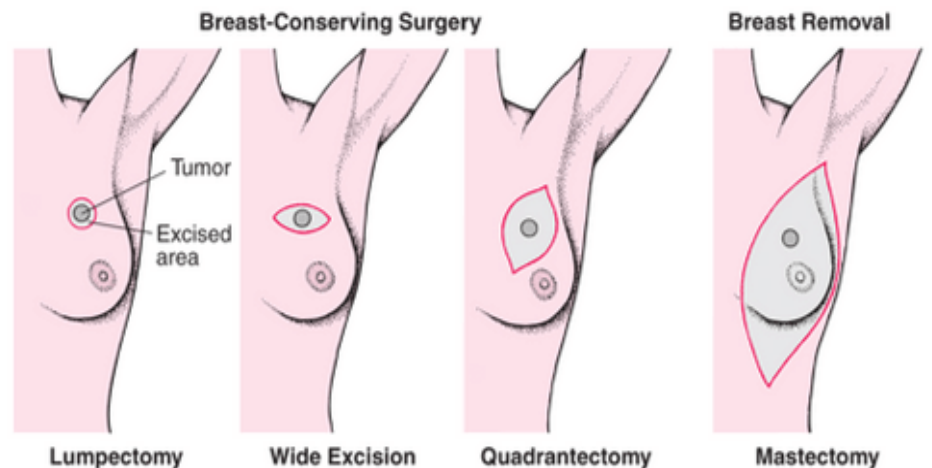
Prognostické faktory

- velikost primárního tumoru
- postižení axilárních uzlin
- histopatologický nález – grading tumoru
- stav hormonálních receptorů
 - tumor pod 1 cm – 5leté přežití 99%
 - postižení 3 uzlin – 5leté přežití 62%

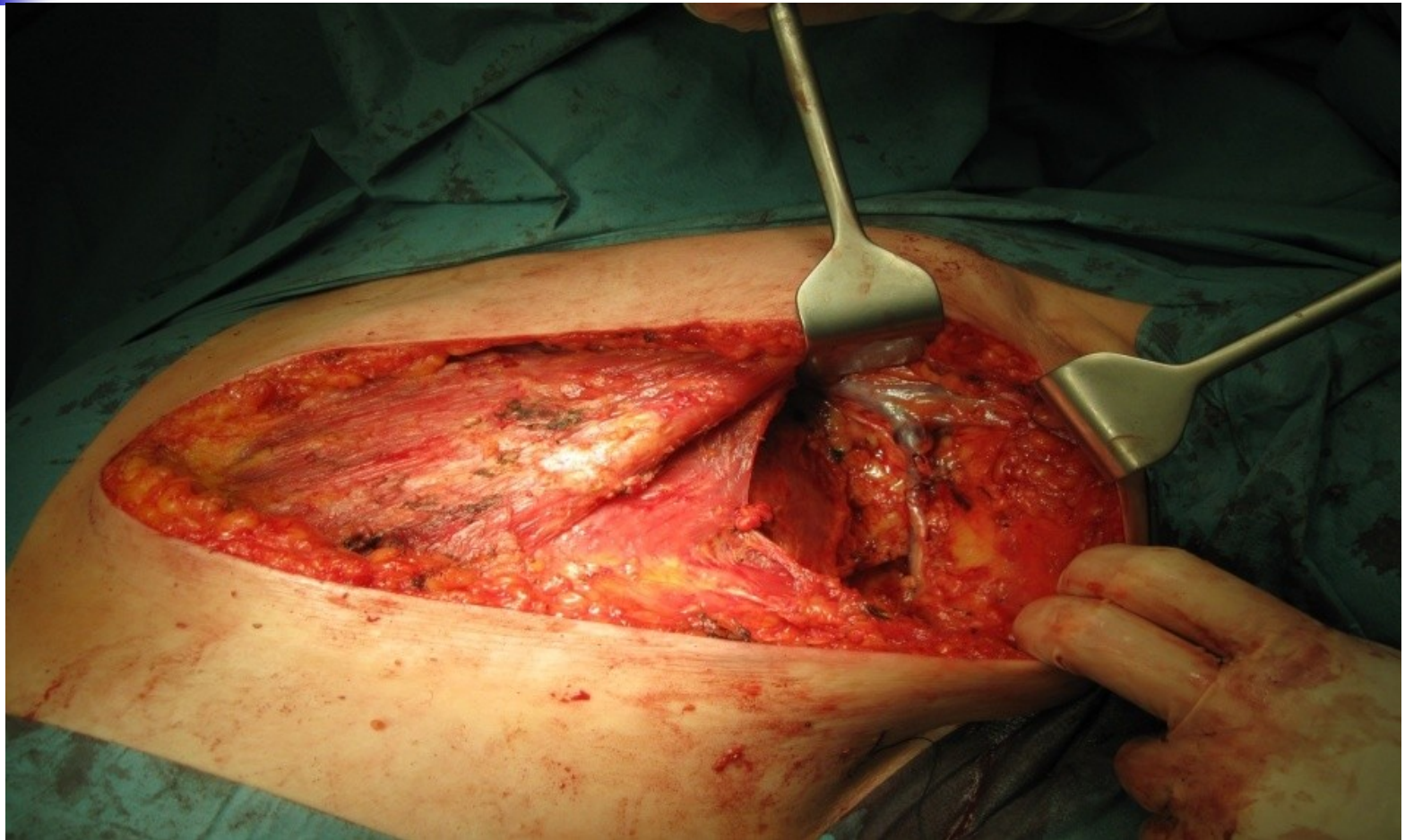
Chirurgická terapie

- Biopsie
- Prostá mastektomie
- Modifikovaná radikální mastektomie (odstraní se prs s lymfatickými uzlinami, avšak prsní sval se ponechá)
- Konzervativní výkony
 - Kvadrantektomie
 - Tylectomie
 - Lumpectomie/tumorectomie
 - Hemimastektomie
- Subkutánní mastektomie
- Sanační výkony
- Rekonstrukční výkony
- Chirurgie vzdálených metastáz

Methods / Techniques of Breast Cancer Surgery



Modifikovaná radikální mastektomie



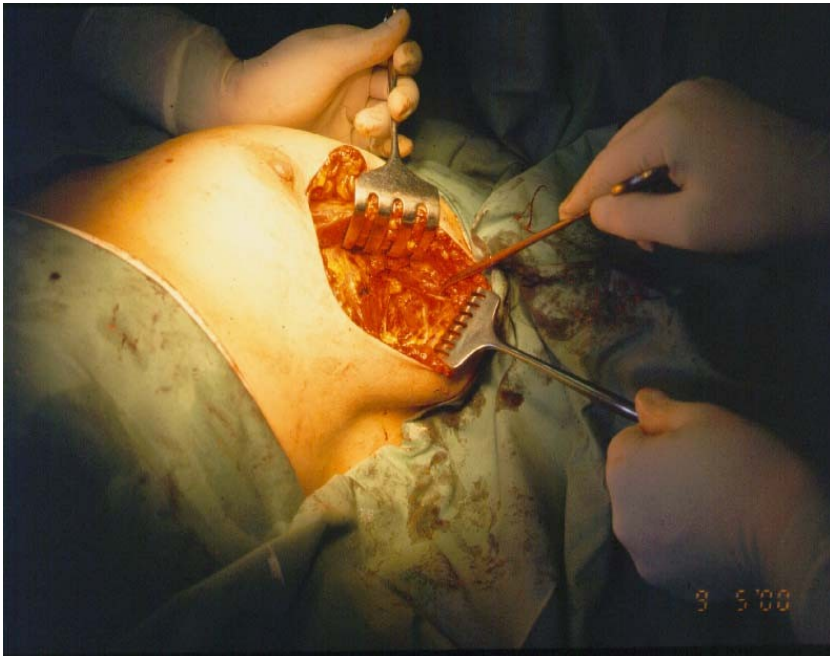


Konzervativní výkony

- Odstranění části prsu (s dostatečným zdravým okrajem)
- Standardní součástí je disekce axilly (resp. SNB)
- Výkon je následně standardně doplňován ozářením prsu
- V současnosti standardní postup při nepřítomnosti následujících kontraindikací:
 - Multicentricita (vzdálenost 4 cm mezi dvěma ložisky)
 - Velikostní nepoměr mezi tumorem a prsem, neumožňující kosmeticky přijatelný výsledek
 - Přání pacientky

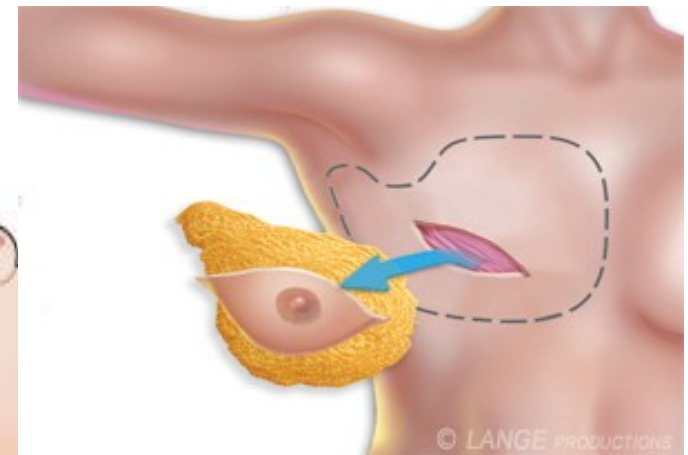
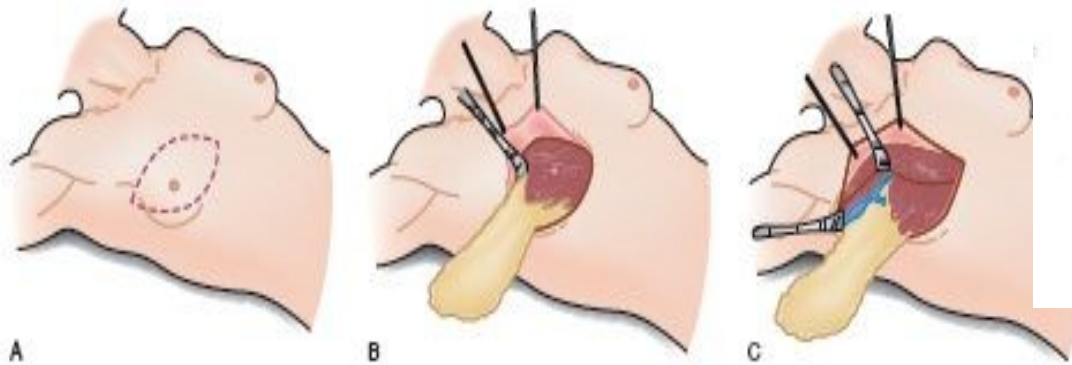
Kvadrantektomie

- Resekce čtvrtiny prsu s tumorem (70% zevní horní kvadrant)



Subkutánní mastektomie

- Odstranění žláзовého parenchymu prsu s ponecháním kůže a podkožního tuku, s následnou náhradou, obvykle oboustranně
- Indikací vysoce rizikový parenchym nebo neinvazivní karcinom
- Jako terapeutický postup u invazivního karcinomu pouze ve výjimečných situacích



Sanační výkony

- Paliativní výkony, mající za cíl zamezit exofytickému růstu, krvácení a zápachu
- Nejčastěji formou prosté mastektomie
- Disekce axilly pouze při jednoznačném postižení
- Problémem mnohdy krytí vzniklého defektu



Sanační výkony – krytí defektu

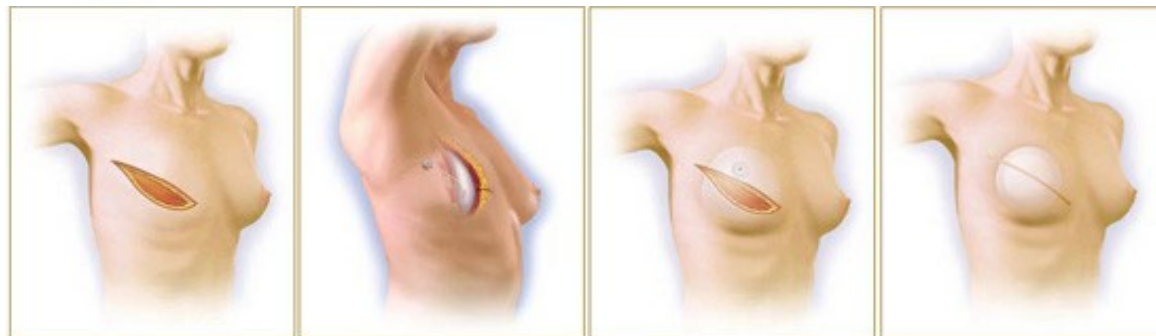
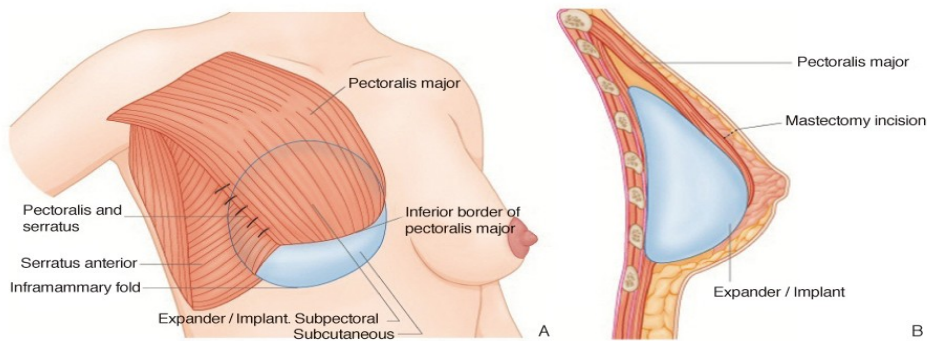
u krvácejících, secernujících, páchnoucích a infikovaných tumorózních mas a zlepšení kvality zbývajícího života nemocné u pokročilých nálezů u rozsáhlejších defektů je nutno nahradit chybějící kožní kryt zdravou a dobře živenou tkání z okolí

- Prostá sutura
- Kožní lalok
- Muskulokutánní lalok
- Omentální lalok



Rekonstrukční výkony

- Rekonstrukce okamžitá versus odložená
- Rekonstrukce za použití implantátu



Mastectomy Scar

Tissue expander with injection dome is surgically placed under the chest tissue

Tissue expander is surgically replaced with breast implant

Final Result with Implant



Chirurgie lymfatických uzlin

- Odstraňování spádových uzlin je v různém rozsahu standardní součástí chirurgie karcinomu prsu
- Stav postižení spádových uzlin je nejdůležitějším prognostickým faktorem, je proto považována za stagingovou operaci
- současná snaha o minimalizaci postižení při terapii především časného karcinomu



Radioterapie

- **Podle časování**
 - Předoperační
 - **Pooperační - nejčastěji**
 - Perioperační
 - Samostatná
- **Podle záměru**
 - **Adjuvantní**
 - Kurativní
 - Paliativní (na oblast primárního tumoru nebo metastáz)



Radioterapie

- **Podle místa ozáření**

- **Prs nebo jeho část** (po parciální mastektomii)
- **Hrudní stěna s jizvou** (po totální mastektomii)
- **Svodná lymfatická oblast** (axilla, nadklíček, parasternální uzliny)
- Jiné oblasti

- **Podle způsobu ozáření**

- Teleradioterapie (zevní ozáření)
- Brachyradioterapie (zavedení zdroje záření do ozařované tkáně, různé aplikátory)



Hormonoterapie

- u nádorů s expresí hormonálních receptorů na povrchu buněk
- zpravidla se jedná o dobře/středně diferencované nádory
- oproti CHT podstatně menší nežádoucí účinky
- v adjuvantní terapii se užívá zpravidla po dobu 5-10let
- v paliativní léčbě zpravidla do progresse onemocnění



Hormonoterapie

- **Antiestrogeny**

- - **Tamoxifen** (NÚ: trombebolismus, ↑rizika ca. endometria)
- - Fulvestrant (selektivní deregulátor estrogen. receptorů)

- **2. Inhibitory aromatáz (AI)**

- - **anastrozol, letrozol** (NÚ: osteoporóza)

- **3. GnRH analoga**

- - v kombinaci s AI k zablokování produkce hormonů
- v ovariích u premenopauzálních pacientek
- - stejného efektu lze docílit i ovarektomií (u BRCA + pac.)

- **4. Gestageny (vzácně)**

- - medroxyprogesteron acetát Provera, megestrol acetát (Megace)



Chemoterapie

- **neoadjuvantní**
- hlavně u větších tumorů s cílem zmenšení nálezu a eliminaci mikrometastáz
- zvláště u nádorů, kde předpokládáme chemosenzitivitu (typicky nízce diferencované nádory v nízkou expresí HR)
- **adjuvantní**
- indikována v závislosti na výši rizika recidivy
- **paliativní**



Chemoterapie

Nejčastěji používaná konvenční cytostatika

Neoadjuvance - doxorubicin, cyklofosfamid, palitaxel/docetaxel

Adjuvance - 5-fluorouracil, doxorubicin/epirubicin, cyklofosfamid, paklitaxel/docetaxel, cyklofosfamid

Paliace - monoterapie: kapecitabin p.o., vinorelbin p.o., ...

Dvojkombinace cytostatik (celá řada možností)



Biologická léčba

Trastuzumab (Herceptin)

- rekombinantní monoklonální protilátka proti HER-2/Neu receptoru
- zvýšeně exprimován u cca 15% nádorů prsu
- používán v neoadjuvanci/adjuvanci/paliativní terapii



Paliativní terapie

- Hormonoterapie
 - zpravidla 1. linie léčby u nádorů s pozitivitou hormonálních receptorů
- Chemoterapie
 - u nádorů s MTS v parenchymatozních orgánech, rychle rostoucí nádory
- Cílená terapie (trastuzumab)
 - u nádorů s overexpresí Her2/Neu
- Radioterapie metastáz / prim. tumoru
- Chirurgická resekce metastáz / prim. tumoru



Chirurgie vzdálených metastáz

- Chirurgické odstranění vzdálených metastáz je indikováno v případě především solitárního nebo nízkočetného postižení jediného orgánu
- Přednost mají resekční výkony



Dispenzarizace u ca prsu

- Cíl = včasná detekce a terapie recidiv
- první 2 roky
 - 1x za 3 měsíce
- potom intervaly delší
 - 1x za 6 měsíců, poté 1x ročně
- restaging
 - 1x ročně
 - klinické vyšetření
 - mammografie či UZ prsu
 - RTG plic, scinti skeletu, sono jater



Předoperační péče

- uložení na pokoj
- dechová cvičení, pohyby a přetáčení v lůžku) a začneme s jejich nácvikem
- souhlas s provedením operačního výkonu, byla informována o možných komplikacích
- 6 - 8 hodin před operací musí být lačná, 30 minut před operací podáme premedikaci
- připravíme operační pole (očištění, oholení podpaží)
- bandáže DK
- důraz na psychickou přípravu a empatický přístup



Pooperační péče

- uložíme ženu na záda do zvýšené polohy, s mobilizací začínáme podle zdravotního stavu 0. den po operaci
- sledujeme čítí, pohyblivost, otoky HK, podložíme končetinu na operované straně (umožníme odtok mízy a zabráníme tvorbě otoků)
- prevence TEN
- kontrolujeme FF, tlak měříme a krev odebíráme z končetiny na neoperované straně
- je-li potřeba, dopomůžeme s hygienou a stravováním



Pooperační péče

- sledujeme bolest, spánek (neležet na operované straně, nedávat ruce za hlavu)
- kontrolujeme ránu, obvaz, Redonův drén
- co nejdříve začínáme s rehabilitací
- při propuštění ženu edukujeme aby příliš nezatěžovala končetinu na operované straně, nevystavovala ji velkému teplu a chladu, měla by nosit prodyšný oděv a podprsenku, případně konzultovala s lékařem možnost nosit prsní náhradu – EPITÉZU.



Epitézy

Epitéza pomáhá po operaci prsu nejen obnovit správné držení těla, ale také posílit ztracené sebevědomí. Pokud není operativně odstraněn celý prs, ale pouze jeho část, jeho novou velikost či tvar je možné korigovat **tzv. korekční epitézou**. Na trhu jsou epitézy v mnoha tvarech, typech a velikostech. Z nepřehledného množství si každá žena může vybrat "tu pravou".

- **Pooperační epitéza** - jemná prodyšná bavlněná vložka, která je určena pouze pro období, kdy je pokožka ještě velmi citlivá a nesnesla by epitézu silikonovou.



Epitézy

- **Silikonová epitéza** je anatomicky tvarovaná a je ji doporučeno začít nosit ihned po zahojení operovaného místa, aby se předešlo problémům způsobeným nerovnoměrně zatíženou páteří. Výběr správné epitézy závisí nejen na způsobu, jakým jsou pacientky operovány, ale i na tvaru prsu, který zůstal zachován. Svou roli při výběru epitézy hraje také zdravotní stav a životní styl. S výběrem epitézy vhodné velikosti, typu, tvaru a také zdravotního prádla pacientkám pomohou ve zdravotnických potřebách nebo specializovaných prodejnách.



Karcinomu prsu

po ukončení následné ambulantní léčby je možný pobyt v lázních

ke snazšímu zařazení ženy do společnosti přispívají nadace a spolky -
např. DIANA



Karcinomu prsu

- změny v sociální situaci člověka
- mění se sociální role, potřeby, sociální prostředí a často i profesní zařazení, ztráta zaměstnání
- ohrožení sociálního postavení, společenské a rodinné prestiže
- zhoršení ekonomického zabezpečení, změna vztahů v rodině včetně partnerských
- pocit osamělosti, člověk se uzavírá do sebe a izoluje se od svého nejbližšího okolí - sociální izolace
- ztráta určité životní jistoty, postupně se stává sociálně závislým a potřebuje pomoc



Karcinom prsu

- schopnost pohybu ovlivňuje schopnost sebeúcty
- sebeúcta a sebekoncepce jsou nezbytné pro duševní a tělesné zdraví člověka
- podpora svého okolí, spoluúčast a zájem ze strany ošetřujícího personálu
- při komunikaci je nutné navodit ovzduší důvěry, které by pacienta uspokojovalo, zbavilo ho obav a strachu
- nezastupitelnou úlohu v procesu ošetřovatelské péče sehrává sestra, která pomáhá pacientům zvládat jejich nelehkou životní situaci