

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav ošetřovatelství*



**Jana Vraštiaková**

**Ošetřovatelská péče o pacientku po ablaci  
mammy**

*Nursing care about a patient after ablativ of  
mamma*

*Bakalářská práce*

Praha, květen 2015

Autorka práce: **Jana Vraštiaková**

Studijní program: **Ošetřovatelství**

Bakalářský studijní obor: **Všeobecná sestra**

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Holubová**

Pracoviště vedoucího práce:

**Ústav ošetřovatelství 3. LF UK v Praze**

Odborný konzultant: **MUDr. Tomáš Vedral**

Pracoviště odborného konzultanta:

**Chirurgická klinika, FN Královské Vinohrady**

Předpokládaný termín obhajoby: **23. 6. 2015**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3. LF UK jsou totožné.

**V Praze, dne 22. 5. 2015**

**Jana Vraštiaková**

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Janě Holubové za cenné rady a vstřícnost při vedení mé bakalářské práce. Poděkování také patří MUDr. Tomáši Vedralovi za věcné a odborné připomínky při zpracování.

# Obsah

Obsah.....	5
1. Teoretická východiska .....	7
1.1 Epidemiologie onemocnění.....	7
1.2 Popis onemocnění .....	7
1.2.1 Patofyziologie .....	8
1.2.1.1 Anatomie mléčné žlázy.....	8
1.2.1.2 Etiologie a faktory vzniku.....	9
1.2.1.3 Maligní nádory prsu .....	11
1.2.2 Symptomatologie .....	13
1.2.3 Vyšetřovací metody.....	14
1.2.4 Terapie .....	20
1.2.4.1 Chirurgická léčba.....	20
1.2.4.2 Chemoterapie.....	22
1.2.4.3 Hormonální terapie .....	23
1.2.4.3 Biologická léčba .....	23
1.2.4.4 Radioterapie.....	23
1.2.5 Komplikace .....	24
1.2.6 Prognóza .....	27
1.2.7 Prevence .....	28
2. Kazuistika .....	29
2.1 Anamnéza .....	29
2.1.1 Lékařská anamnéza .....	29
2.1.2. Ošetřovatelská anamnéza dle modelu Gordonové .....	31
2.2 Průběh hospitalizace.....	34
2.3 Ošetřovatelské problémy .....	43
2.3.1 Edukace pacientek .....	43
2.3.2 Psychologicko-sociální problematika onkologicky nemocných.....	48

2.4 Dlouhodobá péče.....	52
2.5 Dlouhodobý plán.....	53
3. Diskuze.....	54
4. Závěr .....	56
Seznam použitých znaků a zkratk.....	57
Seznam použité literatury a dalších zdrojů.....	59
Seznam příloh .....	61
Příloha č. 1 – Incidence ve světě.....	62
Příloha č. 2 – Sledování pacientky .....	63
Příloha č. 3 – Ošetřovatelská anamnéza .....	64

# 1. Teoretická východiska

## 1.1 Epidemiologie onemocnění

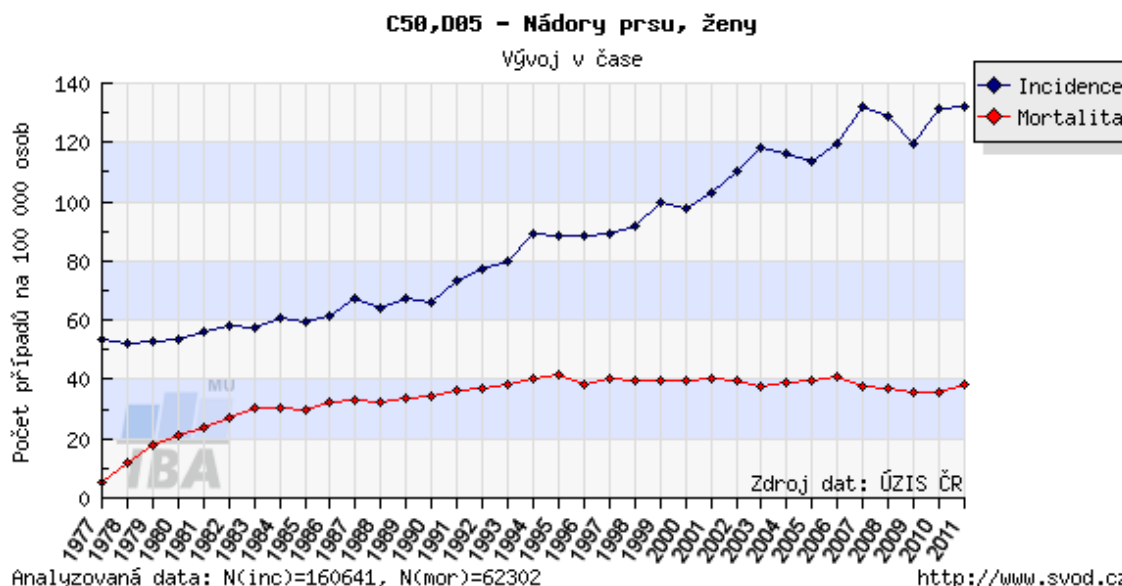
Karcinomy prsu patří k jednomu z nejčastějších onkologických nádorů v České republice i ve světě a jejich incidence stále stoupá, pro rok 2012 se světová incidence odhaduje na 1 676 633 případů. Z grafu a modelového obrázku je patrné, že incidence stoupá ve vyspělých zemích s ekonomickou stabilitou a vysokými příjmy. Nejčastěji hlášená onemocnění pochází ze Severní Ameriky, Evropy a Austrálie. Jednou z výjimek je Japonsko, kde byl karcinom prsu diagnostikován

v 15-30 případech na 100 000 obyvatel. K lepšímu porovnání slouží například incidence z České republiky, kde se diagnostikovalo 110-120 případů na 100 000 obyvatel neustále si tak drží přední místo ve výskytu karcinomu prsu (údaje jsou průměry z let 2000 - 2010).

Vyšší výskyt karcinomu prsu v bohatších zemích je přisuzován západnímu stylu života a s ním spojeným vystavováním se rizikovým faktorům jako je snížená porodnost, kratší doba kojení, nevyvážené a nepravidelné stravování a podobně. Ovšem i v zemích, kde je incidence onemocnění nízká, jako je např. Japonsko, Indie a Čína se od roku 1970 zaznamená nárůst výskytu nemoci. (6,21)

Incidenci ve světě ilustruje příloha č. 1.

Vzhledem k zavedení plošného mamografického screeningu u rizikových skupin obyvatel České republiky a neustálého vývoje léčby mortality nepřevyšuje incidence karcinomu prsu. Vývoj incidence a mortality nejlépe ilustruje tento graf:



Obrázek 1 - vývoj incidence a mortality v ČR (13)

## **1.2 Popis onemocnění**

Karcinom prsu je obecné označení pro různé histologické formy maligních nádorů vznikajících v buňkách mléčné žlázy. Jednotlivé typy se liší klinickým nálezem, vlastnostmi, aktivitou i prognózou.

Společné pro všechny typy karcinomu prsu je infiltrace maligních buněk do prsní žlázy, schopnost invaze do okolních tkání a tvoří vzdálených metastáz.

Růst nádoru je ovlivněn hormonální aktivitou těla, a proto se v léčbě nezřídka využívá hormonální terapie. Dále se v léčbě využívá chemoterapie a radioterapie. (6,7)

### **1.2.1 Patofyziologie**

#### **1.2.1.1 Anatomie mléčné žlázy**

Prs (mamma) je párový orgán, který je od nepaměti znakem ženství a mateřství. Prsy během života ženy prochází mnoha změnami, které jsou ovlivněny hormonální aktivitou. Jedná se zejména o období puberty, těhotenství, šestinedělí kojení a v době menopauzy.

Prs po ukončení vývoje zasahuje od 3. do 6. žebra. Samozřejmě záleží na tvaru a velikosti prsou. Orientační hranice mléčné žlázy jsou kraniálně v úrovni druhého žebra, kaudální okraj končí zhruba u šestého až sedmého žebra a laterálně střední až zadní axilární čára.

Na vrcholu prsu se nachází 3-5cm velký dvorec - areola mammae, který se zvětšuje v těhotenství. V jeho středu je papilla mammae (bradavka) kde ústí mlékovody – ductus lactiferi. V areole je hladká svalovina, která při podráždění reaguje a způsobí rigiditu bradavky.

Samotná mléčná žláza (glandula mammaria) je největší kožní žlázou v lidském těle. Ze dvou třetin je připevněná k velkému prsnímu svalu, dolní třetinou se upíná k břišním svalům. Mléčná žláza se skládá z 15-20 laloků a z každého vystupuje mlékovod (ductus latiferus). Žláza se plně vyvíjí až v těhotenství na podkladě hormonu prolaktinu. (2,11)



### **1.2.1.2 Etiologie a faktory vzniku**

Etiologie karcinomu prsu není zcela jasná, ovšem bylo již pojmenováno několik rizikových faktorů, které ovlivňují vznik karcinomu prsu. Lze je rozdělit na genetické, hormonální, dietní a další faktory zevního prostředí.

#### **Genetické faktory a rodinná predispozice**

Přibližně 5 % - 10 % karcinomů prsu je podmíněno geneticky. Nejčastěji pozorované mutace jsou BRCA1 vyskytující se na 17. chromozomu a mutace BRCA2, která se vyskytuje na 13. chromozomu. Mutace těchto genů přenášejí obě pohlaví a představují pro nosičku až 85% celoživotní riziko vzniku karcinomu prsu. Nádory podmíněné těmito mutacemi mívají specifické klinicko-patologické znaky, například: výskyt v mladém věku (od 25 let), bilaterální i multicentrický výskyt, medulární typ, takzvané triple negativní nádory a horší viditelnost při mamografiích.

Mutace genů BRCA zvyšuje riziko vzniku i jiných nádorů a to zejména karcinom vaječníků, maligního melanomu a zažívacího traktu.

Muži s mutací BRCA1 mají celoživotní riziko vzniku karcinomu prsu asi 3 %, což je 50x vyšší riziko, než v běžné mužské populaci. Mužští nosiči mutace BRCA2 genu mají riziko vzniku 6 %, čili 100x větší. U mužů s těmito mutacemi se také udává vyšší riziko karcinomu prostaty.

Vysoké riziko představuje také výskyt karcinomu prsu v osobní anamnéze nebo v rodinné anamnéze s výskytem tohoto nádoru v přímé horizontální nebo vertikální linii (matka, sestra, dcera) a to i bez prokázané mutace výše zmíněných genů.

#### **Hormonální faktory**

Vznik karcinomu prsu může být ovlivněn dlouhodobou expozicí estrogenům. Riziková je tedy časná menarche, pozdní menopauza, nuliparita, první gravidita po 30. roce života a krátká laktace.

Současná orální kontraceptiva se dnes za rizikové faktory nepovažují.

Dlouhodobá substituční léčba estrogeny a gestageny u žen po menopauze je dnes velmi běžná a jejím cílem je prevence osteoporózy, kardiovaskulárních chorob a zmírnění klimakterických obtíží. Na druhou stranu tato substituce zvyšuje riziko karcinomu prsu až o 50 % po 10 letém užívání. Indikace substituční léčby by se měla velmi pečlivě zvažovat zejména u žen s pozitivní rodinou či osobní anamnézou.

Při výskytu premaligních změn nebo při diagnostikovaném karcinomu se doporučuje substituční léčbu nebo hormonální antikoncepci ihned vysadit.

### **Životní styl**

Stravování s dlouhodobě vysokým obsahem tuku, nedostatek pohybu, obezita a kouření jsou další rizikové faktory vzniku nejenom karcinomu prsu. U žen po menopauze je nadměrná zásoba tuku spojena s vyšší plasmatickou koncentrací estrogenů, které mimo jiné vznikají konverzí androgenních prekurzorů.

### **Vlivy zevního prostředí**

Dalším rizikovým faktorem je také ionizující záření, především před 40. rokem života, například ozařování pro Hodgkinovu chorobu. Mezi odborníky se také diskutuje o riziku z působení elektromagnetického pole a pesticidů.

### **Benigní změny prsu**

Mezi benigní změny prsu, které zvyšují riziko vzniku karcinomu, patří: duktální a atypická duktální hyperplazie a atypická lobulární hyperplazie. Cystická onemocnění prsu jsou riziková především v nepřehlednosti terénu, kde by mohly nové abnormality uniknout pozornosti lékaře. (5,6,7)

### **1.2.1.3 Maligní nádory prsu**

#### **Karcinomy in situ - preinvazivní karcinomy**

##### Duktální karcinom in situ

Pojem duktální karcinom in situ (DCIS) zahrnuje heterogenní skupinu maligních nádorů vycházejících z epitelů vývodů mléčné žlázy a neprokazují manifestaci do okolní tkáně.

Komendo typ se charakterizuje nekrózami v postižených duktech, které jsou viditelné i makroskopicky. Často přechází v invazivní karcinom. Kribriformní typ je charakteristický anastomozujícími pruhy a vytvářením "okének" a mikropapilární typ poznáme podle papilárních buněčných shluků, zatímco Papilární typ vytváří fibrovaskulární stroma. Dále rozeznáváme solidní typ, jehož buňky vyplňují lumen ductů a samostatnou část tvoří také mikroinvazivní karcinom, který byl definován společností American Joint Committee on Cancer (AJCC) jako šíření maligních buněk do okolních tkání ložisky o maximální velikosti 0,1 cm v největším rozměru. V praxi se setkáváme s mnoha druhy smíšených typů DCIS.

##### Lobulární karcinom in situ

Lobulární karcinom in situ (LCIS) je často asymptomatický, nemá žádný charakteristický obraz a je často diagnostikován náhodně při histologickém vyšetření části prsu pro mikrokalifikace.

Oproti DCIS má LCIS jednotný histopatologický obraz s minimem variabilit, bývá multicentrický a v 20 % - 30 % se objevuje bilaterálně. Považuje se spíše za marker zvýšeného rizika vzniku invazivního karcinomu, které se udává až o 30% vyšší než u zdravé tkáně. (5)

##### Pagetova choroba (Morbus Paget)

Pagetova choroba je charakterizována přítomností maligních tzv. Pagetových buněk v epidermis bradavky či areoly. Projevuje se pozvolna jako svědění či poruchy senzitivity bradavky a později se objeví makroskopické změny na kůži bradavky v podobě ekzému, který se postupně šíří. Téměř vždy je Pagetova choroba společně s DCIS a často se v prsu vyskytuje i invazivní karcinom. (7)

## **Invazivní karcinomy prsu**

### **Invazivní duktální karcinom**

Jedná se o základní, nejčastěji se vyskytující karcinom prsu, epidemiologie udává okolo 75 % z celkového počtu nemocných. Typický makroskopický obraz je tuhý, jako kámen tvrdý útvar. Stejně jako DCIS má několik typů (např. tubulární, medulární a mucinózní) a podle něj se odvíjí i prognóza. Obecně se dá říci, že horší prognózu mají nádory s hvězdicovitou strukturou a s nekrózou v centru. Invazivní duktální karcinom vytváří kromě lymfatických metastáz také metastázy hematogenní cestou v játrech, plicích a kostech. (5)

### **Invazivní lobulární karcinom**

Je druhým nejčastějším typem karcinomu prsu a vyskytuje se v 5 % - 10 %. Typický je pro něj infiltrativní růst v řádcích a tvorbou terčovitých struktur. Má výrazné tendence k multicentricitě v rámci jednoho prsu i bilaterálnímu výskytu.

Metastazuje do kostí, kůže a viscerálních orgánů.(7)

## **Vzácné malignity prsu**

Kromě karcinomu se setkáváme i s jinými zhoubnými nádory prsu, jejichž četnost v naší populaci nepřesahuje 5 %.

### **Maligní fylooidní nádor**

Vyznačuje se rychlým agresivním lokálním růstem s potenciálem tvořit vzdálené metastázy nejčastěji do plic. Běžně se setkáváme s lokálními recidivami. Vrchol výskytu je okolo 40-50 let věku ženy.

### **Angiosarkom**

Vzácný, ale velmi zhoubný nádor vyskytující se téměř výhradně v již dříve ozářeném prsu nebo v terénu dlouhodobého lymfedému.

### Metastázy z jiného orgánu

Do prsu nejčastěji metastazuje druhostranný mamární karcinom, maligní melanom, malobuněčný plicní karcinom, renální karcinom a lymfom. Prognóza léčba závisí na primárním nádoru.

### Lymfom

Velmi vzácně se v prsu může vytvořit i non-hodgkinský lymfom. (7)

## **1.2.2 Symptomatologie**

Především v počátečních stádiích nemoci, bývá karcinom prsu asymptomatický. Základní symptomy onemocnění si žena většinou zjistí sama při samovyšetření prsu, které by mělo být nedílnou součástí hygienických návyků.

Nejčastějším příznakem, který tak může žena zjistit, je **tuhá** nebolestivá nepohyblivá rezistence - **bulka** v prsu nebo axile. Bolest většinou zaznamenáme u benigních změn prsu, jako je například zánět. Mezi další varovné příznaky patří změna velikosti a tvaru prsu, retrakce bradavky či kůže v klidu nebo při pohybu, změny vzhledu kůže: erytém, vzhled pomerančové kůry, výtok z bradavky - zejména s příměsí krve a oploštění nebo vpáčení bradavky.

Ubývání na váze, únava, bolesti kostí a horečka patří mezi celkové příznaky, které se objevují zejména u nádorů v pokročilém stádiu tvořící metastázy.

Pokud si žena během samovyšetření prsu zjistí jeden nebo více z výše uvedených příznaků, měla by navštívit svého obvodního lékaře, gynekologa případně mamologa, který by měl odebrat anamnézu a pacientku poslat na vyšetření a definitivně tak stanovit diagnózu. (5,6)

### **1.2.3 Vyšetřovací metody**

#### **Neinvazivní vyšetření prsu**

##### **Fyzikální vyšetření**

Základní vyšetření se opírá o vyšetření pohledem a pohmatem. Pacientky vyšetřujeme nejdříve ve stoje a poté i v leže. Ve své podstatě provádíme stejné úkony, jako žena při samovyšetření.

Pohledem vyšetříme symetrii prsů, barvu a vzhled kůže, vzhled bradavek a prsních dvorců.

Pohmatem vyšetřujeme všechny kvadranty prsů včetně axily a klíčku. Při vyšetření sledujeme konzistenci prsní tkáně, hledáme případné rezistence, u kterých zjišťujeme velikost, ohraničení a pohyblivost v tkáni vůči kůži a hrudníku.

Pacientku po základním vyšetření zpravidla dále posíláme na preventivní vyšetření zobrazovacími metodami, které odhalí i nehmátné rezistence.

##### **Mamografie**

Mamografické vyšetření (MG) je základní rentgenové vyšetření, které se běžně užívá v mamární diagnostice. Její výhodou je především finanční dostupnost a všeobecná rozšířenost po českých mamografických centrech a tudíž vhodně využívanou pro plošné screeningové programy. MG obraz je uchovatelný a reprodukovatelný, takže je možné srovnání staršího a nového nálezu nebo konzultace s ostatními radiodiagnostiky.

Největší výtěžnost má mamografie u žen středního a vyššího věku, kdy je prsní žláza již v involuci, tolik nepodléhá hormonálním změnám a obraz žlázy je tudíž přehlednější a dobře hodnotitelný. Ve věku na 60 let je výtěžnost mamografie asi 95 %, ale u žen pod 40. rokem věku může být detekováno méně než 50 % karcinomů prsu.

V dnešní době se postupně stává standardem digitální mamografie, která využívá digitálního snímání obrazu. Celoplošné digitální systémy vykazují menší radiační zátěž a zároveň vyšší kvalitu zobrazené žlázy i u žen mladšího věku bez ohledu na denzitu žlázy.

Standardní vyšetření tvoří šikmá a kraniokaudální projekce a v případě potřeby doplňujeme další projekce (např. laterální a rolovanou). Samotná malignita se prezentuje různými obrazy, ale obecně lze říct, že maligní ložiska mají vyšší

denzitu, jsou nehomogenní a mají neostrou cípatou strukturu s deformovaným okolím žlázy.

### Ultrasonografie

Ultrasonografické vyšetření je běžně používané vyšetření v diagnostice onemocnění prsu, které se velmi vhodně doplňuje s vyšetřením mamografu. Velkou výhodou tohoto vyšetření je jeho časová nenáročnost a neinvazivnost.

Ultrasonografií jako vyšetření první volby používáme především u mladších žen předčasně zařazených do screeningového programu oproti běžné populaci, jejichž prsní žláza je pro MG nepřehledná a nechceme ji ohrozit vysokou radiační zátěží.

Tuto metodu využíváme také pro hodnocení pooperačních změn a v terénu po ozáření a pro vyhledávání místních recidiv onemocnění.

Ultrasonografie má významné postavení v diferenciální diagnostice, protože jednoznačně rozlišuje cystoidní léze (tekutinu vidíme jako anechogenní ložisko, protože ultrazvuk tekutinou volně prochází) a karcinom prsu, jehož typický nález je převážně hypoechogenní a nepravidelně konturované ložisko.

Nedílnou součástí ultrasonografického vyšetření prsu je také vyšetření uzlin v axile. Fyziologická uzlina je oválná s hyperechogenním středem a jemným pravidelným hypoechogenním lemem. (8)

## **Magnetická rezonance**

Magnetická rezonance prsu je metoda s nejvyšší senzitivitou, udává se až 100 %, ale zároveň nižší specificitou. Ovšem není možné, abychom všechny pacientky vyšetřovali pomocí magnetické rezonance, protože MR vyšetření je velmi drahé, samotné vyšetření trvá dlouho a může být pro pacientky stresující. Z tohoto důvodu bylo stanoveno jen několik indikací k provedení magnetické rezonance:

### **Upřesnění rozsahu karcinomu**

Ve většině případů nám k přesnému určení rozsahu a velikosti karcinomu prsu vystačí mamograf a ultrasonograf. Pokud však nález není jednoznačný, například u prsu s vysokou denzitou tkáně, u lobulárních karcinomů nebo u četnějších mikrokalcifikací.

### **Hodnocení efektu neoadjuvantní chemoterapie**

V terénu denzní žlázy je velmi obtížné přesné zhodnocení efektu léčby pomocí mamografu. Také při některých druzích léčby, jako je například imunoterapie, nemusí být hlavním ukazatelem správné léčby zmenšení velikosti, ale změny ve vaskularizaci nádoru - a k tomu je ideální právě magnetická rezonance prsu.

### **Pátrání po primárním ložisku**

Při diagnostice onemocnění v axilárních uzlinách je nutné myslet na možnost primárního nádoru v prsu. První indikací je ultrasonografie a mamograf, ale pokud jsou tato vyšetření negativní, přistupuje se také k magnetické rezonanci.

### **Dispensarizace žen s vysokým rizikem**

V květnu roku 2007 vydala American Cancer Society oficiální doporučení pro zařazení každoroční magnetické rezonance do programu pravidelného sledování vysoce rizikových žen. Jde především o nosičky mutace BRCA genů a ženy po radioterapii mediastina pro Hodgkinovu chorobu v mladém věku. Toto doporučení vydala ACS na základě výzkumů, které prokázaly, že karcinomy nosiček mutace BRCA genu mají nižší senzitivitu na mamografu jen 25 % a ultrasonografie asi 40 %. Důvod této nižší senzitivity zatím není jasný, ovšem k velké finanční náročnosti a dalším negativním faktorům tohoto vyšetření, není MR ve světě plošně poskytována.

(7)



## Intervenční výkony

Invazivní vyšetření prsu jsou nedílnou součástí úplné a kvalitní diagnostiky v oblasti prsní tkáně.

### Duktografie

Duktografie je rentgenové vyšetření po aplikaci kontrastní látky do rozšířeného mlékovodu. Indikací k tomuto vyšetření je zejména spontánní krvavá sekrece z bradavky. Patologie v mlékovodu se projevuje jako rozšíření, defekt nebo stop v kontrastní náplni.

V některých případech nelze vyšetření provést z důvodu nemožnosti nasondovat mlékovod a vzácně také pro bolestivou reakci pacientky.

### Aspirace tenkou jehlou

Aspiraci tenkou jehlou lze použít terapeuticky pro odsátí cyst a abscesů. Diagnosticky používáme pro podtlakovou aspiraci malého množství buněk do klasické injekční stříkačky a následným nátěrem na sklo.

Získaný materiál se hodnotí cytologicky a umožní pouze diagnózu malignity, ale nelze stanovit další vlastnosti nádoru. Vyšetření je také ohroženo nízkou výtěžností z důvodu malého množství vzorku nebo kontaminace krví. Jeho další nevýhodou je vysoká falešná pozitivita a proto se aspirace tenkou jehlou již téměř neprovádí.

### Core cut biopsie

U tkáňové punkční biopsie se získá válec tkáně ke komplexnímu histopatologickému vyšetření. Jde o snadno proveditelný ambulantní zákrok s významnou výtěžností.

### Mamotomie

Vakuová biopsie (takzvaná mamotomie) je jedna z novějších vyšetřovacích metod využívající podtlaku za kontroly mamografu nebo ultrasonografu. Výhodou je možnost odběru velkého množství vzorků a možnost nasátí i vzdálené tkáně. Naopak nevýhodou je vyšší bolestivost pro pacientky, vysoké riziko hematomu a vysoká cena odběrové jehly.

### Otevřená chirurgická biopsie

Vzhledem k neustálé modernizaci jiných diagnostických metod klesají počty těchto výkonů. Otevřená biopsie se používá při podezření na Pagetovu chorobu,

primární inflamatorní karcinom prsu a také tehdy, pokud selhaly ostatní diagnostické metody nebo se jejich výsledky rozcházejí. (6,7)

### **Laboratorní vyšetření**

Základní laboratorní vyšetření **nemůže** diagnostikovat karcinom prsu, ale může nás informovat celkovému stavu nemocné. Provádíme vyšetření krevního obrazu a diferenciálu leukocytů. Ze séra zjišťujeme hodnoty natria, kalia, chloridů, urey, kreatininu, bilirubinu, dále jaterní testy ALT, AST, ALP, GMT, LD a případně dalších. Nezbytné je také chemické vyšetření moče a močového sedimentu.

V současnosti se také detekuje přítomnost nádorových markerů souvisejících s karcinomem prsní žlázy. Jedná se zejména o CEA a CA 15-3. Ovšem je důležité si uvědomit, že tyto markery mohou být zvýšené i v případě nezhoubného onemocnění prsu a naopak u některých pacientek s rozsáhlým nálezem nebyly tyto markery zvýšené. (5,6,7,8)

### **Stanovení klinického stádia nemoci**

Metoda a intenzita léčby maligního onemocnění prsu závisí na rozsahu onemocnění, které se stanovuje před samotným zahájením léčby. Ke stanovení klinického stádia nemoci, stagingu, se používá klasifikace TNM. Pooperačně se také stanovuje tzv. pooperační klasifikace neboli pTNM.

Kategorie T vychází z palpačního nálezu a použitých zobrazovacích a invazivních metod a určuje druh a velikost samotného nádoru.

Kategorie N označuje postižení regionálních uzlin.

Stanovení kategorie M označuje přítomnost vzdálené metastázy. (6)

Tabulka 1. Klasifikace TNM (6)

<b>T</b>	<b>Primární nádor</b>
TX	primární nádor nelze klasifikovat
T0	nejsou projevy primárního tumoru
pTis	karcinom in situ: intraduktální nebo lobulární karcinom nebo Pagetova nemoc bradavky bez prokazatelného tumoru
pT1mic	mikroinvazivní tumor (v největším rozměru 0,1 cm mikroinvazivní tumor (v největším rozměru 0,1 cm nebo méně)
pT1a	maximální rozměr nádoru 0,1 – 0,5 cm
pT1b	maximální rozměr nádoru 0,5 – 1 cm
pT1c	maximální rozměr nádoru 1 – 2 cm
pT2	maximální rozměr nádoru 2 – 5 cm
pT3	maximální rozměr nádoru více než 5 cm
pT4a	nádor jakékoliv velikosti s přímým šířením do hrudní stěny
pT4b	nádor jakékoliv velikosti s přímým šířením do kůže
pT4c	nádor jakékoliv velikosti s přímým šířením do kůže nebo hrudní stěny
pT4d	zánětlivý karcinom NX regionální uzliny nelze posoudit
<b>N</b>	<b>Regionální mízní uzliny</b>
NX	Regionální mízní uzliny nelze hodnotit
N0	v regionálních mízních uzlinách nejsou metastázy
N1	metastázy v pohyblivé stejnostranné axilární mízní uzlině (uzlinách)
N2	metastázy v stejnostranné axilárních fixovaných mízních uzlinách (N2a), nebo ve stejnostranných vnitřních mamárních uzlinách v be metastáz v axilárních uzlinách (N2b)
N3	metastázy ve stejnostranných infraklavikulárních uzlinách (N3a), nebo ve stejnostranných vnitřních mamárních uzlinách v přítomnosti klinicky evidentních metastáz v axilárních uzlinách (N3b), nebo v stejnostranných supraklavikulárních uzlinách (N3c)
<b>M</b>	<b>Přítomnost vzdálených metastáz</b>
MX	vzdálené metastázy nelze klasifikovat
M0	bez vzdálených metastáz
M1	přítomné vzdálené metastázy (metastázy v 1 nebo více nadklíčkových uzlinách)

## 1.2.4 Terapie

Karcinom prsu je považován za systematické onemocnění a jeho léčba je téměř vždy multioborovou a komplexní záležitostí. Pouze pokud je karcinom zachycen ve velmi raném stádiu, může být lokální chirurgická léčba dostačující. Do systémové terapie patří neoadjuvantní a adjuvantní chemoterapie, hormonální léčba a biologická léčba bisfonáty. Rozhodnutí o druhu a intenzitě léčby se odvíjí od TNM klasifikace a dalších prognostických faktorů.

### 1.2.4.1 Chirurgická léčba

#### **Chirurgické výkony u operabilních karcinomů**

##### Radikální mastektomie (podle Halstedta)

popis: odstranění kůže prsu včetně bradavky a dvorce a veškeré prsní tkáň společně s malým a velkým pektorálním svalem. Odstranění axilárních lymfatických uzlin.

Tento výkon se v současnosti neprovádí z důvodu přílišné radikality.

##### Modifikovaná radikální mastektomie (podle Pateyho)

popis: Odstranění kůže prsu včetně bradavky a dvorce a veškeré prsní tkáň + odstranění malého pektorálního svalu a axilárních uzlin.

indikace: Nádory rozsahu T2, u rozsahu T1 v případě kontraindikace konzervativního výkonu.

##### Totální mastektomie

popis: Odstranění kůže, dvorce i bradavky a celé prsní tkáň.

indikace: Difúzní DCIS, LCIS, profylaktická operace u nosiček mutace BRCA

##### Subkutánní mastektomie

popis: odstranění žlaznaté tkáň prsu, zachování kůže a komplexu bradavky a dvorce

indikace: tento typ operace se téměř neprovádí pro riziko ponechání reziduí části mamární tkáň a retroareolárních ductů.

Mastektomie šetřící kůži

popis: odstranění tkáně prsu s komplexem bradavka-dvorec

indikace: operace pro LCIS, DCIS, eventuálně profylaxe pro nositelky mutace BRCA.

Musíme zvážit riziko ponechání části tkáně.

Kvadrektomie, segmentální mastektomie + axilární disekce

popis: odstranění kůže a pod ním ležícího parenchymu s nádorem.

Indikace: nádory 2,5 - 3 cm

Lumpektomie, tumorektomie, široká excize + axilární disekce

popis: Odstranění nádoru a okolního parenchymu

indikace: nádory T1.

Lumpektomie, tumorektomie, široká excize, kvadrektomie bez axilární disekce

popis: stejný jako u dvou předcházejících případů

Indikace: DCIS, LCIS a benigní nádory

Axilární vzorek

popis: odstranění 5 axilárních uzlin

indikace: pouze pro doplnění stagingu

Sentinelová uzlina - biopsie

popis: odstranění sentinelové uzliny z malé axilární incize

indikace: Predikce postižení axilárních uzlin

(8)

### **1.2.4.2 Chemoterapie**

V léčbě karcinomu prsu používáme mnoho cytostatik s různými účinky tak, aby efektivně odpovídaly danému stádii nemoci.

Chemoterapie může probíhat jak za krátké hospitalizace, tak ambulantně, vždy záleží na stavu pacientky a jeho posouzení lékařem.

### **Neoadjuvantní chemoterapie**

Neoadjuvantní léčba je aplikována před operací zpravidla u pokročilejších nádorů a týká se menšího počtu pacientek.

Jedinou jednoznačnou indikací pro neoadjuvantní systémovou terapii je inflamatorní karcinom, u ostatních druhů karcinomu prsu je indikace relativní a názory jednotlivých lékařů na ní se různí. Obvykle bývá pacientka léčena 6-8 cykly chemoterapie obsahující antracykliny a taxany.

Neoadjuvantní léčba si klade za cíl zmenšit nebo dokonce vymizet nádor nebo metastázy a tím zvýšit šanci na prs zachovnou operaci a snížit technickou náročnost disekce axily.

### **Adjuvantní chemoterapie**

Jejím cílem je odstranění mikrometastáz po chirurgické léčbě primárního nádoru. Nejnovější doporučení adjuvantní léčby byla stanovena na konferenci v St. Gallenu v roce 2009. Pacientky byly rozděleny do rizikových skupin podle prognostických faktorů a pro každou skupinu určeno doporučení léčby.

Největší přínos má adjuvantní chemoterapie s pozitivními axilárními uzlinami. Užívá se kombinovaná chemoterapie za použití antracyklinů, taxanů a cyklofosfamidů v délce trvání 4-6 měsíců (to je 4 - 8 cyklů).

### **chemoterapie metastatického onemocnění**

I přes možnosti dnešní terapie je metastatický karcinom prsu nevléčitelné onemocnění. Při léčbě se zaměřujeme na prodloužení přežití pacientek, odstranění doprovodných symptomů a zlepšení kvality života. (8)

### **1.2.4.3 Hormonální terapie**

Pokud u karcinomu prsu zjistíme pozitivní estrogenové či progesteronové receptory, připadá v úvahu i hormonální terapie, tím odstraníme jeho růstový faktor a můžeme tak dosáhnout remise onemocnění.

U žen v premenopauze indikujeme blokaci ovarií pomocí medikamentózní léčby, ozářením ovarií nebo ovariektomie. (6)

### **1.2.4.3 Biologická léčba**

Tento pojem obecně označuje podávání látek biologické povahy. Dnes se podávají monoklonální protilátky proti protoonkogenům HER-1, HER-2, HER-3 a HER4. Trastuzumab je protilátka namířená proti receptoru HER-2 a podává se v krátkodobé infuzi. Nedávno byla schválena taky protilátka lapatinib proti receptorům HER-1 a HER-2, který se užívá perorálně. (7)

### **1.2.4.4 Radioterapie**

#### **Neoadjuvantní radioterapie**

Používá se pro obtížně operovatelné nebo inoperabilní nádory. Jejím cílem je zmenšení nádoru.

#### **Adjuvantní radioterapie**

Ozařování jizvy, zbylé části prsu nebo axily a nadklíčku po odstranění primárního nádoru nebo pozitivních uzlin má za cíl ničit zbylé nádorové buňky.

#### **Paliativní radioterapie**

Indikuje se na oblast metastáz, recidivy nebo v případě inoperabilních nádorů. (5)

## 1.2.5 Komplikace

### Komplikace chirurgických výkonů

Po operacích můžeme očekávat všechny komplikace, stejně jako u ostatních chirurgických výkonů. Jedná se zejména o:

#### Krvácení, hematom v ráně

Krvácení do podkoží rány nebo přímo z rány řadíme do časných komplikací po operaci. Příčinou může být porucha koagulace nebo povolení stehu v ráně. U krvácení vždy sestra i lékař hodnotí druh a množství krvácení.

Malý prosak krytí můžeme zastavit kompresí, velké krvácení bývá indikací k operační revizi. U operací, kde krvácení předpokládáme (jako je v našem případě ablace většího rozsahu případně totální ablace) zakládáme již na sále drén.

Malý hematom necháme vstřebat, ale hematomy velkého rozsahu můžeme punktovat a drénovat.

#### Infekce v ráně

Infekce v ráně se může projevit již první pooperační den, nejčastěji se však objeví 5. pooperační den. Může být způsobena jak endogenně, z vlastní infekce na jiných tkání pacienta tak exogenně, způsobená zavlečením infekce při operaci nebo převazu. Infekce rány se projevívá otokem, bolestivostí a zarudnutím rány a později nastávají i celkové projevy jako je typicky horečka, nechutenství a celková únava. Infekce rány zpravidla řešíme desinfekčními výplachy, založením drénu, používáním protizánětlivých mastí a případně nasazení ATB dle citlivosti.

#### Dehiscence rány

Hojení ran u onkologických pacientů bývá komplikovanější než u jiných diagnóz a jsou ve větší míře ohroženi dehiscencí rány. U operací prsu je pro nás tato komplikace složitá především z estetického hlediska, kde předpokládáme následnou rekonstrukci prsu. (4, 11)



## **Komplikace chirurgické léčby karcinomu prsu**

### **Serom**

Serom je nahromadění tekutiny v operační ráně a je běžnou nezávažnou komplikací v mamární chirurgii. Pacientka zpravidla nemá výrazné subjektivní obtíže, někdy může pociťovat tlak v ráně. V seromu se může vytvořit sekundární infekce s tvorbou abscesů, ale ve většině případů se serom sám resorbuje do několika týdnů, případně můžeme provést punkci a evakuaci seromu.

### **Ischemická nekróza**

Ischemická nekróza vzniká na podkladě přerušení nebo omezení cévního zásobení tkání během operace. Zvýšené riziko této komplikace očekáváme v terénu po radioterapii, u žen kuřaček, diabetiček, obézních a žen ve vyšším věku. Pokud dochází k nekróze tukové tkáně, mluvíme o liponekróze, která klinicky může imitovat karcinom.

### **Aseptická lymfangoitida**

Jedná se o poměrně častou komplikaci axilárních operací, kdy se zatvrdlá lymfatická céva manifestuje jako tuhý pruh probíhající axilou na mediální stranu paže. Lymfangoitida obvykle sama vymizí do několika týdnů. (6,8)

### **Lymfedém**

Lymfatický mizní otok stejnostranné paže po operaci prsu je nejobávanější dlouhodobá komplikace v mamární chirurgii, která velmi snižuje kvalitu života a některé pacientky může i invalidizovat. Po radikální mastektomii se udává četnost lymfedému kolem 25 %, ale může být způsoben i radioterapií na axilu.

Sekundární lymfedém je způsoben nedostatečnou drenáží lymfy z horní končetiny z důvodu poškození původně zdravého mizního systému a je charakterizován nadbytkem proteinu v intersticiu a nadbytkem tekutin ve tkáních. Ohroženy jsou jím zejména pacientky po nepřiměřeně radikálních výkonech na prsu a exenteraci axily. Rozvíjí se postupně a může se objevit za několik týdnů ale někdy i let po operaci. Základním klinickým příznakem je zvětšení objemu horní končetiny či kraniální části trupu na operované straně. Subjektivně pacientky udávají pocit "malé kůže", bolest, únavu a omezení hybnosti.

Stádia lymfedému:

0. stádium: nerušený odtok lymfy zatím nezpůsobuje edém.
1. stádium: edém se objevuje po větší fyzické námaze.
2. stádium: trvalý odtok může být provázen zánětlivými změnami.
3. stádium: výrazný otok deformuje postiženou část těla, může způsobovat kožní komplikace a fibrotizaci kůže. Nejzávažnější je tzv. elefantiáza.

Léčba lymfedému:

Lymfedém je chronické onemocnění, které nelze zcela vyléčit, jeho léčba je trvalá a zaměřuje se na zmírnění příznaků a předcházení komplikacím. Komplexní fyzioterapie se skládá ze tří částí: manuální lymfodrenáže, kompresní terapie a cvičení. Nezbytnou součástí je i pečlivé dodržování režimových opatření jako je pečlivá hygiena, netraumatizování postižené končetiny, nenosit prsteny a náramky a vyvarovat se přílišného horka a chladu.

Prevence lymfedému je blíže popsána v kazuistice.

#### Postmastektomický algický syndrom

U části pacientek (udává se 4 %-10 %) se v prvních dnech ale i několik měsíců po ablaci (totální i parciální) prsu projeví tzv. Postmastektomický algický syndrom. Bolest je většinou pacientek charakterizována jako stahující a palčivá nebo také pocit "mrtvění" případně pocit "cizí tkáň" v okolí jizvy. Relativně často se také setkáváme se syndromem Zmrzlého ramene, kdy pacientky po operaci podvědomě stahují rameno k hrudníku a následně mají blokádu svalů ramene a s tím spojenou omezenou hybnost.

Prevencí postmastektomického algického syndromu je včasná rehabilitace, jemné masáže jizvy a po zahojení operační rány je ideální i plavání. (7)

## 1.2.6 Prognóza

Pro určení prognózy pacientky je nutné posoudit veškeré faktory, které mohou pomoci v odhadu možné odpovědi na léčbu. Na základě těchto faktorů a studiu kontrolovaných výzkumů lze vybrat nejvhodnější léčbu a stanovit pravděpodobné vyhlídky nemocné na dobu a kvalitu přežití nemocné. Udává se více než 776 faktorů dávaných do souvislosti s prognózou karcinomu prsu.

Nejvýznamnějším faktorem je rozsah nádoru a jeho biologický charakter, který dokreslují informace patologa udávající typ nádoru, stupeň malignity, posouzení okrajů preparátu a šíření nádoru metastázami pomocí lymfatické a krevní cesty. Za nepříznivé se považuje krátká anamnéza (svědčí o vysoké schopnosti růstu), velikost nádoru nad 5 cm a fixace k okolní tkáni (poukazuje na agresivitu nádoru).

S rostoucí velikostí primárního nádoru roste i pravděpodobnost vzniku metastáz, přičemž nádor o průměru 1 cm má až v 20 % založené regionální mikrometastázy.

Ze statistik vyplývá, že i při objemném nádoru, který nemá postižené axilární uzliny, dosahujeme u 82 % pacientek pětiletého přežití. U nádorů do 5 cm a přítomnosti až 3 postižených axilárních uzlin pětileté přežití klesá na 73 % postižených. Průměr přežití u pacientek s přítomností vzdálených metastáz se udává kolem dvou let.

Ovšem i pětileté přežití pacientkám nezaručuje úplné vyléčení. U některých se objevují metastázy i po 20 letech od primární léčby.

Horší prognostické vyhlídky zaznamenáváme u žen v premenopauze, obézních žen a polymorbidních pacientek. (5,8)

### 1.2.7 Prevence

V České republice byl v září roku 2002 zahájen plošný mamografický screening. Screeningem se rozumí pravidelné organizované úsilí o včasný záchyt zhoubných nádorů prsu prováděním mamografických a dalších doplňkových vyšetření u žen, které nepocítují žádné známky přítomnosti karcinomu prsu. Oporu v zákoně najdeme ve vyhlášce č. 3/2010 sb. o stanovení obsahu a časového rozmezí preventivních prohlídek a ve Věstníku ministerstva zdravotnictví České republiky 04/2010, který mimo jiné obsahuje doporučený standard pro poskytování screeningu karcinomu prsu a provádění diagnostické mamografie v České republice.

Cílem screeningu je zvýšení četnosti včasných záchytů karcinomu prsu a prekancerózních stavů ve chvíli, kdy pacientka ještě nepocítuje jakékoli obtíže a tím snížit morbiditu tohoto onemocnění v České republice. Včasným záchytem karcinomu prsu si screeningový program klade také za cíl zvýšení počtu prs zachovných operací, méně radikální zákroky na lymfatických uzlinách a redukcí aplikací a intenzity chemoterapie.

Screening karcinomu prsu provádí specializovaná akreditovaná pracoviště, které splňují podmínky ministerstva zdravotnictví. V České republice je síť téměř 80 screeningových center.

Největší skupinou pacientek, kterých se mamografický screening týká, jsou ženy ve věku nad 45 let ve dvouletém intervalu. Další pacientky, které zařazujeme do screeningového programu, jsou ženy s vysokým rizikem vzniku zhoubného nádoru prsu. V těchto případech rozhoduje o zařazení do programu a intervaly mezi vyšetřeními genetik nebo ošetřující lékař. Jedná se zejména o:

- pacientky s genetickými mutacemi,
- ženy s pozitivní rodinnou a osobní anamnézou,
- ženy s histologickým nálezem atypické hyperplazie nebo LCIS
- a ženy, které do věku 18. let prodělaly radioterapii na oblast hrudníku.

Do mamografického screeningu lze na vlastní žádost zařadit i ženu od 40. roku věku, intervaly mezi vyšetřeními by neměly být kratší než jeden rok. Pokud ženu zařazujeme do programu na její vlastní žádost, nejsou tato vyšetření hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

U žen mladších 40 let se provádí ultrasonografie. (20)

## **2. Kazuistika**

Pacientka vyjádřila ústní souhlas se sepsáním kazuistiky pro účely této bakalářské práce.

### **2.1 Anamnéza**

iniciály: J. P.

věk: 44 let

rodinný stav: rozvedená

datum přijetí: 4. 9. 2014

datum operace: 5. 9. 2014

datum propuštění: 10. 9. 2014

#### **2.1.1 Lékařská anamnéza**

##### **Rodinná anamnéza**

matka otce BRCA 1+, karcinom prsu v 38 letech

matka matky karcinom prsu v 49 letech

dcera BRCA 1+

##### **Osobní anamnéza**

běžné dětské choroby

1991 - operace: appendicitis acuta

2004 - invazivní duktální karcinom vpravo (velikosti 5 cm x 4 cm)

- operace: tumorektomie a exentrace axily vpravo
- následná teleradioterapie
- zjištěna pozitivní mutace BRCA 1 genu

##### **Gynekologická anamnéza**

menarche od 12 let, pravidelná

3x gravidita a 3x vaginální porod

mastitis l. dx. (1992 a 2001)

časté vaginální mykózy

### **Farmakologická anamnéza**

neguje

### **Alergologická anamnéza**

neguje

### **Pracovní anamnéza**

Pracovnice přímé péče v domově s nepřetržitým provozem pro děti s mentálním a kombinovaným postižením.

### **Sociální anamnéza**

rozvedená

### **Abúzus alkoholu a kouření**

neguje

### **Nynější onemocnění**

Pacientka J. P., věk 44 let, byla pravidelně sledována v onkologickém centru pro invazivní ductální karcinom vpravo v roce 2004, jednou za šest měsíců se pacientka na doporučení mamoonkologa podrobovala ultrasonografií prsů a odběrům krve na kontrolu krevního obrazu a onkomarkerů. Jednou ročně také pacientka docházela na vyšetření MG.

14. 8. 2014 bylo na pravidelné kontrole zachyceno nehomogenní ložisko v pravém prsu velikosti 4 mm. Po provedené biopsii bylo ložisko diagnostikováno jako invazivní ductální karcinom a ductální karcinom in situ asi v 40%. Pacientka byla odeslána na plastickou chirurgii, kde byla vzhledem k anamnéze dohodnuta bilaterální radikální mastektomie a odstranění sentinelové uzliny.

Pacientka byla tedy přijata dne 4. 9. 2014 na oddělení chirurgie. (1)

### **Status preasents při přijetí (4. 9. 2014 v 11:00):**

Výška	165 cm
Hmotnost	93 kg
BMI	34
Tlak krevní	137/93
Puls	97/min
Tělesná teplota	36° C
Dechová frekvence	15/min

Tab. 2. a

### **2.1.2. Ošetřovatelská anamnéza dle modelu Gordonové**

Ošetřovatelská anamnéza byla odebrána v den příjmu (4. 9. 2014). Informace pro zpracování anamnézy jsem získala z rozhovoru s pacientkou, pozorováním, výpisy z dokumentace a vlastním měřením fyziologických funkcí.

### **Vnímání zdraví a snahy o udržení zdraví**

Pacientka svůj zdravotní stav doposud hodnotila jako velmi dobrý. Uvědomuje si ovšem nutnost prevence a proto pravidelně navštěvuje praktického lékaře, gynekologa a očního lékaře. Zároveň ale na dotaz ohledně zubního lékaře pacientka odpovídá, že zubaře nenavštěvuje, protože je příliš drahý.

Vzhledem ke své anamnéze každých 6 měsíců navštěvovala onkologické centrum, kde byla sledována mamoonkoložkou.

### **Výživa a metabolismus**

Pacientka jí pravidelně, 4x za den. Častěji jí smažené a sladké potraviny jinak preferuje bílé netučné maso, brambory, zeleninu a ovoce. Pacientka sportuje pouze v létě, za hezkého počasí. Její současná hmotnost je 93kg a výška je 165cm. Z toho nám vyplývá BMI 34 - což je téměř na hranici mezi obezitou 1. a 2. stupně. Se svou váhou pacientka spokojená není, několikrát se i za pomoci odborníků pokusila zhubnout, všechny snahy však měly jen dočasný efekt a pacientka se po čase vrátila k původnímu stravování a tím pádem i na svou původní hmotnost.

Nekouří a alkohol pije sporadicky.

Pacientka denně vypije kolem 1 litru tekutin, preferuje čistou vodu či ovocný čaj a denně vypije jeden hrnek slabé kávy s mlékem.

Celkový stav pokožky pacientka popisuje jako dobrý, jen občas zaznamenává suchá místa na rukou a dlaních, která promašťuje. Při odebírání ošetřovatelské anamnézy jsem na pokožce nezaznamenala žádné defekty, kůže je růžová, jen lehce suchá, elastická a bez porušené integrity. Vlasy má pacientka kvalitní, nehty čisté, stříhané na krátko a nalakované. Stav sliznic je dobrý, chrup místy kariézní.

### **Vylučování**

Paní J. P. defekuje pravidelně, obvykle ráno po snídani. Stolice je hnědá, formovaná. Moč vylučuje bez obtíží, asi 5x denně, slámově žlutou.

### **Aktivita a cvičení**

V běžném životě je pacientka zcela soběstačná, svoje potřeby si zajišťuje sama – v testu všedních činností dle Barthelové získala plných 100 bodů - nezávislý pacient (19). Pečuje o svého nejmladšího syna, kterému je 13 let.

O své práci paní J. P. říká, že je středně namáhavá, pracuje v domově pro děti s mentálním i kombinovaným postižením s nepřetržitým provozem, která mimo jiné zahrnuje nepravidelnou pracovní dobu, zajišťování hygieny klientů, podávání stravy, zajišťování individuálních potřeb a vedení klientů k samostatnosti. Pacientku práce baví, s plněním povinností nemá problém a už se těší, až se bude moci vrátit do pracovního procesu.

Paní J. P. ráda jezdí na kole a in-line bruslích. Tyto sporty ovšem provozuje pouze v létě za hezkého počasí, v zimě necvičí vůbec.

### **Spánek a odpočinek**

Pacientka běžně spí 6 až 7 hodin denně a obvykle usíná kolem 23 hodiny. Pracuje v sociálním zařízení s nepřetržitým provozem, takže její spánek je často nepravidelný a narušený pracovními povinnostmi. Po nočních službách obvykle nespí a tím si prodlužuje spánkový deficit.

Paní J. P. relaxuje alespoň 1 hodinu denně, většinou posezením u kávy a sledováním televize. Ráda se také navštěvuje se svou rodinou a přáteli.



### **Vnímání a poznávání**

Pacientka je při plném vědomí, orientovaná v čase, prostoru i ve své osobě. Během rozhovoru se chová adekvátně situaci, odpovídá přiléhavě, neodbíhá od tématu, slovní projev je souvislý a logicky uspořádaný.

### **Sebekoncepce, sebeúcta**

Paní J. P. má sebevědomé držení těla, přiměřeně hlasitý slovní projev je souvislý a promyšlený. Během rozhovoru udržuje přirozený oční kontakt, mimika a gesta jsou přiměřená a odpovídají kontextu.

### **Plnění rolí, mezilidské vztahy**

Paní J. P. je matkou 3 dětí (2 už jsou dospělé). Dále má staršího bratra a oba rodiče jsou relativně zdraví. Věří, že hlavně její děti jí donutí psychicky dobře zvládnout nastalou situaci a v budoucnu jí budou „držet nad vodou“.

### **Sexualita, reprodukční schopnost**

Pacientka byla 3x gravidní - ve věku 19, 22 a 31 let - a porodila přirozenou cestou 3 zdravé děti.

Plně se cítí být ženou a nevěří, že by jakákoli operace mohla její ženskosti ublížit.

Ovšem co se týče vztahů, říká, že se o muže nezajímá a nechce s nikým navozovat žádný hlubší vztah.

### **Stres, zátěžové situace, jejich zvládání a tolerance**

Od první ataky karcinomu prsu před 10 lety se nemocná udává, že se cítí mnohem více odolná stresu a zátěžovým situacím všedního dne.

### **Víra, přesvědčení a životní hodnoty**

Paní J. P. o sobě říká, že je ateistka. Na prvním místě svého pomyslného hodnotového žebříčku má především své děti, pro které by udělala cokoli, a kvůli kterým bude bojovat o své zdraví. (1,9)

## **2.2 Průběh hospitalizace**

### **14. 8. 2014 - Stanovení diagnózy**

Pacientka se dostavila na pravidelnou kontrolu ke své mamoonkoložce, kam docházela pravidelně každých 6 měsíců.

Vyšetření mamografem (MG) i vyšetření onkomarkerů CA 15-3 vyšly jako negativní. Při následném ultrasonografickém vyšetření (USG) byl zachyceno nehomogenní ložisko v zevním horním kvadrantu pravého prsu.

Ještě týž den byla pacientce provedena tkáňová punkční biopsie (core cut), pod USG kontrolou, za použití jehly velikosti 14G. Následné morfologické vyšetření diagnostikovalo ložisko jako invazivní duktální karcinom v 60 % a duktální karcinom in situ asi v 40 %. (1)

### **19. 8. 2014 - převzetí pacientky**

Paní J. P. přišla na dohodnuté konziliární vyšetření k mamoložce. Po důkladném zvážení všech možností a rizik paní J. P. souhlasila s bilaterální radikální mastektomií s odstraněním sentinelové uzliny. Lékařka pacientce domů předala souhlasy s hospitalizací, celkovou anestezii a samotným výkonem, která si tak mohla všechny dokumenty v klidu domova přečíst, prostudovat a měla tím pádem možnost položit další otázky nejen operatérce, ale také dalším lékařům.

### **27. 8. 2014 - Předoperační vyšetření**

U praktického lékaře byla provedena tato předoperační vyšetření:

- RTG S+P
- EKG
- USG jater
- Hematologie: KO + DIFF, APTT a INR,
- Biochemie: ALT, ALP, AST, GMT, bilirubin, urea, kreatinin a CRP
- Biochemické vyšetření moči
- interní vyšetření

Pacientka byla po důkladných laboratorních testech a interním vyšetření zhodnocena na stupnici ASA (American Society of Anesthesiologists) jako ASA I. - zdravý jedinec a byla uschopněna k výkonu v celkové anestezii. (1)

#### **4. 9. 2014 - Příjem k hospitalizaci**

Příjem pacientky proběhl 4. 9. 2014 v 10:00 na příjmové ambulanci chirurgické kliniky. Přijímající lékař odebral lékařskou anamnézu, provedl základní fyzikální vyšetření a převzal od pacientky souhlas s hospitalizací. Poté si paní J. P. převzala ošetřující sestra, která pacientku dovedla na pokoj, provedla ji oddělením, odebrala ošetřovatelskou anamnézu dle nemocničního formuláře a na levé zápěstí pacientce připnula identifikační náramek. Na paní J. P. začínala být znát celková nervozita a neklid, kterou se sestra snažila snížit řádnou informovaností pacientky a citlivou komunikací.

V poledních hodinách se pacientka odebrala na plánovanou **Lymfoscintigrafii** (LSG) sentinelové uzliny vpravo. Vzhledem k předchozí exeteraci axily vpravo (r. 2004) se na vyšetření nezobrazila žádná Sentinelová uzlina a předpokládá se, že lymfatické cesty byly přerušeny poslední operací a radioterapií.

Odpoledne pacientku navštívila také mamoložka, se kterou se pacientka seznámila již při konziliárním vyšetření 19.8. Lékařka s pacientkou znovu probrala odůvodnění plánovaného výkonu, jeho postup, rizika a komplikace a odpověděla na všechny dotazy pacientky, které se převážně týkaly budoucího vzhledu a doby rekonvalescence. Na konci této konzultace lékařka a pacientka podepsaly informovaný souhlas s operačním výkonem.

**Anesteziologické vyšetření** proběhlo v podvečerních hodinách. Anesteziolog pacientku podrobně informoval o možnostech anestezie a doporučil kombinaci inhalační a intravenózní anestezie. Paní J. P. byla s anestézií řádně srozuměna a tak podepsala i tento informovaný souhlas.

Ve večerních hodinách pacientka za vedení sestry pokračovala v předoperační přípravě. Odlakovala si nehty na rukou, sundala si dva prsteny a řetízek a předala je ošetřující sestře, která vše řádně zapsala do dokumentu o úschově cenností a šperky společně s peněženkou a doklady uložila do trezoru. Pacientka poté provedla ve sprše celkovou koupel, umytí vlasů a oholení pravé axily. Sestra pacientku informovala o technice vstávání po operaci a včasné mobilizaci. Paní J. P. byla také poučena o riziku lymfedému po extirpaci uzliny a společně se sestrou natrénovala techniku manuálních lymfatických autodrenáží. Sestra pacientce změřila obvod pravé paže, který činil 35 cm, a vysvětlila pacientce, že po operaci budou každý večer v 18:30 tento obvod měřit, aby tak včas odhalili rozvíjející se lymfedém pravé horní končetiny.

Ve 22:00 dostala paní J. P. večerní premedikaci dle ordinace anesteziologa Fraxiparine 0,4 ml. Jedná se o nízkomolekulární heparin, který se běžně podává jako profylaxe tromboembolické nemoci (TEN). V rámci premedikace byla pacientce podána také na noc i 1 tableta Diazepam 5mg per os, který se řadí do indikační skupiny anxiolytik. Po podání Diazepamu pacientka prožila klidnou noc, probudila se jen jednou kolem třetí hodiny ranní, ale znovu rychle usnula.

Od půlnoci pacientka dodržela pokyny anesteziologa, tudíž nic nejedla, nepila a nekouřila. (1)

### **5. 9. 2014 – Příprava k operaci, operace a pooperační péče**

Ráno v šest hodin sestra pacientku vzbudila a poslala ji do koupelny. Po ranní hygieně se sestra vrátila a pomohla pacientce do otevřené košile a elastických punčoch, které fungují jako elastická bandáž dolních končetin a používají se pro prevenci TEN. Po kontrole fyzické přípravy pacientky (oholené axily, odšperkování, odlakované nehty a kontrole správnosti identifikačního náramku) sestra změřila tělesnou teplotu, krevní tlak, puls, vyčistila pupek štětičkou namočenou v desinfekčním roztoku Betadina a dle ordinace lékaře podala:

druhou dávku subkutánně Fraxiparinu 0,4 ml do kožní řasy v pravém podbřišku

a per os Diazepam 5 mg - 1 tabletu.

Po podání diazepam 5 mg byla pacientka poučena o účincích tohoto léku, a že kdyby potřebovala vstát z postele, aby neváhala použít signalizační zařízení. Těsně před odjezdem na sál sestra zavedla periferní žilní katétr, který se vzhledem k špatně viditelným žilám na periférii se sestře podařilo zavést katétr až na třetí pokus do pravé dolní končetiny. Napichování PŽK do dolních končetin je problematické, vzhledem k horší dostupnosti ke končetině a především kvůli zvýšenému riziku TEN.

Po sedmé hodině pacientku navštívil lékař oddělení, provedl ranní vizitu a ujistil se, že pacientka již nemá žádné otázky ohledně operace nebo pooperační péče.

FF. 5. 9. 2014 v 7:00:

TK	155/90
P	100´
TT	36.5°C

Tab. 2. b

Těsně před odjezdem na sál pomohla sestra pacientce na toaletu, znovu zkontrolovala fyzikální přípravu a v 10:15 s paní J. P. odjela na operační sál. Operační zákrok trval dvě a půl hodiny. Pacientka při ní přišla o 650 ml krve a prodělala pokles tlaku až na 75/50 Torrů. Z tohoto důvodu byla pacientka v 13:15 přesunuta na lůžko jednotky intenzivní péče.

Status preasents pacientky 30 min po převozu na JIP (5. 9. 2014 v 13:45)

TK	93/64
P	76'
TT	35,8°C
St O <sub>2</sub>	99 %
invazivní vstupy	PŽK, 2x Redonův drén
odpady z drénů	LRD: 20 ml PRD: 15,5 ml
stav vědomí	spavá
bolest	3

Tab. 2. c

Při přebírání pacientky na operačním sále sestra pacientce přilepila na levý ukazovák saturační čidlo, které po dobu převozu kontinuálně zaznamenávalo krevní saturaci O<sub>2</sub> a srdeční puls. Vzhledem k riziku selhání základních životních funkcí, měly s sebou sestry také základní resuscitační kufík. Na dobře průchozí periferní žilní kanylu sestry napojily infuzní roztok Plasmalyte o objemu 1000 ml a na infuzní pumpu nastavily dle ordinace lékaře rychlost 100 ml/h.

Po příjezdu na oddělení JIP byla pacientka přepojena z přenosného oxymetru na monitor u lůžka, jehož hodnoty si přenášela do centrálního monitoru u pracovny sester, které by tak mohly pozorovat vývoj stavu pacientky a případně rychle zareagovat při selhání životních funkcí. Na levou horní končetinu sestra připevnila manžetu na měření krevního tlaku, kterou také připojila na monitor u lůžka. Sestra bezprostředně po příjezdu ze sálu změřila a zaznamenala hodnoty krevního tlaku, pulzu, dechu, saturaci krve kyslíkem, tělesnou teplotu a odpady z Redonových drénů. Dále sestra zkontrolovala, zda je krytí operačních ran suché a zda je PŽK na pravé dolní končetině funkční.

Pacientka byla po dobu převozu na JIP a následných 60 min velmi bledá a spavá, zareagovala na hlasité oslovení a opět usínala. Na otázku, zda má bolesti, odpovídala jen pokýváním hlavou a ukázáním čísla tři na prstech ruky. Všechny tyto hodnoty sestra měřila a sledovala 2 hodiny á 15 minut a poté á 1 hodinu. Dynamiku životních funkcí můžeme pozorovat v příloze 2.

Po hodině strávené na lůžku JIPového oddělení se pacientka probouzí k plnému vědomí, udává velkou žízeň, sucho v ústech, únavu a bolest na čísle 4 (na stupnici 1-10). Dle ordinace lékaře bylo podáno subkutánně 7,5 mg Dipidoloru. Po patnácti minutách pacientka pocítila úlevu na číslo 2. Pocit sucha v ústech se setra pokusila zmírnit pomocí namočeného mulového čtverce, kterým pacientce zvlhčila rty. Kůže paní J. P. byla také již více růžová.

Po probuzení si pacientka přála zavolat dceři, že je v pořádku, ale protože překlad na jednotku intenzivní péče nebyl předem naplánovaný, neměla u sebe mobilní telefon, ani žádné jiné osobní věci. Ošetřující sestra proto zavolala na standardní oddělení, kde pacientce mobilní telefon zajistili. Pacientka později řekla, že za to byla opravdu vděčná. Trápilo jí, že když se dceři neozve, bude o ní mít strach. Žádné další osobní věci se k pacientce vzhledem k brzkému plánovanému překladu zpátky na standardní oddělení nepřenášely a zůstaly v patientském stolku a přidělené skříňce na pokoji.

V 16:00 se pacientka mohla poprvé napít 100 ml čaje, který dobře tolerovala, vymočila se do podložní mísy a tak byla v 17:00 odpojena od infuze a na lůžku převezena zpátky na standardní oddělení. Zde sestra paní J. P. kontrolovala pravidelně každou hodinu, kdy sledovala případné prosakování operačních ran, komunikovala s pacientkou a ptala se jí na její subjektivní pocity. Během odpoledne se za naší pacientkou stavila i operátérka, aby osobně zhodnotila aktuální stav paní J. P. a sdělila jí, že operace proběhla bez jakýchkoli komplikací.

Před předáním služby v 19:00 sestra provedla měření TT, TK, P, D, zkontrolovala suché sterilní krytí, změřila pacientce obvod paže a zaznamenala množství odpadů v Redonových drénech. Pacientka do usnutí vypila dalších 250 ml slazené neperlivé minerální vody.

Sestra na noční směně byla pacientku kontrolovat celkem 3x, paní J. P. nebudila, jen si prohlédla odpady z drénů a sterilní krytí operačních ran. Pacientka celou noc klidně spala. (1)

## 6. 9. 2014

### Status preasents pacientky 1. pooperační den (6. 9. 2014 v 7:30):

TK	132/87
P	68'
TT	36,9°C
invazivní vstupy	PŽK, 2x Redonův drén
odpady z drénů	LRD: 16 ml    PRD: 11 ml
bolest	2-3

Tab. 2. d

1. pooperační den se pacientka probudila v 6:30, subjektivně udávala lehkou celkovou únavu a pulzující bolest operačních ran na číslo 2-3 ve stupnici 1-10. Při ranní vizitě jsme ránu nepřevazovali, pouze si lékař zhodnotil, že krytí je suché. Pacientka měla dietu č. 2 - šetřící, kterou velmi dobře tolerovala.

Po konzultaci s pacientkou se službu konající lékař rozhodl neordinovat pravidelná analgetika, ale předepsal Novalgin tbl. p. p. - při bolesti VAS vyšší než 4/10 – maximálně á 4 hod. Po celý den paní J. P. bolest nepřesáhla na škále VAS 3/10 a tak nebylo potřeba farmakologicky zasahovat, kromě preventivního podání analgetik před rehabilitací.

Fyziologické funkce (P, TK, TT), kontrola PŽK a bolest se monitorovaly 3x denně a odpady z drénů jednou za 24 hodin. (viz příloha 2)

Během dopoledne jsme s pacientkou začali se včasnou mobilizací, abychom tak preventivně působily proti TEN. Paní J. P. jsem pomohla do koupelny, kde se za mé asistence vysprchovala, vyčistila si zuby, opláchla obličej a levou rukou se i sama bez výraznější bolesti učesala. Během hygieny jsme pacientce sundaly elastické punčochy a dávaly jsme pozor na Redonovy drény a krytí operačních ran. Po hygieně se pacientka posadila do křesla, zatím co já jsem ustlala její lůžko. Pacientka byla po hygieně mnohem lépe naladěná a více komunikovala. Paní J. P. také navštívil fyzioterapeut, který pacientce předal edukační tištěné letáky, předvedl jí základní rehabilitaci a provedl s ní první nácvik jednotlivých cviků. Poté jsme již s rehabilitací pokračovali sami. (viz kapitola: 2.3.1.2. Prevence lymfedému a postmastektomického algického syndromu)

Odpoledne se pacientka hůře se cítila po psychické stránce. Svěřila se, že až nyní si plnou mírou uvědomila, že se opravdu vrátila její nemoc. Nevadí jí, že bude

bez prsou, to momentálně vůbec nepovažuje za důležité. Nejvíce se bojí výsledků histologie a nutnosti další léčby chemoterapií. Pacientku jsem nechala vyventilovat všechny emoce, které se v ní zřejmě střídaly již několik dní a snažila jsem se trpělivě naslouchat a povzbuzovat především svou přítomností.

Po největším návalu emocí jsme společně zhodnotily, že do výsledků konečné histologie zatím nemá smysl spekulovat o budoucnosti a proto jsme se společně snažily odvést pozornost pacientky na mobilizaci a počáteční rehabilitaci PHK kvůli prevenci lymfedému. S Paní J. P. jsme prostudovaly edukační tištěné letáky a společně jsme si podle něj zacvičily.

V podvečer, když jsem odcházela, pacientka udávala, že se cítí lépe a je ráda, že chvíli myslela na něco jiného, než svou nemoc a strach z budoucnosti.(1)

## **7. 9. 2014**

### Status preasents pacientky 7. 9. 2014 v 7:30

TK	140/86
P	69'
TT	36,4°C
invazivní vstupy	PŽK
odpady z drénů	LRD: 5 ml    PRD: 3 ml
bolest	1-2

Tab. 2. e

2. pooperační den se postupně pokračovalo s rekonvalescencí. Paní J. P. přešla na dietu č. 3 - racionální a volně se pohybovala po celém oddělení. Během dopoledne jsme společně s lékařem provedli převaz operačních ran, které byly bez jakýchkoli známek infekce. Rány byly suché, bez sekretu, jejich okolí bledé, dobře cévně i nervově zásobené a bez otoku. Na operační rány lékař aplikoval hydroaktivní koloidní gel Flamigel, který se používá pro moderní vlhké hojení ran.

Vzhledem k minimálním odpadům z drénu sestra v odpoledních hodinách po indikaci lékařem oba Redonovy drény odstranila.

Pacientka udávala menší bolestivost a cítila se více odpočatá.

Psychicky se pacientka cítila také lépe. Vstřícně komunikovala s rodinou, která jí přišla navštívit, i s personálem, dokonce vtipkovala, že konečně jednou doopravdy zhubla. Lepšímu psychickému stavu pomohla i staniční sestra, která paní J. P. přinesla vzorky pooperačních epitéz, společně vybraly správnou velikost,



nacvičily vkládání do podprsenky. Poukaz na dlouhodobé epitézy si pacientka vyzvedne za měsíc na kontrole. (1)

## **8. 9. 2014**

Status preasents pacientky 8. 9. 2014 v 7:30

TK	133/75
P	64'
TT	35,9°C
bolest	1-2

Tab. 2. f

3. pooperační den se pacientka dle vlastních slov cítila výborně. Bolest pociťovala minimální a to pouze při pohybu. Horní končetiny měly stále obvod 35 cm a neotékaly. Po ranní vizitě jsem odstranila periferní žilní katétr a převázala operační rány, které byly suché, s lehkým zarudnutím v bezprostředním okolí stehů, bez otoku a bolesti. Dle ordinace lékaře jsme na rány opět aplikovaly Flamigel.

V dopoledních hodinách jsme se s pacientkou opět podívaly na edukační leták o prevenci lymfedému a podle návodu jsme cvičily. (17) Vzhledem k bilaterální operaci jsem se také zajímala o to, jak bude pacientka schopná zvládat sebeobslužné činnosti, jako je například hygiena nebo zapnutí podprsenky. Paní J. P. ovšem všechno zvládala velice dobře a nepotřebovala žádnou asistenci. Řekla, že jí nic jiného ani nezbyvá. Žije sama s 13 letým synem a nemůže si dovolit se nepostarat sama o sebe. Na nákupy jim zatím bude chodit babička nebo starší dcera, ale všichni mají svoje životy a ona je nechce obtěžovat.

Lékař pacientce povolil vycházku a tak odpoledne poprvé vyzkoušela pooperační epitézy a s dcerou odešla na 120 minut do nemocniční kavárny.

## **9. 9. 2014**

Vzhledem ke klidnému pooperačnímu průběhu a celkově dobrému stavu, byla pacientka propuštěna lékařem do domácího léčení. Pacientka si sama sbalila osobní věci a oblékla se. Sestra provedla měření fyziologických funkcí, jejichž výsledky můžeme pozorovat v příloze 2 – část 2. g. Pro paní J. P. přijel její bratr a dcera, kteří jí pomohli s taškou a společně opustili oddělení. Operující lékařka si pacientku objednala na kontrolu v pátek 12.9. Do té doby se má paní J. P. jen sprchovat a užívat běžně dostupná analgetika dle potřeby. (1)

## **2.3 Ošetřovatelské problémy**

### **2.3.1 Edukace pacientek**

Edukace je odvozeno z latinského eddo, educere, což znamená vést vpřed, vychovávat. Juřeníková definuje edukaci jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. (12)

Edukace pacientek velmi pomáhá psychickému stavu nemocných a měla by se dotýkat všech oblastí, týkající se diagnózy, léčby, rehabilitace a následného každodenního života žen. K edukaci bychom měli přistupovat zásadně ještě před zahájením samotné léčby a první informace, které jsou pro pacientky důležité, by měl podat lékař již při sdělení diagnózy. Pacientky edukujeme postupně, vždy zvažujeme aktuální zdravotní a psychický stav ženy a zohledňujeme individuální léčebný plán. Paní J. P. byla před operací podrobně informována lékařkou o způsobu operace pooperačním obdobím a následné rekonstrukce prsu.

#### **2.3.1.1 Epitézy**

Prsní epitézy jsou dnes již běžnou součástí léčby každé ženy po ablaci prsu a pomáhá ženám psychicky se vyrovnat se ztrátou své ženskosti do doby, než jim bude povolena rekonstrukce prsů. S edukací bychom měli začínat již od stanovení diagnózy, kdy se se ženou probírá nutnost ablace ať už parciální nebo totální. Ukázka přirozeného vzhledu epitéz může ženám velmi psychicky pomoci při zvládnání tohoto náročného období.

#### **Druhy epitéz**

##### **Pooperační epitézy**

Jedná se o velmi lehké a hladké epitézy z textilní látky, které každá pacientka dostane ještě na oddělení před samotným propuštěním. Tento druh je navrhnout tak, aby se mohly vložit do klasické podprsenky, netížily hrudník, a netlačili na operační ránu. Tyto epitézy se obvykle nosí do zhojení primární rány, což obvykle trvá kolem 5 týdnů. Na oddělení, kde byla hospitalizovaná naše pacientka, se o edukaci týkající se epitéz stará staniční sestra ošetřovací jednotky. Společně s paní J. P. vybrala velikost C, která odpovídá její postavě a také velikosti jejích původních prsů, aby v

oblečení nebyla poznat žádná změna. Přirozený vzhled je velmi důležitý pro psychiku ženy, která často svému okolí neříká o své nemoci, a nadcházejí operaci.

### Dlouhodobé epitézy

Tento druh se prodává ve speciálních obchodech nebo zdravotnických potřebách, kde proškolení pracovníci pomáhají nemocným vybrat správný druh a velikost epitéz. Tyto epitézy jsou již těžší, v podprsence více připomínají zdravé prsy, a mohou se používat až po zahojení operačních ran.

### Samolepící epitézy

Na trhu existuje mnoho druhů, moderní jsou takzvané samolepící epitézy, které si žena lepí přímo na hrudník a má tak pocit, jako by opět měla vlastní prsy.

Lepením epitéz na kůži se na lepivý povrch dostane řada nečistot, jako jsou šupiny staré pokožky nebo pot. Proto si žena musí také dokupovat speciální čisticí prostředek a kartáček, kterým je potřeba každý den ošetřovat lepící plochu epitézy a do rána nechat zaschnout. Za několik hodin působení přípravku se obnoví lepivá hmota a žena si může epitézu znovu nasadit.

Výrobce samolepících epitéz uvádí, že jsou vhodné jako příprava před rekonstrukcí prsu, protože pomáhají kůži prokrvovat a promasírovat. Před nákupem je ovšem důležité si uvědomit, že každodenní několika hodinové nošení přilepené epitézy může způsobovat podráždění kůže a u citlivé pokožky i alergickou reakci. Zároveň je tato epitéza nevhodná při jakýchkoli problémech s operační ránou nebo jizvou, a pokud se nějaká abnormalita objeví, měla by žena tyto epitézy ihned přestat lepit. Z tohoto důvodu je pacientky důležité upozornit, aby měly doma i klasické epitézy, které se vkládají do podprsenek.

### Epitézy do plavek

Pacientky také upozorňujeme na to, že plavání je velmi vhodné jako pozdější rehabilitace po zahojení operačních ran. Pro většinu žen je ovšem nemyslitelné, že by se měly svléknout do klasických plavek a ukazovat tak své jizvy.

Klasické dlouhodobé epitézy nejsou kvůli svému materiálu vhodné pro dlouhodobé máčení, a proto byly vyrobeny speciální epitézy do plavek, které jsou vyrobeny z průsvitného pevného silikonu a neprověšují se v promočených plavkách.

K dostání jsou i speciální plavky s kapsičkami na epitézy, u kterých nehrozí, že epitéze při pohybu vypadne. Kromě nenápadných kapsiček pro epitézy, plavky vypadají jako klasické modely, které na sebe nijak negativně neupozorňují.

### Korekční epitézy

Korekční epitézy jsou určeny pro pacientky po prs šetřícím výkonu a mají za úkol obnovovat symetrii a tvar prsu. Z tohoto důvodu jsou taky vhodné pro ženy s vývojovými vadami prsu.

### **2.3.1.2 Prevence lymfedému a postmastektomického algického syndromu**

Chirurgický zákrok v oblasti prsu a axily může vést k výraznému poškození měkkých tkání a lymfatického systému a tím omezit hybnost v ramenním kloubu a způsobit lymfedém. Ovšem jejich rozvoj nemusí být jen způsoben pouze mechanickým poškozením. Roli hraje také pooperační bolest a psychologické faktory, kdy některé pacientky mají pocit, že horní končetinu na operované straně musí výrazně šetřit. Je proto důležité začít léčebnou tělesnou výchovou (LTV) co nejdříve po operačním zákroku.

Cílem LTV je funkční nebolestivý ramenní kloub, prevence svalové dysbalance, udržení maximálního možného rozsahu pohybu ramene a prevence a terapie lymfedému.

V optimálním případě začínáme s edukací o způsobech LTV již před samotnou operací. S pacientkou probereme riziko komplikací a způsoby prevence. Je také možné předběžně natrénovat cviky, které po zákroku bude žena provádět. Ideální je ženě předat informační leták, který si žena může sama v klidu prostudovat a kdykoli se k němu vracet.

Ihned po operaci, kdy se pacientka probere k plnému vědomí, napoložujeme končetinu do zvýšené polohy a informujeme pacientku o tom, aby končetinu nepřetěžovala přitahováním, opíráním a podobně. Pacientka by neměla ležet na operované straně a ve volných chvílích se zaměřovat na dýchání do břicha a hrudníku.

Samotné cvičení individualizujeme podle druhu a rozsahu operačního zákroku, ordinace lékaře a aktuálního stavu pacientky. Používáme sestavy jednoduchých cviků (cvičí se vždy bilaterálně a začínáme na neoperované končetině), které žena provádí asi 4x denně po dobu alespoň 6 měsíců od operace. V ideálním případě na konci LTV dosahujeme stejné hybnosti ramenního kloubu jako před samotnou operací.

#### Doporučené cviky pro 1. - 4. pooperační den

- roztahování a sevření prstů
- svírání prstů v pěst
- pronační a supinační otáčení
- zvedání předloktí
- kroužení rameny a stahování lopatek

Od pátého pooperačního dne postupně přidáváme náročnější cviky i intenzitu cvičení. Zásadně cvičíme málo ale často, pomalu, bez pocitu bolesti a u cvičení nezadružujeme dech.

#### Před propuštěním do domácí péče edukujeme pacientku také o režimových opatřeních:

1. Je důležité vyvarovat se jakékoli traumatizace paže na operované straně. (neaplikovat injekce, akupunkturu či lokální anestezie)
2. Na operované straně neměřit tlak.
3. Vyvarovat se extrémním teplotám.
4. Končetinu nepřetěžovat.
5. Ramínka podprsenky a rukávy se nesmí zařezávat.
6. Nenosit prstýnky a náramky.
7. Vysoká opatrnost při manipulaci s nožem a manikúře.
8. Při spaní mít paži ve zvýšené poloze a neležet na operované straně.
9. Vyvarovat se kousnutí nebo škrábnutí zvířetem.
10. Náročné manuální práce pouze s přestávkami.
11. Při zjištění otoku končetiny ihned navštívit svého lékaře.

(1,7,8)

První informace o lymfedému paní J. P. dostala již v roce 2004, kdy prožila první ataku karcinomu prsu. Pacientka uvedla, že po operaci cvičení prováděla asi dva týdny a režimová opatření několik měsíců. Řekla mi také, že jí levá ruka nikdy neotéká a tudíž si myslí, že se u ní lymfedém neobjevil.

V den příjmu pacientku navštívila operující lékařka, aby si promluvily mimo jiné i o lymfedému. Mamoložka si nejprve poslechla, co pacientka o této pooperační komplikaci ví a poté doplnila nejasnosti a zodpověděla pacientčiny otázky. Lékařka byla ráda, že paní J. P. před deseti lety neměla problémy s odtokem lymfy z PHK a pacientce řekla, že je možné, že tuto komplikaci nebudou řešit ani nyní.

Ihned po operaci, kdy byla pacientka převezena na chirurgický JIP, sestry napolohovaly pacientce pravou horní končetinu do zvýšené polohy pomocí polštáře a když se paní J. P. probudila, informovaly jí o tom, aby se o tuto HK neopírala. Vzhledem k bilaterální ablaci pacientce také sundaly z lůžka hrazdičku, aby se za ni nemohla přitahovat.

První pooperační den fyzioterapeut předal edukační leták s informacemi o lymfedému a jeho prevenci včetně názorných obrázků cviků po operaci. Zároveň pacientce předvedl jednotlivé cviky a společně provedli první nácvik. Začaly jsme pomalu s dechovou rehabilitací a polohováním horní končetiny pronačními a supinačními pohyby, zvedáním rukou do svícnu a otáčením hlavy. Pacientku jsem opakovaně upozorňovala na správné dýchání a také na to, že má cvičit pomalu, bez kmitání a bez násilí. Zhruba po 15 minutách byla již pacientka unavená, a tak jsem jí nechala odpočívat. Před cvičením jsem se pacientky zeptala, zda si nepřeje analgetika dle ordinace lékaře, aby se jí lépe cvičilo a neomezovala jí bolest operačních ran. Paní J. P. léky přijala a cvičení zvládla velmi dobře.

Druhý pooperační den jsme cviky opakovaly. Na paní J. P. bylo vidět, že už cviky zná, zvládá je a maximální rozsah končetin byl znatelně větší. Pacientku jsem ve cvičení podporovala a upozornila jí, aby cvičila kratší dobu a vícekrát denně. Paní J. P. tentokrát analgetika před cvičením odmítla.

Třetí pooperační den jsme přidaly do LTV cviky v sedě a s větším pohybovým rozsahem. Ani tentokrát pacientka před cvičením nepřijala žádná analgetika.

Čtvrtý pooperační den byla pacientka propuštěna do domácího léčení. Znovu jsem se ujistila, že pacientka u sebe má informační leták a ví, jak má dále pokračovat ve cvičení.

Každý den jsme také měřily obvod paže, který se po celou dobu hospitalizace pohyboval mezi 35 a 36 cm. Pacientka nepociťovala žádné subjektivní pocity, které by naznačovaly, že se u pacientky rozvíjí lymfedém

### **2.3.2 Psychologicko-sociální problematika onkologicky nemocných**

Psychologie onkologicky (a jinak závažně) nemocných je velice složité téma, a sestra by se rozhodně neměla pokoušet nahradit celý multidisciplinární tým.

Přesto si však sestra, a všichni, kteří se na péči o tyto pacienty podílejí, musí uvědomovat, že každý kontakt s pacientem musí být velice dobře promyšlen a každou situaci musí pečlivě vyhodnotit.

Proto je důležité znát základní principy otázek psychologie, aby svou nevědomostí pacientovi neublížila. Například model Kübler-Rosové, která popsala pět fází smutku, nám při správném vyhodnocení může pomoci v komunikaci s vážně nemocným pacientem.

#### **Model Kübler-Rosové**

Tento model doktorka Kübler-Rossová popsala ve své knize Death and Dying, a je založen na výzkumu z rozhovorů a pečování s více než 500 umírajícími pacienty. Tento model se dá zobecnit na všechny závažné a těžko zvládnutelné fáze běžného života, takže se netýká jen umírajících. Je však důležité si uvědomit, že každý člověk reaguje na danou situaci odlišně, takže ne každý pacient, který si prochází těžkým obdobím, musí těmito fázemi projít všemi a nemusí to být ani chronologicky. Navíc si pacient může projít některé fáze opakovaně, zvláště pokud se stav pacienta změní.

##### **1. popírání**

Popírání je dočasná obrana mozku před zatím nepřijatelnou informací. Tato fáze obvykle začíná po sdělení diagnózy lékařem. Pacient je v šoku a snaží si namluvit, že došlo k záměně výsledků nebo se lékař spletl. Tito pacienti často navštíví i několik pracovišť, aby si ověřily správné stanovení diagnózy.

V této fázi bychom pacienta neměli přesvědčovat, že diagnózu lékař stanovil správně. Pacientovi nasloucháme a jen občas můžeme přijít s malou radou, nebo poznámkou. Přílišným naléháním na akceptování diagnózy bychom mohli přijít o důvěru, kterou pacient v nás má.



## 2. agrese

V druhé fázi nacházíme pacienta, který si již uvědomil, nebo se přesvědčil, že svou diagnózu nemůže popírat do nekonečna. Pacient si pokládá otázky jako: “proč zrovna já?” “co jsem komu udělal?” “Co jsem udělal špatně?” Pacient v této fázi může agresi nasměrovat jak proti sobě, tak proti svému okolí, rodině a personálu.

Tato fáze je pro pochopení okolí pacienta zřejmě ta nejtěžší. Neinformovaný člověk by si agresi pacienta mohl vzít osobně, ale sestra je profesionál a měla by si uvědomovat, že agresivní člověk nemusí mít agresi v povaze, ale jen si prochází touto náročnou fází. Je dobré pacienta pozorovat, nechat jeho emoce plynout, mluvit klidně, trpělivě. V některých případech je agrese lepší, než aby se pacient uzavíral do sebe.

## 3. smlouvání

Nemocný se ve třetí fázi snaží co nejdéle prodloužit fázi pevného zdraví a je ochoten udělat cokoli a utratit jakékoli peníze, pokud mu někdo slíbí prodloužení života či uzdravení. Typické myšlení lidí je: “než umřu, rád bych ještě zažil...” V této fázi lidé často navštěvují alternativní medicínu a různé léčitele.

I v této fázi je důležitý velmi citlivý přístup okolí. Pacientovi by se neměla příliš vymlouvat návštěva alternativních léčitelů, abychom neztratili jejich důvěru, a především se snažíme, aby se pacient nevzdal klasické léčby a nepřestal se léčit.

## 4. deprese

V této fázi přestáváme věřit v uzdravení. Pacientovi se často honí hlavou myšlenky jako: “už nemá smysl bojovat”, “nechte mě být, chci být sám”, “proboha proč umírám?”, “ještě nechci zemřít...”. Pacienti prožívají fáze beznaděje a smutku. Takový pacient může být zamlklý, nemluvný, může ztratit zájem o všechny koníčky, odmítat návštěvy rodiny, komunikovat a může také sabotovat léčbu.

Z všeobecného hlediska se nedoporučuje pacienta rozveselovat. Pomáháme jim svou tichou přítomností a provázíme ho touto nezbytnou fází.

## 5. Smíření

Do fáze smíření se dle výzkumů dostane jen velmi malé procento umírajících pacientů, ale setkáváme se s ním často u nevléčitelných nemocí nebo u příbuzných zemřelého pacienta.

Pokud se v této fázi ocitne umírající nebo těžce nemocný pacient, je často nezbytná psychologická péče především o příbuzné pacienta. Pacienta podporujeme a tiše provázíme na jeho cestě. (10)

Psychologická péče o onkologicky nemocného pacienta je velmi komplexní a složitou záležitostí, která je pro sestru velmi obtížná a vzhledem k časové tísní většiny sester je důležité využívat každé možnosti a situaci, která se jí naskytne.

U pacientek s onemocněním karcinomu prsu je specifická a velmi náročná problematika ablace prsu, které každá žena bere velmi citlivě, protože prsy se považují za symbol ženskosti.

Důležitá je komunikace jak s pacientkou, tak s rodinou či partnerem, protože těžké chvíle prožívá celé okolí pacientky.

Kromě strachu o samotný život pacientky trápí především jejich každodenní život, a jak moc bude narušen. Pro pacientky je velmi podstatné, že ještě před samotnou ablací jsou lékařem informovány o možnostech rekonstrukce prsu, která je dnes již považována za běžnou součást léčby. Je také důležité, aby ženy byly ještě před nástupem k operaci informovány o druzích prsních epitéz, a byly ujištěny, že již z nemocnice odejdou s jedním párem a nemuseli se bát návratu domů s jiným vnějším vzhledem.

Paní J. P. svou nemoc a nutnost bilaterální ablaci prsu nesla velmi statečně. Svěřila se mi, že v roce 2004, kdy se s nemocí potýkala poprvé, se cítila velmi špatně, hodně se uzavírala do sebe a nechtěla vycházet z domu. Narušenému psychickému stavu nepomohl ani rozpad manželství - manžel jí opustil v době, kdy pravidelně dojížděla na radioterapii.

Již při první konzultaci na oddělení chirurgie, kde s lékařkou probíraly možnosti dalšího postupu, se pacientka dozvěděla o možnostech epitéz a o pooperačních epitézách, které dostane ještě před propuštěním z nemocnice. Lékařka také paní J. P. ukázala fotografie pacientek, které prodělaly stejnou operaci a jejich vzhled po následné rekonstrukci prsou. Pacientka uvedla, že lékařka jí velmi podrobně vše vysvětlila a trpělivě odpovídala na všechny její otázky. Nejvíce se jí líbily výsledky rekonstrukčních operací.

Při příjmu na oddělení pacientka byla viditelně nervózní, stále poklepávala nohou a méně komunikovala. Ovšem na konkrétní otázky odpovídala v klidu, přiléhavě a veselým tónem.

V den výkonu byla komunikace s pacientkou ovlivněná celkovou anestezií. Byla velmi unavená a hodně spala. Paní J. P. velmi potěšilo, že sestry z jednotky intenzivní péče zajistily, aby mohla zavolat dceři a také dodržení intimity při močení na mísu.

První pooperační den byla pacientka hodně smutná a dokonce i chvíli plakala. Velmi se obávala výsledků histologie a nutnosti chemoterapeutické léčby. Pacientku jsem zbytečně nerozveselovala, nechala jsem jí vyventilovat všechny emoce a poté jsme se snažily zaměstnat mysl diskutováním o epitézách a cvičením LTV.

Druhý pooperační den jsme paní J. P. převazovaly operační rány. Po celou dobu převazu se dívala do stropu a komunikovala velmi neochotně. Ve stejný den se na pacientku přišla podívat operující lékařka a zeptala se jí, jak je spokojená s výsledkem operace. Pacientka řekla, že zatím se nebyla schopná na rány podívat. Později šla paní J. P. do kanceláře staniční sestry, kde společně vybíraly vhodné epitézy.

Třetí pooperační den psychickému stavu pacientky pomohlo povolení lékaře odejít na dvě hodiny z oddělení, čehož využila k návštěvě nemocniční kavárny.

Při propouštění do domácí péče se pacientka usmívala, byla ráda, že už jede domů a velmi se těšila na svého nejmladšího syna.

## **2.4 Dlouhodobá péče**

Paní J. P. byla pro dobrý pooperační průběh propuštěna do domácího ošetřování dne 9. 9. 2014. Od staniční sestry byla vybavena edukačními letáky o prevenci lymfedému a pooperačními epitézami.

### **16. 9. 2014**

Pacientka se dostavila na plánovanou kontrolu. V pravé pooperační krajině byl nalezen serom, takže lékařka vypunktovala asi 60 ml sérosanguinolentní tekutiny. Na kontrole si pacientka na nic nestěžovala.

### **19. 9. 2014**

Proběhla druhá kontrola z důvodu rizika kumulace seromu v ráně. Tentokrát lékařka z pravé operační rány vypunktovala jen malé množství tekutin a provedla vytažení plastických stehů. Pooperační rány byly klidné, bez otoku či zarudnutí a proto byly ošetřeny roztokem Novikovem, aby se nemocná již mohla sprchovat.

Na této kontrole byly pacientce také sděleny výsledky histologie. Patolog našel v obou prsou mnohočetné DCIS a malé invazivní duktální karcinomy o maximální velikosti 1 mm. Nádory byly označeny jako Triple - negativní.

### **26. 9. 2014**

Pacientce bylo sděleno, že vzhledem k invazivním duktálním karcinomům, které byly nalezeny i v levém prsu, bude nutné přistoupit k exenteraci levé axily. Pacientka dostala termín operace 9. října 2014, tedy měsíc od poslední operace.

### **9. - 13. 10. 2014**

Proběhla u pacientky druhá operace, tentokrát exenteraci axily vlevo. Pooperační průběh byl klidný, paní J. P. vše zvládala dobře i psychicky, ale velmi se obávala skrytých metastáz v axile, které se nakonec naštěstí nepotvrdily. (1)

## 2.5 Dlouhodobý plán

Vzhledem k tomu, že je pacientka BRCA 1 pozitivní, dohodla se svou mamoonkoložkou a gynekologem na laparoskopicko-vaginální hysterektomii a adnexektomii (LAVH). Tato operace proběhla na gynekologicko-porodnické klinice v únoru 2015 zcela bez komplikací a pacientka byla třetí pooperační den propuštěna do domácího ošetřování. Gynekolog paní J. P. upozornil na riziko sestupu pochvy a močového měchýře. Proto pacientce doporučil, aby následné 3 měsíce nezvedala břemena nad 5 kilogramů a 6 měsíců po operaci břemena nad 15 kg. Z toho byla paní J. P. velmi smutná, protože se již těšila do práce, kde pomáhá svým klientům v nejrůznějších sebeobslužných a jiných činnostech, a musí dle vlastních slov často zvedat těžká břemena, ale zaměstnavatel respektuje zdravotní omezení pacientky a tak v dubnu 2015 nastoupila zpátky do práce.

Na jedné z kontrol u své mamoonkoložky se lékařka s pacientkou dohodla, že společně požádají revizního lékaře o schválení lázní na dobu 5 týdnů. U pacientky se do května 2015 neobjevily známky lymfedému a pooperační rány se zahojily bez větších komplikací. Pacientka byla po návratu domů zcela soběstačná, znovu se zapojila do péče o domácnost a svého nejmladšího syna. Zhruba dva měsíce po bilaterální ablaci měla paní J. P. problém s věšením prádla, což nakonec brala jako pozitivní součást své nemoci, protože její třináctiletý syn byl donucen se tuto dovednost naučit.

V plánu je také následná bilaterální rekonstrukce prsou, která by měla dle plánu završit a ukončit léčbu karcinomu prsu u paní J. P. S operací se předběžně počítá v červnu 2015, pacientka se ale svěřila lékařce, že se zatím na další operaci necítí a chce si odpočinout. (1)

### **3. Diskuze**

Z ošetřovatelského hlediska vidím jako nejsložitější část především problém bilaterální totální mastektomie a extirpaci axil, z hlediska léčebné terapeutické výchovy a režimových opatření. Sestra pacientku před propuštěním informovala prevenci lymfedému a Postmastektomického algického syndromu. Pro pacientky je ovšem velmi složité dodržovat všechna relativně přísná režimová opatření, která jsou na pacientku kladeny, zvláště po bilaterální operaci.

Například odběry krve a měření tlaku můžeme provést na dolních končetinách, ale jak by měla řešit právě samotná režimová opatření? Například MUDr. Alena Korvasová v knize Chirurgická léčba karcinomu prsu vysloveně zakazuje nošení těžkých břemen (nákupní tašky), mytí nádobí v horké vodě nebo také obsluha horké trouby. Paní J. P. žije sama s nejmladším synem, takže o domácnost a vaření se postarat musí a jen těžko se vyhne mytí nádobí nebo pečení v troubě.

Pro pacientky je důležité, aby znaly riziko vzniku lymfedému a pokoušely se tato režimová opatření dodržovat alespoň několik týdnů od operace. Zároveň je důležité vědět, že riziko vzniku se zvyšuje s přílišnou radikalitou zákroku, kdy operatér nemůže v axile nechat žádné nebo jen minimální axilární uzliny. V dnešní době se lékaři snaží co nejvíce snižovat radikalitu zákroků v prsu i axile a proto jsou pacientky lymfedémem ohroženy méně než předchozí generace a tím mohou i polevit v režimových opatřeních. (18)

Pacientka byla dispenzarizována od roku 2004, kdy jí byla poprvé diagnostikován karcinom prsu. Paní J. P. se na radu mamoonkoložky dostavovala jednou za 6 měsíců na preventivní vyšetření, kde se pokaždé provedl MG, USG, laboratorní vyšetření na onkomarkery a základní biochemii a klinické vyšetření. Na druhou stranu již v květnu 2007 bylo American Cancer society vydáno doporučení pro zařazení pravidelného ročního provádění nativní magnetické rezonance a to především proto, že se ukazuje, že karcinomy založené na podkladě BRCA genů bývají často špatně detekovatelné pomocí MG a USG.

Tato nízká senzitivita se prokázala i u naší pacientky, které byl diagnostikován jeden karcinom v pravém prsu, ale po bilaterální ablaci a následném, histopatologickém vyšetření se zjistily další mikroinvazivní duktální karcinomy a DCIS nejen ve stejnostranném prsu, ale i v prsu levém.

Plošné užití MR limituje velká finanční náročnost (nativní magnetická rezonance je téměř desetkrát dražší než vyšetření mamografem). Zároveň některé pacientky špatně snášejí nepříjemné okolnosti související s tímto vyšetřením: MR trvá minimálně 20 minut, její provoz je velmi hlučný a vyžaduje vjetí „do tunelu“, což může být pro některé pacientky velmi stresující. Bylo by proto velmi obtížné – ne-li dokonce nemožné posílat všechny ženy každoročně na vyšetření magnetickou rezonancí.

Kromě rizika lymfedému a postmastektomického algického syndromu pacientky pečlivě edukujeme i o možnostech, které nabízí dnešní trh s prsními epitézami. V části ošetřovatelské problémy, jsem podrobně popsala jednotlivé druhy epitéz, které jsou na trhu k dispozici. Je důležité vědět, že dlouhodobě nemocní se většinou potýkají s finančními problémy a proto ne každá žena si může dovolit mít doma několik druhů prsních epitéz. Zdravotní pojišťovny hradí pacientkám jedny pooperační epitézy a na dlouhodobé epitézy má žena nárok jednou za dva roky.

Všechny druhy epitéz mohou ženy nosit v klasických podprsenkách, ale od paní J. P. jsem se dozvěděla, že to není příliš pohodlné, epitézy se v podprsence hýbají a vylézají z podprsenky výš do dekoltu a tudíž je nutné epitézy mnohokrát za den upravovat do správné polohy. Ve specializovaných prodejnách jsou také k dostání speciální podprsenky s kapsičkami, které minimalizují riziko vypadnutí epitézy při shýbání nebo cvičení, ale cena těchto podprsenek se pohybuje kolem 1000 Kč.

Ženám po operaci doporučujeme po zahojení ran plavání, jako vhodnou formu rehabilitace. Epitézy hrazené pojišťovnou nejsou vhodné pro dlouhodobé namáčení, protože nasají vodu, prověšují se a ztratí svůj přirozený vzhled. Epitézy do plavek i samotné plavky nejsou hrazeny pojišťovnou a tím se pro spoustu žen stává přílišnou finanční zátěží (jedna epitéza do vody stojí kolem 2000 Kč a plavky se pohybují v cenách od 1500 Kč). (15)

## **4. Závěr**

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala případovou studií paní J. P., která po 10 letech znovu bojovala s diagnózou rakoviny prsu na podkladě BRCA 1 positivity. V první části jsem se věnovala teoretickými východisky: epidemiologii onemocnění, patofyziologií, symptomatologií, druhy terapie, komplikacemi, prognózou a prevencí karcinomu prsu. V kazuistice jsem se již zaměřila přímo na případ paní J. P.

Pacientka velmi pečlivě dodržovala doporučení dispenzarizace a pravidelně docházela na všechny kontroly. S operující lékařkou se dohodly na bilaterální totální mastektomii a exenteraci pravé axily.

V ošetrovatelských problémech jsem sledovala problematiku edukací pacientky o lymfedému, postmastektomického algického syndromu a o prsních epitézách. Dále jsem se zajímala o psychologicko-sociální stránku onkologicky nemocných. Všechny problémy jsem nejprve rozebrala ze všeobecného hlediska a poté jsem se na konkrétní situaci podívala v kontextu kazuistiky paní J. P.

Po histopatologickém vyšetření byly zjištěny další mnohočetné malé karcinomy nejen v pravém prsu, ale i v prsu levém, přestože na zobrazovacích metodách (mamografie a ultrasonografie) nebyly žádné karcinomy detekovatelné ani při zpětném prohlédnutí snímku mamografu na onkologickém semináři. Proto se pacientka podrobila další operaci, tentokrát exenteraci levé axily, kde se již žádná další ložiska nepotvrdila. Pacientka pooperační období zvládala velmi dobře, psychicky působila vyrovnaně a řádně spolupracovala. Dnes je pacientka i po hysterektomii a ovariektomii, která jí byla doporučena kvůli riziku vzniku karcinomu na podkladě BRCA1 positivity. (1)



## Seznam použitých znaků a zkratek

ACS	American cancer society
AJCC	American Joint Committee on Cancer
ALP	Alkalická fosfatáza
ALT	Alaninaminotransferáza
APTT	( <i>activated partial thromboplastin time</i> , aktivovaný částečný tromboplastinový čas)
ASA	American society of anesthesiologists
AST	Aspartátaminotransferáza
ATB	Antibiotikum
BMI	Body mass index
BRCA	breast cancer
CA 15-3	karcinogenní antigen 15-3
CEA	karcinoembryonální antigen
cm	centimetr
CRP	C-kreativní protein
D	dech
DCIS	Duktální karcinom in situ
EKG	elektrokardiograf
FF	fyziologické funkce
GMT	Gamaglutamyltransferáza
HER-1-4	epidermální růstový faktor
HK	horní končetina
INR	International normalized ratio
JIP	jednotka intenzivní péče
Kč	Koruna česká
KO+DIFF	krevní obraz + diferenciální rozpočet leukocytů
Kg	kilogram
LCIS	Lobulární karcinom in situ
LD	laktátdehydrogenáza
I. dx.	Lateris dextri
LSG	Lymfoscintigrafie
LAVH	Hysterectomy vaginalis cum assistentionem laparoscopica
LTV	léčebná tělesná výchova

MG	mamograf
min	minuta
ml/h	mililitr za hodinu
mm	milimetr
ml	mililitr
MR	Magnetická rezonance
O <sub>2</sub>	molekula kyslíku
P	pulz
PHK	pravá horní končetina
PŽK	Periferní žilní katétr
RTG S+P	rentgen srdce + plíce
s.c.	subkutánně
TEN	Tromboembolická nemoc
TT	tělesná teplota
TK	tlak krevní
tbl.	tablety
USG	ultrasonografie
VAS	vizuální analogová škála
° C	stupňů Celsia
%	procenta

## Seznam použité literatury a dalších zdrojů

1. Zdravotnická dokumentace.
2. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 3*. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN: 978-80247-1132-4.
3. ABRAHÁMOVÁ, Jitka. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. Praha : Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-3129.
4. BECKHER, H. D., a kolektiv. *Chirurgická onkologie*. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0720-9.
5. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kolektiv. *Ošetřovatelství v chirurgii I*. Praha : Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3129-2.
6. ADAM, Zdeněk, KREJČÍ, Marta, VORLÍČEK, Jiří a kolektiv. *Speciální onkologie*. Praha : Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-7262-648-9.
7. COUFAL, Oldřich a FAIT, Vuk a kolektiv. *Chirurgická léčba karcinomu prsu*. Praha : Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3641-9.
8. VORLÍČEK, Jiří, ABRAHÁMOVÁ, Jitka a VORLÍČKOVÁ, Hilda a kolektiv. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha : Grada Publishing, 2006. stránky 248-269. ISBN 80-247-1716-6.
9. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetřovatelství v kostce*. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 978-80-247-1211-6.
10. HEŘMANOVÁ, Jana, a kolektiv. *Etika v ošetřovatelské praxi*. Praha : Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3469-9.
11. MĚŠŤÁK, Jan. *Prsa očima plastického chirurga*. Praha : Graha Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1834-7.
12. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*. Praha : Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.
13. Institut biostatistiky a analýz Masarykovy univerzity . Mamo.cz . *Mamografický screening*. [Online] [Citace: 2. 3. 2015.] <http://www.mamo.cz/index.php?pg=prolekare--epidemiologie-karcinomu-prsu--mezinarodni-srovnani> . ISSN 1804-0861.
14. Institut biostatistiky a analýz Masarykovy univerzity. svod.cz. *Projekt Svod – epidemiologie zhoubných nádorů v České republice*. [Online] [Citace: 12. 2 2015.] <http://www.svod.cz/analyse.php?modul=incmor#>.
15. Dialog Jesenius. Průvodce onemocněním karcinomem prsu. [Online] [Citace: 13. 1. 2015.] <https://www.youtube.com/watch?v=p9ptojTCwmU>.

16. DANEŠ, Jan. Screening karcinomu prsu, situace a perspektivy v České republice. *Aktuální gynekologie a porodnictví*. 2009. 3, stránky 13-17. ISSN 1803-9588.
17. Amoena s.r.o. Cvičení pro ženy po operaci prsu. [Online] [http://www.amoena.cz/data/modules/Modules\\_Pages/Cviceni.pdf](http://www.amoena.cz/data/modules/Modules_Pages/Cviceni.pdf).
18. WALD, Martin. *Lymfedém - komplikace komplexní léčby karcinomu prsu*. 1, 2009, Sv. 3, stránky 32-35. ISSN 1802-4475.
19. *České ošetřovatelství 6 - hodnotící a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi*. STAŇKOVÁ, Marta. Brno : IDVPZ, 2001. ISBN 80-7013-323-6.
20. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Doporučený standart pro poskytování screeningu karcinomu prsu a provádění diagnostické mamografie v České republice. *Věstník MZ ČR 4/2010*. 2010.
21. BEIKI, Omid, HALL, Per a kolektiv. Breast cancer incidence and case fatality among 4.7 million women in relation to social and ethnic background: a population-based cohort study. *Breast Cancer Research: BCR*. [Online] 6. 1. 2012. [Citace: 10. 4. 2015.] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3496120/>.

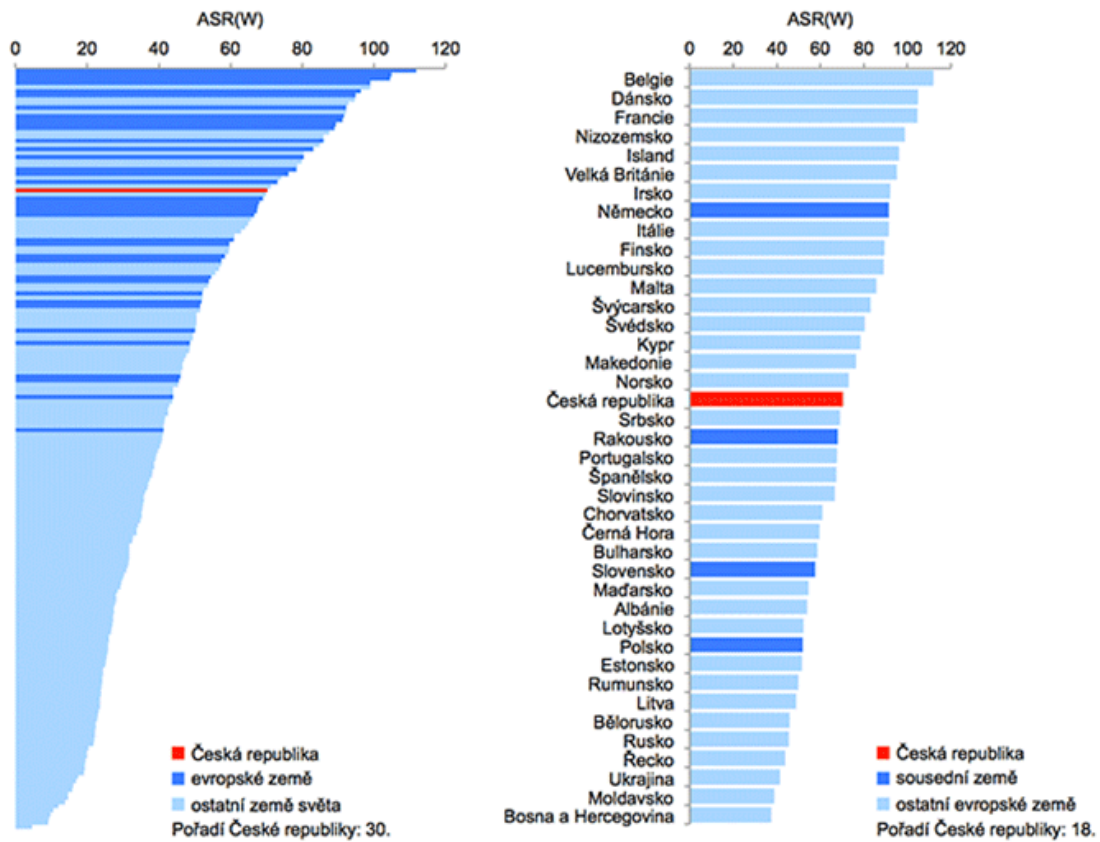
## Seznam příloh

Příloha č. 1 .....	Incidence ve světě
Příloha č. 2 .....	Sledování pacientky
Příloha č. 3 .....	Ošetřovatelská anamnéza

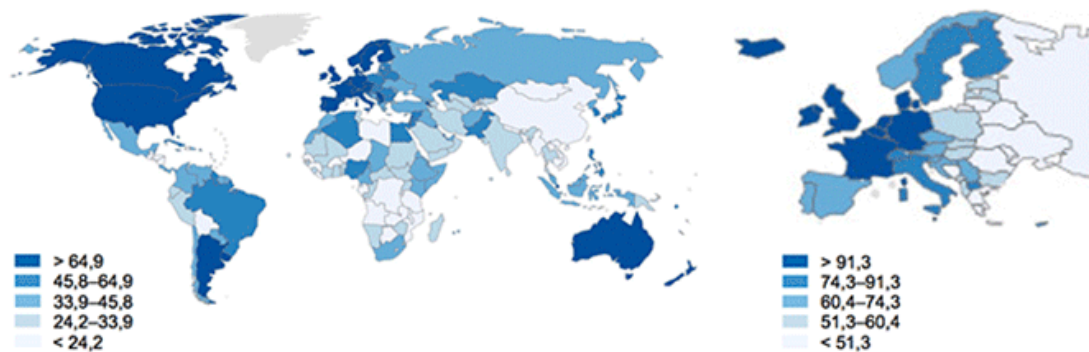
## Příloha č. 1 – Incidence ve světě

Incidence zhoubných nádorů prsu u žen v mezinárodním srovnání.

ASR(W) - počet nově diagnostikovaných nádorů na 100 000 žen  
věkově standardizovaný na světový věkový standard.



Zdroj: Ferlay, J., Soerjomataram, I., Ervik, M., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., Parkin, D.M., Forman, D., Bray, F.: GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [online]. International Agency for Research on Cancer, Lyon (France) 2013. Available from: <http://globocan.iarc.fr>.



(13)

## Příloha č. 2 – Sledování pacientky

datum	hodina	TK	P	dech	TT	St O2	Bolest VAS	invazivní vstupy	tabulka
4. 9. 2014	10:15	140/90	85´	16	36,4°C	98%	0	0	2. a
5. 9. 2014	7:00	155/90	100´	17	36,5°C	neměřeno	0	PŽK - PDK	2. b
	13:15	94/60	77´	14	35,8°C	99%	3	PŽK, 2x Redonův drén	2. c
	13:30	94/62	77´	16	35,9°C	99%	3	PŽK, 2x Redonův drén	
	13:45	93/64	76´	15	36,2°C	99%	3	PŽK, 2x Redonův drén	
	14:00	102/75	76´	14	36,2°C	97%	2	PŽK, 2x Redonův drén	
	14:15	115/73	74´	15	36,2°C	97%	2 - 3	PŽK, 2x Redonův drén	
	14:30	124/69	66´	16	36,5°C	98%	2	PŽK, 2x Redonův drén	
	14:45	120/63	70´	17	36,7°C	99%	2 - 3	PŽK, 2x Redonův drén	
	15:00	119/71	79´	15	36,9°C	97%	2 - 3	PŽK, 2x Redonův drén	
	15:15	126/76	83´	14	37,2°C	97%	2	PŽK, 2x Redonův drén	
	16:00	130/75	76´	18	37,2°C	99%	1 - 2	PŽK, 2x Redonův drén	
	17:00	128/71	72´	17	37,3°C	98%	2	PŽK, 2x Redonův drén	
	18:00	118/69	74´	neměřeno	36,9°C	99%	2	PŽK, 2x Redonův drén	
	19:00	123/62	66´	neměřeno	36,7°C	99%	2	PŽK, 2x Redonův drén	
6. 9. 2014	7:30	132/87	68´	neměřeno	36,9°C	neměřeno	2 - 3	PŽK, 2x Redonův drén	2. d
	13:00	neměřeno	neměřeno	neměřeno	36,7°C	neměřeno	2	PŽK, 2x Redonův drén	
	18:30	129/72	65´	neměřeno	36,8°C	neměřeno	1	PŽK, 2x Redonův drén	
7. 9. 2014	7:30	140/86	69´	neměřeno	36,6°C	neměřeno	1 - 2	PŽK, 2x Redonův drén	2. e
	14:00	neměřeno	neměřeno	neměřeno	36,2°C	neměřeno	1 - 2	PŽK, 2x Redonův drén	
	18:00	124/67	66´	neměřeno	36,4°C	neměřeno	2	PŽK - PDK	
8. 9. 2014	7:30	133/75	64´	neměřeno	36,9°C	neměřeno	1 - 2	PŽK - PDK	2. f
	12:30	neměřeno	neměřeno	neměřeno	36,5°C	neměřeno	1	0	
	18:30	139/76	72´	neměřeno	36,7°C	neměřeno	1	0	
9. 9. 2014	8:30	136/66	76´	neměřeno	36,5°C	neměřeno	0	0	2. g

zdroj: (1)

# Příloha č. 3 – Ošetřovatelská anamnéza

(Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK)

## Ošetřovatelská anamnéza

(Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK – pro studijní účely)

Oddělení : Chirurgie  
Datum a čas odběru anamnézy : 4.9.2014 15<sup>00</sup>  
Jméno (iniciály) : J.P. Pohlaví: žena Věk : 44  
Datum přijetí : 4.9.2014  
Stav: rozvedená Povolání: řídící pracovník v sac. službách  
Rodina informována o hospitalizaci : ano  ne   
Diagnóza při přijetí (základní): DCIS, invazivní ductální karcinom  
Chronická onemocnění : .....  
Infekční onemocnění:  NE  ANO.....  
Režimová opatření: .....  
Léčba:  
Operační výkon: ..... Pooperační den: .....  
Farmakoterapie: .....  
Jiné léčebné metody: .....  
Má nemocný informace o nemoci :  ano  ne  částečně  
Alergie :  ano  ne jaké: .....  
Fyziologické funkce : P : 97 TK : 137/83 D : 15 SpO2 : 98% TT : 36°C

### 1) Vědomí

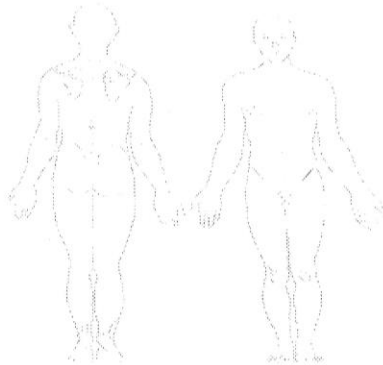
stav vědomí :  při vědomí  porucha vědomí  bezvědomí GSC : 15  
 Orientovaný  Deorientovaný



## 2) Bolest

bolest :  ano  akutní  chronická  
 tupá  bodavá  křečovitá  svalová  jiná

lokalizace :  ne



Intenzita : /---/---/---/---/---/---/---/---/---/---/  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

## 3) Dýchání

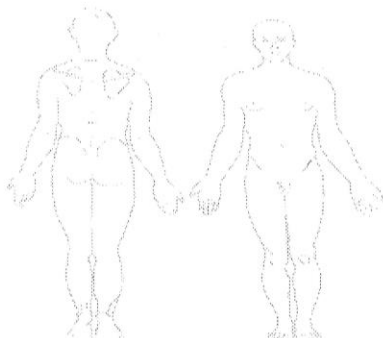
potíže s dýcháním :  ano  ne  
dušnost :  ano  klidová  námahová  noční  
 ne

Kuřák :  ano  ne Kašel :  ano  ne

## 4) Stav kůže

změny na kůži :  ano  ekzém  otoky  dekubity  jiné  
 ne Riziko vzniku dekubitů – Nortonové skóre:.....

lokalizace :



Hodnocení rány:.....

Ošetření rány:.....

### 5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba).....  
v roce 2004 karcinom prsu + myši  
jinak zdravá

Úrazy:  ano  ne jaké: .....

### 6) Výživa, metabolismus

Dieta:.....<sup>3</sup>..... Nutriční skóre:.....

Hmotnost :.....<sup>82kg</sup>..... Výška :.....<sup>165cm</sup>..... BMI:.....<sup>34</sup>.....

Chuť k jídlu :  ano  ne

Potíže s přijímáním potravy :  ano  ne jaké: .....

Užívá doplňky výživy :  ano  ne jaké: .....

Enterální výživa .....<sup>/</sup>..... Parenterální výživa.....<sup>/</sup>.....

Denní množství tekutin :.....<sup>1l</sup>..... Druh tekutin :.....<sup>rodá, čaj</sup>.....

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době :  ano  ne o kolik : .....

Umělý chrup :  ano  ne  horní  dolní

Potíže s chrupem :  ano  ne

### 7) Vyprazdňování

problémy s močením :  ano  pálení  řezání  retence  inkontinence  
 ne

problémy se stolicí :  ano  průjem  zácpa  inkontinence  
 ne

stolice pravidelná :  ano  ne

datum poslední stolice :.....<sup>3.9.2014</sup>.....

Způsob vyprazdňování : podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení:.....<sup>/</sup>.....

Rektální odvodný systém:.....<sup>/</sup>.....

Stomie.....<sup>/</sup>.....

### 8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim :.....<sup>volný</sup>.....

Barthel test:.....<sup>100 bodů</sup>.....

Riziko pádu: ANO skóre.....

(NE)

Pohyblivost :  chodící samostatně

chodící s pomocí

ležící pohyblivý

ležící nepohyblivý

pomůcky

jaké : .....

**9) Spánek, odpočinek**

počet hodin spánku : *6-7* ..... hodina usnutí : *25* .....

poruchy spánku :  ano  ne jaké : .....

hypnotika :  ano  ne

návyky související se spánkem : *hygieny, Tv* .....

**10) Vnímání, poznávání**

potíže se zrakem :  ano  ne jaké : .....

potíže se sluchem :  ano  ne jaké : .....

porucha řeči :  ano  ne jaká : .....

kompensační pomůcky :  ano  ne jaké : .....

orientace :  orientován

dezorientovaný  místem  časem  osobou

**11) Orientační zhodnocení psychického a sociálního stavu**

Emocionální stav :  klidný  rozrušený .....

Pocit strachu nebo úzkosti :  ano  ne *z operace* .....

Úroveň komunikace a spolupráce :  dobrá  obtížná .....

**Plánování propuštění**

Bydlí doma sám :  ano  ne

kdo bude o klienta pečovat po propuštění : *matka, dcera* .....

kontakt s rodinou :  ano  ne

**12) Invazivní vstupy**

Drény :  ano  ne jaké : ..... Datum zavedení: .....

Permanentní močový katétr :  ano  ne

i.v. vstupy :  ano  periferní datum zavedení: ..... kde: .....

Stav : .....

centrální datum zavedení: ..... kde: .....

stav : .....

ne

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK©

Sonda :  ano  ne      jaká : ..... datum zavedení : .....

Stomie :  ano  ne      jaká:..... stav : .....

Endotracheální kanyla :  ano  ne      č.ETR : .....datum zavedení: .....

Tracheotomie :  ano  ne      č.: ..... od kdy: .....

Arteriální katétr :  ano  ne

Epidurální katétr:  ano  ne

Jiné invazivní vstupy:.....

## Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

### 1. Barthelové test základních všedních činností ( ADL - activities of daily living )

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
3. koupání	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
4.osobní hygiena	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
5.kontinence moči	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
6.kontinence stolice	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
7.použití WC	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko- židle	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
9.chůze po rovině	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0

100 b.

**Zdroj:** Staňková,M.: České ošetřovatelství 6- Hodnotící a měřící techniky v ošetřovatelské praxi. Brno.IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

#### **Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:**

- 0-40 bodů: vysoce závislý
- 45-60 bodů: závislost středního stupně
- 65-95 bodů: lehce závislý
- 100 bodů: nezávislý

## 2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Úplná 4	< 10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobry 4	Bdělý 4	Chodí 4	Úplná 4	Není 4
Částečně omezená 3	< 30 3	Alergie 3	DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3	Zhoršený 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Část. omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	< 60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Žádná 1	> 60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Moč+stolice 1

Zdroj: Staňková, M.: České ošetřovatelství 6- Hodnotící a měřící techniky v ošetřovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.

## 3. Hodnocení nutričního stavu

### NRS – Nutritional Risk Screening

Je BMI (kg/m <sup>2</sup> ) pod 20,5?	ANO	NE
Zhubl pacient za poslední 3 měsíce?	ANO	NE
Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?	ANO	NE
Je pacient závažně nemocen (např. intenzivní péče)?	ANO	NE

#### Hodnocení:

Jsou-li všechny odpovědi NE, opakujte hodnocení 1x týdně.

Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

Zdroj: Grofová, Z., Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry, Grada 2007

## 4. Zhodnocení rizika pádu u pacienta

### Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS

Rizikové faktory pro vznik pádu	
Anamnéza:	
<input type="checkbox"/> DDD (dezorientace, demence, deprese)	3 body
<input type="checkbox"/> věk 65 let a více	2 body
<input type="checkbox"/> pád v anamnéze	1 bod
<input type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladi na lůžkové odd.	1 bod
<input type="checkbox"/> zrakový/sluchový problém	1 bod
<input type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, laxativa)	1 bod
Vyšetření	
<input type="checkbox"/> Soběstačnost	
- úplná	0b
- částečná	2b
- nesoběstačnost	3b
<input type="checkbox"/> Schopnost spolupráce	
- spolupracující	0b
- částečně	1b
- nespoupracující	2b
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetřovatelského personálu)	
<input type="checkbox"/> Míváte někdy závratě?	ANO 3 body
<input type="checkbox"/> Máte v noci nucení na močení?	ANO 1 bod
<input type="checkbox"/> Budíte se v noci a nemůžete usnout?	ANO 1 bod
Celkem:	
0-4 body	Bez rizika
5-13 bodů	Střední riziko
14-19 bodů	Vysoké riziko

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK©

## 5. Hodnocení vědomí

### Glasgow Coma Scale

Hodnocený parametr	Reakce	Body
Otevření očí	spontánně otevřené	4
	na slovní výzvu	3
	na bolestivý podnět	2
	oči neotevře	1
Slovní odpověď	přiléhavá	5
	zmatená	4
	jednotlivá slova	3
	hlásky, sténání	2
	neodpovídá	1
Motorická reakce	pohyb podle výzvy	6
	na bolestivý podnět účelný pohyb	5
	na bolestivý podnět obranný pohyb	4
	na bolestivý podnět jen flexe	3
	na bolestivý podnět jen extenze	2
	na bolestivý podnět nereaguje	1
<b>Hodnocení:</b> 15 bodů - pacient při plném vědomí 3 body - pacient v hlubokém bezvědomí		

Zdroj: NEUWIRTH, J. Sledování a hodnocení fyziologických funkcí. In: KOLEKTIV AUTORŮ *Základy ošetřování nemocných*. Praha : Karolinum, 2005, s. 46-56. ISBN 80-246-0845-6

### Ošetřovatelské zhodnocení

Pacientka přijata pro plánovaný operační zákrok,  
 spolupracuje, komunikuje vstřícně.  
 Bez aktuálních obtíží, bez bolesti.  
 Má strach z operace a budoucnosti.