

NOVOSTI V FIZIOTERAPIJI PO OPERACIJI RAKA DOJKE

Edita Rotner, dipl. fiziot.

Onkološki inštitut Ljubljana

IZVLEČEK

Rak dojke je danes najpogostejše maligno obolenje pri ženskah, v prihodnosti pa se pričakuje še porast te bolezni. Z zgodnjim odkrivanjem in naprednejšim kirurškim zdravljenjem raka na dojki se je spremenilo preživetje bolnic ter tudi rehabilitacija in čas hospitalizacije. Po operativnem posegu je potrebna fizioterapevtska obravnava, ki zmanjšuje pozne zaplete in posledice operativnega posega. Fizioterapevtska obravnava je odvisna od tipa in obsega operativnega posega. Usmerjena je predvsem v ohranjanje gibljivosti ramenskega obroča, zmanjševanje bolečine ter v pomoč in poučevanje bolnice, da se čim prej vrne v domače okolje in živi polno, delazmožno življenje.

Ključne besede: rak dojke, fizioterapija, psihofizično okrevanje.

UVOD

Rak dojke je danes najpogostejše maligno obolenje žensk v Sloveniji. Vsako leto na novo zboli 1200 žensk (Interni dokument Onkološkega inštituta Ljubljana)

Na Onkološkem inštitutu v Ljubljani so leta 2012 operirali približno 900 bolnic z rakom na dojki. Pri 436-ih bolnicah so odstranili varovalno bezgavko, pri 224-ih bolnicah pa vse nivoje pazdušnih bezgavk. Modificirano radikalno mastektomijo so izvedli pri 136-ih bolnicah. Iz navedenih podatkov je razvidno, da se kljub porastu obolevnosti zmanjšuje obseg in invazivnost operativnih posegov. Povečujejo pa se operativni posegi, pri katerih kirurgi

odstranijo dojko, del dojke in le varovalno bezgavko. (Interni dokument Onkološkega inštituta Ljubljana)

Z zgodnjo diagnostiko, naprednejšim zdravljenjem in tako imenovano ohranitveno kirurgijo se je spremenila tudi rehabilitacija po operaciji, fizioterapevtski pristop in čas hospitalizacije bolnic (Bešič, 2009).

Fizioterapija je del procesa zdravljenja bolnic po operaciji dojke, ki s svojimi metodami vzpostavlja ali izboljšuje njene psihofizične sposobnosti in zmogljivosti. Usmerja jo v obnovo funkcije lokomotornega sistema. Prispeva k izboljšanju kvalitete življenja in lažšanju postoperativnih zapletov (Box, 1998).

Med samim zdravljenjem raka dojke se pojavljajo možne okvare in zapleti, kot so pooperativna bolečina, zmanjšana gibljivost ramenskega obroča, adhezije v področju prsnega koša, šibkost mišic zgornjega uda, spremenjena drža telesa ter pooperativni žilni in pljučni zapleti. Glede na obseg (odstranitev fascije velike prsne mišice, odstranitev pazdušnih bezgavk), lahko operacija povzroči nekatere funkcijske spremembe, brazgotinjenje in poškodbe živčevja ter limfedem (Brennan et al., 1996; Megens, Harris, 1998). Povzroča tudi subjektivne težave, kot je občutek oklepa, preobčutljivost in mravljinčenje.

V povezavi z zdravljenjem raka dojke so možne okvare in zapleti, kot so :

- krvavitev,
- bolečina na mestu reza,
- vnetje pooperativne rane,
- poškodba dolgega prsnega živca in torakodorzalnega živca,
- limfedem (tj. pooperativni limfedem, ki se razvije takoj po operaciji in zbledi v nekaj tednih, mesecih; če ostane ali nastane kasneje, ga obravnavamo kot kronični limfedem),
- adhezije prsne stene (ki nastanejo zaradi imobilizacije operiranega predela in so vzrok zmanjšani gibljivosti ramenskega obroča in asimetriji telesa),
- zmanjšana gibljivost operativnega predela,
- spremenjena povrhnja in/ali globoka senzibiliteta, poškodbe interkostobrahialnih živcev pri odstranitvi vseh nivojev pazdušnih bezgavk),
- zmanjšana mišična moč zgornjega uda na operirani strani,
- bolečina v vratnem, prsnem in hrbtnem predelu (ki se pojavi kot posledica spremembe drže) ter
- kronična bolečina po operativnem posegu.

V procesu zdravljenja se lahko zaradi samega načina zdravljenja (kemoterapija, hormonsko zdravljenje, obsevanje) pojavi zmanjšana vzdržljivost, kronična utrujenost in pretirano potenje ob naporu (Abeloff et al., 2000).

Bolezen je velika psihična preizkušnja za vsako bolnico in močno poseže v življenje bolnih in njihovih svojcev. Kirurški poseg na dojki doživljenjsko spremeni zunanjo podobo in dojemanje ženskega telesa. Povzroči spremembo telesnega videza, kar je lahko vzrok za občutek pohabljenosti, spremenjeno samopodobo, zmanjšan občutek vrednosti, izgubo občutka ženskosti, upad seksualne privlačnosti in funkcioniranja, anksioznost, depresijo, občutek brezupnosti (Snoj, 2009). Sama diagnoza pa privede še do občutka tesnobe, strahu pred ponovitvijo bolezni, spremembe vrednot življenja, zapuščeni in strahu pred smrtjo.

Bolečina je neprijetna čustvena in čutna izkušnja. Kronična bolečina traja od tri do šest mesecev po poškodbi. Navaja jo 10–55 odstotkov bolnic in je tesno povezana tudi z omejeno gibljivostjo ramenskega obroča. Doživljanje bolečine je odvisno tudi od kulturnih in družbenoekonomskih vidikov. Vsako leto se pri 0,05 do 1,5 odstotkih bolnic eno leto po operativnem posegu razvije kronična bolečina, ki je navadno nevropatska. Bolnica bolečino opisuje kot stalno, stiskajočo, ostro – zbadajočo, ki stresa kot elektrika, je pekoča in mrazeča. V predelu, ki ga oživčuje poškodovani živec, bolnica čuti sočasne znake somatosenzorne disfunkcije živca, kot so hipoestezija, dizestezija, hiperalgezija/alodinija. Te bolečine se pri štiridesetih odstotkih bolnic okrepijo pri gibanju z roko. Ti znaki lahko zajemajo večje območje, kot ga oživčuje poškodovani živec. Bolečino, ki se pojavi po operaciji na dojki, imenujemo tudi postmastektomijska bolečina. Bolečina se pojavi na notranji strani nadlahti, pazduhi, zunanji strani prsnega koša in območju operirane dojke (Lahajner, 2007).

S pravnim fizioterapevtskim pristopom ter ciljem doseči enako gibljivost roke in ramenskega obroča kot pred operacijo lahko zmanjšamo verjetnost nastanka kronične bolečine (Bešić, 2008). Fizioterapevtski program naj bi vključeval tudi metode proprioceptivne vadbe in vaje za izboljšanje sensorike. Raziskave so pokazale, da imajo bolnice z omejeno gibljivostjo ramenskega obroča večjo možnost nastanka kronične bolečine. Pri fizioterapevtski obravnavi je pomembno, da prepoznamo kronično nevropatsko bolečino in bolnico tudi napotimo v ambulanto za zdravljenje bolečine.

FIZIOTERAPEVTSKI PROGRAM

Fizioterapevt je del multidisciplinarnega tima in lahko pomembno pomaga pri psihofizičnem okrevanju ženske po operaciji raka dojke (Gutman et al., 1990; Wingate et al., 1989). Poznati in razumeti mora metode zdravljenja ter obravnave po operaciji dojke. Fizioterapevtska obravnava se pri bolnicah po operaciji dojke začne po dogovoru s kirurgom, to je prvi dan po operaciji oz.

po odstranitvi kompresijskega povoja. Kirurg dovoli gibanje roke glede na vrsto, potek in izid operativnega posega. Na Onkološkem inštitutu Ljubljana smo januarja 2012 uvedli t. i. odloženo rehabilitacijo, tj. 7–10 dni po operativnem posegu. Raziskave so pokazale, da se s kasnejšim začetkom vadbe zmanjša količina postoperativnega seroma, se pa značilno ne poslabša gibljivost v ramenskem obroču po končani rehabilitaciji (Schultz et al. 1997; Shamley et al., 2005).

Bolnico skušamo prvi pooperativni dan poučiti, da lahko uporablja roko za lažje dnevne aktivnosti in osebno higieno. Izogibati se mora le nenadzorovanih sunkovitih gibov.

Izročimo ji datum prve kontrole pri kirurgu in povabilo, naj se oglasi v fizioterapevtski ambulanti, kjer jo bomo naučili vaj za ohranitev in izboljšanje gibljivosti roke.

Osnovni pogoj za začetek fizioterapevtske obravnave je predvsem motivacija bolnice za aktivno sodelovanje v rehabilitaciji. Cilji fizioterapevtske obravnave ženske, ki je v procesu zdravljenja raka dojke, so usmerjeni predvsem k poučevanju ženske in preprečevanju ter obravnavi zgoraj omenjenih možnih okvar in zapletov (Kisner, Colby, 2007).

Nedvomno bi pogovor že pred operativnim posegom, tj. predstavitev poteka rehabilitacije, demonstracija osnovnih terapevtskih vaj, pogovor o občutkih, ki se pojavijo takoj po operaciji, prinesel boljše rezultate, saj bi s tem zmanjšali bolničine strahove in si pridobili njeno zaupanje.

Bolnica, pri kateri je bila odstranjena samo prva bezgavka, doseže polno gibljivost že ob prvem obisku fizioterapije. Polno gibljivost v ramenskem sklepu ohrani z vadbo doma. Tudi kasneje naj ne bi imela težav pri gibanju in obremenjevanju roke.

Bolnica, pri kateri je bilo odstranjenih več pazdušnih bezgavk, pride na obravnavo v fizioterapijo večkrat.

Ob prvem obisku bolnice v ambulanti fizioterapije na Onkološkem inštitutu Ljubljana naredimo fizioterapevtsko oceno. Ta vključuje anamnezo, podatke o operativnem posegu in fizioterapevtski status, ki vključuje inspekcijo, palpacijo kože in mišic zgornjega uda. Poudarek je na ocenjevanju integritete kože, količini drenirane vsebine, obsegu gibljivosti zgornjega uda, oceni povrhnje in globoke senzibilitete zgornjega uda, spremembi drže, oceni funkcijskih zmožnosti in splošne kondicije bolnice.

Prva fizioterapevtska obravnava je usmerjena predvsem v poučevanje bolnice. Natančno ji predstavimo rehabilitacijski protokol, poučimo jo o možnih

zapletih, o vrsti in časovni pojavitvi bolečine, o subjektivnih znakih (ki so del operativnega posega) in o občutkih, na katere mora biti še posebej pozorna. Svetujemo ji, naj roko uporablja pri dnevnih aktivnostih in osebni higieni ter naj je ne fiksira k telesu. S tem želimo zmanjšati pojav varovanja mišic in bolnico pripraviti, da roko uporablja zavestno.

Naučimo jo pravilnega izoliranega prsnega in preponskega dihanja ter relaksacijske tehnike za zmanjšanje mišičnega tonusa. Za bolnico je bistvenega pomena, da loči napeto mišico od sproščene, s čimer preprečimo bolečine v vratnem, prsnem in hrbtnem predelu zaradi stalnega povečanega mišičnega tonusa kot posledice varovanja mišic in spremembe drže.

Sledi postopek učenja razteznih vaj. Vadba temelji na razteznih vajah z asistenco neoperirane roke. Izogibamo se vajam za mišično moč in aerobni vadbi. Bolnica vaje izvaja do znosne bolečine in maksimalnega raztega, nato pa zadržuje končni položaj. Bolečina ni razlog za prekinitve vadbe, saj se v primeru pojavitve le-te predpiše ustrezna protibolečinska terapija.

Bolnici svetujemo, naj vaje izvaja pred ogledalom. S tem izboljša samokontrolo terapevtskih vaj, vzpostavi boljšo kontrolo drže in poveča svoje zavedanje do prizadetega dela telesa. Doma naj večkrat dnevno izvaja naučene vaje.

Ob vsakem obisku v kirurški ambulanti se bolnica oglasi tudi v ambulanti fizioterapije, kjer ponovno preverimo njeno telesno držo, gibljivost ramenskega sklepa in obroča ter ocenimo uspešnost izvajanja vaj. Glede na stanje individualno stopnjujemo intenziteto vaj. Bolnici damo dodatna navodila in spodbudo za nadaljnjo vadbo. Z obiski v fizioterapiji zaključimo, ko doseže dobro gibljivost in ko ugotovimo, da je usvojila pomen vsakodnevne vadbe, ki jo bo izvajala nekaj mesecev.

Z bolnico se pogovorimo o pomenu vključevanja v različne športne aktivnosti in ji glede na njeno stanje, okoliščine in navade svetujemo najprimernejšo rekreativno dejavnost.

ZAKLJUČEK

Rak dojke je sistemska bolezen in zahteva celostno obravnavo bolnice, pri kateri sodeluje tudi fizioterapevt. S takšno obravnavo skušamo bolnico čim prej vrniti v domače okolje. Svetujemo ji, naj se že med zdravljenjem ukvarja s telesno aktivnostjo. Priporočene so vse aktivnosti, ki jih je bolnica izvajala preden je zbolela in so ji bile v veselje in zadovoljstvo. Če je možno, naj se vrne k svojim dejavnostim in se čim prej vključi v aktivno delovno in družinsko okolje.

Čeprav je zdravljenje raka dojka dolgotrajen proces, ki traja tudi do osem mesecev in več, se bolnice vrnejo na delovno mesto in v aktivno življenje, saj je predčasna upokožitev ali sprememba delovnega mesta danes redka.

LITERATURA

- Abelloff MD et al. Breast. In: Abelloff MD et al., eds. Clinical Oncology. 2nd ed. New York: Churchill Livingstone; 2000: 2015.
- Bešič N. Klinična pot bolnice z operabilnim rakom dojke. Rak dojka – zdravstveni tim 2009. Ljubljana; 2009: 11 3.
- Bešič N. Bolnice z rakom dojka in rehabilitacija – vidik onkološkega kirurga. Rehabilitacija bolnikov z rakom. 2008; VII (Suppl 2): 68–72.
- Box R. Rehabilitation after breast cancer. Women's health. WB Saunders company LTD; 1998: 454–465.
- Brennan MJ, DePomodo RW, Garden, FH. Focused review: postnastectomy lymphedema. Arch Phys Med Rehabil. 1996; 77 (3 suppl): S74–80.
- Gutman H, Kerz T, Barzilai T, Haddad M, Reiss R. Achievements of physical therapy in patients after modified radical mastectomy compared with quadrantectomy, axillary dissection and radiation for carcinoma of the breast. Arch Surg. 1990; 125: 389–391.
- Kisner C, Colby LA. Therapeutic Exercise: foundations and techniques. Philadelphia F.A. Davis Company; 2007; 5:852–49.
- Lahajner S. Bolečina po operaciji raka dojka: Rezultati raziskave med bolnicami na Onkološkem Inštitutu v Ljubljani. Onkologija; 2007; 11(2): 114–118.
- Megens A, Harris S. Physical therapist management of lymphedema following treatment for breast cancer: a critical review of its effectiveness. Phys Ther. 1998; 78: 1302–11.
- Onkološki Inštitut Ljubljana, Oddelek za onkološko kirurgijo, Št. osnovnih tipov operacij v letu 2012. Interni dokument Onkološkega inštituta Ljubljana
- Snoj Z. Duševna stiska ob soočanju z rakom. Rak dojka – zdravstveni tim 2009. Ljubljana; 2009: 13–15.
- Schultz I, Barholm M, Gröndal S. Delayed Shoulder Exercises in Reducing Seroma Frequency after MRM: A Prospective Randomized Study. The Society of Surgical oncology Inc. Annals of Surgical Oncology; 1997: 293–297.
- Schamley DR, Barker K, Simonite V, Beardshaw A. Delayed versus immediate exercises following surgery for breast cancer. A systematic review. Breast Cancer Research and treatment; 2005; 90: 263–271.
- Wingate L. Efficacy of physical therapy for patients who have undergone mastectomies: a prospective study. Phys ther. 1985; 65: 896–900.