

Fyzioterapie u pacientky po ablaci prsu

Kateřina Vaníková, Eva Buchtelová

Fakulta zdravotnických studií, Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem

Východiska: Karcinom prsu u žen představuje po nemelanomových kožních zhoubných novotvarech nejčastější zhoubný nádor u ženské populace. Operace prsu pro karcinom představuje zásah do pohybového systému operovaných žen. Nejvýrazněji se změny pohybového systému projevují v podobě omezeného rozsahu pohybu a poruchy pohybového stereotypu v oblasti pletence horní končetiny.

Cíl: Cílem sdělení je poukázat na možnosti využití fyzioterapeutických postupů, metod a konceptů u ženy po ablaci prsu.

Závěr: Komplexní fyzioterapie nabízí množství prostředků, jež mohou přispět ke zvýšení kvality života operovaných žen.

Klíčová slova: fyzioterapie, karcinom prsu, ramenní kloub.

The physiotherapy in woman after breast surgery

Background: After non-melanoma skin malignant tumours breast cancer is the most frequent malignant tumour among female population. In cancer cases breast surgery intervenes in the musculoskeletal system of women undergoing such an operation. The most significant changes in the musculoskeletal system appear as movement function limitation of an upper extremity girdle, changing of a motion stereotype in a shoulder joint part.

Objective: The goal of this study is to highlight the possibilities of physiotherapy techniques, methods and concepts that can be successfully applied when treating women after breast surgery.

Conclusion: Complex physiotherapy offers a number of resources that can contribute to life quality improvement among operated women.

Key words: physiotherapy, breast carcinoma, shoulder joint.

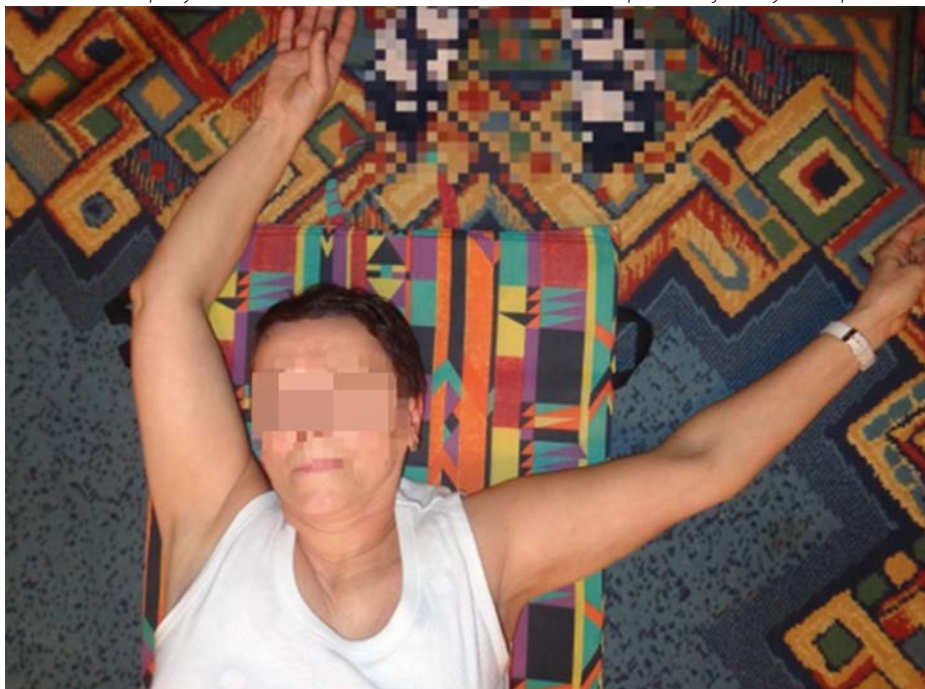
Úvod

Karcinom prsu u žen představuje po nemelanomových kožních zhoubných novotvarech nejčastější zhoubný nádor u ženské populace. V incidenci zhoubných novotvarů prsu u žen obsazuje ČR světové 30. místo a v Evropě 18. nejvyšší pozici, v mortalitě obsazuje ČR světové 118. místo a v Evropě 37. místo. V roce 2014 bylo zjištěno 7 008 případů, což v přepočtu na 100 tisíc žen představovalo 130,9 případů. Přestože je léčba karcinomu prsu u žen, zvláště v raných stádiích, velmi úspěšná, je karcinom prsu u žen druhou nejčastější onkologickou příčinou smrti u žen. V roce 2014 zemřelo na tuto diagnózu 1 581 žen, tedy 29,5 ze 100 tis. žen. Celkově jsou pak nádory prsu příčinou

úmrtí 3 % žen v populaci. Pozitivním zjištěním však je, že zatímco incidence mezi roky 2004–2014 vzrostla o 19,5 %, ve stejném období mortalita naopak o 17,9 % klesla. Na uvedeném jevu se podílí jak vyšší léčebná efektivita, tak časnější diagnostika díky zavedeným screeningovým programům mammologických center (1). Přestože jsou onkochirurgické výkony ošetřující prs, pokud je to možné, velmi šetrné a méně invazivní (kvadrantektomie, tumorektomie, lumpektomie) než tomu bylo v minulosti (rozsáhlé mastektomie mammy se snesením m. pectoralis a příslušné fascie), nacházíme na pohybovém systému operovaných žen změny, které si dle našeho názoru zaslouží pozornost lékařů i fyzioterapeutů.

Změny pohybového systému vyžadující intervenci fyzioterapeuta

U většiny žen se po operaci prsní žlázy objevují poměrně významné patologické změny pohybového systému, které zůstávají často zcela opomenuty nejen fyzioterapeuty, ale i lékaři. Výsledkem je výrazná bolestivost ramenního kloubu, krční a hrudní páteře a tedy i handikep v běžných denních aktivitách. Velmi často nacházíme u operovaných žen antalgické držení hlavy a trupu, poruchu dynamiky krční i hrudní páteře, omezení rozsahu pohybu pletence horní končetiny, omezení kloubní vůle v oblasti ramenního kloubu, svalovou dysbalanci, změny pohybového stereotypu v oblasti ramenního

Obr. 1. Rozsah pohybu v ramenním kloubu ve směru abdukce s elevací před zahájením fyzioterapie

Zdroj: vlastní fotodokumentace

kloubu, změny dechového stereotypu, patologické bariéry v oblasti lumbodorzální fascie, fascií hrudníku, přechodu krční a hrudní páteře, krční páteře, změny posunlivosti kůže, podkoží a svalů v místě jizvy i jejím okolí, případně změny měkkých tkání vlivem lymfedému horní končetiny (2, 3, 4).

Fyzioterapie

Fyzioterapie představuje část komplexní rehabilitace, která se zabývá diagnostikou, léčbou a prevencí poruch pohybového systému organismu. Z tohoto hlediska je nutné klást důraz na mezioborové propojení, především s medicínskými obory. Ve své podstatě fyzioterapie využívá standardních postupů na základě nejnovějších vědeckých poznatků a empirie (3). Fyzioterapeutické postupy u žen s karcinomem prsu lze uplatňovat v předoperačním období, v období hospitalizace i v období rekonvalescence. V každé etapě poskytované fyzioterapeutické intervence je nutné zohlednit aktuální stav pohybového systému operovaných žen, včetně psychologických aspektů náročné onkologické léčby. Cíl fyzioterapie i její následný program je nutné stanovit na základě pečlivě odebrané anamnézy a výsledků kineziologického rozboru (5). Nedílnou součástí léčby je konzultace s ošetřujícím lékařem, a to zejména v průběhu absolvování chemoterapie a radioterapie, případně při výskytu pooperačního lymfedému horní končetiny (4, 6, 7).

Kazuistika

U 56leté ženy byl v říjnu 2015 diagnostikován karcinom prsu, pacientka následně podstoupila předoperační chemoterapii v délce 3 týdnů (celkem 4x). Po diagnostikování druhého ložiska v prosinci 2015 a další série chemoterapie (celkem 4x, bez redukce obou ložisek) absolvovala pacientka v dubnu 2016 ablaci levé mammy s disekcí axilly. Po operaci následovala biologická léčba v kombinaci s radioterapií (celkem 18x). Pacientka byla v péči onkologického psychologa.

Po ukončení onkologické léčby (6 měsíců po operaci) vykazoval pohybový systém operované pacientky výrazné změny v podobě adheze jizvy se známky keloidního hojení, deficitu hybnosti levého ramenního kloubu (flexe 150°, abdukce s elevací 130° – obrázek 1, zevní rotace 75° vnitřní rotace 70°), patologické bariéry glenohumerálního kloubu ve směru kaudálním, laterálním a kranálním, zvýšeného svalového napětí m. trapezius, sníženého svalového napětí m. deltoideus, m. biceps brachii a m. triceps brachii levé horní končetiny. Výsledky měření svalového testu dle Jandy poukázaly na oslabení svalů levé horní končetiny při téměř všech testovaných pohybech pro ramenní kloub (stupeň 3, 4), mimo extenzi a extenzi v abdukci. Při vyšetření zkrácených struktur bylo zaznamenáno svalové zkrácení u m. pectoralis major (sternocostální a abdominální část), m. trapezius bilaterálně. Změny v oblasti měkkých tkání byly prokazatel-

né u svalových fascií, a to zejména v oblasti šíje, hrudníku, zad a horní končetiny. Přítomny byly rovněž trigger points v oblasti m. trapezius. Při vyšetření byly zjištěny také změny dechového stereotypu, u pacientky převládal hrudní typ dýchání včetně nefyziologického průběhu dechové vlny (2, 3, 8).

V průběhu tříměsíční fyzioterapeutické intervence (listopad 2016 – únor 2017, 1x týdně) jsme aplikovali fyzioterapeutické postupy, metody a koncepty s cílem reedukace funkce pletence horní končetiny. Pro ošetření jizvy jsme použili tlakovou masáž (ovlivnění metabolismu měkkých tkání v okolí jizvy s cílem redukce otoku a zvýšeného prokrvení v oblasti jizvy), techniky měkkých tkání (ošetření patologických bariér kůže a podkoží prostřednictvím zlepšení posunlivosti a elasticity kůže a podkoží), míčkovou facilitaci (redukce zvýšeného svalového napětí pomocí měkkého molitanového softmíčku), pro ošetření patologických bariér fascií myofasciální techniky (odstranění patologických bariér svalových fascií s využitím „fenoménu tání“), k optimalizaci zvýšeného svalového napětí a odstranění nalezených trigger points postizometrickou relaxací (relaxační technika vycházející z principu uvolnění po 15vteřinové izometrické kontrakci a dosaženého předchozího předpětí svalu), relaxační techniky (izometrická kontrakce, rytmická stabilizace – izometrická kontrakce agonistů a antagonistů s následnou relaxací). Patologické bariéry kloubní vůle v ob-

Obr. 2. Rozsah pohybu v ramenním kloubu ve směru abdukce s elevací po ukončení fyzioterapie

Zdroj: vlastní fotodokumentace

Obr. 3. Kineziotaping m. trapezius – pars ascendens

Zdroj: vlastní fotodokumentace

lasti pletence horní končetiny (glenohumerální kloub, sternoclaviculární kloub, acromioclaviculární kloub, žebra, lopatka) jsme obnovovali prostřednictvím mobilizačních technik (repetitivní pohyby ve směru kloubní blokády po dosažení patologické kloubní bariéry) dle Lewita, Rychlíkové, Mojžíšové (2). Reedukaci rozsahu pohybu a síly svalové v oblasti pletence horní končetiny jsme řešili využitím konceptů fyzioterapie na neurofyziologickém podkladě, a to zejména PNF (proprioceptivní neuromuskulární facilitace – přirozené, fyziologické diagonální pohyby horní končetiny a lopatky pro optimální svalovou souhru nejen v oblasti končetin, ale i trupu), koncept dle Brüggera (cvičení excentrické a koncentrické svalové kontrakce jednotlivých svalových skupin za použití speciálního gumového pásu, který klade přesně definovaný odpor – Thera-band) (9, 10). Aplikovali jsme rovněž cvičení v uzavřených kinematických řetězcích (využití opěrné funkce končetiny) a otevřených kinematických řetězcích (využití k pohybu končetiny bez opory), stabilizačně mobilizační cvičení (SM systém dle Smíška – optimální zapojení svalových řetězců k navození správné postury) i aktivního cvičení s overballem, fyzioballem (3, 11). Pro navození optimální dechové vlny i korekce postury jsme použili prvky respirační fyzioterapie (3).

LITERATURA

1. Úzis.cz [internetová stránka]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Národní onkologický registr. © ÚZIS ČR 2010–2014 [citováno 23. 2. 2017]. Dostupné z: www.uzis.cz/registry-nzis/nor.
2. Lewit K. Manipulační léčba v myoskeletální medicíně. 6. vyd. Praha: Sdělovací technika, spol. s r. o. 2003.

Výsledky

Výsledkem tříměsíční fyzioterapeutické intervence bylo subjektivní i objektivní zlepšení kvality jizvy, která nebyla přisedlá ani palpačně tuhá, objevila se senzitivita kůže a podkoží. Díky aplikaci technik měkkých tkání došlo k odstranění patologických bariér v oblasti dorzální, thorakolumbální fascie, fascie přední části krku, šíje i horní končetiny. Přetrvávají patologické bariéry na ventrální straně hrudníku, přechodu krční a hrudní páteře, trigger points v horních vláknech m. trapezius, jež se nepodařilo odstranit, i svalové zkrácení m. pectoralis major (abdominální část – stupeň 2), m. trapezius (abdominální část – stupeň 1). Obnovili jsme fyziologické bariéry kloubní vůle v glenohumerálním kloubu ve směru kaudálním i kraniálním. Příznivého výsledku jsme dosáhli také v reedukaci hybnosti ramenního kloubu ve srovnání s hodnotami získanými při vstupním vyšetření ve směru flexe s elevací (vstupní hodnota 150° s přítomnou bolestí při provádění pohybu, rozsah pohybu při výstupním vyšetření 175°), abdukce s elevací (vstupní hodnota 130° s přítomnou bolestí při provádění pohybu – obrázek 1, rozsah pohybu při výstupním vyšetření 175° – obrázek 2), vnitřní rotace (vstupní hodnota 70°, rozsah pohybu při výstupním vyšetření 80°), zevní rotace (vstupní hodnota 75°,

rozsah pohybu při výstupním vyšetření 90°). V ostatních směrech vykazoval ramenní kloub fyziologické hodnoty (horizontální addukce, extenze v abdukci) již při vstupním vyšetření. Upravil se rovněž pohybový stereotyp abdukce ramenního kloubu (časová posloupnost zapojení optimálních svalových skupin) i dechový stereotyp (fyziologická dechová vlna). Úspěchu jsme dosáhli také ve zvýšení svalové síly svalů, které provádí flexi (m. deltoideus, m. biceps brachii, m. coracobrachialis) i abdukci ramenního kloubu (m. deltoideus, m. supraspinatus), a to z hodnot získaných při vstupním vyšetření (stupeň 4 dle svalového testu dle Jandy na stupeň 5, což odpovídá síle zdravého svalů).

Diskuze

Přestože uvedená pacientka nepodstoupila předoperační ani časnou pooperační fyzioterapeutickou intervenci a fyzioterapie proběhla až po ukončení chemoterapie a radioterapie (šest měsíců po operačním zákroku), podařilo se nám reedukovat funkci pletence horní končetiny a obnovit funkční rozsah pohybu v ramenním kloubu. Na této skutečnosti se podílelo, dle našeho názoru, zejména využití konceptů na neurofyziologickém podkladě (PNF – proprioceptivní neuromuskulární facilitace, koncept dle Brüggera – cvičení s thera-bandem), které řeší problematiku poruch pohybového systému žen po operaci prsu komplexně. Neméně efektivní bylo rovněž ošetření jizvy a měkkých tkání prostřednictvím technik měkkých tkání a tlakové masáže. Jako doplňkovou terapii jsme pro přetrvávající zvýšené svalové napětí v oblasti m. trapezius doporučili kineziotaping (inhibiční aplikace, obrázek 3).

Závěr

Oblast prevence, diagnostiky (12) i následné terapie je, dle našeho názoru, v ČR na velmi vysoké úrovni. Domníváme se, že absolvování fyzioterapie u žen po operaci prsu by mělo být součástí komplexní léčby operovaných žen. Komplexní fyzioterapie nabízí množství prostředků, metod i konceptů, jež mohou přispět ke zvýšení kvality života žen po operaci prsu.

3. Kolář P, et al. Rehabilitace v klinické praxi. 1. vyd. Praha: Galén 2009.

4. Vrtělová P, Coufal O, Fait V, et al. Lymfedém po operacích na spádových lymfatických uzlinách pro karcinom prsu. Klin Onkol 2017; 30(1): 34–40.

5. Véle F. Přehled klinické kineziologie a patokineziologie pro diagnostiku a terapii poruch pohybové soustavy. Praha: Triton 2006.

6. Bechyně M, Bechyňová R. Mízní otok – lymfedém, komplexní terapie. 1. vyd. Praha: Phlebomedika 1997.

7. Kopecký J, Sumerová J, Kopecká P. Rehabilitace po ope-

» SDĚLENÍ Z PRAXE

FYZIOTERAPIE U PACIENTKY PO ABLACI PRSU

racích prsů. Ostrava: Zdravotně – sociální fakulta Ostravské Univerzity 2000.

8. Janda V, et al. Svalové funkční testy. Praha: Grada Publishing 2004.

9. Holubářová J, Pavlů D. Proprioceptivní neuromuskulární facilitace: 1. část. 1. vyd. Praha: Karolinum 2011.

10. Pavlů D. Cvičení s Thera-Bandem se zřetelem ke konceptu dle Brüggera. Brno: Cerm 2004.

11. Smíšek R. Spirální stabilizace. Praha: 2005.

12. Skovajsová M. Úspěšný mammární screening v České republice běží již patnáctý rok. Onkologie 2016; 10(3): 150–154.