

**RYŚ Bogusława, CZUL Aleksandra, BĄK Ewelina. Nursing care for a 41-year-old patient suffering from breast cancer in a hospital setting. Journal of Education, Health and Sport. 2024;64:63-83. eISSN 2391-8306. <https://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2024.64.004>
<https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/49457>
<https://zenodo.org/records/10827335>**

The journal has had 40 points in Minister of Science and Higher Education of Poland parametric evaluation. Annex to the announcement of the Minister of Education and Science of 05.01.2024 No. 32318. Has a Journal's Unique Identifier: 201159. Scientific disciplines assigned: Physical culture sciences (Field of medical and health sciences); Health Sciences (Field of medical and health sciences). Punkty Ministerialne 40 punktów. Załącznik do komunikatu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 05.01.2024 Lp. 32318. Posiada Unikatowy Identyfikator Czasopisma: 201159. Przypisane dyscypliny naukowe: Nauki o kulturze fizycznej (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu); Nauki o zdrowiu (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu). © The Authors 2024; This article is published with open access at License Open Journal Systems of Nicolaus Copernicus University in Torun, Poland
Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author (s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non commercial license Share alike. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.
The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.
Received: 05.02.2024. Revised: 10.02.2024. Accepted: 28.02.2024. Published: 17.03.2024.

Nursing care for a 41-year-old patient suffering from breast cancer in a hospital setting

Opieka pielęgniarska nad 41-letnią pacjentką w przebiegu raka piersi w warunkach szpitalnych

Bogusława Ryś

mail address: brys@ubb.edu.pl

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-1087-3449>

Affiliation: University of Bielsko-Biala, Bielsko-Biala, Poland; Faculty of Health Sciences

Aleksandra Czul

mail address: aleksandra01b.b@gmail.com

ORCID ID <https://orcid.org/0009-0000-9335-4059>

Affiliation: **Student of the University of Bielsko-Biala, Bielsko-Biala. Poland; Faculty of Health Sciences**

Ewelina Bąk

E- mail address: ebak@ubb.edu.pl

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-2014-3717>

Affiliation: University of Bielsko-Biala, Bielsko-Biala, Poland; Faculty of Health Sciences

Streszczenie

Rak piersi stanowi najczęstszą przyczynę zgonów kobiet na świecie z powodu chorób nowotworowych. Główny wpływ na jego wystąpienie mają czynniki środowiskowe, a w mniejszym stopniu czynniki genetyczne. Złotym standardem w diagnostyce jest mammografia, ale szczególną uwagę należy zwrócić na konieczność edukacji kobiet w coraz młodszy wieku z zakresu samobadania piersi. Leczenie nowotworu piersi obejmuje leczenie chirurgiczne, radioterapię, chemioterapię i hormonoterapię.

Słowa kluczowe

Rak piersi, profilaktyka, opieka pielęgniarska

Abstract

Breast cancer is the most common cause of cancer-related deaths among women in the world. Its occurrence is mainly influenced by environmental factors, and to a lesser extent by genetic factors. The gold standard in diagnosis is mammography, but special attention should be paid to the need to educate women at an increasingly younger age in the field of breast self-examination. Treatment for breast cancer includes surgery, radiotherapy, chemotherapy and hormone therapy.

Keywords: Breast cancer, prevention, nursing care

Wstęp

Nowotworem nazywana jest nieprawidłowa tkanka powstająca z komórki, w której doszło do niekontrolowanych podziałów z nieprawidłowym różnicowaniem się nowo powstałych komórek. Organizm traci wpływ na namnażanie się tych komórek w skutek mutacji genów kodujących białka biorących udział w cyklu komórkowym. Komórki te charakteryzują się nieprawidłowym rozpoznanem przez układ odpornościowy. Nowotwory możemy podzielić na łagodne – nie dające odległych przerzutów, złośliwe – szybko rosnące, dające przerzuty, nie leczone prowadzące do śmierci oraz miejscowo złośliwe – powodujące przecieki na sąsiadujące tkanki. W celu wyeliminowania komórek nowotworowych lub zahamowania ich rozwoju stosowane są standardowe procesy leczenia nowotworów obejmujące chirurgię, chemioterapię i radioterapię, wraz z nowo opracowaną immunoterapią. Najczęstszym nowotworem jest rak płuc, a u kobiet najczęściej diagnozuje się raka piersi, który stanowi również najczęstszą przyczynę zgonów na raka w tej grupie. Szczególnym czynnikiem wpływającym na tak wysoką śmiertelność jest późna diagnoza, wynikająca z bezobjawowego przebiegu choroby w jej początkowej fazie. Starzenie się społeczeństwa ma znaczny wpływ na liczbę występujących przypadków nowotworu piersi. Jednak rak piersi zaczyna być diagnozowany u coraz młodszych kobiet, choć rzadko przed 40. rokiem życia. Zazwyczaj nowotwór piersi u młodych kobiet ma bardziej agresywny przebieg, gorsze rokowanie i mniejsze szanse na przeżycie w porównaniu z osobami starszymi. Ponadto leczenie młodych pacjentów wiąże się z licznymi dodatkowymi wyzwaniami, tj. zachowanie płodności, możliwość kontynuowania ciąży pomimo diagnozy lub problemy z karmieniem piersią. Rak piersi u młodych kobiet jest również problemem społecznym, ponieważ choroba często pojawia się w czasie najwyższej aktywności rodzinnej i zawodowej. Dlatego bardzo ważnym elementem jest profilaktyka, jaką jest samobadanie piersi. Powinno być wykonywane pomiędzy 1 a 10 dniem cyklu menstruacyjnego u kobiet powyżej 20 roku życia, a każdą wykrytą zmianę kobieta powinna zgłaszać swojemu ginekologowi. Ważna jest jednak nauka prawidłowego wykonywania badania oraz edukacja przynoszących w ten sposób korzyści i występujących ograniczeń. Realizowany w Polsce Program Zwalczania Chorób Nowotworowych oparty na współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia ma na celu zwiększenie wiedzy na temat nowotworów, profilaktyki oraz zwiększenie liczby osób biorących udział we wczesnej diagnozie raka piersi. [1, 2]

Cel pracy

Praca ma na celu przedstawienie przypadku pacjentki cierpiącej na raka piersi oraz istotnej roli opieki pielęgniarskiej w farmakoterapii i psychoterapii pacjentki. Została omówiona specyfika problemów pielęgnacyjnych u pacjentek po zabiegu mastektomii. Wybrano temat ze względu na ważne kwestie, takie jak wzrastająca liczba przypadków raka piersi u kobiet w młodszym wieku oraz potrzebę poszerzania wiedzy, między innymi w zakresie profilaktyki.

Definicja raka piersi

Nowotworem piersi nazywamy chorobę polegającą na niekontrolowanych podziałach komórkowych w tkankach piersi, między innymi w przewodach mlekowych i gruczołach wytwarzających mleko, czyli zrazikach. Proces ten nazywany jest transformacją nowotworową. W wyniku tej transformacji powstają nieprawidłowe komórki, które różnią się od komórek macierzystych pod względem budowy i funkcji.[1,2]

Epidemiologia raka piersi

Rak piersi jest najczęstszym, agresywnym rodzajem nowotworu występującym u kobiet na świecie. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 2020 roku stanowi on 24,5% wszystkich nowotworów i ma swój początek w nabłonku gruczołu sutkowego. Jest to również główna przyczyna zgonów kobiet z powodu chorób nowotworowych, z czego śmiertelność wynosi około 14%. W większości przypadków notowany jest w krajach wysoko rozwiniętych oraz o szybkiej dynamice rozwoju (w Azji odnotowano 48,6% wszystkich rozpoznanych raków piersi w porównaniu do 6,9% przypadków w Afryce), a Polska należy do państw z wysokim ryzykiem zachorowania na ten rodzaj raka. Problem ten pogłębia się również wraz ze starzejącym się społeczeństwem, co może przyczynić się do zwiększenia problemu w przyszłości.[1, 3]

Czynniki ryzyka raka piersi

Przyczyna większości przypadków zachorowań na raka piersi nie jest całkowicie poznana. Do głównych czynników zwiększających ryzyko wystąpienia nowotworu są przede wszystkim płeć żeńska oraz wiek tj. szczególne ryzyko po 50 roku życia. Do innych przyczyn należy nosicielstwo mutacji danych genów (między innymi BRCA1 i BRCA2), obecność nowotworu piersi w rodzinie, pierwsza miesiączka przed 12 rokiem życia, opóźniona

menopauza po 54 roku życia, pierwsza ciąża z porodem dziecka żywego odbywający się w późnym wieku, długi okres stosowania hormonalnej terapii zastępczej (HTZ), ekspozycja na promieniowanie jonizujące czy wybrane łagodne schorzenia rozrostowe piersi (na przykład atypowy przerost nabłonka). Należy zwrócić uwagę, że wpływ genetyczny na wystąpienie u kobiet nowotworu piersi wynosi od 5 do 10%, natomiast największa odpowiedzialność spada na czynniki środowiskowe, w tym głównie na prowadzony styl życia. [4, 5]

Objawy raka piersi

Początkowe stadium nowotworu przebiega bez wystąpienia objawów. Do najczęstszych symptomów raka piersi należą:

- guz – wyczuwany najczęściej metodą palpacyjną, jako twarda, nieostro odgraniczona od pobliskich tkanek, pojedyncza zmiana zazwyczaj niebolesna,
- zmiany skórne – takie jak jej wciągnięcie, często występuje naciek, obrzęk, owrzodzenie, zaczerwienienie czy objaw „skórki pomarańczy”,
- zmiany w obrębie brodawki – owrzodzenie brodawki, wyciek z brodawki, wciągnięcie brodawki,
- powiększenie węzłów chłonnych,
- dolegliwości bólowe,
- cechy zapalenia – obrzęk, zaczerwienienie, ból czy podwyższone ucieplenie piersi,
- asymetria piersi – nieprawidłowości w ułożeniu brodawek czy symetrii obrysu piersi.

[6]

Diagnostyka raka piersi

Samobadanie piersi (BSE - breast self-examination)

Przez przeprowadzone samodzielne badanie piersi kobiety mogą rozpoznać nieprawidłowości w ich wielkości i kształcie oraz wszelkie występujące zmiany od 10 milimetrów średnicy. Edukacja na temat sposobu wykonywania samobadania piersi ma na celu naukę na co zwrócić uwagę podczas oglądania piersi, poprawnego wykonywania badania palpacyjnego, badania węzłów chłonnych i wycieku z brodawek, poza tym zwiększa się świadomość nowotworu wśród kobiet. Badanie należy wykonywać raz na miesiąc między 1 a 10 dniem cyklu menstruacyjnego. BSE jest metodą ogólnodostępną, niewymagającą szczególnego przeszkolenia, możliwą do wykonania w warunkach domowych. Należy jednak

pamiętać, że nie jest to wystarczające rozwiązanie w diagnostyce nowotworów i powinno być uzupełnione badaniami obrazowymi. [5, 7]

Mammografia (MMG)

Mammografia jest uważana za złoty standard w celu wczesnego wykrywania raka piersi z wykorzystaniem promienia rentgenowskiego, dzięki czemu możliwe jest zaobserwowanie zmian niewyczuwalnych podczas badania palpacyjnego. Badanie wykonuje się w dwóch projekcjach:

- skośnej (przysrodkowo – bocznej) – służącej do oceny gruczołu piersiowego,
- kraniokaudalnej – jako uzupełnienie projekcji skośnej.

Każda kobieta po 40 roku życia powinna mieć raz na rok wykonywaną mammografię (wcześniej u kobiet w grupie większego ryzyka zachorowania). Poza tym badanie jest szczególnie wskazane u osób będących nosicielami mutacji genów BRCA1 i BRCA2 oraz jako oszacowanie zmian pod względem ich zaawansowania przed operacją, do oceny efektów chemioterapii i mastektomii czy podczas możliwości wystąpienia wznowy miejscowej. Do głównych wad tego badania obrazowego należy mniejsza wykrywalność podczas badań piersi o dużej gęstości, szczególnie u młodszych osób. Innym mankamentem jest wystawienie na promieniowanie rentgenowskie, szkodliwe w większych dawkach czy ścisk piersi mogący powodować przerzuty zmiany wewnątrz piersi i dalszych części organizmu między innymi poprzez pęknięcia naczyń krwionośnych. [5, 6]

W celu oceny charakteru występującej zmiany Amerykańskie Towarzystwo Radiologiczne opracowało system BIRADS (*Breast Imaging Reporting and Data System*) oceniający prawdopodobieństwo jej złośliwości. Wyróżnia się dwie grupy skali:

niekompletną – gdzie wymagane są dodatkowe badania diagnostyczne,

kompletną – charakteryzującą się na 6 kategorii

1 – obraz piersi prawidłowy,

2 – łagodna zmiana,

3 – prawdopodobnie łagodna zmiana (konieczne dalsze badania kontrolne),

4 – podejrzana zmiana (zalecana ocena mikroskopowa),

5 – złośliwa zmiana (konieczna ocena mikroskopowa),

6 – rozpoznany nowotwór piersi. [6]

Ultrasonografia (USG)

Ultrasonografia piersi jest badaniem uzupełniającym mammografię, natomiast nie powinno jej zastępować. Szczególnie umożliwia różnicowanie zmian litych i torbielowatych, jednak jej czułość bywa niewielka u kobiet o niskiej gęstości piersi. Główną zaletą badania jest brak ekspozycji na promieniowanie rentgenowskie i nieinwazyjność, dzięki czemu może być zastosowane u młodych i kobiet w ciąży. Poza tym USG możliwa jest analiza pachowych węzłów chłonnych, a także do wykonywania biopsji. Do wad badania należy niższa czułość do wykrywania zmian płynnych od litych. [5, 7]

Rezonans magnetyczny (MRI)

Badanie jest bardzo precyzyjnie obrazuje tkanki miękkie i przepływ krwi, czego nie można wykonać innymi metodami obrazowymi. Podobnie jak USG jest nieinwazyjne i bezpieczne dzięki braku wykorzystywania promieniowania rentgenowskiego. Najczęściej stosowane jako uzupełnienie mammografii, zwiększając wykrywalność zmian złośliwych. [5, 7]

Pozytonowo tomografia emisyjna (PET)

PET polega na wykryciu wyższego metabolizmu glukozy w komórkach nowotworowych. Badaniu wykorzystuje się w celu wykrycia zmian złośliwych i przerzutowych zmian nowotworowych, zwłaszcza z guzów litych oraz pomaga stwierdzić efektywność zastosowanego leczenia. [7]

Badania mikroskopowe

Wykonanie badania mikroskopowego jest niezbędnym elementem do prowadzenia dalszego leczenia. Wykorzystywane jest nie tylko w wykrywaniu, ale też i w rozpoznaniu występującego nowotworu. Badanie można wykonać również u kobiet w ciąży i w czasie laktacji. Stosowana jest:

- biopsja aspiracyjna cienkoigłowa (BAC),
- biopsja gruboigłowa (BAG),
- biopsja gruboigłowa wspomaganą próżnią (VAB). [8]

Stopnie zaawansowania raka piersi

Stopnie zaawansowania nowotworu piersi odbywa się w opracowaniu o VIII edycję Klasyfikacji TNM według UICC/AJCC z 2017 roku, stosowaną u kobiet jak i u mężczyzn. W celu skorzystania ze skali klinicznej TNM niezbędne jest pozytywne rozpoznanie nowotworu w badaniach przedmiotowych oraz obrazowych. Natomiast w skali patologicznej pTNM konieczne są dane wynikające z badań histopatologicznych.

Klasyfikacja kliniczna TNM

T (*tumor*) – guz pierwotny:

- Tx – guz nie możliwy do oceny,
- T0 – brak obecności cech guza pierwotnego,
- Tis – nowotwór *in situ*,
 - Tis(DCIS) – przewodowy przedinwazyjny,
 - Tis(LCIS) – zrazikowy przedinwazyjny,
 - Tis(Paget) – schorzenie Pageta brodawki sutkowej,
- T1 – wymiary guza nie przekraczają 2cm,
 - T1mi – do 0,1 cm
 - T1a – od 0,1 do 0,5 cm,
 - T1b – od 0,5 do 1 cm,
 - T1c – od 1 do 2 cm,
- T2 – wymiary guza od 2 do 5 cm,
- T3 – wymiary guza od 5 cm,
- T4 – guz bez względu na wymiary szerzy się na ściany klatki piersiowej i skórę,
 - T4a – naciek na ściany klatki piersiowej,
 - T4b – owrzodzenia, guzki satelitarne i obrzęk skóry,
 - T4c – jednoczesne wystąpienie T4a i T4b,
 - T4d – nowotwór zapalny,

N (*nodules*) – regionalne węzły chłonne:

- NX – węzły chłonne niemożliwe do oceny,
- N0 – brak przerzutów,
- N1 – przerzut w ruchomych węzłach chłonnych pachowych I i II piętra,
- N2

- N2a – przerzut w nieruchomych lub tworzących pakiet węzłach chłonnych pachowych I i II piętra,
- N2b – węzłach chłonnych piersiowych wewnętrznych przy braku przerzutów do węzłów chłonnych pachowych,
- N3
 - N3a – przerzut w węzłach chłonnych podobojczykowych,
 - N3b – węzłach chłonnych piersiowych wewnętrznych i pachowych,
 - N3c – węzłach chłonnych nadobojczykowych,

M (*metastases*) –przerzuty odległe:

- M0 – brak odległych przerzutów,
- M1 – obecność odległych przerzutów.

Klasyfikacja patologiczna pTNM

pT – guz pierwotny:

- pTx – guz nie możliwy do oceny,
- pT0 – brak obecności cech guza pierwotnego,
- pTis – nowotwór *in situ*,
 - pTis(DCIS) – przewodowy przedinwazyjny,
 - pTis(LCIS) – zrazikowy przedinwazyjny,
 - pTis(Paget) – schorzenie Pageta brodawki sutkowej,
- pT1 – wymiary guza nie przekraczają 2 cm,
 - pT1mi – do 0,1 cm
 - pT1a – od 0,1 do 0,5 cm,
 - pT1b – od 0,5 do 1 cm,
 - pT1c – od 1 do 2 cm,
- pT2 – wymiary guza od 2 do 5 cm,
- pT3 – wymiary guza od 5 cm,
- pT4 – guz bez względu na wymiary szerzy się na ściany klatki piersiowej i skórę,
 - pT4a – naciek na ściany klatki piersiowej,
 - pT4b – owrzodzenia, guzki satelitarne i obrzęk skóry,
 - pT4c – jednoczesne wystąpienie T4a i T4b,
 - pT4d – nowotwór zapalny,

pN – regionalne węzły chłonne:

- pNX – węzły chłonne niemożliwe do oceny,
- pN0 – brak przerzutów,
- pN1 – mikroprzerzuty i przerzuty obecne w od 1 do 3 regionalnych węzłów chłonnych pachowych,
 - pN1mi – mikroprzerzuty większe niż 0,2 mm lub ponad 200 komórek,
 - pN1a – przerzuty w od 1 do 3 regionalnych węzłach chłonnych pachowych, w tym co najmniej jeden o wymiarze ponad 2 mm,
 - pN1b – mikroprzerzuty i przerzuty w węzłach chłonnych piersiowych wewnętrznych,
 - pN1c – jednoczesne wystąpienie N1a i N1b,
- pN2 – przerzuty obecne w od 4 do 9 regionalnych węzłach chłonnych pachowych,
 - pN2a – przerzuty w od 4 do 9 regionalnych węzłach, w tym co najmniej jeden o wymiarze ponad 2 mm,
 - pN2b – mikroprzerzuty i przerzuty w węzłach chłonnych piersiowych wewnętrznych, gdy nie występują przerzuty w węzłach chłonnych pachowych,
- pN3
 - pN3a – przerzuty w co najmniej 10 regionalnych węzłach chłonnych lub podobojczykowych,
 - pN3b – w co najmniej 3 węzłach chłonnych pachowych i piersiowych wewnętrznych,
 - pN3c – przerzuty w węzłach chłonnych nadobojczykowych,

pM – przerzuty odległe:

- pM0 – brak odległych przerzutów,
- pM1 – obecność odległych przerzutów potwierdzonego klinicznie lub patologicznie.[5, 7]

Stopnie zaawansowania klinicznego według klasyfikacji pTNM

- Stopień I – Tis, N0, M0,
- Stopień IA – T1, N0, M0,
- Stopień IB – T0-T1, N1mi, M0,
- Stopień IIA – T0-T1, N1, M0 / T2, N0, M0,
- Stopień IIB – T2, N1, M0 / T3, N0, M0,
- Stopień IIIA – T0-T2, N2, M0 / T3, N1-N2, M0,

- Stopień IIIB – T4, N0-N2, M0,
- Stopień IIIC – T1-T4, N3, M0,
- Stopień IV – T1-T4, N0-N3, M1. [8]

Leczenie raka piersi

Leczenie oszczędzające (Breast-conserving surgery – BCS)

Zabieg oszczędzający piersi (BCS) jest stosowany u kobiet z zaawansowanym nowotworem piersi I i II stopnia według skali TNM. Polega na całkowitym usunięciu pierwotnej zmiany nowotworowej wraz z częścią zdrowych tkanek i węzłami chłonnymi, pozostawiając większość piersi w stanie nienaruszonym. Leczenie oszczędzające obejmuje również radioterapię, jednak jej przeprowadzenie jest uzależnione od zgody pacjentki. W przypadku ubytków tkanki stosowane są techniki chirurgii plastycznej, w tym symetryzacja drugiej piersi. U pacjentek z dużymi guzami pierwotnymi przed zabiegiem oszczędzającym zaleca się leczenie systemowe w celu zmniejszenia rozmiaru guza i uzyskania lepszego efektu kosmetycznego. Jednakże u kobiet mogą pojawić się niepożądane skutki, takie jak tkliwość, stan zapalny czy zmiana wyglądu piersi.[9, 10]

Mastektomia

Mastektomia jest zabiegiem polegającym na amputacji całej piersi wraz ze skórą, która pokrywa gruczoł. Stosowana jest u kobiet:

- z zaawansowaniem raka stopnia I, IIA i IIB,
- ze względów medycznych nie mogących przystąpić do BCS, tj. brak możliwości wycięcia całego guza, niemożliwy dobry efekt kosmetyczny, przeciwwskazania do zastosowania pooperacyjnej radioterapii, rozpoznanie w I trymestrze ciąży (konieczność odroczenia radioterapii co zwiększa ryzyko nawrotu),
- niewyrażających zgodę na BCS m.in. ze względu na konieczność późniejszej radioterapii uzupełniającej.

Wyróżnia się mastektomię prostą polegającą na wycięciu gruczołu piersiowego z pozostawieniem nienaruszonych węzłów chłonnych oraz mastektomię radykalną wiążącą się z wycięciem węzłów limfatycznych pachowych. Niemniej jednak utrata piersi prowadzi do poczucia utraty obrazu siebie, a w konsekwencji do depresji u większość kobiet. [8, 9, 10]

Rekonstrukcja piersi

Po zabiegu mastektomii możliwe jest zastosowanie protez zewnętrznych jednak mogą one być niewygodne szczególnie dla kobiet o dużych piersiach, dlatego każda kobieta ma możliwość skorzystania z zabiegu rekonstrukcji w celu poprawy wyglądu piersi po wycięciu nowotworu. Ma to pozytywny wpływ na poczucie komfortu i jakość życia pacjentki. Zabieg jest powszechnie stosowany u kobiet, które nie mogą poddać się leczeniu oszczędzającemu pierś oraz u których występuje zwiększone dziedziczne zagrożenie raka piersi. W tym celu wykorzystywany jest protetyczny implant lub autologiczna tkanka, bądź oba jednocześnie. Pomimo zastosowanej metody, może dojść do nawrotu w zrekonstruowanej piersi, a w przypadku autologicznych tkanek może dojść do m.in. martwicy tkanki tłuszczowej. [9]

Chemioterapia

Chemioterapia polega na podaniu kombinacji leków dostosowanych indywidualnie pod pacjenta, toksycznych dla komórek nowotworowych. Szczególnie jest zalecana u pacjentów z chorobą o wysokim ryzyku nawrotu, przed lub po operacji w zależności od stanu pacjenta. Chemioterapia może być przepisana w celu zarządzania przerzutowym rakiem piersi, aby zminimalizować lub spowolnić jego rozwój. Może być również podawana w celu zmniejszenia niektórych objawów. Decyzja o zastosowaniu chemioterapii powinna być oparta na wyważeniu potencjalnych korzyści w zakresie przeżycia z chorobami współistniejącymi u pacjenta i ryzykiem wystąpienia powikłań takich jak obniżenie poziomu płytek krwi i leukocytów, zmniejszenie odporności organizmu, wypadanie włosów, niedokrwistość, wymioty, biegunki czy zaparcia. [5, 9, 11]

Radioterapia

Radioterapia polega na zastosowaniu dawki promieniowania jonizującego w obrębie chorej piersi i węzłów chłonnych, przed lub po operacji. Zastosowanie radioterapii może nastąpić po operacji raka piersi, aby zniszczyć pozostałe komórki w okolicy klatki piersiowej, jak i w celu zminimalizowania dolegliwości bólowych. Wadami tego rodzaju terapii są tkliwość, wystąpienie zmian skórnych, sztywność i ból mięśni czy uczucie zmęczenia. [5, 9]

Hormonoterapia

Hormonoterapia polega na hamowaniu wytwarzania konkretnych hormonów bądź blokowaniu ich dostępu do komórek nowotworu, która dzięki temu nie może się dzielić i rozrastać. Leki można stosować jednocześnie z innymi terapiami i operacjami. Wybór leku zależy od stanu menopauzalnego w jakim znajduje się kobieta. W hormonoterapii stosowane jest również blokowanie czynności hormonalnej jajników poprzez ich usunięcie lub odwracalną farmakologiczną supresję. Do tego rodzaju terapii klasyfikują się kobiety przed wystąpieniem menopauzy. [5, 8]

Studium indywidualnego przypadku

Opis pacjentki

K. A., 41-letnia mężatka o wykształceniu zawodowym, pracuje jako fakturzystka w sklepie spożywczym. Mieszka z mężem i córką w domu jednorodzinnym w Bielsku-Białej, a jej sytuacja ekonomiczna jest dobra, nie ma też żadnych nałogów. Pacjentka posiada duże wsparcie w rodzinie, która pomaga jej w przebiegu choroby oraz w jej akceptacji. Podczas wywiadu stwierdzono, że matka pacjentki chorowała na raka piersi, ale nie zanotowano innych chorób przewlekłych u innych członków rodziny.

Pacjentka przyjęta na oddział chirurgii onkologicznej z rozpoznaniem dwuogniskowego nowotworu prawej piersi T1cN1M0 w ćwiartce dolnej zewnętrznej sutka. Brak występujących chorób współistniejących.

Dane z wywiadu przeprowadzonego z chorą w dniu przyjęcia na oddział oraz ocena stanu fizycznego poszczególnych układów:

- narząd ruchu – porusza się samodzielnie, sprawność pełna we wszystkich kończynach, nie zgłasza dolegliwości bólowych,
- układ nerwowy – w pełnej świadomości, w kontakcie logicznym, brak nieprawidłowości w zakresie układu,
- układ sercowo-naczyniowy – tętno miarowe, rytmiczne, dobrze napięte, 65 uderzeń na minutę, ciśnienie tętnicze 131/74 mmHg, brak obrzęków, sinicy czy dolegliwości bólowych,
- układ oddechowy – 14 oddechów na minutę, bezwonny, bez kaszlu i duszności,

- układ pokarmowy – waga: 71 kg, wzrost: 172 cm, BMI: 24 (waga prawidłowa), brak stosowanych diet, apetyt dobry, użębienie pełne, prawidłowy odruch połykania,
- układ moczowo-płciowy – diureza dobową normalną, oddawanie moczu prawidłowe przy braku dolegliwości bólowych. Pacjentka miesiączkuje regularnie, nieboleśnie, obficie, jedna ciąża z porodem naturalnym przebiegającym bez komplikacji,
- zmysły – wzrok, słuch, węch, smak i czucie prawidłowe,
- skóra – w dobrym stanie higienicznym, bez zmian, wilgotna, dobrze napięta,
- stan psychiczny – pacjentka posiada pełne możliwości rozumienia, zapamiętywania, w kontakcie logicznym, w pełni zorientowana co do miejsca, czasu i celu pobytu w szpitalu, pacjentka wykazuje reakcje akceptacji choroby.

Przeszłość chorobowa pacjentki

Luty 2022 – pacjentka podczas samobadania piersi wyczuwa niewielką, pojedynczą zmianę. Opisuje ją jako twardą i niebolesną. Poza tym zauważa objawy zapalenia – obrzęk i delikatne zaczerwienienie prawej piersi. Pacjentka zgłasza się do lekarza rodzinnego, który kieruje ją na wykonanie badań diagnostycznych.

Marzec 2022 – wykonano badanie USG, w którym wykryto dwie kilkumilimetrowe zmiany w prawej piersi. W skali BIRADS wyznaczono poziom 4. Podczas badania mikroskopowego przeprowadzono biopsję aspiracyjną cienkoigłową (BAC), z pomocą której pobrano bogato komórkowy materiał diagnostyczny. Rozpoznano komórki nowotworowe złośliwe z występowaniem licznych podziałów mitotycznych, w tym atypowych. Pacjentkę skierowano w trybie pilnym do poradni onkologicznej.

Kwiecień 2022 – przeprowadzono badanie MMG. Duża gęstość piersi pacjentki spowodowała obniżoną czułość badania, przez co konieczne było przeprowadzenie kolejnego badania obrazowego. W piersi lewej nie wykazano występowania zmian. W USG piersi i pachy odnotowano okołobrodawkową, owalną zmianę o wielkości około 4 milimetrów oraz zlokalizowaną obwodowo zmianę o średnicy 6 milimetrów przeznaczoną do dalszej diagnostyki. W dołach pachowych nie uwidoczniono patologicznych węzłów chłonnych.

Maj 2022 – w badaniu TK nie stwierdzono zmian w obrębie płuc, opłucnej i serca pacjentki. Brak zmian patologicznych w świetle tchawicy i oskrzeli głównych. Nie odnotowano powiększenia węzłów chłonnych. Podczas badania MRI wyznaczono BIRADS na poziom 6.

Lipiec 2022 do listopada 2022 – wprowadzono wstępną immunochemioterapię podawaną w 6 cyklach. Pacjentka podczas leczenia skarżyła się na wypadanie włosów oraz dolegliwości takie jak nudności, wymioty, utrata apetytu i ogólne osłabienie organizmu.

Październik 2022 – przeprowadzono echokardiografię, w której nie wykazano żadnych komplikacji. Przeprowadzono badanie USG i MR z podaniem kontrastu, w którym potwierdzono nowotwór w klasyfikacji klinicznej TNM: T1cN1M0. Obraz z MR odpowiada częściowej regresji nacieku nowotworowego w miększu prawej piersi oraz odnotowane zostały włókniste zmiany dyskretnie wciągające brodawkę sutkową. Węzły pachowe prawe ze zmniejszonymi zmianami w porównaniu do poprzedniego badania obrazowego. Odnotowano BIRADS 6 z częściową regresją zmian.

Listopad 2022 – przeprowadzono zabieg operacyjny polegający na podskórnej amputacji prawej piersi z usunięciem kompleksu brodawka – otoczka i wycięciem węzłów chłonnych jamy pachowej prawej. Operacja odbyła się bez komplikacji.

Obserwacje pacjentki po interwencji chirurgicznej

Po przeprowadzonym zabiegu operacyjnym amputacji piersi pacjentka została przeniesiona z sali operacyjnej na oddział pobytu dziennego chirurgii onkologicznej. Kobieta w kontakcie logicznym, z pełnymi możliwościami psychicznymi i orientacji co do miejsca i czasu. Pacjentce ubrano biustonosz specjalistyczny oraz suchy opatrunek. Z utrzymanych dwóch drenów Redona spływa krwista treść w ilościach 300 mililitrów, włączone zostały leki przeciwkrwotoczne – Cyclonamine 500 miligramów i Exacyl 500 miligramów. Ręka po stronie operowanej ułożona na klinie. Na lewym przedramieniu założono wkłucie obwodowe typu wenflon. Chora nie oddała moczu po zabiegu w wyniku czego założono cewnik Foley’a. Oddech pacjentki wspomagany tlenem 4 litry na minutę. W pompie podawany Oxynorm 20 miligramów w przepływie 2 mililitry na godzinę. Zostaje prowadzona obserwacja pod kątem wystąpienia obrzęku limfatycznego. W godzinach nocnych zaobserwowano lekki obrzęk rany – palpacyjnie miejsce wokół rany twarde, obrzęknięte, zastosowano układ chłodzący z lodu i zastosowano bandaż uciskowy. Pacjentka zgłasza nudności, wymioty i ogólne osłabienie organizmu. Zostaje prowadzona karta obserwacyjna.

W pierwszej dobie po zabiegu operacyjnym chora skarżyła się na problemy ze snem wynikające z bólu rany pooperacyjnej. Pacjentka zostaje pionizowana i zostają wprowadzone ćwiczenia fizjoterapeutyczne ćwiczeń ręki po stronie operowanej w celu uniknięcia wystąpienia obrzęku. Ponadto chorej doskwierały nudności i zawroty głowy występujące szczególnie podczas pionizacji oraz zmniejszenie łaknienia. Zostaje usunięty cewnik Foley’a.

Prowadzona zostaje profilaktyka przeciwbólowa. Z drenu spływa krwista treść w ilości 100 mililitrów. Zaobserwowano zmniejszenie obrzęku.

W drugiej dobie podczas zmiany opatrunku i oceny stanu miejsca operowanego zaobserwowano toczący się stan zapalny, wobec czego zastosowano opatrunek na bazie Metrodnidazolu. Zostaje usunięte wkłucie obwodowe. W drenie odnotowano 100 mililitrów treści surowiczo – krwistej. Kontynuowane są ćwiczenia fizjoterapeutyczne.

Podczas czwartej doby podczas kontroli opatrunku odnotowano ranę czystą, bez cech infekcji, zmieniono opatrunek. W drenie 10 mililitrów treści czysto surowiczej, zdecydowano o wyciągnięciu drenów. Konieczna kontrola w poradni chirurgicznej za tydzień. Pacjentka w stanie ogólnym dobrym wypisana z oddziału, przekazano rodzinie. Wydano zalecenia odnośnie pielęgnacji rany.

Proces pielęgnowania

1. Problem pielęgnacyjny: dyskomfort spowodowany bólem rany pooperacyjnej.

Cel opieki: zmniejszenie bólu do stopnia akceptowalnego przez pacjentkę.

Interwencje pielęgniarские:

- Ocena występującego bólu – jego lokalizacji, charakteru i nasilenia przy użyciu skali VAS,
- Podanie leków przeciwbólowych zgodnie ze zleceniem lekarskim,
- Zastosowanie pozycji zmniejszającej odczuwany ból – płasko na plecach z lekko uniesionym wezgłowiem,
- Zastosowanie specjalnego klinku pod rękę po stronie operowanej,
- Zalecenie nieobciążania ręki po stronie operowanej i unikania nagłych ruchów,
- Edukacja ćwiczeń oddechowych celu zmniejszenia dolegliwości bólowych,
- Wczesne uruchamianie i pionizacja pacjentki.

2. Problem pielęgnacyjny: obrzęk rany pooperacyjnej.

Cel opieki: zmniejszenie obrzęku, późniejsza kontrola rany pooperacyjnej, niedopuszczenie do wystąpienia krwawienia

Interwencje pielęgniarские:

- Kontrola ilości i charakteru treści w drenie,
- Pomiar i dokumentacja podstawowych parametrów życiowych,

- Kontrola opatrunku rany,
- Ułożenie wyżej prawej ręki,
- Wprowadzenie ćwiczeń fizjoterapeutycznych,
- Stosowanie kompresjoterapii,
- Udział w farmakoterapii.

3. Problem pielęgnacyjny: dyskomfort pacjentki spowodowany występującymi nudnościami.

Cel opieki: złagodzenie występujących nudności.

Interwencje pielęgniarские:

- Ustalenie początku nudności, czasu trwania, okoliczności ich wystąpienia, czynników towarzyszących i nasilających,
- Podawanie płynów obojętnych często, w małych ilościach,
- Podawanie posiłków w sposób estetyczny w małych ilościach a często,
- Utrzymanie odpowiedniej higieny jamy ustnej,
- Zastosowanie pozycji półwysokiej lub wysokiej z głową odchyloną w bok,
- Częste wietrzenie sali pacjentki,
- Udział w farmakoterapii,
- Przyjęcie postawy terapeutycznej.

4. Problem pielęgnacyjny: Dyskomfort spowodowany zawrotami głowy występujący szczególnie podczas prób pionizacji.

Cel opieki: Szybka i sprawna pionizacja pacjentki bez odczuwanego dyskomfortu.

Interwencje pielęgniarские:

- Przygotowanie psychiczne pacjentki do próby pionizacji i edukacja celowości szybkiej aktywizacji po zabiegach operacyjnych,
- Pomiar podstawowych parametrów życiowych przed pionizacją,
- Aktywizacja wykonywana etapowo, bez gwałtownej pionizacji,
- Asekuracja pacjentki podczas siadania, wstawania, pionizacji,
- Kontrola pacjentki pod kątem niepokojących objawów podczas aktywizacji (zawroty głowy, dolegliwości bólowe).

5. Problem pielęgnacyjny: zaburzenia snu związane z bólem rany pooperacyjnej.

Cel opieki: przywrócenie właściwego rytmu snu u pacjentki.

Interwencje pielęgniarские:

- Zapewnienie pacjentce spokoju, ciszy i poczucia bezpieczeństwa,
- Edukacja technik relaksacyjnych,
- Zachęcanie do wyciszających czynności przed snem (np. czytanie książek, słuchanie spokojnej muzyki),
- Wywietrzenie sali przed snem,
- Zapewnienie na sali odpowiedniego zaciemnienia,
- Zmniejszenie poziomu odczuwanego bólu m.in. poprzez zapewnienie odpowiedniej pozycji,
- W razie potrzeby udział w farmakoterapii.

6. Problem pielęgnacyjny: deficyt samoopieki pacjentki związany z przebyciem zabiegiem operacyjnym.

Cel opieki: zmniejszenie deficytu u pacjentki.

Interwencje pielęgniarские:

- Ocena poziomu ograniczeń pacjentki podczas wykonywania czynności dnia codziennego,
- Określenie stopnia i rodzaju koniecznej pomocy,
- Wykonywanie czynności pielęgnacyjnych tj. toaleta całego ciała, jamy ustnej, zmiana bielizny pościelowej i osobistej pacjentki,
- Zapewnienie intymności i bezpieczeństwa podczas wykonywanych czynności,
- Pomoc w spożywaniu posiłków,
- Aktywizacja pacjentki do jak największej samodzielności podczas wykonywanych czynności,
- Zaangażowanie rodziny w pomoc pacjentce,
- Przyjęcie postawy terapeutycznej.

7. Problem pielęgnacyjny: ryzyko zakażenia rany pooperacyjnej w okolicy drenu.

Cel opieki: zminimalizowanie ryzyka wystąpienia zakażenia.

Interwencje pielęgniarские:

- Pomiar i dokumentacja podstawowych parametrów życiowych,

- Ocena stanu rany pooperacyjnej i skóry wokół niej pod kątem reakcji niepożądanych (zaczerwienienie, obrzęk, wysięk, ból),
- Codzienna dezynfekcja rany i zmiana opatrunku z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki,
- Zabezpieczenie drenu przed mechanicznym uszkodzeniem,
- Codzienna wymiana pojemnika z drenu i utrzymywanie go poniżej poziomu łóżka,
- Kontrola i dokumentacja ilości oraz charakteru treści w drenie,
- Kontrola drożności drenu pod kątem wystąpienia zakrzepów.

8. Problem pielęgnacyjny: ryzyko zakażenia związane z zastosowaniem wkłucia obwodowego typu wenflon.

Cel opieki: Zminimalizowanie ryzyka zakażenia.

Interwencje pielęgniarские:

- Obserwacja pacjenta pod kątem objawów zakażenia (podwyższona temperatura, tętno),
- Zastosowanie prawidłowej techniki założenia kaniuli z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki,
- Prawidłowe założenie opatrunku w miejscu wkłucia, dbanie o jego czystość,
- Kontrola skóry pacjentki w okolicy miejsca wkłucia, pod kątem wystąpienia zaczerwienienia, obrzęku, dolegliwości bólowych,
- Jałowe przygotowanie i podawanie leków,
- Zapewnienie ciągłego przepływu przez kaniule,
- Zabezpieczenie kaniuli przed wyrwaniem czy zamoczeniem.

9. Problem pielęgnacyjny: Ryzyko zakażenia związane z założeniem cewnika Foley'a.

Cel opieki: brak dyskomfortu odczuwanego przez pacjentkę, zmniejszenie ryzyka wystąpienia zakażenia.

Interwencje pielęgniarские:

- Regularna toaleta krocza,
- Worek na mocz trzymany poniżej poziomu pęcherza moczowego,
- Prowadzenie bilansu płynów,
- Regularne opróżnianie worka na mocz,
- Kontrola jakości i ilości moczu,

- Obserwacja pacjentki pod względem wystąpienia zakażenia (podwyższona temperatura, ból, złe samopoczucie),
- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki.

10. Problem pielęgnacyjny: Ryzyko choroby zakrzepowo-zatorowej związane z unieruchomieniem.

Cel opieki: zmniejszenie ryzyka wystąpienia choroby, edukacja pacjentki celowości szybkiej i sprawnej aktywizacji.

Interwencje pielęgniarские:

- Zastosowanie profilaktyki przeciwzakrzepowej (m.in. bandażowanie nóg przed zabiegiem operacyjnym)
- Wczesne pionizowanie pacjentki,
- Edukacja celowości ćwiczeń fizjoterapeutycznych,
- Zastosowanie udogodnień w łóżku w postaci wałków, klinów,
- Zmiana pozycji ciała co 2 godziny,
- Obserwacja stanu kończyn pacjentki pod kątem zaczerwienienia, zasinienia, obrzęków czy bólu,
- Podanie leków przeciwzakrzepowych według zleceń lekarza.

11. Problem pielęgnacyjny: zmniejszenie pewności siebie pacjentki przez zmieniony wizerunek.

Cel opieki: zwiększenie poczucia wartości przez pacjentkę.

Interwencje pielęgniarские:

- Przyjęcie postawy terapeutycznej,
- Rozmowa z pacjentką i budowanie zaufania,
- Udzielanie wsparcia emocjonalnego,
- Edukacja doboru protezy piersi,
- Poinformowanie o istnieniu grupy wsparcia Amazonki,
- Umożliwienia rozmowy z psychologiem.

12. Problem pielęgnacyjny: deficyt wiedzy pacjentki na temat samoopieki w środowisku domowym.

Cel opieki: zwiększenie poziomu wiedzy pacjentki.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena poziomu deficytu wiedzy pacjentki z zakresu samoopieki,
- Uzupełnienie wiedzy pacjentki na podstawie rozpoznanych braków,
- Edukacja pacjentki pod kątem zmiany opatrunku i oszczędzania strony operowanej,
- Edukacja pacjentki na temat samoobserwacji,
- Udostępnienie edukacyjnych materiałów (broszur, ulotek),
- Zaangażowanie rodziny w opiekę nad pacjentką.

Karta zaleceń pielęgniarskich

Zalecenia dla pacjentki:

- Nie dotykać rany pooperacyjnej i zdejmować opatrunku, jeśli nie jest to konieczne.
- Codziennie stosować toaletę całego ciała w celu oczyszczania powierzchniowych zanieczyszczeń mogących być źródłem zakażenia:
 - korzystać z prysznicza, nie z wanny,
 - unikać kontaktu opatrunku z wodą,
 - delikatnie osuszać przez dotykanie, nie pocieranie,
 - dwa dni po usunięciu szwów możliwe jest zdejmowanie opatrunku podczas kąpieli.
- Podczas zmiany opatrunku rany pooperacyjnej należy:
 - myć ręce przed każdym kontaktem z raną pooperacyjną,
 - używać rękawiczek jednorazowych,
 - delikatnie usunąć poprzedni opatrunek z rany,
 - ranę i pole pooperacyjne zdezynfekować środkiem odkażającym (np. Octenisept) w kierunku od rany na zewnątrz i odczekać do jego wyschnięcia,
 - założyć sterylny opatrunek (sterylne gaziki, gaza, opatrunek sterylny dostosowany do wielkości rany),
 - po czterech dniach od zabiegu można pozostać bez opatrunku.
- Nie wystawiać ranę operacyjną na działanie zbyt wysokich lub niskich temperatur.
- Obserwować miejsce operowane pod kątem wystąpienia niepokojących objawów takich jak gorączka, zaczerwienienie, obrzęk lub ocieplenie rany i w razie konieczności skontaktować się z lekarzem.

- Należy pamiętać o wizycie kontrolnej w wyznaczonym terminie w poradni chirurgicznej lub u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w celu kontroli gojenia się rany pooperacyjnej.
- Zalecane jest unikać biustonoszów z fiszbinami.
- Pić zwiększoną ilość płynów 1,5-2 litrów na dobę i spożywać 4-5 posiłków dziennie.
- Koniecznie trzeba ograniczyć wysiłek fizyczny, aby nie spowodować rozejścia się brzegów rany czy wystąpienia obrzęków. Natomiast do czterech tygodni po stronie operowanej zminimalizować ruch w stawie barkowym.
- Podczas snu unikać leżenia na stronie operowanej.
- Prowadzić regularne ćwiczenia fizjoterapeutyczne.

Piśmiennictwo

- [1] Bojakowska U, Kalinowski P, Kowalska M, Epidemiologia i profilaktyka raka piersi. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016; 6(8): 701-710
- [2] Radecka B, Litwiniuk M, Breast cancer in young women. *Ginekol Pol*. 2016; 87(9): 659-663
- [3] WHO. Global Cancer Observatory. Dostępny w Internecie: <https://gco.iarc.fr> [dostęp: 04.05.2023]
- [4] Jeznach M, Jordan P, Akoulitchew A, Breast cancer: development of early non-invasive diagnostics to reduce disease mortality and psychological outcomes. *Psychoonkologia*. 2013;17(2):35-49.
- [5] Klimaszewska K, Grądzka K, Nowotwór piersi – diagnostyka i leczenie. [w:] Klimaszewska K, Krajewska – Kułak E (red.) Rola zespołu interdyscyplinarnego w opiece nad pacjentami onkologicznymi. Uniwersytet Medyczny. Białystok 2021: s. 121 – 137
- [6] Jeziorski A, Rutkowski P, Wysocki W, Chirurgia onkologiczna. Wyd. 1. Tom 2. PZWL, Warszawa 2019
- [7] Kolak A, Kamińska M, Sygit K, Budny A, Surdyka D, Kukiełka-Budny B, et. al. Primary and secondary prevention of breast cancer. *Ann Agric Environ Med*. 2017;24(4):549-553
- [8] Jassem J, Krzakowski M, Bobek-Billewicz B, Duchnowska R, Jeziorski A, Olszewski W, et. al. Rak piersi. [w:] Rutkowski P, Krzakowski M (red.) Onkologia w praktyce. ViaMedica 2015: s. 24 – 52
- [9] Akram M, Iqbal M, Daniyal M, Khan AU, Awareness and current knowledge of breast cancer. *Biol Res*. 2017; 50(1): 1 – 33

[10] Wallner G, Banasiewicz T, Chirurgia. Wyd. 1. Tom 4. PZWL, Warszawa 2022

[11]McDonald ES, Clark AS, Tchou J, Zhang P, Freedman GM, Clinical Diagnosis and Management of Breast Cancer. J Nucl Med. 2016; 57: 9-16