

Rak piersi, co warto wiedzieć.



ORGANIZACJA
POZYTKU
PUBLICZNEGO
KRS 0000504682



Spis treści

Rozpoznanie, leczenie i nawrót raka piersi	5
Rekonstrukcja piersi	15
Radioterapia	23
Aspekty emocjonalne w procesie leczenia nowotworu piersi	29
Aktywizacja ruchowa i rehabilitacja pacjentek z rakiem piersi	37



Szanowni Państwo, kiedy zachorowałam na raka piersi, miałam 43 lata. Ten jeden dzień zmienił całe moje życie. Kiedy usłyszałam „rak” byłam całkowicie sparaliżowana, nawet przez moment nie spodziewałam się takiej diagnozy. W mojej rodzinie nikt wcześniej nie chorował na nowotwór, kompletnie nie wiedziałam czego się spodziewać. Bardzo się bałam. Lęk i poczucie ogromnego zagubienia, jakie mnie dotknęły w momencie usłyszenia diagnozy i podczas leczenia sprawiły, że postanowiłam wesprzeć inne chorujące kobiety. Któregoś dnia, siedząc w poczekalni powiedziałam sobie, że zrobię wszystko, co w mojej mocy, aby kobiety nie musiały przechodzić tego wszystkiego co ja. Dlatego w 2014 roku założyłam Fundację OnkoCafe – Razem Lepiej, która pomaga pacjentom onkologicznym i ich bliskim. Jako była pacjentka i prezes Fundacji wychodzę z założenia, że pacjent dobrze poinformowany, to pacjent, który leczy się lepiej. W związku z tym zaprosiłam do stworzenia tego poradnika takich specjalistów jak: lekarz onkolog, chirurg, psychoonkolog i rehabilitant, aby nam pacjentkom leczyło się lepiej.

Anna Kupiecka
prezes Fundacji Onkocafe – Razem Lepiej



W momencie otrzymanie diagnozy wszystko się zmienia. Ogląd całego świata obraca się o 180 stopni. Choroba pojawia się przeważnie nagle, wyrывая z dotąd bezpiecznego świata, nie dając czasu na przygotowanie się do niej. Wraz z jej pojawieniem się, pacjent nie otrzymuje instrukcji obsługi, jak sobie z nią poradzić. Należy jednak podkreślić, że takiej uniwersalnej porady nie ma. Każda sytuacja jest odmienna, każda pacjentka jest inna i wymaga personalizowanego podejścia zarówno w obszarze fizycznym jak i psychicznym. Z diagnozą nie powinniśmy radzić sobie w pojedynkę. Warto włączyć do pomocy rodzinę, bliskich i oczywiście lekarza, przy którym czujemy się bezpieczni. Zachęcam do zapoznania się z poradnikiem, który jest swoistym przewodnikiem zmagania się z chorobą, ze szczególnym uwzględnieniem psychologicznych aspektów i roli wsparcia na każdym etapie leczenia raka piersi.

Adrianna Sobol
Psychoonkolog
Fundacja OnkoCafe – Razem Lepiej

Rozpoznanie, leczenie i nawrót raka piersi

autor: dr Katarzyna Pogoda

(fot. MoonDog)



Pracuje w Klinice Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej Centrum Onkologii – Instytutu w Warszawie. Posiada specjalizację z onkologii klinicznej. Zajmuje się opieką nad młodymi dziewczynami, które borykają się z problemem raka piersi. Wchodzi w skład redakcji czasopisma Medycyna Praktyczna – Onkologia. Stypendystka grantów ESMO i ESO. W 2014 roku odbyła staż naukowy w Sidney Kimmel

Comprehensive Cancer Center przy Johns Hopkins University w Baltimore. W 2018 roku zakończyła z wynikiem bardzo dobrym studia prowadzone przez European School of Oncology i Ulm University, uzyskując prestiżowy Certificate of Competence of Breast Cancer. Z ramienia Kliniki współpracuje z Breast Cancer Group przy EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer).

Diagnoza raka piersi

Diagnostykę raka piersi rozpoczyna się od oceny jego zaawansowania. Wszystko po to, aby na samym początku wybrać jak najlepszy rodzaj leczenia. Wyróżniamy cztery stopnie rozwoju nowotworu, które oznaczane są rzymskimi cyframi: I, II, III, IV. Wysokość stopni rozwoju odzwierciedla stopień zaawansowania choroby – im jest wyższy, tym z rozleglejszym nowotworem mamy do czynienia.

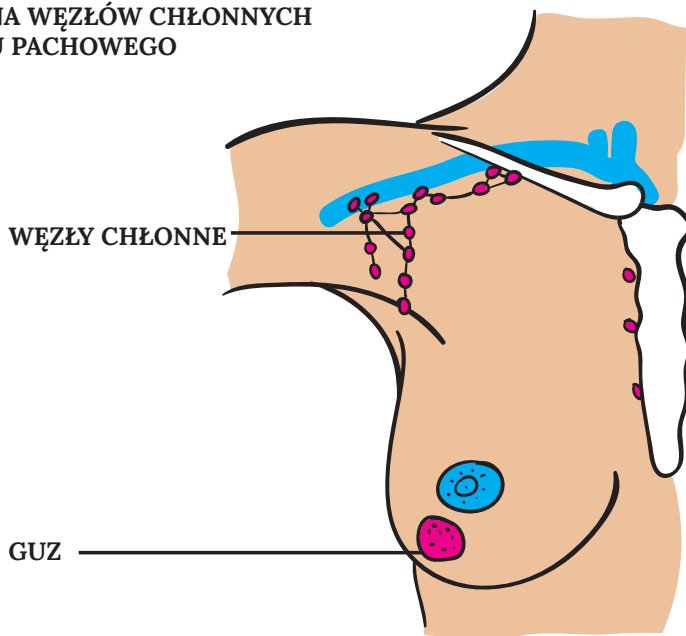
Aby określić stopień zaawansowania choroby, należy ocenić wielkość guza piersi oraz obecność przerzutowych węzłów chłonnych. I stopień zaawansowania raka piersi dotyczy małych guzów (poniżej 2 cm), bez zajętych przerzutami węzłów chłonnych. Z kolei nowotwory w III stopniu zaawansowania to głównie miejscowo zaawansowane raki, czyli duże guzy z powiększonymi, czasami nieruchomymi węzłami chłonnymi. Kobiety z nowotworami piersi, od I do III stopnia zaawansowania, stanowią zdecydowaną większość chorych na raka piersi i poddawane są terapii z intencją wyleczenia. U około 6% wszystkich wyjściowo diagnozowanych raków piersi stwierdza się przerzuty odległe, najczęściej w obrębie kości, płuc, wątroby.

Pamiętajmy, że im niższy stopień zaawansowania choroby, tym większe szanse na wyleczenie. Dlatego tak ważne jest, by korzystać z badań profilaktycznych, które pozwalają wykryć chorobę na wczesnym etapie.

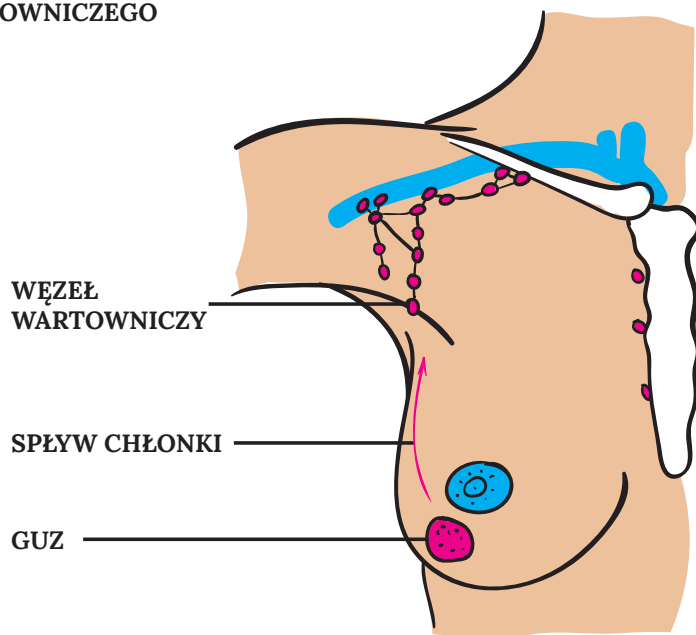
Receptory ER, PgR i HER2

Wszystkie zmiany w piersiach z wynikiem „4” i „5” w skali BIRADS wymagają wykonania biopsji gruboigłowej. Na podstawie badania patologicznego można określić charakter niepokojącej zmiany. W przypadku wykrycia raka piersi, patolog może ocenić jego typ histologiczny, czyli rodzaj i stopień złośliwości nowotworu. Podczas badania powinny zostać ocenione również receptory, które mają istotne znaczenie przy wyborze sposobu leczenia.

OCENA WĘZŁÓW CHŁONNYCH DOŁU PACHOWEGO



BIOPSJA WĘZŁA WARTOWNICZEGO



W przypadku raka piersi wyróżniamy:

- receptory estrogenowe (ER),
- receptory progesteronowe (PgR),
- receptor ludzkiego naskórkowego czynnika wzrostu typu 2 (HER2),h
- wskaźnik proliferacji (Ki67).

Nowotwory piersi różnią się między sobą, dlatego dopiero wynik wymienionych powyżej oznaczeń pozwala dobrać odpowiedni sposób leczenia. Z tego powodu należy unikać wykonywania tylko i wyłącznie biopsji cienkoigłowej, gdyż nie pozwala ona na dokonanie dokładnej oceny zmiany oraz stanu receptorów.

Nowotwory piersi różnią się między sobą stanem receptorów hormonalnych ER i PgR oraz HER2. W około 18-20% nowo rozpoznawanych raków piersi stwierdza się nadmierną ekspresję receptora HER2. I choć wiąże się to z bardziej agresywnym przebiegiem choroby, to współczesna medycyna dysponuje lekami, które skutecznie niwelują obecność HER2. Nowotwory piersi, z obecnymi receptorami ER i PgR, mają lepsze rokowania niż potrójnie ujemne nowotwory, które charakteryzują się brakiem receptorów ER, PgR i HER2 ujemne.

Leczenie raka piersi

Leczenie systemowe – chemioterapia

Chemioterapia to znana od kilkudziesięciu lat metoda niszczenia komórek nowotworowych za pomocą syntetycznych środków chemicznych. Chemioterapeutyki działają przede wszystkim na dzielące się komórki, co sprawia, że niszczone jest nie tylko nowotwór, ale również prawidłowe komórki organizmu. W chemioterapii najczęściej stosuje się wielolekowe schematy. Ich skuteczność jest większa niż w przypadku pojedynczych leków, ale wraz ze złożonością i skutecznością terapii w walce z nowotworem nasila się jej toksyczność wobec organizmu.

Chemioterapia zalecana jest przede wszystkim w przypadku chorych, u któ-

rych ryzyko nawrotu jest duże. Ten rodzaj terapii trwa najczęściej od 4 do 6 miesięcy.

Leczenie systemowe – hormonoterapia

Hormonoterapię uzupełniającą, czyli stosowaną po operacji, zleca się każdej chorej z obecnymi receptorami ER/PgR w komórkach raka piersi. U chorych z dużym ryzykiem nawrotu najpierw stosuje się chemioterapię, a po jej zakończeniu – hormonoterapię. Leczenie taką formą terapii trwa od 5 do 10 lat.

Neoadjuwantowe i adjuwantowe zastosowanie chemioterapii w raku piersi

W ostatnich kilku latach zmieniło się podejście do leczenia chorych na raka piersi. Obecnie zdecydowanie częściej leczenie rozpoczyna się od terapii przedoperacyjnej – nawet w przypadku małych nowotworów piersi, zwłaszcza dotyczy to chorych na potrójnie ujemnego lub HER-dodatniego raka piersi. Przedoperacyjna chemioterapia, czyli chemioterapia neoadjuwantowa, pozwala ocenić wrażliwość raka piersi na leczenie, poprzez obserwowanie stopniowego zmniejszania się guza – najlepiej do momentu, w którym zostanie on całkowicie zniszczony przez leczenie i przestanie być wyczuwalny podczas badania.

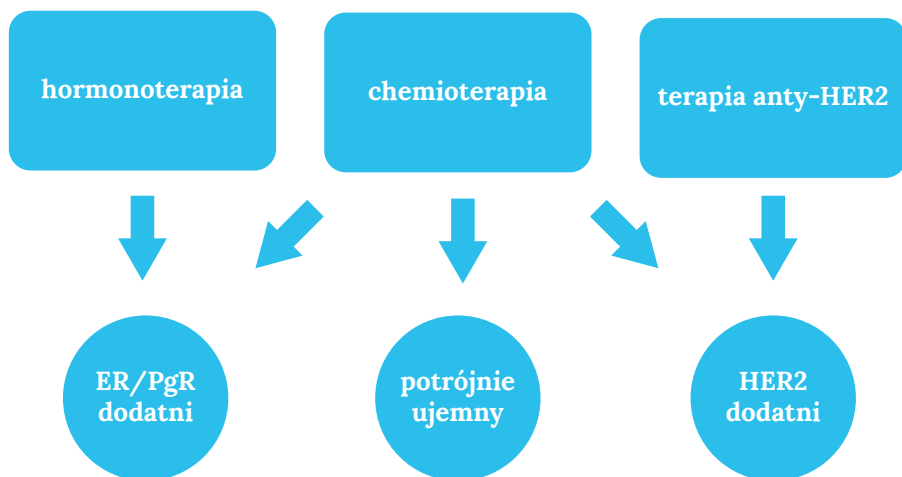
W takich przypadkach całe leczenie chemioterapią standardowo podaje się przed operacją. W przypadku tego rodzaju nowotworu nie dzieli się chemioterapii na część przed i pooperacyjną.

Warto korzystać z możliwości badań przesiewowych. Kobiety z nowotworem piersi, od pierwszego do trzeciego stopnia zaawansowania, poddawane są terapii z intencją wyleczenia. Im mniejszy wyjściowo stopień zaawansowania choroby, tym większe szanse na wyleczenie.

Wybór odpowiedniej terapii antynowotworowej

Wybór terapii zależy przede wszystkim od dwóch czynników – od stopnia zaawansowania raka piersi i od ekspresji receptorów ER, PgR i HER2. Pod uwagę bierze się również oczekiwania pacjentki, jej stan ogólny oraz współistniejące choroby. Dopiero dokładna analiza tych wszystkich czynników, podczas wielodyscyplinarnego spotkania, pozwala ustalić najlepszy dla pacjentki plan leczenia.

TERAPIA SYSTEMOWA W ZALEŻNOŚCI OD PODTYPU RAKA PIERSI



Objawy niepożądane w trakcie leczenia

Przed rozpoczęciem terapii dokonuje się oceny, jaki plan leczenia przyniesie pacjentce największe korzyści. Co ważne, korzyści wynikające z wybranego rodzaju terapii zawsze muszą przewyższać związane z nią ryzyko. Kluczowe znaczenie ma również ocena stanu ogólnego chorej. Chemioterapia może nasilać choroby sercowo-naczyniowe, dlatego pacjentki obciążone kardiologicznie, oprócz skierowania na badanie ECHO serca, kieruje się na konsulta-

cję kardiologiczną.

Z onkologicznego punktu widzenia, pacjentka rozpoczynająca chemioterapię powinna mieć uporządkowaną sytuację z innymi chorobami. Należy pamiętać, że chemioterapia może uszkadzać zdrowe komórki, dlatego większe ryzyko działań niepożądanych występuje właśnie u tych chorych kobiet na raka piersi, które wyjściowo obciążone były innymi chorobami.

Nawrót czy progresja?

O nawrocie raka piersi mówimy w sytuacji, kiedy dochodzi do wznowienia choroby u pacjentek wcześniej wyleczonych. Do nawrotu dochodzi u około 20-30% chorych, które przeszły leczenie radykalne.

W przypadku nawrotu należy rozróżnić dwie sytuacje:

- nawrót miejscowy – w obrębie operowanej piersi, blizny po mastektomii lub w regionalnych (pachowych) węzłach chłonnych; w ich przypadku dąży się do leczenia operacyjnego, radioterapii i terapii systemowej,
- przerzuty odległe – w tym przypadku leczenie operacyjne najczęściej nie jest brane pod uwagę ze względu na obecność licznych zmian przerzutowych. Jako alternatywę stosuje się paliatywną terapię systemową, której celem jest wydłużenie przeżycia i poprawa komfortu życia, a także radioterapię.

O progresji choroby mówimy w przypadku chorych, którzy byli już leczeni z powodu zmian przerzutowych. Najczęściej konkretna terapia działa przez kilka miesięcy, a niekiedy nawet lat. Po pewnym czasie w badaniach obrazowych mogą pojawić się jednak zwiększone zmiany przerzutowe lub nowe ogniska. To właśnie wtedy stwierdza się progresję choroby, która wymaga zmiany sposobu leczenia.

Objawy nawrotu choroby

Badania obrazowe wykonuje się w przypadku wystąpienia niepokojących objawów. Pozwalają one określić, czy spowodowane są one nawrotem choroby.

Pacjentki, u których występują przerzuty odległe, mogą uskarżać się na dolegliwości, takie jak:

- bóle kości,
- duszności,
- kaszel,
- osłabienie,
- bóle głowy,
- nudności i wymioty,
- bóle brzucha,
- żółtaczkę.

Należy jednak podkreślić, że wyżej wymienione objawy nie muszą być spowodowane nawrotem raka piersi. Aby określić przyczynę dolegliwości zleca się, w zależności od wskazań klinicznych, wykonanie badania RTG, USG, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, badania krwi oraz scyntyografię kośćca, czyli badanie obrazowe, które pozwala na wykrycie ognisk przerzutowych w kościach. Pozwalają one ocenić stan narządów klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy, a także kośćca pod kątem przerzutów.

Możliwości leczenia

Uogólniony rak piersi, czyli rak z występującymi przerzutami, jest chorobą przewlekłą. Chorych zazwyczaj nie można całkowicie wyleczyć, niemniej terapię często prowadzi się przez kilka lat. Celem paliatywnej terapii jest zarówno wydłużenie czasu życia, jak również zapewnienie pacjentce jak największego komfortu. Leczenie powinno umożliwiać chorym jak najdłuższe pozostawanie w dobrej kondycji, która umożliwi im kontynuowanie dotychczasowej pracy zawodowej i stawienie czoła obowiązkom dnia codziennego.

Dobierając paliatywną terapię uwzględnia się następujące czynniki:

- stan receptorów hormonalnych (ER i PgR) i HER2 oraz wcześniejsze leczenie onkologiczne,
- nasilenie choroby, czyli obecność objawów związanych z przerzutami,
- zaburzenie parametrów wątrobowych i nerkowych,

- wydolność szpiku,
- stan chorej (wiek biologiczny, współistniejące choroby) i jej preferencje (m.in. możliwość dojazdu do ośrodka leczącego, warunki socjoekonomiczne).

W przypadku nasilonych zaburzeń czynności wielu narządów, wynikających z szybkiego postępu choroby nowotworowej, należy możliwie jak najszybciej zastosować bardziej agresywną terapię – najczęściej chemioterapię. W pozostałych sytuacjach, które występują zdecydowanie częściej, wybór terapii zależy od stanu receptorów.

U chorych cierpiących na przerzutowego hormonozależnego raka piersi preferowaną metodą leczenia jest hormonoterapia. Skuteczność tej terapii jest porównywalna do chemioterapii (czasami nawet lepsza), a działania niepożądane są zdecydowanie mniej nasilone. W ostatnich latach wprowadzono nową grupę leków (tzw. inhibitory CDK4/6), które znacznie poprawiły wyniki leczenia w połączeniu z hormonoterapią. Niestety, po pewnym czasie u chorych na hormonozależnego raka piersi rozwija się oporność na hormonoterapię. To właśnie wtedy należy wkroczyć z chemioterapią z wykorzystaniem pojedynczego leku. Co ciekawe, w ostatnich latach opracowano również chemioterapię metronomiczną, która polega na podawaniu leków częściej, ale w małych dawkach. Jest ona równie skuteczna, ale niesie ze sobą mniej działań niepożądanych w porównaniu ze standardową chemioterapią.

W trakcie leczenia mogą wystąpić objawy niepożądane, jak osłabienie, biegunka czy wymioty. Należy pamiętać, że większość z nich ustępuje po zakończeniu terapii.

U chorych na przerzutowego HER2-dodatniego raka piersi podstawę stanowi leczenie skierowane przeciw receptorowi HER2 w połączeniu z chemioterapią, które należy stosować przez cały czas od nawrotu choroby.

Z kolei u chorych na przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi jedyną metodą terapii w chwili obecnej jest chemioterapia. Preferuje się terapię jednym

lekiem cytotoksycznym, czyli monoterapię. Po chemioterapię wielolekową sięga się jedynie w przypadku szybkiej progresji, obecności przerzutów zagrażających życiu oraz w sytuacji konieczności osiągnięcia szybkiej kontroli nad chorobą. Dobór chemioterapii najczęściej zależy od wcześniejszego leczenia.

Z kolei u chorych z bolesnymi przerzutami w kościach stosuje się paliatywną radioterapię. Napromienianie ma również zastosowanie w przypadku przerzutów w mózgu. Niezwykle istotne w leczeniu chorych na uogólnionego raka piersi jest leczenie wspomagające, równocześnie prowadzone z leczeniem przyczynowym. Samo leczenie przyczynowe nie powinno być bardziej uciążliwe niż choroba. Obecnie dysponujemy dosyć skutecznymi metodami pozwalającymi w znacznym stopniu opanować większość dolegliwości, takich jak bóle, nudności czy wymioty.

Rekonstrukcja piersi

autor: lek. med. Kladiusz Czerniawski



Studia medyczne ukończył w 1993 roku na Wydziale Lekarskim Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi. W 1998 roku uzyskał I stopień specjalizacji w zakresie chirurgii ogólnej w Klinice Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Klatki Piersiowej CSK WAM w Warszawie. W latach 1999–2003 pracował w Oddziale Chirurgicznym 6. Szpitala Wojskowego w Dęblinie, gdzie uzyskał II stopień specjalizacji w zakresie chirurgii ogólnej. Od 2003 do połowy 2005 roku pracował w Klinice Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Klatki Piersiowej WIM w Warszawie. Od lipca 2005 do 2012 roku pracował w Klinice Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej–Curie w Warszawie. Obecnie pracuje w Poradni Onkologicznej Onkolmed, w Klinice Metamorfosis, w NZOZ Magodent oraz w Ursynowskim Centrum Zabiegowym w Warszawie. Specjalizuje się w leczeniu raka piersi oraz w chirurgii rekonstrukcyjnej piersi.

Celem rekonstrukcji piersi jest odtworzenie piersi tak aby była jak najbardziej podobna do drugiej. Medycyna pozwala także na wierne odtworzenie brodawki.

Zabiegi rekonstrukcyjne piersi po mastektomii wykonywane są stosunkowo często. Liczba kobiet poddających się temu zabiegowi w Europie Zachodniej jest duża, jednak w Polsce na operację rekonstrukcyjną piersi po mastektomii wciąż decyduje się niewielka ilość pacjentek. Kobiety decydują się na zabieg rekonstrukcji piersi z wielu powodów. Niektóre robią to ze względów estetycznych, inne ze względów higienicznych, a jeszcze inne nie mogą poradzić sobie z poczuciem utraty piersi, a co za tym idzie – utraty kobiecości. Obawiają się także, że w niektórych sytuacjach proteza może się przesunąć lub stać się widoczna.

Dla wszystkich kobiet po mastektomii rekonstrukcja piersi staje się początkiem powrotu do normalnego życia. Celem odpowiednio wykonanej rekonstrukcji jest nie tylko odtworzenie wyniosłości piersiowej, ale także wytworzenie odpowiedniej symetrii w stosunku do drugiej piersi, co wiąże się niekiedy z koniecznością dodatkowego zabiegu.

Dla wszystkich kobiet po mastektomii rekonstrukcja piersi staje się początkiem powrotu do normalnego życia. Celem odpowiednio wykonanej rekonstrukcji jest nie tylko odtworzenie wyniosłości piersiowej, ale także wytworzenie odpowiedniej symetrii w stosunku do drugiej piersi, co wiąże się niekiedy z koniecznością dodatkowego zabiegu.

Wyróżniamy dwa rodzaje rekonstrukcji piersi:

- rekonstrukcja jednoczasowa, czyli wykonana równocześnie z zabiegiem amputacji piersi,
- rekonstrukcja opóźniona, czyli wykonana kilka tygodni lub miesięcy po pierwotnym zabiegu.

Rekonstrukcja opóźniona daje kobiecie więcej czasu na podjęcie decyzji, co do rodzaju zabiegu odtwórczego. Wiąże się ona jednak z koniecznością ponownego pobytu w szpitalu oraz z koniecznością wykonania kolejnego zabiegu i znieczulenia ogólnego.

Istnieje wiele możliwości operacji odtwórczej piersi. Zabieg jest uzależniony od czynników związanych ze stanem zdrowia pacjentki, budową jej ciała, wielkością pozostałej piersi, a przede wszystkim od jej decyzji. Rekonstrukcję można wykonać za pomocą ekspandera, czyli rodzaju rozprężalnego implan-

tu, który przygotowuje skórę klatki piersiowej pacjentki do wszczępienia docelowej protezy oraz tkanek własnych chorej.

Rekonstrukcja piersi nie jest jedyną opcją, jaką mają do wyboru kobiety zmagające się z rakiem piersi. Wiele z nich decyduje się również na zabieg oszczędzający pierś, czyli tzw. BTC (Breast Conserving Treatment). Polega on na częściowym usunięciu gruczołu piersiowego z marginesem zdrowych tkanek oraz na pobraniu do badania tzw. węzła wartowniczego. Węzeł wartowniczy to pierwszy węzeł umiejscowiony w dole pachowym, przez który przechodzi chłonka. To właśnie w nim najczęściej występuje ewentualny przerzut raka piersi.

Operacje BTC najczęściej stosuje się w przypadku małych guzów. Niemniej, obecnie zabieg tego typu możemy wykonać nawet po chemioterapii przedoperacyjnej, gdy pierwotnie mamy do czynienia z dość dużym guzem. Po chemioterapii taki guz może całkowicie zniknąć, dlatego jeszcze przed rozpoczęciem leczenia do piersi wstrzykuje się znacznik, w postaci tytanowej sprężynki w silikonowej osłonce, która jest widoczna w badaniu USG i MMG. Rola znacznika jest nieoceniona w okresie obejmującym czas po chemioterapii i przed operacją, bowiem pozwala uwidocznic miejsce, w którym znajdował się guz pierwotny i zorientować się, w którym miejscu należy wyciąć tkankę piersi.

Różne metody rekonstrukcji piersi

W przypadku zastosowania ekspandera rekonstrukcja piersi może być przeprowadzona jako jedno lub dwuetapowy zabieg. W trakcie zabiegu dwuetapowego ekspander umieszczany jest tuż pod skórą klatki piersiowej. Przez kilka miesięcy jest on rozciągany poprzez wstrzykiwanie roztworu soli fizjologicznej za pośrednictwem specjalnej zastawki. Podczas kolejnej operacji usuwa się ekspander, a w miejsce przygotowanej łoża tkankowej, czyli przestrzeni powstałej w wyniku rozciągnięcia tkanki mięśniowej przez usunięty ekspander, wprowadza się właściwą protezę. Kluczową zasadą w przypadku tej metody jest wytworzenie łoża większej od rozmiaru protezy docelowej.

Coraz częściej wykonuje się jednak zabieg jednoetapowy z zastosowaniem nowoczesnych protez, które łączą w sobie cechy ekspandera i docelowej protezy piersi. W tym celu wykorzystuje się protezę Beckera. Jest to proteza, która jest jednocześnie ekspanderem. Zbudowana jest z dwóch komór, z których jedna wypełniona jest solą fizjologiczną, a druga silikonem. Podobnie jak w przypadku zabiegu dwuetapowego, ekspander stopniowo powiększa się, aż do momentu uzyskania pożądanego efektu. Wówczas pozostaje jedynie usunąć przewód i zastawkę, a samą protezę Beckera pozostawić we właściwym miejscu.

Rekonstrukcja z tkanek autologicznych, czyli tkanek własnych chorej, wykonywana jest u pacjentek, które przeszły radioterapię. Jest to w ich przypadku najlepsza metoda, ponieważ wprowadzenie protezy w miejsce po naświetlaniu grozi powstaniem twardej torebki łącznotkankowej. Operacje z tkanek własnych wskazane są również u pacjentek z dużą opadającą piersią przeciwległą.

Niestety nie wszystkim kobietom można zaproponować rekonstrukcję z tkanek własnych. Istnieją przeciwwskazania do tego typu operacji, a główne z nich to: otyłość ($BMI > 30$), palenie papierosów oraz wcześniejsze operacje brzuszne.

W tego typu przypadkach do rekonstrukcji piersi można wykorzystać mięsień najszerszy grzbietu, który położony jest w okolicy pachowej i rozciąga się do łopatki. Tkanka mięśniowa z tego obszaru, po przeniesieniu na przednią część klatki piersiowej, pozwala uzupełnić część zmienioną w wyniku radioterapii. Przy tej metodzie rekonstrukcji dodatkowo wykorzystuje się protezę lub ekspander, które uzupełniają objętość piersi.

Do rekonstrukcji z wykorzystaniem tkanki własnej można wykorzystać również płat mięśniowy z okolicy brzucha. Chodzi tu o dokładnie o płat wyspowy oparty na mięśniu prostym brzucha z poprzeczną wyspą skórną, czyli TRAM (Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous Flap). Przy tej metodzie rekonstrukcji nie ma potrzeby dodatkowego użycia protezy, ponieważ objętość

tkanki tłuszczowej z brzucha z reguły wystarcza do zrekonstruowania piersi o podobnej objętości.

Pacjentki po operacjach rekonstrukcyjnych bardzo często wymagają symetryzacji drugiej piersi, czyli jej pomniejszenia, podniesienia lub powiększenia. **W polskich warunkach zabieg symetryzacji nie jest refundowany przez NFZ, w przeciwieństwie do zabiegu rekonstrukcji piersi.**

Ostatnim etapem rekonstrukcji piersi jest odtworzenie otoczki i brodawki sutkowej. Otoczkę można wytworzyć z wolnego przeszczepu pobranego z okolicy pachwinowej, z wewnętrznej strony uda lub z wargi sromowej pacjentki. Samą brodawkę odtwarza się zaś z uszypułowanego płata skórniego piersi.

Od kilku lat przy rekonstrukcji piersi wykorzystuje się również siatki wchłaniające oraz sztuczną skórę pochodzenia zwierzęcego, która pozbawiona jest elementów komórkowych, mogących wpłynąć na procesy zapalne w ciele człowieka. Użycie wymienionych materiałów, przy mastektomii z jednoczesną rekonstrukcją, znacząco skraca czas zabiegu, a co za tym idzie, zmniejsza ryzyko powikłań pooperacyjnych.

Od 2018 roku zaczęto w Polsce stosować prepektoralną metodę operacyjną. Polega ona na jednoczesnej rekonstrukcji piersi protezą, która obszyta jest specjalną siatką implantowaną, bez konieczności odpreparowywania mięśnia piersiowego. Ma to bardzo duże znaczenie dla kobiety, bo pozwala uzyskać możliwie najbardziej naturalny wygląd piersi po operacji usunięcia gruczołu piersiowego.

Odpowiedzi na często zadawane pytania

1. Jak mam się przygotować do rekonstrukcji piersi?

Do rekonstrukcji piersi nie trzeba się szczególnie przygotowywać. Najważniejsza jest chęć wykonania takiego zabiegu. Jeśli palisz papierosy, powinnaś rzucić nałóg, a jeśli chcesz schudnąć, lepiej będzie wykonać zabieg po dojściu do zaplanowanej wagi. Oczywiście Twój ogólny stan zdrowia powinien być dobry. Cukrzyca, podobnie jak inne choroby przewlekłe, jest przeciwwskazaniem względnym, czyli takim, które nie dyskwalifikuje bezwzględnie.

2. Jak powinnam postępować po przewróadzonej na mnie operacji rekonstrukcji i jakie są możliwe zagrożenia czy skutki uboczne, związane z przeprowadzonym zabiegiem?

Po zabiegu rekonstrukcji piersi należy stosować się ściśle do zaleceń lekarskich, a zwłaszcza unikać wysiłku fizycznego w pierwszych tygodniach po zabiegu. Najpoważniejszym powikłaniem, jakie może pojawić się po rekonstrukcji piersi, jest stan zapalny miejsca operowanego, który niekiedy może doprowadzić do konieczności usunięcia implantu. Poza tym powikłaniem, które występuje niezwykle rzadko, rekonstrukcja piersi nie niesie ze sobą praktycznie żadnych innych skutków ubocznych.

3. Jak szybko po chemioterapii i leczeniu chirurgicznym mogę wykonać rekonstrukcję?

Rekonstrukcję można wykonać już po 6 miesiącach od zakończenia chemioterapii i leczenia chirurgicznego.

4. Jaki jest wpływ radioterapii na późniejszą decyzję o rekonstrukcji?

Po radioterapii rekonstrukcja piersi jest zawsze trudniejsza, ponieważ skóra po naświetlaniu jest uszkodzona. Z tego powodu wykonanie rekonstrukcji piersi jest możliwe dopiero rok po zakończonym leczeniu.

5. Kto wykonuje rekonstrukcję piersi, chirurg onkolog czy chirurg plastyk?

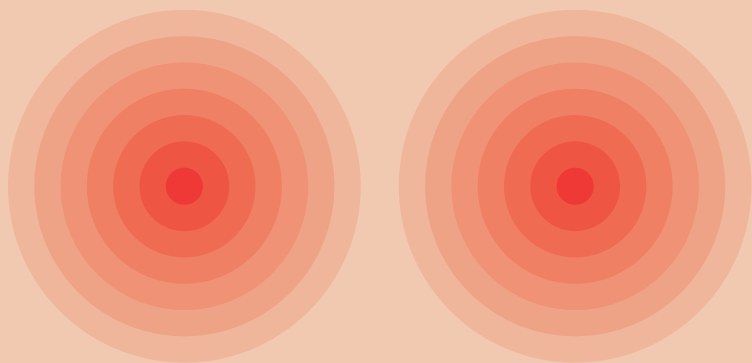
Rekonstrukcję piersi powinien wykonywać chirurg mający doświadczenie w tego typu zabiegach.

6. Czy operację rekonstrukcji odroczonej muszę przeprowadzić u chirurga, który robił mastektomię?

Nie, odroczonej rekonstrukcji piersi nie musi wykonywać chirurg, który wcześniej wykonał mastektomię.

7. Jak mam wybrać odpowiedniego chirurga?

Ważne jest, aby chirurg, który ma wykonać rekonstrukcję, posiadał duże doświadczenie w wykonywaniu takich zabiegów. Najlepszą metodą dotarcia do dobrego chirurga jest zasięgnięcie opinii innych pacjentek, które chętnie wymieniają się opiniami na forach internetowych, podczas spotkań fundacji czy w stowarzyszeniach Amazonek.



Pacjentki po operacjach rekonstrukcyjnych bardzo często wymagają symetryzacji drugiej piersi, czyli jej pomniejszenia, podniesienia lub powiększenia. W polskich warunkach zabieg symetryzacji nie jest refundowany przez NFZ, w przeciwieństwie do zabiegu rekonstrukcji piersi.

Radioterapia

autorzy: prof. dr hab. n. med. Piotr Milecki, dr. n. med. Magdalena Fundowicz



prof. dr hab. n. med. Piotr Milecki od 1989 roku pracuje w Wielkopolskim Centrum Onkologii w Poznaniu, gdzie obecnie pełni funkcję Ordynatora Oddziału Radioterapii Onkologicznej I oraz Kierownika Zakładu Radioterapii I. Jest również Konsultantem Wojewódzkim ds. Radioterapii Onkologicznej dla województwa wielkopolskiego. Od 2012 roku jest za-

trudniony na stanowisku profesora w Katedrze i Zakładzie Elektroradiologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Wchodzi w skład redakcji czterech naukowych czasopism: Reports of Practical Oncology and Radiotherapy, Contemporary Brachytherapy, Onkologia Polska oraz Współczesna Onkologia. Pełni również funkcję redaktora naczelnego czasopisma Zeszyty Naukowe Wielkopolskiego Centrum Onkologii. Wchodzi w skład licznych towarzystw naukowych, takich jak: European Society for Therapeutic Radiology and Oncology (ESTRO), American Society for Therapeutic Radiation and Oncology (ASTRO), Polish Society for Radiation Therapy (PSRO), Polish Oncological Society (PTO).

dr. n. med. Magdalena Fundowicz pełni funkcję asystenta w Zakładzie Radioterapii I Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu. Zajmuje się radioterapią pacjentek z rakiem piersi oraz chorymi z nowotworami układu limfatycznego. Odbyła staże w zakresie radioterapii w MD Anderson oraz City of Hope Duarte USA. Jest członkinią towarzystw onkologicznych: PTO, ESTRO, ASTRO.

Poza dwoma powyższymi metodami radioterapii, możemy wyróżnić szczególną formę teleradioterapii, którą jest radioterapia śródoperacyjna. W jej przypadku aparat terapeutyczny do napromieniania znajduje się na sali operacyjnej, a proces napromieniania zachodzi bezpośrednio po usunięciu guza nowotworowego przez chirurga, ale jeszcze przed zamknięciem rany pooperacyjnej. Radioterapia śródoperacyjna pozwala bardzo istotnie skrócić czas leczenia napromienianiem. Niemniej, w większości sytuacji klinicznych to klasyczna radioterapia, oparta na napromienianiu z wiązek zewnętrznych, stanowi podstawowy sposób leczenia z zastosowaniem promieniowania jonizującego.

W praktyce klinicznej wyróżnia się dwa podstawowe sposoby wykonywania radioterapii i są to teleradioterapia, czyli napromienianie z wiązek zewnętrznych; w przypadku tej metody źródło napromieniania jest oddalone o około 100 cm od napromienianej tkanki oraz brachyterapia, czyli napromienianie, w przypadku którego źródło promieniowania lokalizuje się w obrębie napromienianej objętości guza nowotworowego.

Z praktycznego punktu widzenia bardzo ważnym elementem napromieniania, jest wielkość dawki frakcyjnej, czyli dziennej dawki, jaką planujemy zaaplikować w trakcie całego leczenia. Konwencjonalny sposób frakcjonowania opiera się na dawce całkowitej, która podzielona jest na dzienne dawki frakcyjne (od 1,8 Gy do 2,0 Gy). W przypadku tej metody całkowity czas leczenia wynosi około 5 tygodniu, przy założeniu, że napromienianie odbywa się od poniedziałku do piątku, z weekendową przerwą.

W ostatnich latach coraz większą popularność zyskuje hipofrakcjonowany sposób napromieniania, w którym stosuje się większe dawki (powyżej 2 Gy), ale w mniejszej liczbie. Główną zaletą takiego sposobu dawkowania jest znaczące skrócenie czasu całkowitego leczenia. Wpływa to nie tylko na poprawę komfortu chorej, ale wyraźnie obniża koszty leczenia poprzez skrócenie czasu hospitalizacji oraz czasu i kosztów dojazdu, które ponosi pacjentka

poddawana częstszym zabiegom. Badania kliniczne, które zostały przeprowadzone w skróconym czasie na tysiącach leczonych pacjentek, wskazują, że hipofrakcjonowany sposób napromieniania jest równie skuteczny, co konwencjonalnie frakcjonowana radioterapia (dłuższa metoda leczenia).

Z punktu widzenia techniki napromieniania, czyli sposobu dostarczania dawki, współczesna radioterapia jest prowadzona z wykorzystaniem zaawansowanego technologicznie sprzętu. Najpopularniejszą techniką jest radioterapia 3D-CRT, czyli trójwymiarowa radioterapia konformalna. Trójwymiarowa oznacza w tym przypadku, że planowanie radioterapii bierze pod uwagę wszystkie narządy zdrowe, w których precyzyjnie obliczana jest wielkość dawki promieniowania, jaką otrzymają.

Pozwala to na poznanie rozkładu dawki w całej przewidzianej do napromieniania objętości. W takim przypadku lekarz dysponuje precyzyjną informacją, czy przypadkiem w jakiejś części objętości nie dochodzi do zbyt dużego (hot spot) depozytu dawki. W związku z tym planowanie radioterapii 3D pozwala na bardzo bezpieczne napromienianie. Natomiast termin „konformalna” oznacza, że system planowania, a następnie system realizowania leczenia, pozwala na wprowadzenie precyzyjnych osłon, a co za tym idzie – na dostosowanie przestrzennego rozkładu dawki, tak by zaoszczędzić jak najwięcej tkanek zdrowych.

Bardzo ważnym elementem, decydującym o jakości napromieniania, jest również kontrolowanie dostarczania dawki w trakcie kolejnych dni napromieniania. Obecnie dokładne dostarczanie dawki jest możliwe dzięki wykorzystaniu techniki IGRT (Image-Guided Radiation Therapy), czyli radioterapii kierowanej obrazem. Idea takiego leczenia zakłada, że przed seansem napromieniania wykonywane jest obrazowanie napromienianej objętości. Pozwala to upewnić się, że wiązki terapeutyczne zostają precyzyjnie ukierunkowane – zgodnie z tym, jak zaplanowano to w systemie liczącym dawkę. Współczesne aparaty terapeutyczne posiadają zintegrowane z podstawowym aparatem terapeutycznym urządzenia, które umożliwiają kontrolę poprawności geometrycznej napromieniania. To one pozwalają, tuż przed rozpoczęciem właściwego

napromieniania, wykonać obrazowanie przewidzianych do leczenia tkanek i zdrowych narządów pacjentki. Uzyskany w ten sposób obraz radiologiczny jest natychmiastowo porównywany z obrazem referencyjnym, pozyskanym w czasie planowania radioterapii. W przypadku stwierdzenia istotnych różnic pomiędzy obrazami, przed rozpoczęciem napromieniania wprowadzana jest korekta ułożenia lub wiązki promieniowania, która ma zapewnić powtarzalność w kolejnych dniach leczenia. Takie podejście pozwala uzyskać pełną kontrolę nad precyzją prowadzonej radioterapii.

Napromienianie lewej piersi i kardiotoxyczność

Radioterapia, poza oczywistymi korzyściami, które przekładają się na wydłużenie życia pacjentek, niesie ze sobą pewne zagrożenia. Jednym z nich jest ryzyko wystąpienia zmian popromiennych w naczyniach własnych mięśnia sercowego. Oczywiście ryzyko jest zawsze większe, gdy nowotwór zostaje zlokalizowany w lewej piersi. Eksperci poddali analizie historyczne wyniki skutków ubocznych u pacjentek, które leczone były starymi technikami; w czasach, w których nie zdawano sobie sprawy, jakie ryzyko niesie ze sobą napromienianie serca. Analiza ta pozwoliła precyzyjnie określić wpływ dawki na ryzyko wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych (choroba niedokrwienna, a w skrajnych przypadkach nawet zawał serca). Przyjmuje się, że wraz ze wzrostem dawki, jaką otrzymuje serce, wzrasta ryzyko powikłań kardiologicznych. Ponadto, dane naukowe wyraźnie wskazują, że nie istnieje żadna dawka progowa dla szkodliwego działania promieniowania. Oznacza to, że każda „niepotrzebnie” podana dawka promieniowania może nieść ze sobą negatywne konsekwencje. Odpowiedzią jest zastosowanie współczesnych systemów planowania radioterapii, które uwzględniają serce jako istotny narząd krytyczny. Oznacza to, że ma być ono narządem maksymalnie chronionym przed napromienianiem, o ile tylko istnieje taka możliwość z punktu widzenia celów radioterapii. Obecnie w praktyce klinicznej powszechnie stosuje się technikę napromieniania na głębokim wdechu DIBH (Deep Inspiration Breath Hold). Pozwala ona w znaczący sposób ochronić serce przed niepotrzebnym napromienieniem.

Przygotowywanie się do radioterapii, dbanie o skórę w trakcie i po zakończeniu leczenia

Leczenie radioterapią wiąże się z ryzykiem wystąpienia powikłań, takich jak uszkodzenie naczyń krwionośnych, tkanki łącznej oraz gruczołów łojowych i potowych. Najczęściej, bo już w trakcie leczenia, w polu napromienianym może wystąpić odczyn zapalny skórny o różnym stopniu nasilenia – począwszy od braku zauważalnych zmian, poprzez zaczerwienienie, rozlany rumień, na złuszczeniu naskórka kończąc. Często pojawia się uczucie suchości skóry, swędzenie, pieczenie, obrzęk oraz wzmożenie spoistości, objawiające się stwardnieniem i powiększeniem napromienianej piersi. W przypadku napromieniania uprzednio operowanych okolic węzłowych, istnieje dodatkowe ryzyko obrzęku kończyny górnej po stronie leczonej. Zwiększa się także podatność na infekcje bakteryjne, grzybicze i wirusowe.

Po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia może pojawić się przebarwienie skóry (zbrązowienie), teleangiektazje (poszerzenie drobnych naczyń krwionośnych), a nawet zwłóknienie tkanki podskórnej. Dlatego w profilaktyce i leczeniu odczynów popromiennych tak bardzo istotna jest pielęgnacja skóry w okolicy poddanej napromienianiu. W przypadku pacjentek z rakiem piersi szczególną uwagę należy obdarzyć skórę w okolicy klatki piersiowej oraz skórę w okolicy napromienianych węzłów chłonnych.

W czasie radioterapii okolice napromieniane można pielęgnować łagodnymi środkami higienicznymi. Szczególnie należy dbać o zaznaczone na skórze, najczęściej w formie małych krzyżyków, miejsca do

W trakcie leczenia radioterapią należy ubierać się w przewiewne, luźne ubrania z naturalnych tkanin. Pomocne mogą okazać się również sportowe staniki bez fiszbin. Zdecydowanie nie wolno opalać okolicy napromienianej ani stosować na niej zimnych lub rozgrzewających okładów. Nie wolno również korzystać z pływalni lub innych akwenów wodnych.

napromieniania. Tych znaczników nie wolno w trakcie leczenia zmywać ani poprawiać. Co ciekawe, w niektórych ośrodkach radioterapeutycznych punkty do naświetlań są wykonane techniką tatuażu jeszcze przed rozpoczęciem leczenia.

Aby przeciwdziałać odczynom i przyspieszyć gojenie się skóry, w trakcie i po zakończeniu leczenia, należy zadbać o właściwą pielęgnację skóry. W tym celu należy stosować produkty opracowane specjalnie dla potrzeb skóry poddanej radioterapii. Są to kosmetyki, które mają właściwości natłuszczające, łagodzące odczyn popromienny, ochronne i zmniejszające obrzęk. Każdego dnia należy stosować kremy na suchą, oczyszczoną skórę, ale nie można robić tego bezpośrednio przed radioterapią, w jej trakcie, jak również po zakończeniu. Trzeba pamiętać, że większość odczynów ustępuje kilka tygodni po zakończeniu leczenia, jednak zdarza się, że na skórze pozostają trwałe zmiany (np. przebarwienie, teleangiektazje czy zgrubienia naskórka).

Aspekty emocjonalne w procesie leczenia nowotworu piersi

autor: mgr Adrianna Sobol



Psychoonkolog w Szpitalu Onkologicznym Magodent w Warszawie. Asystent (pracownik naukowo-dydaktyczny) w Zakładzie Profilaktyki Onkologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Jest członkiem Zarządu Fundacji OnkoCafe – Razem Lepiej, a także psychoterapeutką i założycielką Centrum Wsparcia Psychologicznego Ineo. Stworzyła platformę szkoleniową online „Wszystko zaczyna się w głowie.” Współtwórczyni audycji radiowej „O raku przy kawie” w Radio RPL. Autorka bloga marki Braster oraz licznych publikacji z dziedziny psychoonkologii i psychologii zdrowia. Występuje jako ekspert w programach telewizyjnych, współtworzy akcje i kampanie społeczne. Prowadzi szkolenia i warsztaty.

Nikt nie jest przygotowany na diagnozę raka piersi. Pojawienie się ciężkiej, przewlekłej choroby zawsze zaskakuje i wywołuje bardzo silny stres. Z dnia na dzień kobieta musi przyjąć rolę pacjentki. Wiąże się to przede wszystkim z zależnością od innych osób, procedur leczniczych oraz samodyscypliną. Takie nagłe wejście w nowy stan jest trudne dla każdego, a wypracowanie własnego sposobu radzenia sobie z taką sytuacją wymaga czasu. Na pewno najważniejszym krokiem jest zrozumienie własnych emocji i przepracowanie przekonań, które im towarzyszą.

Pierwszą reakcją emocjonalną pacjentki jest najczęściej szok i niedowierzanie. Ten etap wiąże się z próbą odnalezienia sensu w pojawieniu się choroby oraz z poszukiwaniem odpowiedzi na pytanie „dlaczego ja?”. Kolejnym etapem psychicznego zmagania się z chorobą jest złość, na którą – co trzeba podkreślić – pacjentki bardzo często nie dostają przyzwolenia od najbliższych. Jest to bardzo niewskazana reakcja otoczenia. Potrzebę wyrażenia swojej złości na chorobę ma w sobie każdy pacjent. Nikt nie może im tego zabraniać. Kolejną reakcją, w obszarze emocji chorej, jest etap targowania się z losem. To czas, w którym pacjenci uciekają w „magiczne myślenie”. Następnym stanem jest depresja, po której pojawia się stan powszechnie określany jako „akceptacja chorej dla sytuacji, w jakiej się znalazła”. Z tym ostatnim terminem można polemizować, ponieważ zdecydowana większość pacjentów nigdy nie akceptuje swojej choroby, a jedynie przystosowuje się do niej. Uczy się z nią żyć.

Należy podkreślić, że każda pacjentka, niezależnie od wieku, musi przeżyć „żałobę po zdrowym sobie”. Często pacjentki nie mają przestrzeni na wyrażenie swojej złości, wyplakanie się czy poukładanie emocji związanych ze stratą dawnej siebie. Personel medyczny i bliscy oczekują od pacjentki walecznej postawy, zabraniają jej płakać i mobilizują ją do aktywnego działania w sprawie własnego zdrowia. Oczywiście, ta mobilizacja jest bardzo ważna, ale bez wcześniejszego otwarcia drogi dla ujścia emocji jest również nieskuteczna. Praktyka pokazuje, że dużo kobiet, które chorują na raka piersi od wielu lat, wciąż nie jest pogodzona z diagnozą. Swoją niezgodę wyrażają najczęściej poprzez nie stosowanie się do zaleceń lekarskich lub ciągle generowanie konfliktów z otoczeniem.

Pacjentka, która w końcu decyduje się na skorzystanie z pomocy psychologicznej, zyskuje przestrzeń, żeby opłakać swój stan zdrowia. Przechodzi proces, w którym jest miejsce na wyrażenie swojej złości, gniewu i strachu. Po takim oczyszczeniu chora najczęściej sama nabiera chęci do działania i zadbania o własne zdrowie. Przekonuje się, że rak to nie wyrok. Choroba to wyzwanie. Trudne, ale do pokonania.

Rozmowa o chorobie i wzajemne wsparcie w przebiegu leczenia raka piersi

To naturalne, że w codziennej rozmowie o wiele bardziej wolimy podejmować łatwe i przyjemne tematy niż rozmawiać o tak poważnych problemach jak choroba nowotworowa. Rodzina i znajomi zmagają się nie tylko z obawami dotyczącymi leczenia onkologicznego, ale również ze świadomością, że nie wiedzą, jak powinni zachować się w kontakcie z bliską osobą, chorującą na raka piersi. Taka sytuacja wymaga nauczenia się komunikacji w obliczu kryzysu. W jakości tej komunikacji dużą rolę odgrywa sama pacjentka, która powinna szczerze porozmawiać ze swoimi bliskimi, a przede wszystkim jasno i wyraźnie określić swoje potrzeby, wskazać kierunek pomocy, wsparcia oraz sposobu prowadzenia rozmowy.

Rola rodziny w przebiegu leczenia onkologicznego

Dla chorej na nowotwór piersi ważne jest wsparcie rodziny, przyjaciół, a nawet nieco dalszych znajomych czy kolegów pracy. Warunkiem uzyskania takiego wsparcia jest szczerłość i otwartość. Choroba nie może być tematem tabu i musi znaleźć "swoje miejsce" w otoczeniu chorej. Pacjentka musi nauczyć się jak prosić o pomoc i jak ją przyjmować.

W czasie choroby, rewolucji ulega nie tylko życie kobiety, ale również sposób funkcjonowania całej rodziny. Zmieniają się role poszczególnych członków, a wiele z codziennych zadań wymaga przeorganizowania. Kobieta z tą samą, bądź z jeszcze większą intensywnością, myśli o swojej chorobie. Największą obawę budzą w niej myśli o dzieciach, nie tylko tych najmłodszych. Kobiety

potrafią czekać miesiącami na dogodny moment, by przekazać rodzinie informacje o chorobie. Nawet, gdy uporają się z tym wyzwaniem, bardzo często opóźniają bądź zawieszają leczenie rozważając, który moment będzie dla nich najlepszy. Chora musi wiedzieć, że nic na świecie nie jest w danym momencie ważniejsze od jej zdrowia. Kuracja kobiety powinna być wspólną wyprawą, wymagającą równego zaangażowania ze strony każdego z jej uczestników.

Rodzina pełni olbrzymią rolę w obszarze komunikacji z lekarzem. Uczestnicząc w spotkaniach z nim, bliscy mogą pomóc osobie chorej zadając istotne pytania i zapamiętując usłyszane wskazówki i odpowiedzi. Powinni oni również bardzo starannie zbierać wszystkie inne informacje związane z chorobą i dostępnymi terapiami. Należy przy tym pamiętać, aby koncentrować swoją uwagę tylko na wskazaniach popartych wynikami badań uznanych ośrodków medycznych. Najbliżsi muszą bronić chorą przed destrukcyjnym wpływem informacji o „cudownych”, ale niepotwierdzonych naukowo terapiach. Zdobyta w tym czasie wiedza stanowi ważny kapitał edukacyjny i będzie miała wpływ na przyszłe życie każdego członka rodziny.

Sposób myślenia pacjenta o chorobie zależy przede wszystkim od posiadanych wiadomości, osobistych doświadczeń i kontaktu z osobami chorymi.

Rodzina jest nie mniej porażona chorobą niż kobieta, która się z nią zmagą. Dlatego tak istotne jest zainteresowanie i rola otoczenia. Znajomi powinni przede wszystkim pozbyć się lęku przed przekroczeniem progu prywatności i wykazać zainteresowanie sytuacją, w jakiej znalazła się cała rodzina. Członka rodziny, który znalazł się w takiej sytuacji, mogą wesprzeć rozmową, przemyślaną radą, a nawet pomocą w obowiązkach domowych i zawodowych.

Wpływ diagnozy na relacje z partnerem

Zachorowanie na raka piersi nigdy nie jest obojętne dla związku. Usunięcie jednej lub obu piersi może powodować poczucie utraty kobiecości. Cały proces leczenia i związane z nim kryzysy emocjonalne sprawiają, że wiele par

staje w obliczu ogromnego wyzwania. Choroba weryfikuje jakość relacji. Jedni odkrywają bolesną o prawdę o swoim związku, inni jeszcze bardziej zbliżają się do siebie. Jednak bardzo często okazuje się, że reakcja partnera na diagnozę jest dla chorej pozytywnym zaskoczeniem.

Diagnoza w postaci nowotworu stawia pacjentkę w obliczu ogromnego wyzwania, które jest w stanie odłonić takie cechy jej osobowości, o których ona sama mogła nie mieć dotąd pojęcia. W takiej sytuacji należy szczególnie zadbać o związek, a przede wszystkim nie bać się rozmawiać. Wszystko po to, by być w stanie stanąć ramię w ramię i wspólnie stawić czoła chorobie.

Należy pamiętać, że podczas choroby onkologicznej partner boi się nie mniej niż sama pacjentka. Oczywiście, mastektomia może stanowić poważne zagrożenie dla związku, ale tylko takiego, który od początku opierał się na fizycznej atrakcyjności. W przypadku prawdziwych, głębszych relacji, zagrożenie stanowi raczej nieumiejętność prowadzenia dialogu i zamykanie się w sobie razem ze swoim problemem. Dojrzały partnerzy powinni rozmawiać ze sobą o swoich potrzebach i lękach. Powinni również wspólnie szukać najlepszego rozwiązania sytuacji, w jakiej się znaleźli.

Nowotwór piersi może postawić przed parą wyzwanie, które będzie wymagało poznawania się na nowo i odbudowania bliskości. Podczas przebiegu choroby zarówno pacjentka, jak i partner muszą krok po kroku przyzwyczajać się do zmian, jakie nastąpiły w ich relacji, szczególnie w strefie seksualnej. Podczas leczenia raka piersi, utrata zainteresowania seksem jest czymś zupełnie normalnym. W pierwszych tygodniach po diagnozie obawy mogą być tak wielkie, że seks zdaje się być ostatnią rzeczą, która przychodzi pacjentce do głowy. Jednak wstrzemięźliwość często wiąże się również z lękiem, że każda, nawet najmniejsza, oznaka choroby odstraszy partnera – sprawi, że zamiast atrakcyjnej kobiety, z którą się związał, zacznie dostrzegać w swojej partnerce odpychającą, schorowaną osobę.

Takich dręczących myśli pacjentka nie powinna zostawiać dla siebie. Szczera rozmowa jest w stanie zapobiec wielu problemom, które mogą negatywnie

Jeśli chcesz być dobrym wsparciem dla pacjentki z rakiem piersi:

Zaoferuj wsparcie – zapewnij chorą o swojej gotowości do pomocy, jeśli rzeczywiście chcesz pomóc. Gdy chora odmawia pomocy, nie wywieraj na niej presji. Po prostu powiedz, w jakich sytuacjach może na Ciebie liczyć.

Słuchaj, co mówi pacjentka – kiedy nie wiesz, w jaki sposób rozpocząć rozmowę z osobą chorą, pozwól, by to ona mówiła jako pierwsza. Słuchaj uważnie, upewniając się, że dobrze rozumiesz intencje pacjentki. Nie doradzaj i nie staraj się kontrolować rozmowy. Daj chorej szansę na ujawnienie swoich emocji.

Bądź szczery – swoje uczucia wyrażaj jasno i szczerze. Formułuj myśli za pomocą komunikatu „ja”, np. „Martwię się, kiedy nic nie mówisz”.

Nie unikaj mówienia o własnym lęku – w ten sposób pokażesz pacjentce, że jej niepokój nie jest odosobniony.

Nie lekceważ strachu chorej na raka piersi – jeśli pacjentka wprost mówi o swoich obawach, nie bagatelizuj jej obrazu choroby. Niektórych chorych razi, gdy rozmówca lekceważy ich lęki, puentując je stwierdzeniem: „Nie przesadzaj, wszystko będzie dobrze, niedługo razem gdzieś wyjedziemy”. Powstrzymaj się od komentarzy w stylu „Wcale nie wyglądasz na chorą”.

Nie koncentruj się tylko na chorobie – podczas kontaktu z chorą staraj się zachowywać tak jak zwykle. Poruszaj tematy, które do tej pory zawsze wspólnie omawialiście, pytaj ją o radę w istotnych dla Ciebie kwestiach. Daj chorej odczuć, że w Waszych relacjach nic się nie zmieniło. Jednocześnie uważnie obserwuj rozmówczynię. Jeśli zauważysz, że któryś z wybranych przez Ciebie tematów jej nie odpowiada, nie brnij dalej.

Upewnij się, że pacjentka chce poinformować innych o swojej chorobie – jeśli chora postanowiła, że nie chce nikogo powiadamiać o swoim stanie, uszanuj jej decyzję. Powiedz jednak szczerze, co Ty czujesz w związku z jej postanowieniem. Możesz wskazać korzyści związane ze zwiększeniem liczby osób, które będzie można poprosić o pomoc. Nie naciskaj jednak na chorą, by zmieniła decyzję.

Po prostu bądź – ważne, aby umieć wspólnie z chorą pomilczeć. Cisza nie powinna krępować. Czasami nieprzerwany potok słów może zmęczyć lub zrytować pacjentkę. Bywa, że chwila milczenia lepiej wyraża emocje niż nieustanna rozmowa. Często sam dotyk czy uśmiech potrafi wyrazić więcej niż niejedno słowo.

wpłynąć na związek. Warto dać sobie czas, cofnąć się o kilka kroków i zacząć odbudowywać bliskość, jaka była między partnerami przed chorobą. Wyjście na spacer i trzymanie się za ręce, umówienie się na randkę w ulubionej restauracji, spontaniczny seans z filmem, który widziała już pięć razy, ale wciąż nie ma dość. To naprawdę niewielkie gesty, które mogą zdziałać bardzo dużo dla relacji, w której partnerzy muszą odnaleźć się na nowo.

Spoleczno-ekonomiczne aspekty chorowania

Choroba przewlekła prawie zawsze wiąże się z radykalną zmianą statusu materialnego całej rodziny. Choroba kosztuje i bardzo trudno jest w jej trakcie sprostać wszystkim zawodowym obowiązkom, szczególnie w pierwszych tygodniach po diagnozie. Dotyczy to zarówno kobiety, jak i jej najbliższych. W późniejszym okresie powrót do pracy jest bardzo istotnym elementem terapeutycznym. Naturalne poszerzenie grona spotykanych osób, w połączeniu z poczuciem odzyskania swojego miejsca i przydatności w społeczeństwie, w zdecydowanym stopniu poprawia sposób, w jaki pacjentka postrzega samą siebie, a także obraz sytuacji, w jakiej się znajduje. W tym przypadku bardzo ważną rolę odgrywa poczucie dumy ze swojej odwagi oraz z możliwości wejścia w rolę osoby, która może stanowić przykład dla innych kobiet.

Psychologiczne następstwa nawrotu lub progresji choroby

Przyjęcie informacji o wznowie choroby często jest trudniejsze niż pierwsza informacja o diagnozie. Machina rusza od nowa, a wraz z nią wszystkie emocje dodatkowo spotęgowane poczuciem rozczarowania. Wysiłek włożony na samym początku, który nie przyniósł spodziewanych efektów, powoduje, że motywacja może spaść. To moment, w którym ponownie pojawiają się mechanizmy obronne, takie jak zaprzeczanie, walka z samym sobą, targowanie się z losem, chęć rezygnacji z leczenia, a także depresja. Bardzo istotne jest, by w tym trudnym okresie zespół medyczny, a także bliscy monitorowali stan psychiczny pacjentki. Objawy, na które należy zwrócić uwagę, to:

- nadmierna senność,

- problemy ze snem,
- brak apetytu,
- wewnętrzny niepokój,
- płaczliwość,
- złość i nadmiarowość reakcji.

Utrzymywanie się powyższych symptomów dłużej niż przez trzy tygodnie powinno skutkować kontaktem z psychologiem lub psychiatrą.

Silny lęk zawsze towarzyszy zagrażającej życiu chorobie przewlekłej. W jego zneutralizowaniu i obniżeniu napięcia bardzo pomaga umiejętność skoncentrowania się na teraźniejszości. Nikt z nas nie wie, co na niego czeka za rogiem i co wydarzy się jutro. Koncentracja na „tu i teraz”, bez wybiegania w przyszłość, skupia całą siłę i energię na konkretnym zdarzeniu.

Bardzo ważną rolę, w czasie całego procesu terapii pacjentki chorej na raka piersi, może odegrać psychoonkolog. Jego doświadczenie i możliwość spojrzenia na sytuację z dystansu pomoże zarówno pacjentce, jak i jej bliskim. Towarzyszący pacjentce w chorobie psycholog przede wszystkim uczy ją i jej rodzinę, jak radzić sobie ze stresem. Jego praca terapeutyczna jest ukierunkowana jednocześnie na rozwój emocjonalny, samopoznanie, zwiększenie wiedzy o problemach i sposobach reagowania.

Poza psychologiem na poziom stanu psychicznego bardzo duży wpływ ma komunikacja z lekarzem onkologiem. Pacjentka zawsze powinna mu ufać i czuć w nim oparcie, a przede wszystkim mieć poczucie całkowitej podmiotowości. Siły do zmagania z chorobą dodają również kontakty z innymi pacjentami lub osobami, które pośrednio zmierzyły się z chorobą nowotworową.

Aktywizacja ruchowa i rehabilitacja pacjentek z rakiem piersi

autor: mgr Aleksandra Krzesak



Magister fizjoterapii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Pracownik Przychodni Rehabilitacyjnej Magodent oraz fizjoterapeuta w Szpitalu Onkologicznym Magodent. Uczestniczka licznych kursów związanych z rehabilitacją onkologiczną oraz terapią powięziową.

Fizjoterapia u pacjentów onkologicznych jest integralną częścią całego procesu leczenia. Bywa złożonym procesem, ze względu na wieloaspektowy wpływ leczenia onkologicznego na układ ruchu oraz występujące problemy ortopedyczne z którymi borykał się pacjent jeszcze przed chorobą.

Rehabilitacja przedoperacyjna

Większość pacjentów kojarzy rehabilitację głównie z okresem pooperacyjnym, jednak również przed operacją można wprowadzać pewne elementy fizjoterapii, które pozwolą na szybszą regenerację oraz na uniknięcie niekorzystnych następstw zabiegu. Rehabilitacja przed operacją powinna obejmować naukę i instruktaż ćwiczeń, które będą wykonywane w pierwszych dobach po za-

Istotnym elementem, umożliwiającym w skuteczny sposób powrót do pełnej sprawności psychofizycznej po przebytym zabiegu, jest rehabilitacja.

biegu. Są to zazwyczaj proste ruchy czynne stawów kończyny górnej i dolnej, pozwalające poprawić krążenie obwodowe. Ważnym elementem jest również nauka układania kończyny górnej na klinie przeciwobrzękowym. Dzięki temu spanie oraz leżenie w różnych pozycjach z klinem wejdą szybciej w nawyk. Jednak najistotniejszą częścią przygotowań do operacji są ćwiczenia zwiększające ruchomość oraz rozluźniające i rozciągające mięśnie klatki

piersiowej czy obręczy barkowej. Dzięki nim powięź w obrębie mięśni piersiowych może stać się bardziej elastyczna, ślizg pomiędzy poszczególnymi warstwami tkanek miękkich lepszy, a co za tym idzie, po operacji może to zaowocować mniejszymi powikłaniami z zakresu narządu ruchu.

Rehabilitacja pooperacyjna

Celem rehabilitacji pooperacyjnej jest:

- zwiększenie zakresów ruchu obręczy oraz kończyny po stronie operowanej,
- zmniejszenie dolegliwości bólowych,
- zapobieganie zastojom chłonki (limfy) i usuwanie obrzęków,
- korekta wad postawy.

Osiągnięcie tych wszystkich punktów możliwe jest poprzez wprowadzenie takich elementów jak ćwiczenia, mobilizacja blizny, instruktaż automasażu oraz różne techniki terapii manualnej.

Ćwiczenia

Najprostsze ćwiczenia można rozpocząć już w pierwszej dobie po operacji. Wykonując je należy unikać szarpania oraz przekraczania bariery bólu. Korzystniejsze efekty uzyskuje się jeśli ćwiczenia będą wykonywane przez krótki czas, ale parę razy w ciągu dnia. Warto w pierwszych dobach wdrożyć ćwiczenia oddechowe oraz przeciwzakrzepowe. Przykładowe ćwiczenia w 1-3 dobie po operacji:

- Leżymy na plecach, układamy rękę na klinie, zaciskamy dłoń w pięść i wytrzymujemy 3 sekundy, następnie rozluźniamy. Powtarzamy 15 razy.
- Leżymy na plecach, zginamy a następnie prostujemy rękę w łokciu. Powtarzamy 15 razy.
- Leżymy na plecach, ręce wyprostowane w łokciach, kończyna strony nieoperowanej podtrzymuje rękę strony operowanej. Unosimy wyprostowane ręce do góry (do granicy bólu) i w dół. Powtarzamy 10 razy.
- Ćwiczenie oddechowe: leżymy na plecach, kładziemy dłonie na klatce piersiowej. Bierzymy głęboki wdech nosem, tak aby klatka piersiowa uniosła się do góry. Następnie wykonujemy długi wydech ustami, tak aby klatka piersiowa zeszła w dół. Powtarzamy 4 razy.
- Ćwiczenie przeciwzakrzepowe: leżymy na plecach, nogi prostujemy. Wykonujemy energiczne zgięcie i wyprost stóp w stawach skokowych w pełnym zakresie. Powtarzamy 20 razy.

Wykonując ćwiczenia, każda pacjentka powinna słuchać swojego ciała, postępować zgodnie ze swoimi odczuciami oraz nie wykonywać wymuszonych ruchów, które powodują ból.

W kolejnych dniach należy wprowadzić coraz więcej ćwiczeń angażujących całą obręcz barkową. Natomiast w okresie, w którym dojdzie do zagojenia blizny pooperacyjnej warto zwiększyć liczbę ćwiczeń rozciągających.

Mobilizacja blizny

Bardzo ważnym elementem rehabilitacji po zabiegu chirurgicznym jest mobilizacja blizny. Jeśli nie zadba się o ten aspekt odpowiednio wcześnie, może dojść do zrostów nie tylko w powierzchownej części skóry, ale też i w głębszych jej warstwach. To natomiast może skutkować problemem w zakresie ruchomości mięśni klatki piersiowej, a w niektórych przypadkach zmniejszeniem ruchomości żeber w trakcie oddychania. Aby do tego nie dopuścić już w pierwszej fazie gojenia (od 1 dnia do 3-4 tygodnia) można rozpocząć terapię. W tym czasie należy pamiętać o kilku istotnych zasadach:

- należy pracować na tkankach sąsiadujących z blizną a nie na samej bliźnie,
- wszystkie ruchy wykonywane są w kierunku gojącej się rany,
- terapia powinna być prowadzona ostrożnie i delikatnie.

W kolejnej fazie, czyli w momencie, kiedy szwy zostaną zdjęte, a rana całkowicie się wygoi, można rozpocząć techniki operujące na bliźnie. Jeszcze przed zabiegiem warto poprosić fizjoterapeutę o pokazanie kilku chwytów wykorzystywanych do mobilizacji blizny. Są to techniki na tyle proste, że po dokładnym instruktażu można zacząć wykonywać je samodzielnie w domu.

Przy każdej rehabilitacji należy pamiętać, iż nasze ciało jest całością i brak ruchomości tkanek w obrębie blizny pooperacyjnej może na przestrzeni lat skutkować bólem barku, pleców, a nawet nadgarstka czy biodra. To mobilność na poziomie tkankowym pozwala na odzyskanie pełnego zakresu ruchomości, siły oraz prawidłowej koordynacji ruchowej. Z tego powodu tak bardzo ważna jest dbałość o wprowadzenie mobilizacji blizny oraz ćwiczeń zwiększających ruchomość i elastyczność mięśni w obrębie okolicy operowanej.

Obrzęki

Na początek trochę teorii. Limfa to płyn tkankowy, który u zdrowych osób jest transportowany do węzłów chłonnych a dalej do krwiobiegu. W przypadku usunięcia węzłów chłonnych może dojść do obrzęku, czyli zastoju chłonki, dlatego należy stosować drenaż limfatyczny, który ułatwi transport limfy do innych wę-

złów chłonnych.

Pacjentkom, u których konieczne było usunięcie węzłów chłonnych, czyli pacjentkom, u których istnieje ryzyko wystąpienia obrzęków limfatycznych, fizjoterapeuta powinien pokazać i dokładnie wytłumaczyć techniki automasażu kończyny operowanej. Jeżeli mamy trudności z zapamiętaniem wszystkich elementów tego masażu, warto poprosić o harmonogram lub film instruktażowy. Jest to niezwykle ważna profilaktyka przeciwobrzękowa, dlatego nie należy jej bagatelizować, nawet jeśli problem zastojów limfatycznych jeszcze nas nie dotyczy. Wskazane jest, aby tego typu masaż wykonywany był przez pacjenta dwa razy dziennie.

Pacjenci, u których usunięto węzły chłonne, wraz z biegiem czasu powinni zwracać szczególną uwagę na to, czy po stronie operowanej nie pojawiają się obrzęki, które spowodowane są zastojem chłonki, inaczej nazywanej płynem tkankowym (limfą). Taki zastój chłonki (obrzęku) może utrzymywać się od kilku dni do nawet kilku lat po operacji. Współcześnie ryzyko pojawienia się obrzęku jest coraz mniejsze ze względu na możliwość usunięcia jedynie poszczególnych węzłów chłonnych, bez konieczności usuwania całego kompleksu węzłów pachowych. Jeżeli jednak zauważymy nawet delikatny przyrost obwodu kończyny górnej (ciasno dopasowany rękaw, który wcześniej był zawsze luźny, zmiana wyglądu skóry, uczucie naciągniętej skóry itp.) i okaże się, że różnica między obwodem prawej i lewej ręki jest większa niż 2 cm, to należy jak najszybciej skontaktować się z lekarzem lub fizjoterapeutą w celu rozpoczęcia działań przeciwobrzękowych.

Odpowiednio szybko rozpoczęta terapia może pozwolić na zmniejszenie dysfunkcji systemu limfatycznego, co pozwoli na poprawę komfortu życia. Współcześnie wykorzystuje się wiele metod fizjoterapeutycznych niwelujących obrzęk. Są to m.in.:

- masaż/drenaż limfatyczny (ułatwia odpływ chłonki do węzłów chłonnych; działa przeciwobrzękowo),
- mechaniczny drenaż limfatyczny (masaż wykonywany przy użyciu specjalnych aparatów),

- kompresoterapia (leczenie uciskiem, przy wykorzystaniu różnego rodzaju bandaży, opasek uciskowych),
- kinesiologia taping, czyli plastrowanie dynamiczne (plastry, które dzięki odpowiedniej aplikacji działają przeciwozrętkowo; ułatwiają transport limfy do węzłów).

Oprócz wyżej wymienionych metod coraz częściej wykorzystuje się inne techniki manualne, oparte na pracy z tkankami miękkimi, takie jak rozluźnianie mięśniowo-powięziowe, manipulacje oraz mobilizacje powięzi powierzchownej i głębokiej. Wszystkie zabiegi manualne powinny być wykonywane przez przeszkolonych w tych technikach fizjoterapeutów.

Polineuropatia, czyli zaburzenia czucia

Częstym problemem, który występuje u pacjentów onkologicznych, jest polineuropatia, która pojawia się po chemioterapii. Są to zaburzenia czucia, wynikające z neurotoksyczności podawanej chemii, które objawiają się najczęściej uczuciem mrowienia i drętwienia dłoni oraz stóp. Oprócz farmakoterapii wspomagającą rolę może odgrywać w tym przypadku fizjoterapia. W niwelowaniu tych objawów wykorzystuje się wszelkiego rodzaju terapie mające na celu stymulację układu nerwowego i jego zakończeń, m.in. terapię manualną oraz ćwiczenia. Do samodzielnej pracy można zaopatrzyć się np. w piłeczkę tenisową, którą należy powoli toczyć, jednocześnie dociskając stopą do podłogi lub dłonią do stołu.

Należy szukać pomocy u specjalistów. Jeśli coś nas w naszym ciele niepokoi, warto udać się do fizjoterapeuty lub lekarza po poradę, instruktaż. Szukanie ćwiczeń lub wszelkiego rodzaju rehabilitacji u „doktora Google” może czasem przynieść efekt odwrotny od zamierzonego.

O fundacji OnkoCafe – Razem Lepiej

Fundatorką i pomysłodawczynią utworzenia Fundacji „OnkoCafe – Razem Lepiej” jest Anna Kupiecka, która w 2010 roku zachorowała na nowotwór piersi, a w 2012 roku na portalu społecznościowym Facebook założyła grupę wzajemnego wsparcia pod nazwą Fakraczki. Na grupie osoby dotknięte chorobą nowotworową dzielą się swoimi doświadczeniami, zdobytymi w procesie leczenia.

Od 2014 roku Fundacja organizuje spotkania, warsztaty edukacyjne i terapie zajęciowe dla pacjentów w trakcie i po zakończonym leczeniu. Udziela wsparcia psychologicznego pacjentom i ich bliskim. Organizuje kampanie społeczne z zakresu przeciwdziałania nowotworom, zdrowego stylu życia oraz wsparcia pacjentów onkologicznych, mające na celu zmianę postrzegania choroby nowotworowej w społeczeństwie. Prowadzi szkolenia dla personelu medycznego z zakresu praw pacjenta i psychoonkologii oraz wykłady dla pracowników firm z zakresu zdrowego stylu życia i przeciwdziałania nowotworom. Prowadzi autorską audycję radiową „O raku przy kawie” w Radio Polska Live FM. Szeregi Fundacji OnkoCafe zrzeszają wolontariuszy i specjalistów, którzy, aktywnie działając, z oddaniem reagują na potrzeby pacjentów.

ORGANIZACJA
POŻYTKU
PUBLICZNEGO
KRS 0000504682



Każde z działań fundacji możemy prowadzić dzięki wsparciu Darczyńców. Wpłać darowiznę. Pomóż nam pomagać.



Fundacja OnkoCafe – Razem Lepiej

Adres korespondencyjny/siedziba biura
ul. Ludwika Narbutta 65/71 pok.114
02-524 Warszawa

Adres rejestrowy
Ludwika Narbutta 83 lok.U2
02-524 Warszawa
biuro@onkocafe.pl

numer KRS 0000504682 | NIP 5213669451 | regon 147181772

Numer konta Fundacji
PKO BP 59 1020 1068 0000 1002 0253 2166

onkocafe.pl | badajbiust.pl | breastfit.onkocafe.pl
prostatahistoria.pl | mundurniezbroya.pl



Materiał edukacyjny powstał przy wsparciu:

