

Rekonstrukcja po operacji onkologicznej

Psychika i pierś



Wciąż zbyt dużo Polek traci piersi z powodu choroby nowotworowej, chociaż można by im tego oszczędzić bez zaprzeczania szans na wyleczenie. W dodatku lekarze grożą, że jeśli nie zmieni się wycena, to w ogóle przestaną wykonywać rekonstrukcje piersi.

Rak gruczołu piersiowego jest jednym z najczęstszych i najgroźniejszych nowotworów złośliwych u kobiet. Od lat 70. na całym świecie wzrasta liczba zachorowań na raka sutka. Każdego roku notuje się około 425 tys. nowych przypadków w Europie i ponad 10 tys. w Polsce. Od roku 2000 w naszym kraju rozpoznaje się rocznie 13 tys. nowych zachorowań. Jak pokazują statystyki Krajowego Rejestru Nowotworów Złośliwych, jeśli dotychczasowy trend zachorowań się utrzyma, to w 2025 r. nastąpi wzrost zachorowań na raka piersi o połowę. Poczieszeniem może być fakt, że wyleczalność tego nowotworu systematycznie rośnie i w Polsce w tej chwili zaczyna przekraczać 60 proc.

Mastektomia nie jest konieczna

Jak w wypadku większości nowotworów litych, a do takich należy nowotwór piersi, obowiązuje terapia skojarzona: oprócz leczenia chirurgicznego także leczenie uzupełniające – chemioterapia, hormonoterapia (czasami obie metody równocześnie), terapia biologiczna i radioterapia.

W wielu renomowanych ośrodkach standardem stały się metody zachowawcze. Na Zachodzie większość kobiet jest kwalifikowana do leczenia oszczędzającego, np. w Europejskim Instytucie Onkologii we Włoszech aż 72 proc. kobiet ma oszczędzoną pierś. W Polsce jednak wciąż prawie u 2/3 pacjentek wykonuje się mastektomię, m.in. z powodu zbyt późnego wykrycia nowotworu. A to najdotkliwsza metoda leczenia. Dla kobiet po operacji ogromnym szokiem jest utrata piersi lub zmiana jej wyglądu. Ma to następstwa nie tylko dla samopoczucia fizycznego, ale także psychicznego. Niektóre pacjentki uważają, że brak piersi zmniejsza ich atrakcyjność, mają poczucie niższej wartości. Do tego dochodzi lęk przed niepowodzeniem leczenia i śmiercią, pojawiają się skłonności do zaburzeń depresyjnych.

W dodatku z amputacją piersi nieuchronnie wiążą się także inne dole-

gliwości – ograniczenie możliwości ruchu ręką po stronie operowanej, usztywnienie okolic stawu barkowego, osłabienie siły mięśniowej i zmniejszenie sprawności ręki. Pojawiają się również skłonności do przyjmowania nieprawidłowej postawy, co skutkuje przygarbieniem, odstawianiem łopatk lub skrzywieniem kręgosłupa. Poważne następstwa ma usunięcie węzłów chłonnych pachowych po stronie operowanej. Chłonka (limfa) nie odpływa wówczas prawidłowo z ręki, co powoduje obrzęk, zwany limfatycznym. Leczenie uzupełniające po operacji (radio- i chemioterapia) też ma skutki uboczne, takie jak osłabienie odporności organizmu, anemia, powikłania kardiologiczne i bóle kostne.

Czy można tego wszystkiego uniknąć? Oczywiście. Jednym ze sposobów jest natychmiastowa rekonstrukcja piersi – w czasie jednej operacji lekarz usuwa nowotwór z częścią lub całą piersią i od razu uzupełnia ubytek. Metoda ta jest stosowana powszechnie w krajach skandynawskich, a także m.in. w Niemczech, Austrii i Szwajcarii. W Polsce jednak rekonstrukcja wykonywana jest zazwyczaj dopiero po zakończeniu leczenia onkologicznego – mniej więcej rok od mastektomii. Dlaczego?

Za droga procedura

– Pod nazwą „natychmiastowa rekonstrukcja piersi” kryją się różne zabiegi: z użyciem protezy, czyli implantu, lub z wypełnieniem ubytku tkankami własnymi chorej z mięśnia prostego brzucha albo mięśnia najszerzego grzbietu – tłumaczy prof. Jan Kulig, kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, krajowy konsultant w dziedzinie chirurgii ogólnej. – W naszym szpitalu przeprowadzamy tego typu zabiegi od 5 lat. Do tej pory wykonaliśmy ich niewiele ponad 50. To kropla w morzu potrzeb, biorąc pod uwagę, że rocznie wykonuje się u nas 200 mastektomii. Moglibyśmy robić więcej rekonstrukcji, ale NFZ płaci za nie na granicy opłacalności. A są to zabiegi skomplikowane, długotrwałe i wymaga-



„ W Polsce rekonstrukcja piersi wykonywana jest zazwyczaj dopiero po zakończeniu leczenia onkologicznego – mniej więcej rok od mastektomii. Dlaczego? ”

jące wielkiego nakładu materiałowego, słowem: kosztowne – dodaje.

Dlatego lekarze mówią wprost: jeśli NFZ nie zmieni wyceny tych procedur, może się okazać, że trzeba będzie w ogóle zrezygnować z ich przeprowadzania. Na razie realny koszt operacji przewyższa dwukrotnie kwotę, jaką otrzymują z NFZ. Profesor Kulig twierdzi wręcz, że wykonywanie rekonstrukcji mogą przejąć kliniki prywatne, nastawione na zabiegi komercyjnie. A to oznacza, że jeszcze mniej kobiet będzie mogło skorzystać z dobrodziejstwa rekonstrukcji.

W dodatku „w kolejce” czekają następne, nowe metody leczenia. Jedną z nich jest tzw. zachowawcza mastektomia, która polega na zachowaniu skóry, brodawki oraz otoczki piersi. Podczas zabiegu badany jest stan węzłów chłonnych pachy oraz przeprowadza się jednoczesne napromienianie elektronami. Dzięki tej

nowatorskiej metodzie nie uszkadza się ściany klatki piersiowej, płuc, serca, a także brodawki, otoczki i skóry – można je zachować. Nie wykazano także, by było to niebezpieczne dla drugiej piersi, z czym trzeba się liczyć przy każdym napromienianiu. Dzięki temu można jednego dnia wykonać operację usunięcia guza, przeprowadzić napromienianie śródoperacyjne i rekonstrukcję piersi.

– Szybkość działania w chorobach nowotworowych ma ogromne znaczenie. Dotychczas stosowane napromienianie pooperacyjne trwa kilka tygodni, podczas gdy śródoperacyjne – najwyżej kilka minut, łącznie z tym udogodnieniem, że urządzenie jest mobilne i można wjechać nim na standardowo wyposażoną salę operacyjną. W przypadkach o niedużym ryzyku na tym etapie można właściwie zakończyć leczenie – wymienia zalety tej metody prof. Marek Nowacki z Centrum Onkologii w Warszawie.

Agnieszka Boruszkowska

Więcej o raku piersi we wrześniu na www.eonkologia.pl