



Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o.  
26-617 Radom, ul. Juliana Aleksandrowicza 5

## **PROGRAM EDUKACYJNY**

### **dla Pacjentów po zabiegu mastektomii**

**Opracowała:** mgr Aneta Musiał , Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej

i Metabolicznej

**CEL:**

Przygotowanie pacjenta po mastektomii do powrotu do środowiska zamieszkania, sprawności i aktywności w życiu codziennym oraz przygotowanie członków rodzin lub opiekunów, którzy będą pomagać w powrocie do zdrowia osobom po zabiegu w domu, aby opieka była efektywna i prawidłowa i zmniejszyła ryzyko powikłań po zabiegu.

**CELE SZCZEGÓŁOWE:**

Edukacja w zakresie

1. pielęgnacji rany pooperacyjnej
2. ochrony i postępowania z kończyną górną po stronie operowanej
3. rehabilitacji przed i po zabiegu,
4. prawidłowego wykonywania ćwiczeń po zabiegu: ćwiczenia przeciwwzkrzepowe, przeciwobrzękowe, usprawniające kończynę górną po stronie operowanej.

**METODY DYDAKTYCZNE:**

- podające – pogadanka z pacjentem i jego rodziną
- problemowe – dyskusja z pacjentem i jego rodziną
- eksponujące – pokaz zmiany opatrunku, prawidłowego wykonywania ćwiczeń usprawniających kończynę górną po stronie operowanej, układania kończyny górnej w pozycji przeciwobrzękowej
- praktyczne – ćwiczenia – powtarzanie ćwiczeń, masaży limfatycznych przez pacjenta i rodzinę pacjenta

**ŚRODKI DYDAKTYCZNE :**

- broszury

- poradniki

- ulotki

- oferty sklepów medycznych dotyczące protez piersi i bielizny dla kobiet po mastektomii

### **FORMY REALIZACJI :**

- Program obejmuje rozmowy z pacjentami i ich rodzinami w czasie hospitalizacji oraz kontynuowanie edukacji w czasie wizyt w poradni chirurgicznej, onkologicznej, cykliczne spotkania z członkami klubu AMAZONEK
- Rozmowy prowadzone są przez pielęgniarki specjalistki pielęgniarstwa chirurgicznego, onkologicznego, specjalistów fizjoterapii z wieloletnim doświadczeniem, lekarzami chirurgami i onkologami, członkami klubu Amazonek
- Po zakończeniu hospitalizacji pacjenci otrzymają przygotowane materiały edukacyjne.

### **ZAKRES TREŚCI KSZTAŁCENIA:**

Program skierowany jest do pacjentów po amputacji piersi z powodu nowotworu i ich rodzin, opiekunów.

Rak piersi jako choroba ma złą sławę. Związany z nią mit jest bardziej okrutny niż realna prawda. Zaś prawda jest taka, że diagnoza nie jest wyrokiem a leczenie jest coraz bardziej skuteczne.

Po diagnozie, po przejściu uczucia rozpacz, wszechogarniającego lęku, gniewu i poczucia krzywdy wśród pacjentek następuje uświadomienie, że trzeba podjąć leczenie.

### **OBJAWY:**

Objawy raka piersi zależą od stopnia jego zaawansowania:

- guz lub, przypominająca guz, zmiana struktury tego narządu - podstawowy objaw raka piersi;

- asymetria piersi,
- wciągnięcie skóry lub brodawki sutkowej,
- zaczerwienienie skóry,
- jednostronny, często krwawy wyciek z brodawki,

W bardziej zaawansowanym stopniu rozwoju tego nowotworu występuje:

- powiększenie węzłów chłonnych, szczególnie w okolicach pach,
- owrzodzenie skóry,
- zmiany i wynikające z tego objawy będące następstwem przerzutów do innych narządów.

#### DIAGNOSTYKA:

Zadaniem diagnostyki jest postawienie precyzyjnego rozpoznania. Konieczna jest znajomość:

- + Punktu wyjścia nowotworu
- + Wielkość guza pierwotnego
- + Typ histologiczny nowotworu (złośliwy lub łagodny)
- + Obecność przerzutów do okolicznych węzłów chłonnych
- + Obecność i umiejscowienie odległych przerzutów

W diagnostyce raka piersi zastosowanie mają:

- Mammografia
- Badanie kliniczne
- Samobadanie
- Ultrasonografia.

Najpowszechniejszym instrumentem diagnostyki raka piersi jest jednak mammografia i kompleksowe badanie USG. Za pomocą USG nie można jednak jednoznacznie stwierdzić wystąpienia nowotworu potrzebne są, więc dodatkowe badania. Podobne zastosowanie ma badanie rezonansem magnetycznym, służy ono jednak do diagnostyki kobiet, u których stwierdzono nowotwór i zastosowano leczenie. Jest to więc, badanie mające na celu sprawdzenie przebiegu leczenia.

Bardzo skutecznym jest również zastosowanie PET w diagnostyce tej choroby.

Wszystkie wyżej wymienione badania powinny być poprzedzone wcześniejszym wywiadem z pacjentką i dokładnym badaniem przedmiotowym (w tym również palpacyjnym). Powinien on uwzględnić informacje na temat wcześniejszych chorób piersi, datę pierwszej i ostatniej miesiączki, przebyte ciąży i porody, stosowanie środków hormonalnych, jak i występowanie złośliwych nowotworów w rodzinie.

Badanie przedmiotowe jest pomocne w określeniu wymiarów, umiejscowienia, stosunku do skóry i klatki piersiowej guza. Także stan węzłów chłonnych.

Kiedy guza nie można wyczuć w badaniu przedmiotowym, mammografia jest bardzo pomocna, gdyż stanowi jedyną podstawę podejrzenia nowotworu. Pod jej kontrolą można również przeprowadzić biopsję wykrytej zmiany, co jest konieczne do dalszej diagnostyki.

Do innych koniecznych badań dodatkowych należą:

- ✓ RTG klatki piersiowej
- ✓ EKG
- ✓ Morfologia z rozmazem
- ✓ Badania krwi (biochemia i układ krzepnięcia)
- ✓ Badanie moczu
- ✓ Markery surowicze nie są zalecane w ocenie stopnia zaawansowania.
- ✓ Biopsja zmiany

Istnieje kilka metod pobierania materiału do badania:

a) Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa (BAC)

Służy zazwyczaj do diagnostyki wczesnych zmian, dlatego pomocna jest mammografia w celu precyzyjnego zlokalizowania zmiany. Pobranie materiału z miejsca podejrzanego odbywa się za pomocą strzykawki z cienką igłą lub specjalnego urządzenia. Takie badanie musi być jednak wykonane w ośrodku dysponującym odpowiednim sprzętem.

b) Biopsja gruboigłowa

Pobiera się w niej zmienione chorobowo tkanki (wałeczki) Za pomocą specjalnie skonstruowanej igły. Pobrany materiał jest w całości umieszczany w utrwalaczu i przesyłany do pracowni patologicznych.

c) Biopsja otwarta

Wykonuje się ją wówczas, kiedy nie można, pobrać próbki za pomocą biopsji grubo lub cienkoigłowej. Pozwala ona ostatecznie zweryfikować stan histopatologiczny zmiany.

d) Biopsja śródoperacyjna

Wykonuje się ją w wypadku wykrycia podejrzanych zmian, których charakteru nie udało się ustalić jednoznacznie. Wycięty w całości podejrzany obszar tkanek wysyła się do badania histopatologicznego. Jeżeli w badaniu śródoperacyjnym nie znajdzie się ognisk nowotworu to ranę zaszywa się. Jeżeli natomiast patolog stwierdzi obecność raka to zabieg przekształca się od razu w operację radykalną. Do operacji z biopsją śródoperacyjną można przystąpić po uzyskaniu zgody pacjentki na to, że o rozległości operacji zadecyduje w jej trakcie, chirurg w oparciu o rozpoznanie patologa.

e) Biopsja mammotoniczna

Mammotomiczna Biopsja Piersi jest jedną z najnowocześniejszych metod pobierania wycinków z piersi. System składa się z urządzenia wytwarzającego próżnię oraz igły zawierającej tnący mechanizm rotacyjny. W odróżnieniu od biopsji cienko- i gruboigłowej w biopsji mammotomicznej wystarcza pojedyncze wkłucie, ponieważ dzięki rotacji igły wokół własnej osi można pobrać odpowiednią ilość tkanki w postaci wielu wycinków z dowolnego miejsca wokół igły biopsyjnej. Biopsję mammotomiczną można wykonać, wykorzystując pod kontrolą jednego z systemów obrazowania - mammografii cyfrowej stereotaktycznej lub USG.

*LECZENIE RAKA PIERSI:*

Najczęściej wykonywanym zabiegiem jest *zmodyfikowana amputacja piersi* - wycięcie gruczołu piersiowego wraz z węzłami chłonnoymi pachy, bez usuwania mięśni piersiowych.

Część chorych kwalifikuje się do *leczenia oszczędzającego* polegającego na wycięciu guza nowotworowego w granicach tkanek zdrowych oraz regionalnych węzłów chłonnych pachy.

W przypadku guzów wcześniej wykrytych za pomocą badań przesiewowych, nie wyczuwalnych badaniem ręcznym (badanie palpacyjne) konieczne jest ich umiejscowienie przed zabiegiem operacyjnym za pomocą mammografii lub badania ultrasonograficznego (USG). Po uwidocznieniu guza, pod kontrolą mammografii lub USG, w znieczuleniu miejscowym, wkłuwana się w to miejsce igłę, przez którą wprowadza się metalowy drut zakończony "kotwiczką". Po wprowadzeniu "kotwiczki" umiejscowienie w guzie potwierdza się wykonując ponownie badanie obrazowe (mammografia lub USG). "Kotwiczka" zostaje na miejscu do czasu zabiegu operacyjnego. Po nacięciu skóry wycina się fragment gruczołu piersiowego prowadząc cięcie w odpowiedniej odległości od "kotwiczki".

Łożę (tj. otwór w gruczole piersiowym) po wyciętym guzie należy sprawdzić czy nie ma krwawienia i zaszyć z pozostawieniem drenu. W przypadku łoży dużych rozmiarów, w dużej piersi, można wykonać dodatkowo plastykę tkanek, polegającą na przesunięciu części gruczołu piersiowego przylegającego do łoży, tak by zmniejszyć powierzchnię krwawienia.

#### *Rekonstrukcja piersi po wykonaniu całkowitej amputacji piersi*

Bezpośrednio po amputacji piersi z wycięciem skóry i tkanki podskórnej można odtworzyć pierś wykonując jej rekonstrukcję z użyciem tkanek własnych, takich jak mięsień prosty brzucha wraz z tkanką podskórną i skórą lub mięsień najszerszy grzbietu wraz z tkanką podskórną i skórą.

#### *Amputacja prosta piersi*

Jest to taka sama amputacja, jak całkowita amputacja piersi, ale bez wycięcia węzłów chłonnych pachy. Dotyczy tylko usunięcia samego gruczołu piersiowego.

#### *Leczenie uzupełniające po zabiegu radykalnym*

Radioterapia uzupełniająca

## Chemioterapia

### *PIELĘGNACJA PACJENTÓW PO MASTEKTOMII :*

W okresie pooperacyjnym do zadań pielęgniarki należy obserwacja i monitorowanie stanu pacjentki, jej podstawowych czynności życiowych, opatrunku i rany, drożności drenów, barwy gęstości i ilości wydzieliny.

Podstawowym elementem pielęgnacji pooperacyjnej jest stosowanie prawidłowego ułożenia chorej. Po powrocie pacjentki z sali operacyjnej układa się ją na łóżku w pozycji półleżącej z uniesionym ramieniem po stronie operowanej za pomocą odpowiedniej poduszki lub klina. Ponadto pielęgniarka wykonuje typowe czynności pielęgnacyjne, do których zalicza się wykonywanie toalety ciała, zmiana bielizny pościelowej, pomoc w spożywaniu pokarmów, wydalaniu, podawaniu leków, a także obserwacja pod kątem występowania bólu i na zlecenie lekarza podawanie środków przeciwbólowych. Zachęca chorą do głębokich oddechów i kaszlu. Wykonywanie tych ćwiczeń jest bardzo ważne, ponieważ opatrunki uciskające klatkę piersiową mogą utrudniać prawidłowe, efektywne oddychanie. Obecność pielęgniarki podczas wykonywania przez pacjentkę ćwiczeń oddechowych jest obowiązkowa.

Wnikliwa edukacja jest podstawą przygotowania pacjentki do samodzielnego i aktywnego życia. Najważniejszymi obszarami działań edukacyjnych powinna być znajomość zasad w zakresie:

- Obserwacji i pielęgnacji rany pooperacyjnej, wyprowadzonych z niej drenaży czynnych i biernych, a także na ocenie ich funkcjonowania oraz monitorowania treści wydobywającej się z rany.
- Właściwego przyjmowania i dawkowania zleconych przez lekarza leków
- Racjonalnego odżywiania
- Zapobiegania obrzękowi limfatycznemu
- Stosowania zaleconych zabiegów fizjoterapeutycznych
- Samokontroli organizmu (umiejętność dostrzegania niepokojących objawów, np. pojawienia się obrzęku limfatycznego, zaczerwienienia, wysięku). Wiele kobiet niechętnie ogląda swoją ranę. W tej sytuacji trzeba sprawić, aby podopieczna oswoiła się z wyglądem rany pooperacyjnej jeszcze przed wyjściem ze szpitala
- Zdrowego i higienicznego trybu życia
- Refundacji protezy piersi



- Samobadania pozostałej piersi,

A także grup wsparcia, ponieważ badania potwierdzają, że okaleczenie fizyczne po mastektomii obniża poczucie atrakcyjności fizycznej. Mastektomia jest również powodem trudności we współżyciu seksualnym. Przebyty zabieg powoduje pogorszenie stanu emocjonalnego i ograniczenie aktywności fizycznej.

### *Badania kontrolne*

Badania kontrolne po leczeniu radykalnym:

- co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata
- co 6 miesięcy w czasie 2 – 5 lat po zabiegu
- raz na rok po 5-latach od zabiegu

Badania dodatkowe:

- u kobiet po amputacji radykalnej – mammografia raz na rok
- u kobiet po BCT – mammografia po 6 miesiącach i następnie raz na rok.
- RTG płuc – raz na rok
- badanie ginekologiczne + cytologia – raz na rok