

PROBLEMATIKA NÁDORU PRSU

Vítězslava Vičarová

Bakalářská práce
2007



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických studií

akademický rok: 2006/2007

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Vítězslava VIČAROVÁ**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Porodní asistentka**

Téma práce: **PROBLEMATIKA NÁDORU PRSU**

Zásady pro vypracování:

Zpracování teoretické části práce:

Z literatury zpracovat nejnovější poznatky o prevenci, klinice a léčbě nádorových onemocnění. Stanovení rizikových faktorů vzniku nádorového onemocnění prsu.

Zpracování praktické části práce:

Provedení sekundárního šetření onkologicky nemocných pacientů.

Stanovení cílů, hypotéz, vyhodnocení dat a nabídnutí možnosti zlepšení prevence u tohoto závažného onemocnění.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

PRŮCHA, Jan. Pedagogický výzkum. Uvedení do teorie a praxe. 1. vyd. Praha: Vydavatelství Karolinum, 2001. ISBN 80-7178-029-4.

DYLEVSKÝ, Ivan. Funkční anatomie člověka. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-681-1.

ABRAHÁMOVÁ, Jitka. Atlas nádorů prsu. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-771-0.

ALMA, M. A. Nechirurgická léčba časných stádií karcinomu prsu. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-117-3.

ABRAHÁMOVÁ, Jitka. Možnosti včasného zachytu rakoviny prsu. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0499-4.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Magda Gálíková

Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce:

23. února 2007

Termín odevzdání bakalářské práce:

1. června 2007

Ve Zlíně dne 23. února 2007



L.S.


Ing. Jitka Chydarová
pověřená děkanka


MUDr. František Grossmann, CSc.
ředitel ústavu

ABSTRAKT

Bakalářská práce shrnuje poznatky zjištěné sekundárním výzkumem. Předmětem tohoto výzkumu bylo ověření významu mammografického screeningu. V teoretické části jsem uvedla dostupné poznatky o nádorovém onemocnění prsu z historie i ze současnosti. V části praktické se zabývám sekundárním výzkumem na odborném pracovišti onkologického centra krajské nemocnice, s důrazem na význam prevence pomocí mammografického screeningu a význam včasné detekce nádoru prsu. V závěru práce jsou vyhodnoceny výsledky výzkumu a hypotézy s cílem využít poznatky v praxi.

Klíčová slova: Karcinom prsu, prevence, mammografický screening, samovyšetřování, sekundární prevence.

ABSTRACT

The bachelor thesis summarizes the knowledge ascertained as result of secondary research. The goal of this research is to verify the importance of mammographic screening. The theoretical part of the paper deals with available information about breast cancer from the past as well as from the present. The practical part includes the secondary research carried out in the specialist oncology centre of the regional hospital. It focuses on the importance of prevention by means of mammographic screening and also the importance of early detection of breast tumours. Finally, the paper evaluates the results of the research and puts forward hypotheses on how to use the acquired knowledge in practice.

Keywords: Breast cancer, prevention, mammographic screening, self examination, secondary prevention.

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. Magdě Gálíkové za trpělivé a odborné vedení mé bakalářské práce.

Děkuji MUDr. Milanovi Kohoutkovi, primáři onkologického centra Krajské nemocnice

T. Bati a. s. ve Zlíně, za cenné rady a připomínky k praktické části bakalářské práce.

MOTTO

„Když nedbáš nebezpečí, přijde rychleji.“

(Publilius Syrus, Myšlenky)

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci 20. 5. 2007

.....

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 HISTORIE KARCINOMU PRSU	12
1.1 POHLED DVACÁTÉHO STOLETÍ NA KARCINOM PRSU	12
2 ANATOMIE MLÉČNÉ ŽLÁZY	14
2.1 CÉVNÍ ZÁSOBNÍ PRSU	16
2.2 LYMFATICKÉ ZÁSOBNÍ	16
2.3 FUNKCE A VÝZNAM PRSU	16
3 NÁDOROVÉ ONEMOCNĚNÍ PRSU	18
3.1 OBOR ONKOLOGIE	18
3.2 KINETIKA NÁDOROVÉHO RŮSTU	18
3.3 ZÁKLADNÍ DĚLENÍ NÁDORŮ	18
3.3.1 Benigní (nezhoubný) nádor	18
3.3.2 Prekanceróza (přednádorový stav)	18
3.3.3 Maligní (zhoubný) nádor	19
3.4 DALŠÍ DĚLENÍ A PŘÍČINY NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ	19
3.5 KLINICKÁ KLASIFIKACE NÁDORŮ DLE UICC (UNION INTERNATIONAL CONTRE LE CANCER)	19
3.5.1 Staging	19
3.5.2 Grading	20
3.6 ANAMNÉZA	21
3.6.1 Sběr informací u pacientky s karcinomem prsu	21
3.7 VYŠETŘOVACÍ METODY	22
3.7.1 Klinické metody	22
3.7.2 Paraklinické metody	22
3.8 RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU RAKOVINY PRSU	24
3.8.1 Familiární výskyt karcinomu prsu	24
3.8.2 Hormonální faktory a faktory spojené s reprodukcí	24
3.8.3 Věk jako rizikový faktor	24
3.8.4 Negativní vliv prostředí	25
3.9 PREVENCE RAKOVINY PRSU	26
3.9.1 Prevence primární	26
3.9.2 Prevence sekundární	26
3.9.3 Prevence terciální	26
4 MAMMOGRAFICKÝ SCREENING	27
4.1 SCREENING (AKTIVNÍ VYHLEDÁVÁNÍ)	28
4.2 SAMOVYŠETŘOVÁNÍ	29
4.2.1 Technika samovyšetřování	29

5	LÉČBA NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ PRSU.....	30
5.1	VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ	30
5.2	OBECNÉ ZÁSADY LÉČBY	30
5.3	CHIRURGICKÁ LÉČBA.....	31
5.3.1	Konzervativní, prs šetřící výkony.....	31
5.3.2	Modifikovaná radikální mastektomie.....	32
5.3.3	Exenterace axily	32
5.3.4	Doplňkový – sanační operační výkon	32
5.3.5	Obecné vedlejší účinky po chirurgických zákrocích.....	32
5.4	KONZERVATIVNÍ LÉČBA	33
5.4.1	Radioterapie – aktinoterapie.....	33
5.4.2	Protinádorová chemoterapie.....	34
5.4.3	Protinádorová hormonální léčba	34
5.5	PODPŮRNÁ LÉČBA	35
5.6	LÉČEBNÁ REHABILITACE	35
5.6.1	Psychologická rehabilitace	35
5.6.2	Fyzikální rehabilitace	36
5.6.3	Sociální rehabilitace	36
II	PRAKTICKÁ ČÁST	38
6	VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	39
6.1	ZAHÁJENÍ VÝZKUMU	39
6.2	VÝZKUM	39
6.2.1	Tabulková část výzkumu.....	39
7	VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ.....	58
7.1	HYPOTÉZA Č. 1	58
7.2	HYPOTÉZA Č. 2.....	58
7.3	HYPOTÉZA Č. 3	58
7.4	HYPOTÉZA Č. 4.....	59
7.5	HYPOTÉZA Č. 5.....	59
7.6	HYPOTÉZA Č. 6.....	59
7.7	HYPOTÉZA Č. 7	60
8	ZÁVĚR.....	61
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	63
	SEZNAM OBRÁZKŮ	65
	SEZNAM TABULEK A GRAFŮ.....	66
	SEZNAM PŘÍLOH.....	67

ÚVOD

Rakovina prsu, kdysi obtížně léčitelná, přestává být díky pokrokům v diagnostice a léčbě pro většinu žen smrtelné onemocnění. Vysoké procento onemocněním postižených žen žije plnohodnotný život a zemře ve vysokém věku stářím či na jiné onemocnění, bez souvislosti s rakovinou prsu. Na konci roku 2002 byl v České republice nastartován screeningový program s důrazem na vysokou kvalitu nejenom diagnostiky, ale také péče o každou ženu. Screeningový program však nenaplní zcela své poslání, pokud se nedostane do povědomí široké veřejnosti, a to nejen žen, ale i jejich rodinných příslušníků.

Na druhé straně však ne všechny ženy mají pocit zodpovědnosti za své zdraví. Nedbají na možnost odborného vyšetření a vystavují se riziku případného zjištění nádoru prsu v pokročilejším stadiu. To pak vede k obtížnější léčitelnosti a tím i k vyššímu výskytu komplikací. [20]

TÉMA A CÍL PRÁCE

Tématem mé bakalářské práce je problematika nádoru prsu se zaměřením na mammografický screening, který není izolovanou oblastí diagnostiky tohoto nádorového onemocnění, ale je součástí komplexního pohledu na toto onemocnění. Proto se i moje práce dotýká širších souvislostí a není zaměřena pouze na mammografický screening.

Cílem mé práce je výzkum, který spočíval v ověření významu mammografického screeningu v praxi onkologického centra krajské nemocnice.

Bakalářská práce je koncipována do dvou částí. První z nich, teoretická, obsahuje úvodní kapitolu týkající se historie onemocnění prsu, dále pak pojednává o anatomii mléčné žlázy,

o dělení nádorů, o různých vyšetřovacích metodách. Samostatná kapitola je věnována mammografickému screeningu. V další kapitole jsem se pokusila shrnout dosavadní znalosti o léčbě nádoru prsu a další.

Druhá část bakalářské práce je část praktická. Pro získání dat jsem provedla sekundární výzkum u šedesáti náhodně vybraných onkologicky nemocných pacientek z let 2001, 2002 a 2005, 2006. V letech dřívějších nebyl zaveden program mammografického screeningu, v letech následujících již ano. Proto jsem se zaměřila na rozdílnost údajů, týkajících se diagnostiky, stadia, ve kterých byl nádor detekován, na věkovou strukturu nemocných aj.

HYPOTÉZY VÝZKUMU

H 1: Průměrný věk patientek s rakovinou prsu se snižuje.

H 2: Onemocnění prsu je diagnostikováno čteněji u žen s vyšším vzděláním než u žen s nižším vzděláním.

H 3: V letech 2001 a 2002 si největší počet detekovaných nádorů objevily pacientky samy nebo hmatná léze byla diagnostikována jiným zdravotnickým zařízením.

H 4: V letech 2005 a 2006 se největší počet detekovaných nádorů objevil při mammografickém screeningu.

H 5: V letech 2005 a 2006 se zvýší počet detekovaných nádorů ve stadiu I. a II. a sníží se počet detekcí ve stadiu III. a IV. oproti letům 2001 a 2002.

H 6: Patientek s nádorem prsu je více těch, které mají onkologickou anamnézu v rodině.

H 7: Narůstá počet patientek, které v době detekce nádoru byly již evidovány v onkologickém centru.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE KARCINOMU PRSU

Karcinom prsu není onemocněním moderní doby, jde o onemocnění se starobytlou historií, které doprovází lidstvo od počátku jeho dějin. Důkazy byly nalezeny již ve starých papýrech z doby tři tisíce let před Kristem, kde se nachází první zmínky o této chorobě. Touto chorobou se zabývali i starověcí lékaři, jako například Hippokrates, Galén a další.

Ženská prsa však nebyla v historii zmiňována pouze z lékařského hlediska. Prsa se po celé dějiny lidstva objevovala také ve výtvarném umění. Ať již to byly v antickém světě krásné bohyně nebo v ranně křesťanském světě kojící madony.

Existují také díla, ve kterých umělec - vynikající pozorovatel, zobrazil věrně známky tumoru, které spatřoval na své modelce. Nejznámější dílo s tímto zobrazením je například Rembrandtův obraz „Betsabé v lázni“. (viz. příloha č. 1) Stejně tak obraz ženské postavy, představující „Noc“ od Michelangela, kde jsou známky karcinomu prsu patrné vtaženou kůží poblíž bradavky prsu modelky. (viz. příloha č. 2)

V osmdesátých letech dvacátého století se objevuje zcela nový typ zobrazování obnaženého ženského těla. Tím se mění i pohled na onemocnění prsou. Byly vytvořeny fascinující fotografie obnažených hrudníků po amputaci prsu. První nejznámější fotografií byl fotoportrét od autorky Helly Hammidové, zobrazující ženu po amputaci prsu, rozpínající paže vzhůru. Posléze se objevila, zejména v USA, řada dalších portrétů, které šokovaly svým emočním nábojem, ale v podstatě velice napomohly ženským organizacím v boji za správný postoj vládních míst k problematice rakoviny prsu a zvýšení dotací pro jejich výzkum. Aktivity ženských organizací dostaly problematiku rakoviny prsu do povědomí široké veřejnosti. [2]

1.1 Pohled dvacátého století na karcinom prsu

Dvacáté století, poznamenané prudkým vývojem znalostí, vědomostí a rozvojem léčebných metod, směřuje k včasné diagnóze a snaze o snížení úmrtnosti na karcinom prsu. Rakovina prsu je problém, který probíhá napříč politickým i společenským spektrem. Masový boj žen za řádný postoj společnosti k rakovině prsu započal v USA na přelomu osmdesátých a devadesátých let minulého století.

V této době se ozývají různé požadavky týkající se problematičtých otázek zdraví žen. Ženské organizace žádaly o zlepšení podmínek pro pacientky s karcinomem prsu. Aktivist-

ky v USA oslovily v roce 1993 prezidenta Clintona a jeho ženu s myšlenkou zavedení celonárodního akčního plánu pro prevenci, diagnózu a léčbu rakoviny prsu. V několika málo letech dosáhly aktivistky pozoruhodných výsledků při získávání finančních prostředků. Výsledky zdravotně výchovné byly a jsou nedožité.

Přibližně ve stejné době se zaktivizovaly i ženy v Evropě. V roce 1993 vystoupil proslulý italský onkolog profesor Umberto Veronesi s myšlenkou založení organizace *Europa Donna*. Postupně se tato organizace rozrostla a v současnosti začleňuje dvacet devět států, včetně českého reprezentanta, zasedajícího v Evropské radě zmíněné organizace.

Organizace *Europa Donna* si dává za cíl dát boji proti karcinomu prsu evropský rozměr, který spočívá především v:

- podpoře uvědomování si závažnosti problematiky tohoto onemocnění,
- ve zdůrazňování potřeby vhodného screeningu a časné detekce,
- zajišťování srozumitelných informací pro všechny ženy,
- a v podpoře výzkumu. [2]

2 ANATOMIE MLÉČNÉ ŽLÁZY

Prsy jsou párový orgán, v němž je uložena mléčná žláza (*glandula mammae*), obklopená vazivovou a tukovou tkání pod kůží hrudi. Dorzální hranici tvoří *musculus pectoralis major*. Mediálním směrem přesahuje zevní okraj sternu, laterálně dosahuje ke střední axilární čáře. Prs se skládá z dvorce (*areola mammae*), který je více pigmentován než jeho okolí. Uprostřed dvorce je prsní bradavka (*papilla mammae*).

Hlavní tkáně tvořící mléčnou žlázu jsou:

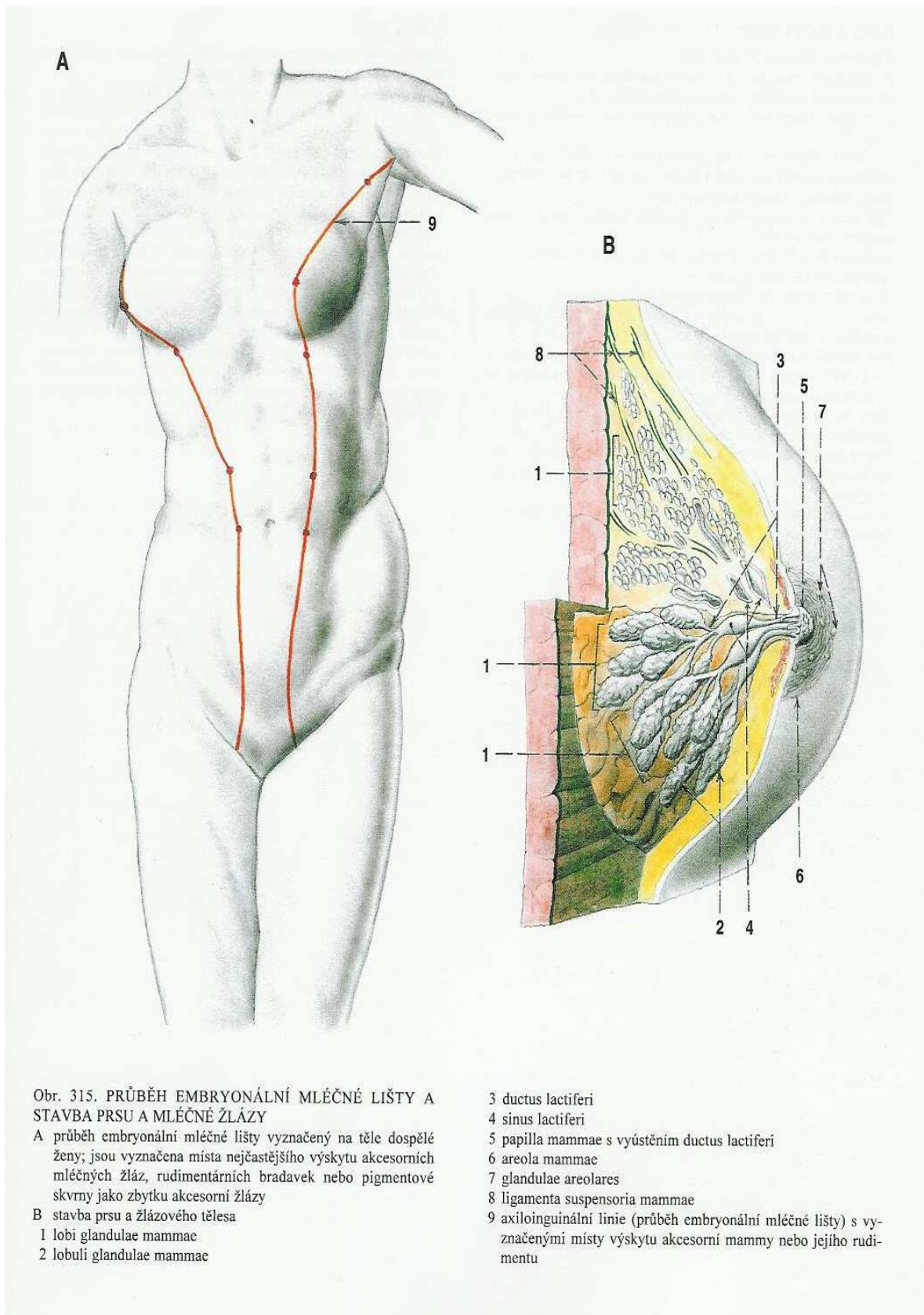
- žlázová tkáň,
- pojivová tkáň,
- tuková tkáň.

Prs je fixován k přední stěně hrudníku povrchovou fascií. Povrchový list fascie leží bezprostředně pod kůží (není to fascie v pravém slova smyslu, ale jen hustší podkožní vazivo). Hluboký list tvoří bázi prsu a je řídkým vazivem fixován k fascii *musculus pectoralis major*. Mezi oběma listy probíhají vazivové pruhy, které fixují kůži k prsu.

Vlastní mléčná žláza (*glandula mammae*) se skládá z patnácti až dvaceti ductů (*lobi*), které se dále člení na lalůčky (*lobuli*). Jejich základ je vytvořen již ve třicátém druhém týdnu prenatalního života. Vývody z jednoho laloku se spojují do společného mlékovodu (*ductus lactiferi*), který vyúsťuje na bradavce.

Laloky jsou obklopeny tukem, který tvoří premamální a retromamální obal, ten dává prsu jeho charakteristický tvar. Velikost a tvar prsu je určován také dalšími faktory, jako například dědičností nebo výživou a nemá vliv na funkční výkonnost vlastní žlázy, to je na tvorbu mléka. [7]

Obr. č. 1. Stavba prsu a mléčné žlázy



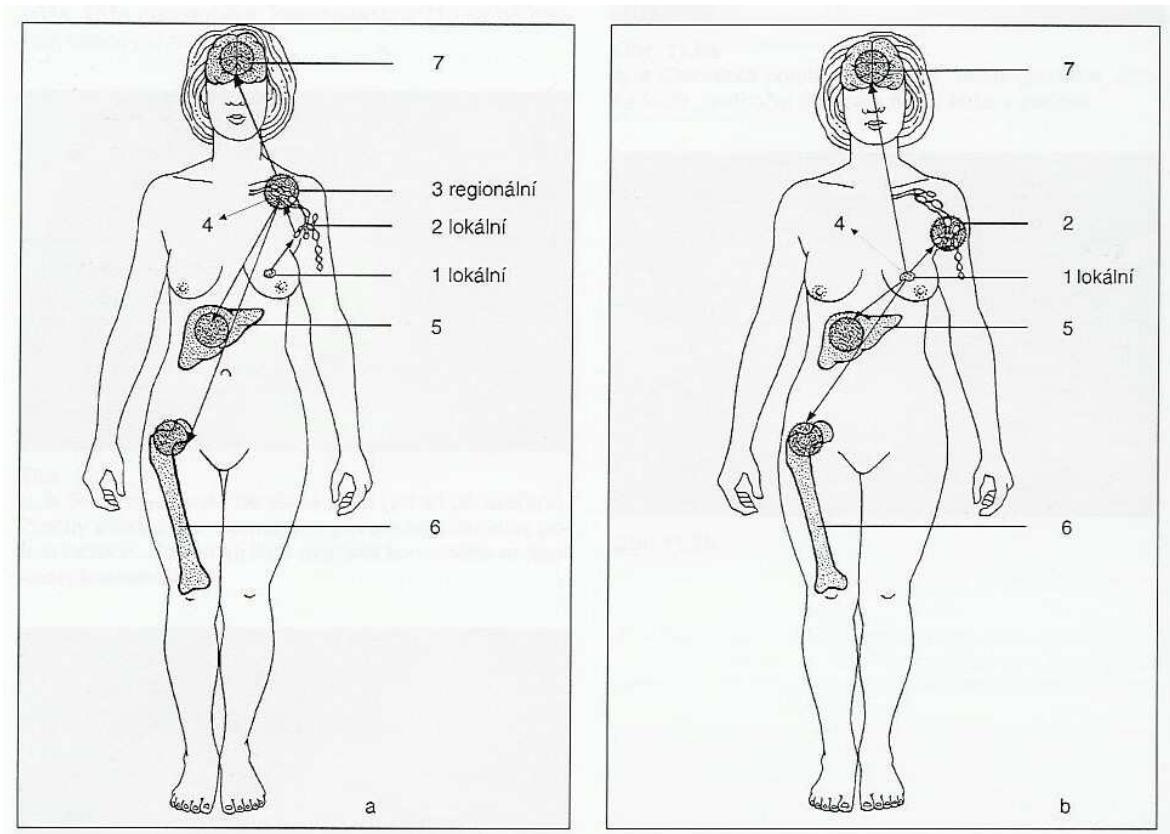
2.1 Cévní zásobení prsu

Cévní zásobení prsu je z arteria thoracica interna, z arterie axillaris, z arterie thoracica lateralis a z větví arterií intercostales. Žíly se sbíhají do stejnojmenných kmenů. Pod dvorcem tvoří tzv. circulus venosus Halleri a okolo bradavky circulus venosus Luschke. [7]

2.2 Lymfatické zásobení

Mízní cévy mají velmi tenkou stěnu, jsou opatřeny chlopněmi. Vznikají z mízních vlásečnic, které se tvoří v mezibuněčných štěrbinách. Do průběhu mízních cév jsou vloženy takzvané nodi lymphatici neboli mízní uzliny. Uplatňují se jako filtry a současně v nich vznikají lymfocyty. Sběrné uzliny sbírají mízu z určitých oblastí těla. (viz. příloha č. 7)

Obr. č. 2. Průběh šíření karcinomu prsu



2.3 Funkce a význam prsu

Hlavní funkcí prsu je tvorba mléka nebo-li laktace. Začíná až krátce po porodu. Před porodem je z mléčné žlázy odměšován pouze vodnatý sekret – mlezivo neboli kolostrum. Tvorba mléka je velmi náročný a složitý metabolický pochod, při kterém se ve žlázových buň-

kách mléčné žlázy vytváří z glukózy a z aminokyselin, přiváděných krví matky, mléčný cukr a bílkovina mléka. Mléčné tuky se tvoří převážně z tuků krevní plazmy. Ostatní látky, jako jsou vitamíny, minerály, soli a hormony přicházejí do mateřského mléka také z krve matky. Mléko obsahuje prakticky všechny významné látky, důležité pro rychle rostoucí dětský organismus, i protilátky poskytované organismem matky. [7]

3 NÁDOROVÉ ONEMOCNĚNÍ PRSU

3.1 Obor onkologie

Onkologie je obor, který se zabývá léčbou a ošetřováním nádorových onemocnění. Jedná se o obor multidisciplinární, s cílem komplexní péče o nádorové onemocnění. Komplexní péče spočívá v kooperaci s jinými medicinskými obory, jako například radiologie, chirurgie, laboratorní pracoviště aj. Léčba probíhá buď ambulantně nebo s pobytem na lůžkovém oddělení. Velmi důležitým článkem v péči o onkologicky nemocné klienty je zřízení center klinické onkologie.

3.2 Kinetika nádorového růstu

Nádorový růst je buněčná proliferace, která se vymkla normálním regulačním mechanismům.

Růst nádorů ovlivňuje řada faktorů, jako například typ nádorů, vaskularizace, celkový počet buněk atd. V nekontrolovaně proliferující buněčné populaci se počet buněk rychle zvětšuje, zejména v počáteční fázi růstu nádoru. Později, většinou již v klinicky detekovatelném stadiu, se růst nádoru zpomaluje. Za nejvýznamnější příčinu tohoto stavu lze označit nedostatek nutričních faktorů a horší přístup kyslíku.

3.3 Základní dělení nádorů

Nádory obecně dělíme na základní skupiny.

3.3.1 Benigní (nezhoubný) nádor

Benigní nádor je většinou dobře ohraničená tkáň neprorůstající do okolních tkání, nemetastazuje, může však svým růstem způsobovat obtíže. Recidivy jsou po prosté extirpaci vzácné. Benigní nádory obsahují buňky podobné původní tkáni s menšími stupni anaplazie a většinou i pomalejším růstem než maligní nádory.

3.3.2 Prekanceróza (přednádorový stav)

Prekanceróza je chorobný stav, který se vyznačuje růstovou aktivitou a proliferací, ale nemá ještě nádorový charakter. Strukturální neklid, atypie, zejména buněčných jader a nepo-

rušená bazální membrána jsou základní histologické znaky. Tyto změny definujeme v několika stupních závažnosti, mohou regredovat, ale i progredovat až do invazivních forem.

3.3.3 Maligní (zhoubný) nádor

Maligní nádor má schopnost lokální invaze, prorůstá do okolních tkání, metastázuje implantačně, hematogenní nebo lymfogenní cestou i do vzdálených orgánů. Maligní nádory obsahují buňky podobné původním tkáním s různými stupni anaplazie. Zhoubný nádor infiltruje okolní tkáň, má schopnost destrukce a později metastazuje.

Metastázy jsou nejčastější příčinou úmrtí.

3.4 Další dělení a příčiny nádorového onemocnění

Dále dělíme nádory:

- a) podle růstu (invazivní, expanzivní a infiltrační),
- b) podle šíření (metastázování, místní růst).

Mezi nejčastější příčiny nádorového onemocnění patří:

- a) mutační teorie,
- b) virová teorie,
- c) poruchy diferenciací. [13]

3.5 Klinická klasifikace nádorů dle UICC (Union international contre le cancer)

3.5.1 Staging

Staging (stadium) nádorů je posouzení rozsahu nádoru a je důležitým prognostickým ukazatelem. Provádí se vždy na začátku léčebného procesu. Nádorová onemocnění lze zařazovat podle pokročilosti a rozsahu do několika stadií. Na základě mezinárodních dohod se používá jednotná klasifikace, která umožňuje staging a přesný popis rozsahu onemocnění u většiny solidních nádorů. Tato klasifikace se nazývá TNM. (viz. příloha č. 9)

Klasifikační systém TNM usnadňuje výměnu informací mezi lékaři a pracovišti. Třídění je založeno na stanovení:

T (tumor) = rozsah primárního nádoru. Rozsah se opírá o klinické vyšetření a pomocná morfologická a zobrazovací vyšetření (například histologie, ultrasonografie a další),

T0 - primární nádor nezjištěn,

Tx - nelze stanovit,

Tis – carcinoma in situ (neinfiltrující karcinom),

T1,2,3,4 - udává velikost růstu a lokální šíření primárního nádoru,

N (noduli) = určuje rozsah postižení regionálních uzlin, je stanoveno, které uzliny jsou pro danou oblast regionální,

N0 – nejsou metastázy,

Nx – nelze stanovit,

N1,2,3 - definuje rozsah postižení regionálních lymfatických uzlin,

M (metastases) = určuje přítomnost či nepřítomnost vzdálených metastáz (mimo uzliny regionální),

M0 – žádné vzdálené metastázy nebyly zjištěny,

Mx – nelze stanovit,

M1 – vzdálené metastázy (za použití anglického jazyka lze upřesnit indexem orgánu, který je postižen, například BRA – do mozku, EYE – do oka....).

3.5.2 Grading

Grading (stupeň vyžívání nádoru) byl taktéž zaveden organizací UICC.

Histopatologický grading (G):

GX – grading nelze stanovit,

G1 – dobře diferenciovaný,

G2 – mírně diferenciovaný,

G3 – špatně diferenciovaný,

G4 – nediferenciovaný. [13]

3.6 Anamnéza

Anamnéza (staročesky znamená vzpomínání) je prvním krokem vyšetření. Jde o důvěrný rozhovor, při němž vyšetřující zjišťuje jaké má nemocný obtíže, další projevy choroby, jaká onemocnění prodělal dříve a jaká se vyskytovala v rodině. Důležité je i odhalení případných vlivů zevního prostředí a životních zvyklostí. Účelem anamnézy je tedy nalézt příznaky nemoci a určit jejich význam.

3.6.1 Sběr informací u pacientky s karcinomem prsu

Onkologická anamnéza musí kromě obecně známých součástí obsahovat některé údaje, které mají pro diagnózu karcinomu prsu větší závažnost.

RA (rodinná anamnéza):

Lékař zjišťuje karcinom prsu u přímých příbuzných (matka, sestra, dcera), dále pak karcinom u vzdálenějších pokrevních příbuzných (babička, teta....).

Riziko kancerogeneze výrazně vzrůstá při oboustranném nádorovém onemocnění. Důležité je hledisko věku, ve kterém se choroba objevila.

GA (gynekologická anamnéza):

Zjišťuje se věk, v němž začala menstruace pacientky, její pravidelnost a průběh, v kolika letech nastala případně menopauza. Dále by měla tato anamnéza obsahovat věk při dokončeném prvním těhotenství, počet porodů, jejich průběh a prodělané potraty. Vhodné je též získat informace o hormonální antikoncepci, kojení a chorobách prsu.

NO (nynější onemocnění):

Úkolem je zjistit, kdy poprvé pacientka zaregistrovala jakoukoli změnu. Jak by svůj nález sama popsala, především velikost nálezů, jeho lokalizace v prsu, kožní změny, pohyblivost útvaru, jeho bolestivost a zda byl nějaký neobvyklý nález v regionální axile. Dále by mělo být zjištěno, kdy pacientka poprvé navštívila odborného lékaře a z jakých důvodů. Důležitá

je také informace o tom, co učinil lékař prvního kontaktu a jakým způsobem se poté dostala k odbornému lékaři. [14]

3.7 Vyšetřovací metody

3.7.1 Klinické metody

Mezi klinické metody vyšetření prsu zařazujeme následující metody.

Pohled: hodnotí se symetrie prsů, tvar, vzhled bradavek (retrakce), přítomnost sekrece z bradavky, vzhled kůže, její barva eventuelně retrakce kůže.

Pohmat: symetricky se prohmatávají všechny kvadranty prsu, jeho centrální oblast a oblast regionálních lymfatických uzlin v axile a supraklavikulárně. Pátrá se po hmatné rezistenci, orientačně se hodnotí struktura prsu a stav uzlin.

Samovyšetřování: Ženy si mají pravidelně vyšetřovat prsy a měly by být o způsobu tohoto vyšetření informovány lékařem.

3.7.2 Paraklinické metody

Mammograf:

První zmínka o mammografii se datuje do roku 1913. Tehdy berlínský chirurg Salomon vyšetřoval preparáty prsu po operacích, a to nejen histologicky, ale nově i rentgenologicky. Jako první poukázal na souhlas nálezů rentgenových a také první demonstroval nádorové kalcifikace. V současné době má mammografie vedoucí místo v diagnostice nemocí prsu, je to jediná metoda vhodná pro screening karcinomu prsu. Speciální mammografické přístroje odhalí nádor již jeden až tři milimetry velký. Výhoda mammografie spočívá v tom, že poskytuje přehledný obraz prsu a detekuje mikrokalcifikace, které mohou být někdy jediným projevem okultního karcinomu prsu. Nevýhodou mammografie je, že neodliší lézi solidní od cystické a dále její určitá radiační zátěž. (viz. příloha č. 4, 5)

Mammografická stereotaxe:

Umožňuje přesnou lokalizaci nehmatných lézí prsu a její označení pro otevřenou biopsii. Tato metoda umožňuje také cílenou biopsii pro histologické ověření nehmatné léze, to je takzvaná mammograficky asistovaná biopsie.

Duktografie:

Duktografie je modifikací mammografie. Do ductu, který je zdrojem sekrece, se tenkou kanilou aplikuje malé množství kontrastní látky. Hodnotí se její průnik, stav ductu, defekt či stop náplně.

Ultrazvukové vyšetření:

Je užitečným doplňujícím vyšetřením nejasných mammografických obrazů. Jeho výhoda spočívá ve schopnosti rozlišení solidní a cystické léze. Ale naopak nevýhodou je neschopnost přehledného zobrazení celého prsu a nemožnost zobrazení mikrokalcifikací. Malé karcinomy mohou uniknout detekci, pokud jsou menší než dva centimetry v průměru. Z těchto důvodů není ultrazvukové vyšetření pro screening vhodné.

Ultrazvukové dopplerovské měření:

Touto metodou se stanoví krevní průtok orgánem. Pomáhá rozlišit stupeň prokrvení různých částí prsu.

Počítačová tomografie:

Je přínosem pouze ve speciálních situacích, kdy je detekce karcinomu prsu přehlédnuta ostatními metodami. Umožňuje vizualizaci axilárních a vnitřních mammárních lymfatických uzlin a excelentně diferencuje hluboké mammární a retromammární tkáně. Velkou nevýhodou CT je neschopnost zobrazit mikrokalcifikace a má velkou radiační expozici.

Nukleární magnetická rezonance:

Jde o novější zobrazovací metodu tkání a orgánů. Využívá vysokofrekvenčního elektromagnetického pole. Zařízení tvoří velký magnet, do něhož je vyšetřovaný zasouván. Získávají se obrazy řezů tkániny, podobně jako u CT. Vyznačují se výbornou rozlišovací schopností struktur, velkých už dva milimetry. Metoda je neinvazivní, bez užití rentgenového či radioaktivního záření. Jedná se o finančně nákladnou metodu, proto se nehodí pro rutinní praxi.

Cytologie:

Tato metoda představuje odběr sekretu z bradavky nebo takzvaná punkční cytologie, což je aspirace sekretu cystického útvaru tenkou jehlou. Směrodatný je pouze pozitivní nález, při negativním nálezu je nutné další vyšetření biopsií.

Biopsie:

Cílem tohoto vyšetření je získat materiál na histologické vyšetření, aby se na základě posouzení morfologického obrazu zjistila nebo ověřila diagnóza onemocnění. Materiál pro histologické vyšetření představuje váleček tkáně jeden až dva centimetry dlouhý a získává se za pomoci speciální jehly. Jiná forma biopsie spočívá v odstranění části patologické formace, takzvaná incizní biopsie. Dalším typem je excizní biopsie, při které se odstraňuje celé patologické ložisko. [13]

3.8 Rizikové faktory vzniku rakoviny prsu

Ačkoliv medicína dosud nezná přesně příčinu vzniku rakoviny prsu, víme zcela jasně, že choroba není zapříčiněna náhodným úrazem a není přenosná. Jsou však známy takzvané rizikové faktory vzniku této choroby. Rizikovými faktory pro vznik rakoviny prsu rozumíme určité události v životě ženy, které zvyšují nebo naopak snižují pravděpodobnost rozvoje onemocnění v průběhu života.

3.8.1 Familiární výskyt karcinomu prsu

Postižení rodinného příslušníka karcinomem prsu je závažný rizikový faktor. Výskyt karcinomu prsu v první linii příbuzných (matka, sestra, dcera) zvyšuje riziko. Při výskytu karcinomu v druhé linii příbuzných (babička, teta ...) je riziko relativně nižší.

3.8.2 Hormonální faktory a faktory spojené s reprodukcí

- a) Vliv menarche. Rizikovým faktorem je začátek před dvanáctým rokem života ženy. Více než vlastní začátek menarche je pro zvýšení rizika důležitý začátek ovulačních cyklů.
- b) Vliv menopauzy. Ženy, u nichž menopauza nastala až po padesátém pátém roce života, mají riziko vyšší.
- c) Vliv parity. Porod do dvaceti let věku redukuje riziko karcinomu prsu oproti nuliparám. Riziko nuliparity není tak velké jako porod po třicátém pátém roce života.

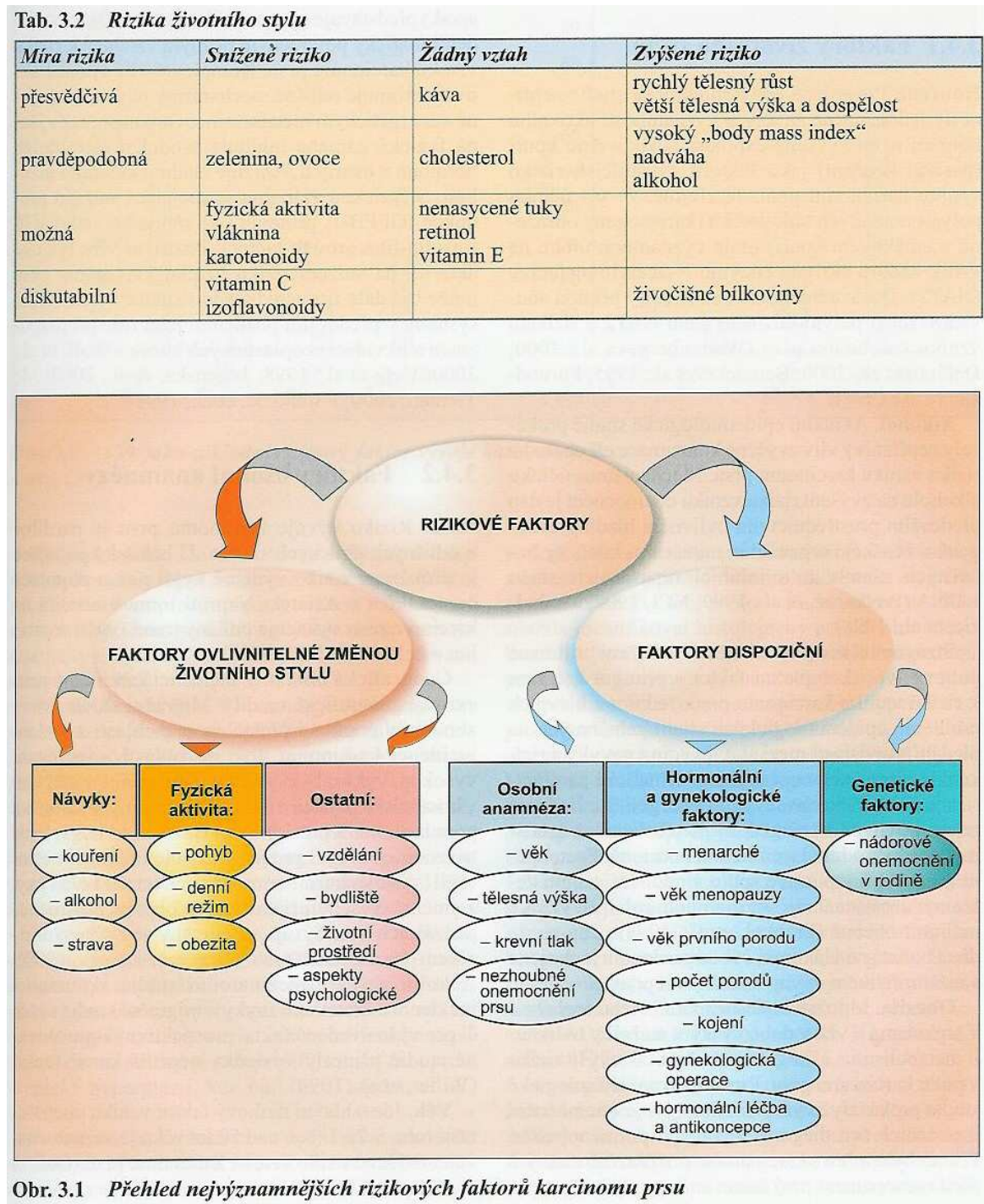
3.8.3 Věk jako rizikový faktor

Věk ženy nad čtyřicet pět let zvyšuje riziko výskytu karcinomu prsu.

3.8.4 Negativní vliv prostředí

Negativní účinek má ionizující záření a kancerogeny z prostředí. [3]

Obr. č. 3. Přehled rizikových faktorů karcinomu prsu



3.9 Prevence rakoviny prsu

Nejúčinnější opatření proti onkologickým chorobám je prevence. Prevence obsahuje činnosti, které informují veřejnost o rizicích vzniku nádorového onemocnění a změnách životního stylu, jež snižují výskyt nádorového onemocnění.

3.9.1 Prevence primární

Primární prevence je zaměřena na zdravé lidi. Jejím cílem je předcházet zdravotním problémům. Nezabývá se pouze prevencí vzniku chorob, ale také pozitivním zlepšováním zdravotního stavu, což vede ke zvyšování kvality života. Její snahou je především ovlivnit vnější faktory, jako jsou dietní návyky, požívání alkoholu, kouření a jiné. Eliminuje nebo se snaží o snížení expozice rizikových faktorů, podporuje aktivity, vedoucí k pozitivním změnám životního stylu.

3.9.2 Prevence sekundární

Sekundární prevence je zaměřena na včasné zjištění již existujícího onemocnění. Má zabránit rozvoji choroby a určit diagnózu ještě v době, kdy je onemocnění ve vylečitelném stavu. Proto se preventivnímu onkologickému vyšetření má věnovat pozornost při každé návštěvě pacienta u kteréhokoliv lékaře včetně praktického a nebo při pobytu v nemocnici, ať byl pacient přijat pro jakékoliv onemocnění.

3.9.3 Prevence terciální

Terciální prevence je zaměřena na lidi, u nichž již nelze vzniku onemocnění zabránit. Nemoc propukla a je třeba výchova nemocných i rodinných příslušníků. [1]

4 MAMMOGRAFICKÝ SCREENING

Karcinom prsu představuje v současnosti jeden z nejzávažnějších epidemiologických problémů České republiky. V naší zemi je každoročně diagnostikováno více jak 4 600 nových případů onemocnění a incidence neustále vzrůstá. Rakovina prsu je smrtelná nemoc. Na následky karcinomu prsu zemře každý rok více jak 2 000 českých žen.[24]

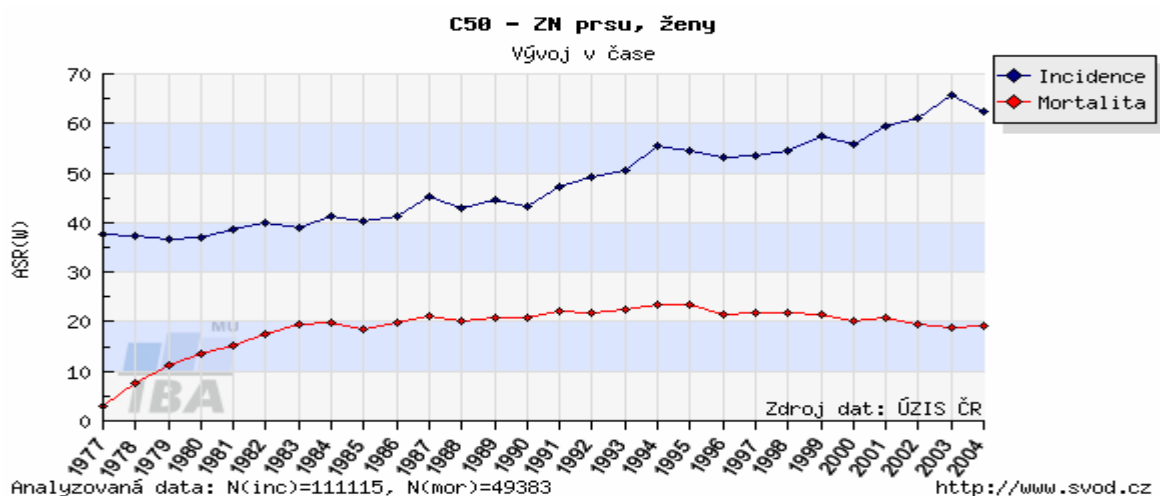
Ve Zlínském kraji v roce 2005 bylo detekováno 120 nových případů karcinomu prsu, z tohoto množství bylo zaznamenáno 10 úmrtí.

V České republice je 25,7 – 40 procent všech případů karcinomu prsu diagnostikováno ve stadiu III. a IV. Následkem toho je indikována v minimálně osmnácti procentech léčba pouze paliativní či symptomatická. Na tomto stavu se podílí nízká úroveň zdravotní výchovy.

Tabulky přežití udávají v procentech pravděpodobnost, že pacient přežije určitý časový interval. Jsou to statistické údaje, získané sledováním velkého množství pacientů, a jejich platnost je tedy pouze obecná. Zpravidla berou v úvahu takzvané klinické stadium nemoci, které se určuje podle velikosti nádoru a přítomnosti dceřinných ložisek v uzlinách či vzdálených orgánech. [20]

Níže uvedený graf vypovídá o incidenci nádorů prsu a o mortalitě na toto onemocnění v České republice v letech 1997 – 2004. [21]

Obr. č. 4. Incidence a mortalita nádoru prsu v ČR



4.1 Screening (aktivní vyhledávání)

Cílem screeningu je detekování karcinomu prsu v době, kdy je velmi malý a před tím, než má šanci se rozšířit cévní propagací, to je stadium carcinoma in situ nebo stadium I. A, B. Takto časně zjištěný karcinom je poměrně dobře léčitelný a skýtá možnost operací se zachováním prsu.

Organizovaný mammografický screening v České republice byl oficiálně zahájen v září roku 2002. Legislativní rámec projektu je dán vyhláškou Ministerstva zdravotnictví 372/2002 Sb. a Věstníkem Ministerstva zdravotnictví č. 11/2002, který určuje standardy pro vedení datových auditů screeningových center. V současnosti je program provozován na padesáti šesti pracovištích v České republice, která prošla procesem akreditace a jejichž činnost je průběžně monitorována a kontrolována podle transparentních pravidel. Průběh programu, dodržování stanovených pravidel a vědecký rozvoj projektu je v České republice garantován dvěma nezávislými komisemi, a to Komisí pro screening nádoru prsu Ministerstva zdravotnictví České republiky a Komisí odborníků pro mammární diagnostiku. [23]

Mammární screening představuje plošné vyhledávání skupin žen. S ohledem na skutečnost, že věk je významným rizikovým faktorem, provádí se u asymptomatických žen od určitého věku života.

Na preventivní vyšetření prsů, na pracovišti zařazeném do programu screeningu nádoru prsu, má nárok každá žena ve věku 45 – 69 let, ve dvouletém intervalu. Cena u ostatních žen za mammografické a ultrazvukové vyšetření se pohybuje do jednoho tisíce Kč. Tyto ženy nepotřebují k vyšetření doporučení od odborného či praktického lékaře. [2]

Mammografický screening zahrnuje klinické vyšetření prsou lékařem, dále mammografické a sonografické vyšetření prsou. Toto vyšetření rozdělí vyšetřované ženy na dvě nestejně velké skupiny. První skupinu tvoří ženy, které s největší pravděpodobností karcinomem prsu netrpí, tedy vyšetření je negativní. Skupina žen, která by karcinomem prsu trpět mohla je podstatně menší. Ženy, zařazené do této podezřelé skupiny se musí podrobit dalším vyšetřením tak, aby diagnóza zhoubného karcinomu byla definitivně potvrzena nebo vyloučena. Metodou včasného zachytu karcinomu prsu, především u žen mladších čtyřiceti pěti let, je samovyšetřování vlastních prsou. Samovyšetřováním je možno detekovat karcinom již velký jeden až jeden a půl centimetru. [2]

4.2 Samovyšetřování

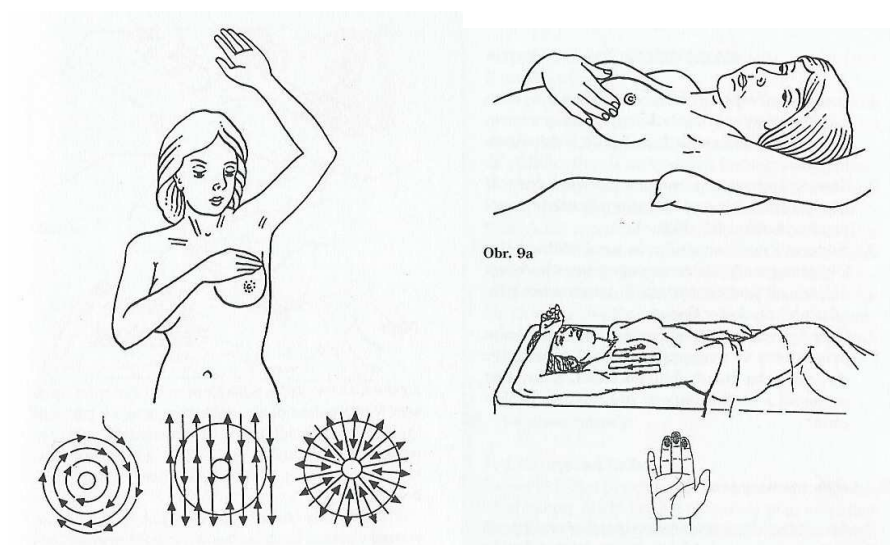
Nejjednodušší metodou včasného záchytu rakoviny prsu je samovyšetřování. Vyšetřování si žena provádí sama, a to pravidelně každý měsíc. Ženy, které se samovyšetřováním začínají, by si měly po dobu jednoho měsíce vyšetřovat prsy každý den. Jen tak se dobře naučí znát geografii vlastních prsů. Nejlepší období pro samovyšetřování je druhý nebo třetí den po skončení menstruace, kdy prsy jsou bez veškerého napětí. Pro ženy, které nemenstruují, je vhodný kterýkoliv snadno zapamatovatelný den, například první den v měsíci. [3]

4.2.1 Technika samovyšetřování

Žena se postaví před zrcadlo s volně spuštěnými pažemi a velice pečlivě sleduje obě prsa. Všímá si jejich symetrií, tvaru a změny tvaru, eventuelně důlkovatění či změny na kůži. Toto prohlížení se provádí jak zepředu, tak z pravého i levého boku. Pak následuje vlastní prohmatávání kvadrantů prsů bříškou prstů. Prsty se pohybují v malých soustředných kruzích okolo areoly a okolo celého prsu. Speciální pozornost je věnována oblasti mezi prsem, podpažím až do podpažní jamky. Další pozornost je věnována případné sekreci z bradavky. Totožné prohmatávání prsních kvadrantů se praktikuje i v poloze vleže.

Samovyšetřování je velmi důležitým návykem a mělo by se stát zcela běžným zvykem prováděným stejně samozřejmě jako každodenní hygiena. Samovyšetřování pomáhá včasnému rozpoznání možné nádorové choroby, ale nenahradí vyšetření lékařem. [1]

Obr. č. 5. Technika samovyšetřování



5 LÉČBA NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ PRSU

5.1 Vymezení základních pojmů

Kurativní léčba:

Využívá se tam, kde lze nádorové onemocnění vyléčit, někdy i za cenu přijatelného poškození orgánů i tkáně pacienta.

Paliativní léčba:

Tímto způsobem léčby není úplně odstraněn nádor, pouze se zpomaluje nebo zastavuje jeho růst.

Symptomatická léčba:

Léčí se klinické příznaky onemocnění, ale neodstraňuje se příčina. Například tlumení bolesti.

Podpůrná léčba:

Cílem této léčby je sladit jednotlivé oblasti péče o onkologicky nemocného člověka tak, aby byla navozena nová rovnováha, která pomůže umožnit zlepšení kvality života a dá možnost k uzdravení, či kvalitnímu přežití.

Terminální léčba:

Spočívá v umožnění důstojného a kvalitního dožití člověka nevléčitelně nemocného nebo umírajícího. [13]

5.2 Obecné zásady léčby

Karcinom prsu byl dlouho považován za lokální případně lokoregionální onemocnění. Proto zprvu převažovaly snahy o zvýšení radikality chirurgické léčby jako prakticky jediné terapie tohoto nádorového onemocnění. Dosažené léčebné výsledky však ukázaly tuto hypotézu chybnou. Přihlásila se ke slovu léčba systémová ať chemická či hormonální a přijetí skutečnosti, že karcinom prsu je většinou systémovým onemocněním.

5.3 Chirurgická léčba

Nejobvyklejším prvotním léčebným zásahem je operační výkon. Může jím být amputace prsu nebo jiný částečný výkon, kdy prs zůstane zachován. Rozsah výkonu záleží zejména na velikosti a umístění nádoru. Součástí výkonu je i odstranění podpažních uzlin. Mikroskopickým vyšetřením odebrané tkáně se zjišťuje typ nádorového bujení a jeho vztah k okolní zdravé tkáni. Operace je výhradně lokální nebo lokoregionální léčba. V případě, že je nádorová nemoc omezena na prs eventuelně na spádovou axilu, může samostatný chirurgický výkon přinést úplné vyléčení. U většiny žen má však choroba již v době klinické detekce systémový charakter, a proto samotnou chirurgickou léčbu nelze považovat za dostatečnou. Chirurgická terapie je primární. Díky pokrokům v radioterapii a chemoterapii zaznamenala tato léčba ústup od radikálních operací a moderní chirurgická léčba si všímá také kosmetického efektu. [3]

Typy chirurgických operací:

- a) amputace prsu – odstranění celého prsu, společně s amputací se provádí odstranění podpažních uzlin a eventuelně odstranění uzlin v okolí prsních svalů,
- b) parciální resekce – společně s nádorem se odstraňuje část tkáně prsu v okolí, a to v rozsahu segmentu (segmentální resekce) nebo celé čtvrtiny prsu (kvadrantektomie). Při těchto operacích mohou být odebrány i lymfatické uzliny. (viz příloha č. 10, 11)

5.3.1 Konzervativní, prs šetřící výkony

Od takzvaných superradikálních operací se zcela ustoupilo a dnes se dokonce za určitých okolností doporučují chirurgické prs zachovávající výkony. Prs zachovávající chirurgická operace musí být vždy spojena s následným lokálním ozářením prsu.

Kontraindikace chirurgických, prs šetřících výkonů:

- nádor větší než pět centimetrů,
- více nádorových ložisek,
- difuzní mikrokalcifikace,
- předchozí ozáření prsu,

- nepoměr velikosti prsu a nádoru.

5.3.2 Modifikovaná radikální mastektomie

První radikální mastektomii provedl roku 1891 chirurg Halsted. Tato operace zahrnovala mastektomii s odstraněním pektorálního svalu, obsahu axily a supraklavikulárních lymfatických uzlin. V roce 1946 byla Halstedova operace rozšířena o extirpaci vnitřních mamárních lymfatických uzlin. Tím vznikla rozšířená radikální mastektomie. V šedesátých a sedmdesátých letech dvacátého století bylo prokázáno, že lymfatické uzliny nejsou účinnou bloádou šíření karcinomových buněk.

Radikální mastektomie je standardní chirurgický výkon, při němž se odstraňuje celá prsní žláza a zachovává se velký prsní sval.

5.3.3 Exenterace axily

Exenterace axily je výkon všech chirurgických operací, prováděných s kurativním záměrem. Anatomicky lze rozdělit axilu do tří etází. Chirurg by měl odstranit lymfatické uzliny nejméně v prvních dvou etážích se ziskem alespoň deseti uzlin. Výsledek výkonu lze považovat nejen za terapeutický, ale i prognostický. Nález v axile podstatným způsobem ovlivňuje léčebný plán. (viz. příloha č. 8)

5.3.4 Doplnkový – sanační operační výkon

Je postupem, indikovaným zejména u lokálně pokročilých nádorů, kdy nelze očekávat docílení kurativního efektu. Cílem sanačních operačních výkonů je zlepšení celkového stavu pacienta a zlepšení místního nálezu.

5.3.5 Obecné vedlejší účinky po chirurgických zákrocích

Amputační operace s odstraněním podpažních uzlin mohou představovat zásah do dynamiky horní končetiny. Co nejdříve po zhojení je třeba začít se cvičením, které má za úkol návrat normální pohyblivosti v ramenním kloubu a vymizení pocitu ztuhlosti a tahu v oblasti jizvy.

Odstranění prsu, zejména byl-li prs objemnější, může způsobit stranovou nerovnováhu přetahováním hrudníku ke zdravé straně. Z toho vyplývají bolesti v zádech a krční páteři.

Proto je třeba co nejdříve začít nosit epitézu. V současné době je velký výběr dokonalých epitéz, které se vkládají do speciální podprsenky. [14]

Odstranění lymfatických uzlin z podpaží způsobuje pomalejší odtok lymfy z postižené končetiny. Je proto třeba provádět speciální lymfodrenážní cviky, které jsou prevencí vzniku možných otoků. (viz. příloha č. 12)

5.4 Konzervativní léčba

5.4.1 Radioterapie – aktinoterapie

Vychází z faktu, že buňky zhoubného nádoru mají obecně vyšší citlivost vůči záření, než výchozí zdravá tkáň. Radioterapie patří podobně jako operace k typicky lokoregionální léčbě. Výsledek radioterapie může být až kurativní, problémem však zůstávají nádory již diseminované.

Touto terapií je léčeno více jak osmdesát procent pacientů. Účinek radioterapie na rozdíl od chemoterapie je lokální, což má za následek menší poškození zdravých tkání. Radioterapie se používá u počátečních forem karcinomu prsu, jestliže byl proveden pouze konzervativní prs šetřící operační výkon. Ozáření může být také plánované jako předoperační. Radioterapeut se snaží lokálně ovlivnit pokročilý tumor a chce docílit možnosti operace primárně inoperabilního nádoru. Radioterapeutickou léčbu lze také použít u pokročilého nádoru se záměrem dosáhnout kontroly nádorového procesu.

Radioterapie se provádí pomocí externích zdrojů – transkutánní ozařování se děje z určité vzdálenosti od povrchu těla. Z interních zdrojů – brachyoterapie je metoda, kdy se zdroje ionizujícího záření zavádějí do těsné blízkosti nádoru nebo přímo do oblasti nádoru. Cílovou oblastí pro radiaci jsou:

- prs po chirurgické operaci,
- hrudní stěna po mastektomii,
- spádová axila,
- spádový nadklíček.

Kritickými rizikovými orgány pro radiaci jsou srdce a plíce.

Po konzervativní operaci na prsu provádíme radioterapii vždy, prakticky ihned po odstranění chirurgických stehů. Můžeme též využít brachyoterapeutický zdroj. Indikace pro ozáření hrudní stěny po mastektomii, spádové axily a nadklíčku se obvykle řídí operačním nálezem. Metastatická ložiska mohou někdy vykazovat větší radiosenzitivitu než primární nádor. Ozařování může zlepšit kvalitu života pacientky.

5.4.2 Protinádorová chemoterapie

Chemoterapie je léčba cytostatiky. Cytostatika lze aplikovat perorálně, intravenózně, intramuskulárně, subkutánně a intrakavitálně. Protinádorová chemoterapie je v současnosti nejpoužívanější a zatím i nejefektivnější systémová léčba, ale zasahuje jak na tkáň karcinomu, tak bohužel i na ostatní zdravé tkáně.

Adjuvantní chemoterapie je léčba, která by měla být zahájena do tří týdnů od chirurgického výkonu. Dodržení dávkové intenzity adjuvantní chemoterapie je rozhodující pro dlouhodobý léčebný výsledek. Jde o doplnění chirurgického výkonu, je-li možno očekávat výskyt mikrometastáz.

Neoadjuvantní chemoterapie má za úkol likvidaci mikrometastáz před chirurgickou léčbou operabilního stádia karcinomu a nebo zmenšení velkého karcinomu. [13]

5.4.3 Protinádorová hormonální léčba

Hormonální léčba je stejně tak jako chemoterapie léčbou systémovou. Je poněkud rozdílná u žen před a po menopauze. Závisí též na predispozici nádorové tkáně odpovídat na hormonální podněty, která se zjišťuje laboratorně z původně odebrané nádorové tkáně, také záleží na pokročilosti choroby. Po stanovení hormonálních receptorů v primárním nádoru se stanovuje hormonální léčba. U žen před menopauzou se v některých případech provádí blokáda vaječnickové funkce, a to buď odstraněním vaječníků ovarektomií či chirurgickou kastrací nebo jejich ozářením, to je radiační kastrací. V současné době lze stejného efektu dosáhnou aplikací určitých léků, takzvaná nekrvavá medikamentózní kastrace.

Nejvíce předepisovaným onkologickým lékem pro léčbu nádoru prsu je Tamoxifen.

Tamoxifen je nesteroidní antiestrogen. Je nejúčinnější u metastáz měkkých tkání. Menší úspěšnost má u kostních metastáz. Má nezastupitelnou roli jak v hormonální léčbě pokročilého karcinomu prsu tak při adjuvantní chemoterapii. [14]

V léčbě žen v ranném stadiu onemocnění se v současné době započal používat lék Herceptin, který se dříve používal pouze pro ženy v pokročilém stadiu onemocnění. Klinické studie prokázaly jeho vysokou účinnost i v ranném stadiu onemocnění. U žen, které trpí metastazujícím zhoubným nádorem prsu může významně pomoci lék Avastin, který byl v březnu 2007 schválen pro léčbu rakoviny prsu Evropskou komisí. V České republice bude zařazen do léčby pravděpodobně od ledna 2008. Avastin je prvním lékem, který potlačuje takzvanou angiogenezi, tedy růst nádorové cévní sítě. Lék zásadně mění uspořádání cév v nádoru, a to umožní na jedné straně zlepšit dodávku cytostatik k nádoru, tím zvýšit jejich účinnost, na druhé straně zabránit vzniku nových nádorových cév a tedy znemožnit další růst nádoru. [23]

5.5 Podpůrná léčba

Léčba cytostatiky neumožňuje selektivní likvidaci nádorových buněk bez poškození buněk zdravých. Výsledky léčby mohou být proto nepříznivě ovlivněny komplikacemi způsobenými nežádoucími účinky vlastní protinádorové léčby. Podpůrná léčba, například podávání analgetik, napomáhá zmírnit negativní důsledky léčby, jako jsou například nauzea, zvracení, bolest a jiné. Podpůrná léčba je proto neoddelitelnou součástí komplexní protinádorové léčby. [6]

5.6 Léčebná rehabilitace

Cílem léčebné rehabilitace je co nejdříve a co nejlépe pomoci pacientce nalézt cestu zpět do společnosti, k rodině, přátelům, k práci, k zálibám a ke všem dřívějším i novým aktivitám. Někdy nezbyvá než se vyrovnat s novými životními podmínkami, které nemoc přinesla, ukázat, jak plnohodnotně se dá i v této výrazně změněné situaci žít. [14]

5.6.1 Psychologická rehabilitace

Psychologická rehabilitace by měla být zahájena ihned po stanovení diagnózy. Existuje mnoho problémů, které musí terapeut řešit a jeho těsnou spolupráci s klinickým psychologem lze považovat za velmi vhodnou. V rámci psychologické rehabilitace je nutné řešit některé z náročných životních situací, jako jsou sdělení diagnózy závažné choroby, získání pacientky pro léčebný plán, dodržení celého terapeutického programu i přes výskyt nežá-

doucích vedlejších reakcí. Dále pak přesvědčení pacientky, že recidiva ještě neznamená nezvratný konec a dávat naději i v konečných fázích nemoci.

Psychologická rehabilitace není v rukou pouze ošetřujícího zdravotnického personálu, ale prakticky celé společnosti. [11]

5.6.2 Fyzikální rehabilitace

Fyzikální rehabilitace musí být zahájena ihned po léčebném, nejčastěji chirurgickém výkonu. Odborně vedené cvičení a správné informace o vhodném zatěžování končetiny a celého organismu přináší žádaný efekt. V první řadě je však nutno vyloučit aktivitu nádorové nemoci, kdyby naopak rehabilitační léčba mohla přinést zcela negativní výsledek. K rehabilitaci patří též včasné a správné používání ortopedických pomůcek. Pacientka by měla dostat vyčerpávající informace o nejrůznějších prsních náhradách, jejich užívání. Měla by mít možnost individuálního výběru epitézy. [2]

5.6.3 Sociální rehabilitace

Ryze individuálně bychom měli zvažovat onkologické onemocnění, fyzický i psychický stav pacientky, respektovat, ale zároveň nepodléhat jejím povahovým rysům. Měli bychom brát v úvahu její momentální stav, který třeba jen okrajově souvisí s nádorovou nemocí. Důležité jsou nejrůznější aktivity, napomáhající plnohodnotnému zařazení pacientky do společnosti. Například indikace lázeňské léčby v případě nádoru prsu má nejen léčebný efekt, ale také nesmírný psychologický význam. Rovněž různé dobrovolné spolky pacientek s obdobným onemocněním, rekondiční pobyty a jiné sehrávají v sociální rehabilitaci důležitou roli. [5]

Jako příklad spolků, sdružujících ženy s karcinomem prsu lze uvést například MAMMA HELP – sdružení pacientek s rakovinou prsu, které bylo založeno v roce 1999 a má v současnosti 489 registrovaných členů. Jde o nevládní neziskovou organizaci, celostátního charakteru, která má kontaktní místo i ve Zlíně. Cílem činnosti sdružení je zlepšit kvalitu života onkologicky nemocných žen a prosadit zlepšení následné péče a také přispět ke zlepšení informovanosti veřejnosti o výskytu, prevenci a možnostech léčby rakoviny prsu. [22] Sdružení zajišťuje bezplatnou telefonní linku, tak zvanou Avon Linku proti rakovině prsu, na které mohou ženy získat potřebné informace. K dalším neziskovým sdružením

tohoto typu je také Neziskové sdružení žen postižených rakovinou ALEN, které klade důraz na vzájemné setkávání, osobní kontakty a pomoc. [25]

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Jak jsem již předeslala v úvodní části své bakalářské práce, cílem mé práce byl sekundární výzkum spočívající v ověření významu mammografického screeningu.

6.1 Zahájení výzkumu

Prvním krokem k zahájení výzkumu byla moje návštěva onkologického centra krajské nemocnice. Následovala prvotní konzultace s primářem tohoto zařízení, se kterým jsem konzultovala možnosti, za jakých mohu provádět sekundární výzkum na jejich pracovišti. Dále již následovala dohoda o konkrétní obsahové stránce výzkumu.

6.2 Výzkum

Pro svůj sekundární výzkum jsem si zvolila počet šedesáti náhodně vybraných dokumentací pacientek z evidence ambulance onkologického centra. Z těchto dokumentací jsem čerpala předem stanovené informace. Prvotním úkolem bylo rozčlenění pacientek do dvou skupin dle let výskytu nádoru prsu. Do první skupiny byly zařazeny pacientky s diagnostikou nádoru v letech 2001 a 2002, do druhé skupiny jsem zařadila pacientky s diagnostikou nádoru v letech 2005 a 2006. Toto základní rozdělení bylo vázáno na existenci mammografického screeningu na tomto pracovišti od roku 2003.

Dalšími sledovanými údaji, které jsem čerpala z vybraných dokumentací byly především údaje o věku pacientek, o způsobu diagnostiky onemocnění, o stadiu, ve kterém byl nádor objeven, o výskytu metastáz a rodinné anamnéze a v neposlední řadě informace o tom, zda byly pacientky v době detekce nádoru již evidovány v mammární ambulanci.

Získané informace jsem zpracovala do tabulek s časovým rozlišením a dále jsem výchozí údaje rozpracovala do dílčích tabulek s grafickým vyjádřením. Provedla jsem srovnání dat z let před existencí mammografického screeningu s lety po jeho vzniku s cílem ověření významu mammografického screeningu. Závěrem mého výzkumu bylo vyhodnocení hypotéz, které jsem si předem stanovila.

6.2.1 Tabulková část výzkumu

Tabulka č. 1.

Sekundární výzkum

Rok 2001

(informace čerpány z onkologického centra)

Č.	Rok narození	Věk pacientky v době detekce nádoru (v letech)	Sociální skupina (D-důchodce)	Diagnostika onemocnění	Stadium nádoru	Klasifikace nádoru v době dg. (v milimetrech)	Metastázy	Druh metastáz	RA	Evidence v mamární poradně
1.	1938	63	D - učitelka	5 let ví o nádoru prsu - pacientka si ho našla sama	IV.	7x5	ano	příce, skelet	0	ne
2.	1954	47	dělnice v zemědělství	hmatná léze - pacientka nahmatala sama	III. A	4x2,6	ano	axilární	0	ne
3.	1926	75	D - kuchařka	přijata do nemocnice - celkový stav definován jako těžký	III. A	60x30	ano	axilární	0	ne
4.	1938	63	D - účetní	hmatná rezistence - pacientka nahmatala sama	II. A	30	ano	axilární	0	ne
5.	1915	86	D - prodavačka potravin	mamární ambulance	II. B	10x15	ano	axilární	0	ne
6.	1949	52	učitelka	mamární ambulance	II. B	70	ano	axilární	bratr nádor lymfatických uzlin	ne
7.	1943	58	D - prodavačka	hmatná rezistence - pacientka nahmatala sama	II. B	15	ano	axilární	0	ne
8.	1941	60	D - úřednice	mamární ambulance	II. A	60	ne	nezjištěno	matka - nádor prsu, otec - nádor plic	ne
9.	1923	78	D-dělnice v zemědělství	mamární ambulance	II. B	70	ne	nezjištěno	0	ne
10.	1905	96	D-žena v domácnosti	přichází pro výtok z bradavky	II. B	72	ano	axilární	0	ne
11.	1922	79	D - kuchařka	hmatná rezistence - pacientka nahmatala sama	II. B	70	ano	axilární	otec - nádor stěv	ne
12.	1959	42	učitelka	přichází sama pro zjevnou asymetrii prsou	II. A	50x40x20	ne	nezjištěno	0	ne
13.	1946	55	úřednice	mamární ambulance	I.	100x40	ne	nezjištěno	0	ne
14.	1948	53	D - úřednice	sama si vyhmatala rezistenci v levém prsu	II. B	40	ano	axilární	0	ne
15.	1932	69	D - administrativní pracovníce	sledována v mamár. ambulanci pro nalezení nádoru v roce 1991	II. A	30x40	ne	nezjištěno	matka - nádor mozku	ne

Tabulka č. 2.

Sekundární výzkum

Rok 2002

Č.	Rok narození	Věk pacientky v době detekce nádoru (v letech)	Sociální skupina (D-důchodce)	Diagnostika onemocnění	Stadium nádoru	Klasifikace nádoru v době dg. (v milimetrech)	Metastázy	Druh metastáz	RA	Evidence v mamární poradně
16.	1926	76	D - dělnice v zemědělství	hmatná rezistence - pacientka nahmatala sama	II. A	60x50x20	ne	nezjištěno	0	ne
17.	1948	54	úřednice	od r. 2001 sledována v mamární poradně	I.	12	ne	nezjištěno	matka i sestra nádor prsu	ne
18.	1932	70	D - účetní	hmatná rezistence - pacientka nahmatala sama	II. B	20x20	ano	axilární	0	ne
19.	1946	56	zdravotní sestra	mamární ambulance	I.	7x4	ne	nezjištěno	otec - nádor plic	ne
20.	1957	45	učitelka	přichází pro výtok z pravé bradavky	I.	7	ne	nezjištěno	0	ano - 3.9.2002
21.	1938	64	D - zdravotní laborantka	záchyt při pravidelné ambulantní kontrole	II. A	15x20	ne	nezjištěno	matka - nádor žaludku	ne
22.	1935	67	D - radiologický asistent	přivezena RZP pro dnes vzniklé brnění PHK, DKK a bolesti na hrudi	II. A	60x50x20	ne	nezjištěno	0	ne
23.	1918	84	D - učitelka	při RTG Žeber a evakuaci výpotku po úraze	IV.	50x50	ano	mozek	otec - nádor střev, sestra leukémie	ne
24.	1963	39	soukromá podnikatelka	poprvé v mamární ambulanci	I.	12	ne	nezjištěno	matka - nádor dělohy	ne
25.	1949	53	D - zdravotní sestra	mamární ambulance	II. B	7x21	ano	axilární	0	ne
26.	1936	66	Invalidní důchodce	mamární ambulance	I.	20x14	ne	nezjištěno	0	ne
27.	1955	47	D - účetní	mamární ambulance	III. A	45x35	ano	axilární	otec - nádor žaludku	ne
28.	1934	68	D - dělnice v zemědělství	od r. 1997 sledována v mamární ambulanci pro nádor v levém prsu	I.	7x4	ne	nezjištěno	0	ne
29.	1939	63	Invalidní důchodce	od r. 1991 sledována v mamární ambulanci pro nádor v levém prsu	II. A	30x30	ne	nezjištěno	matka - nádor prsu	ne
30.	1945	57	Invalidní důchodce	hmatná rezistence - pacientka nahmatala sama	II. A	30x40	ne	nezjištěno	0	ne

Tabulka č. 3.

Sekundární výzkum

Rok 2005

Č.	Rok narození	Věk pacientky v době detekce nádoru (v letech)	Sociální skupina (D-důchodce)	Diagnostika onemocnění	Stadium nádoru	Klasifikace nádoru v době dg. (v milimetrech)	Metastázy	Druh metastáz	RA	Evidence v mammární poradně
31.	1926	76	D - dělnice v zemědělství	hmatná rezistence - pacientka nahmatala sama	II. A	60x50x20	ne	nezjištěno	0	ne
32.	1948	54	úřednice	od r. 2001 sledována v mammární poradně	I.	12	ne	nezjištěno	matka i sestra nádor prsu	ne
33.	1932	70	D - účetní	hmatná rezistence - pacientka nahmatala sama	II. B	20x20	ano	axilární	0	ne
34.	1946	56	zdravotní sestra	mammární ambulance	I.	7x4	ne	nezjištěno	otec - nádor plic	ne
35.	1957	45	učitelka	přichází pro výtok z pravé bradavky	I.	7	ne	nezjištěno	0	ano - 3.9.2002
36.	1938	64	D - zdravotní laborantka	záchyt při pravidelné ambulantní kontrole	II. A	15x20	ne	nezjištěno	matka - nádor žaludku	ne
37.	1935	67	D - radiologický asistent	přivezena RZP pro dnes vzniklé brnění PHK, DKK a bolesti na hrudi	II. A	60x50x20	ne	nezjištěno	0	ne
38.	1918	84	D - učitelka	při RTG žeber a evakuaci výpotku po úraze	IV.	50x50	ano	mozek	otec - nádor stěv, sestra leukémie	ne
39.	1963	39	soukromá podnikatelka	poprvé v mammární ambulanci	I.	12	ne	nezjištěno	matka - nádor dělohy	ne
40.	1949	53	D - zdravotní sestra	mammární ambulance	II. B	7x21	ano	axilární	0	ne
41.	1936	66	Invalidní důchodce	mammární ambulance	I.	20x14	ne	nezjištěno	0	ne
42.	1955	47	D - účetní	mammární ambulance	III. A	45x35	ano	axilární	otec - nádor žaludku	ne
43.	1934	68	D - dělnice v zemědělství	od r. 1997 sledována v mammární ambulanci pro nádor v levém prsu	I.	7x4	ne	nezjištěno	0	ne
44.	1939	63	Invalidní důchodce	od r. 1991 sledována v mammární ambulanci pro nádor v levém prsu	II. A	30x30	ne	nezjištěno	matka - nádor prsu	ne
45.	1945	57	Invalidní důchodce	hmatná rezistence - pacientka nahmatala sama	II. A	30x40	ne	nezjištěno	0	ne

Tabulka č. 4.

Sekundární výzkum

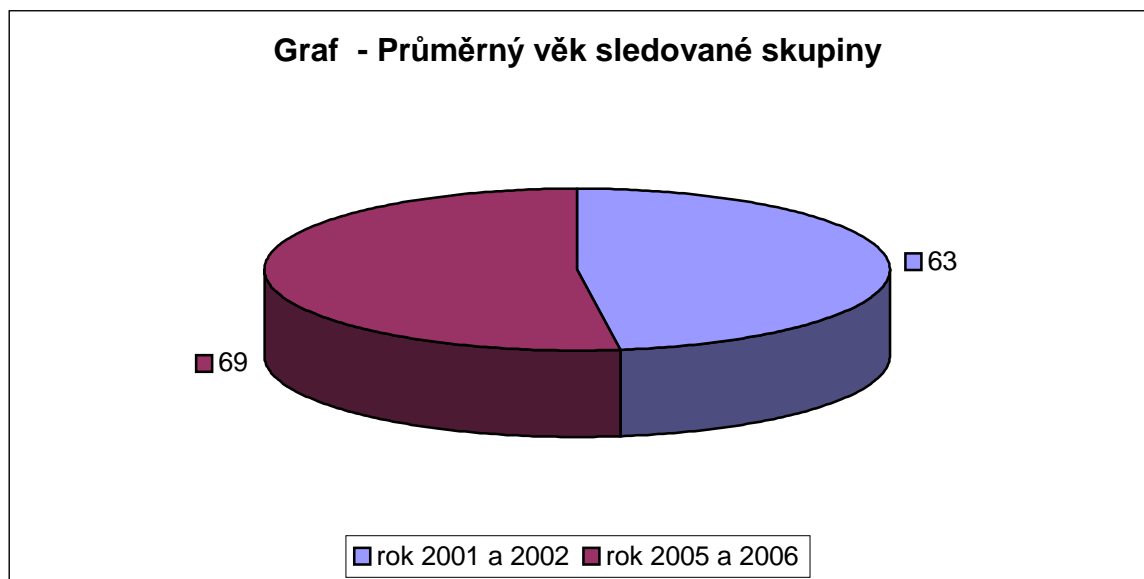
Rok 2006

Č.	Rok narození	Věk pacientky v době detekce nádoru (v letech)	Sociální skupina (D- důchodce)	Diagnostika onemocnění	Stadium nádoru	Klasifikace nádoru v době dg. (v milimetrech)	Metastázy	Druh metastáz	RA	Evidence v mamární poradně
46.	1938	68	D - úřednice	hmatná rezistence - pacientka nahmatala sama	I.	13x7	ne	nezjištěno	otec - kolo-rectální karcinom	ano - 9.6.1998
47.	1929	77	D - dělnice	hmatná rezistence - pacientka nahmatala sama	IV.	40x30	ano	pravá hlavičce femuru	0	ano - 12.8.2006
48.	1961	45	žena v domácnosti	hmatná rezistence - pacientka nahmatala sama	III. A	40x40	ano	axilární	0	ano - 1.10.2006
49.	1955	51	Invalidní důchodce	přichází pro obtížné dýchání a bolest páteře	IV.	40x30	ano	páteř	0	ne
50.	1931	75	D - učitelka	mammografický screening	I.	9	ne	nezjištěno	matka - leukémie	ne
51.	1930	76	D - účetní	hmatná rezistence - pacientka nahmatala sama od roku 2004	III. B	7x5	ano	axilární	0	ano - 28.3.2006
52.	1943	63	D - dělnice ve Svitú	vyšetřena v mamární poradně	II. B	70	ne	nezjištěno	0	ano - 6.2.2006
53.	1971	35	Studuje	vyšetřena v mamární poradně	III. B	15x14 (sin) 9 (dx)	ne	nezjištěno	0	ne
54.	1920	86	D - úřednice	vyšetřena v mamární poradně	III. B	7x4	ano	axilární	matka - nádor dělohy	ano - 26.1.2006
55.	1929	77	D - lékařka	vyšetřena v mamární poradně	II. A	25x15x15	ne	nezjištěno	0	ano - 6.2.2006
56.	1945	61	D - zdravotní sestra	hmatná rezistence - pacientka nahmatala sama od roku 2004	I.	10	ne	nezjištěno	0	ano - 10.3.2006
57.	1939	67	D - dělnice v zemědělství	mamární poradna	II. A	30	ne	nezjištěno	otec - nádor střev, sestra - nádor prsu	ne
58.	1932	74	D - prodávka	mamární poradna	IV.	60x20	ano	páteř	0	ano - 27.7.2006
59.	1942	64	D - holička	mamární poradna	I.	60x30x15	ne	nezjištěno	0	ne
60.	1939	67	D - lékařka	mamární poradna	II. A	5	ano	axilární	sestra - nádor prsu	ano - 3.4.2006

Tabulka a graf č. 5.

Průměrný věk sledované skupiny

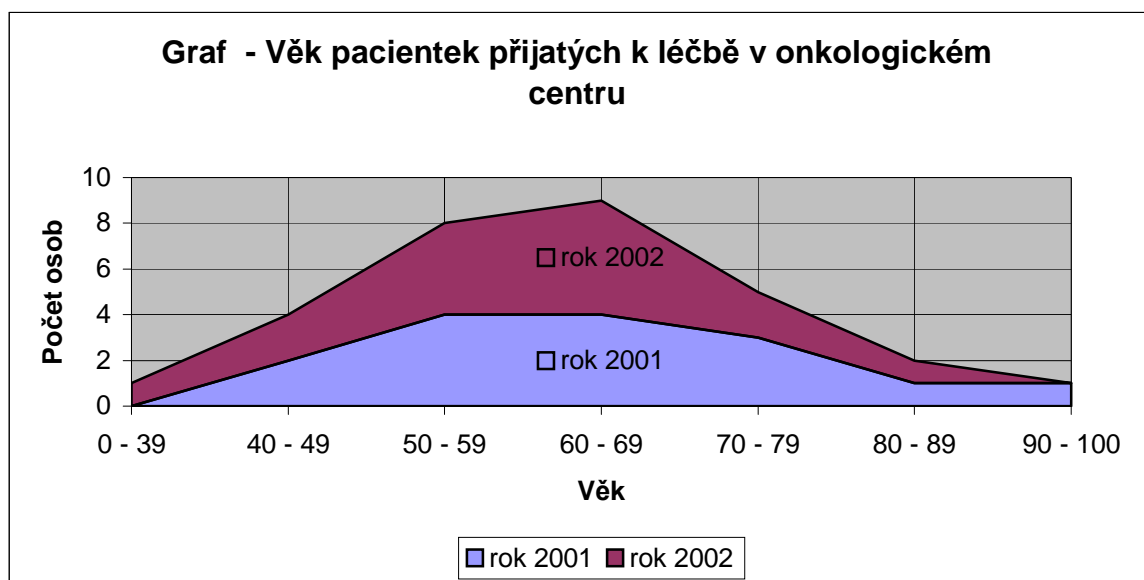
	rok 2001 a 2002	rok 2005 a 2006
věk	63	69



Byl spočítán průměrný věk pacientek ve dvou skupinách. První skupinu tvořily pacientky z let 2001 a 2002, druhou skupinu tvořily pacientky z let 2005 v 2006. Ze zjištěných dat vyplývá, že průměrný věk pacientek v době detekce nádoru prsu se zvyšuje.

Věk pacientek přijatých k léčbě v onkologickém centru

	rok 2001	rok 2002
0 - 39	0	1
40 - 49	2	2
50 - 59	4	4
60 - 69	4	5
70 - 79	3	2
80 - 89	1	1
90 - 100	1	0

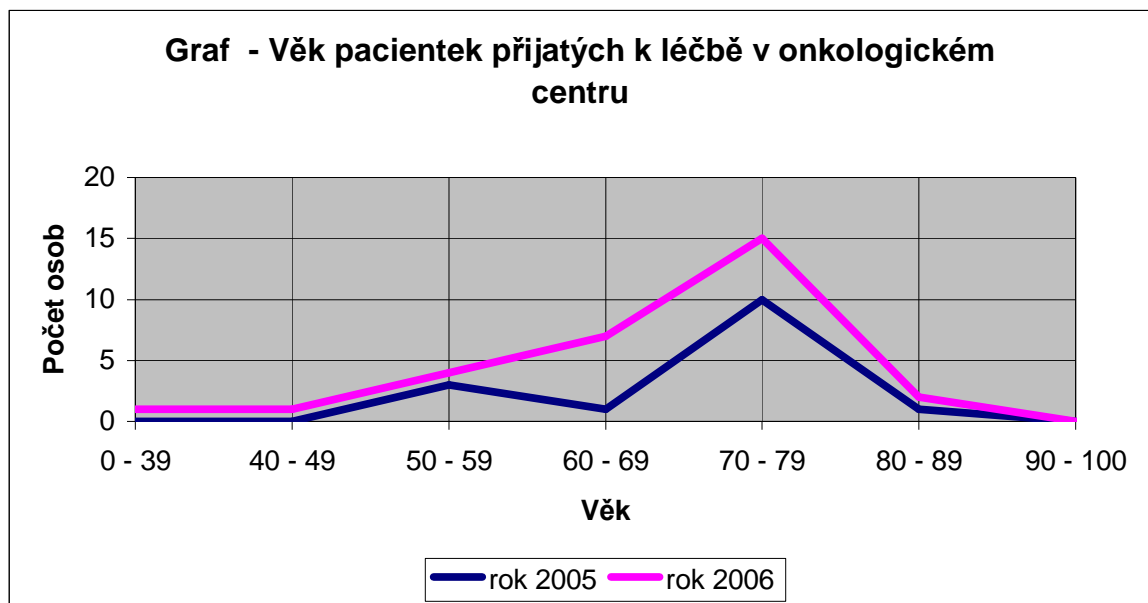


Nejvíce žen v letech 2001 a 2002, to je 27 procent, bylo v době incidence nádoru prsu ve věkové hranici 60 – 69 let. Nejméně žen, 3 procenta, bylo ve skupině do 39 let a stejně tak ve věkové skupině nad 90 let.

Tabulka a graf č. 7.

Věk patientek přijatých k léčbě v onkologickém centru

	rok 2005	rok 2006
0 - 39	0	1
40 - 49	0	1
50 - 59	3	1
60 - 69	1	6
70 - 79	10	5
80 - 89	1	1
90 - 100	0	0

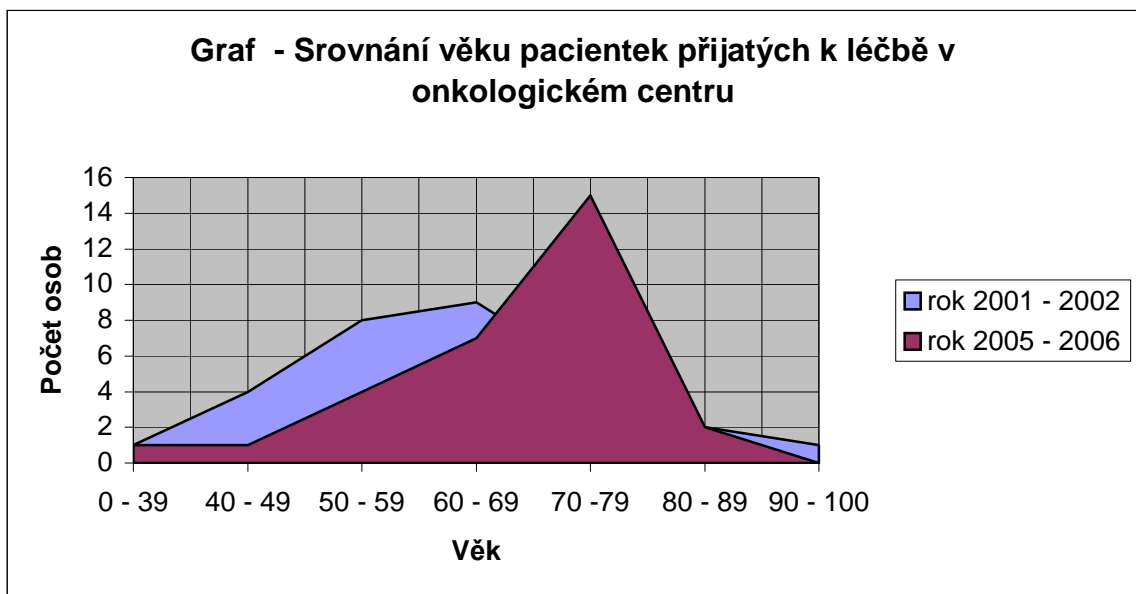


Nejvíce žen v letech 2005 a 2006, to je 50 procent, bylo v době diagnózy a zahájení léčby ve věkové hranici 70 – 79 let. Po zavedení mammografického screeningu dochází k vzestupu věku nově přijímaných patientek k léčbě.

Tabulka a graf č. 8.

Srovnání věku patientek přijatých k léčbě v onkologickém centru

	rok 2001 - 2002	rok 2005 - 2006
0 - 39	1	1
40 - 49	4	1
50 - 59	8	4
60 - 69	9	7
70 - 79	5	15
80 - 89	2	2
90 - 100	1	0



Srovnáním skupin patientek z let 2001, 2002 a 2005, 2006 zjišťujeme, že se zvyšuje věk ve sledované skupině v době diagnostiky nádoru prsu. Nejpočetnější skupinu, celých 50 procent, činí v letech 2005 a 2006 věková skupina 70 – 79 let.

Tabulka a graf č. 9.

Sledované skupiny dle vzdělání

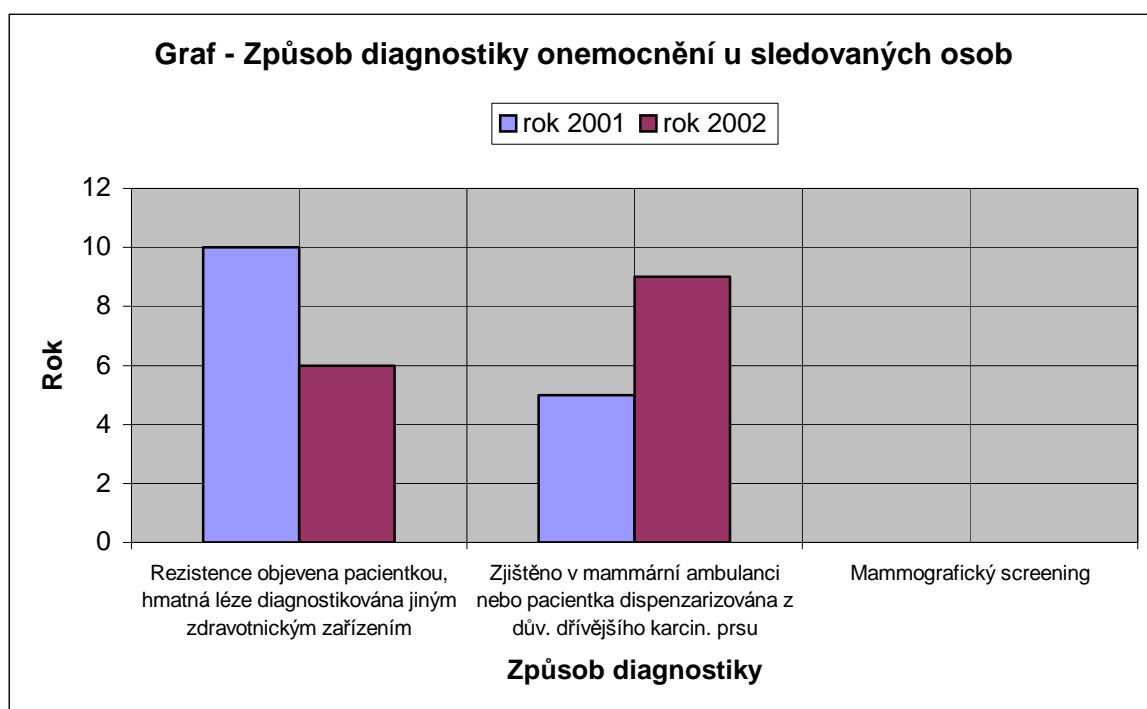
	rok 2001 - 2002	rok 2005 - 2006
Středoškolské a vysokoškolské	17	11
Základní a vyučení	13	19



Tabulka vypovídá o vzdělanostní skladbě pacientek onkologického centra v letech 2001, 2002 a 2005, 2006. Z tabulky je zřejmé, že se zvyšuje podíl pacientek se základním vzděláním a vyučených, naopak podíl středoškolsky a vysokoškolsky vzdělaných se snižuje. Graf znázorňuje rozložení druhé skupiny pacientek ve sledovaných letech.

Způsob diagnostiky onemocnění u sledovaných osob

	rok 2001	rok 2002
Rezistence objevena pacientkou, Hmatná léze diagnostikována jiným zdravotnickým zařízením	10	6
Zjištěno v mammární ambulanci nebo pacientka dispenzarizována z dův. dřívějšího karcin. prsu	5	9
Mammografický screening	0	0



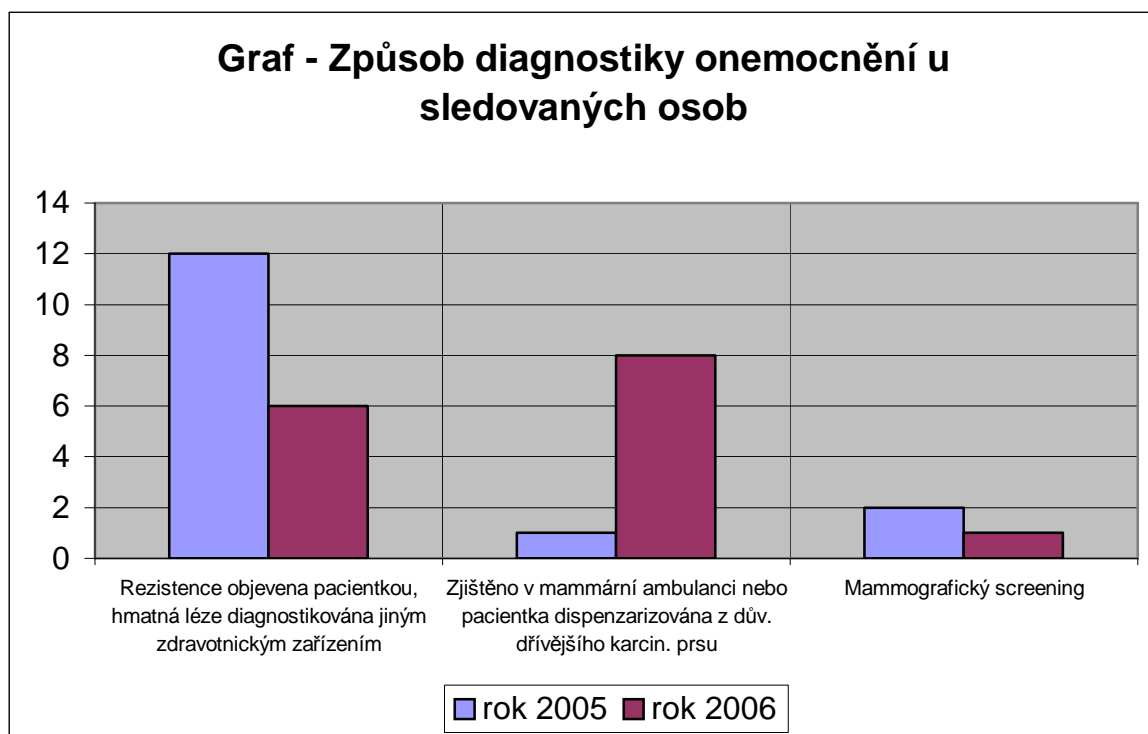
V letech 2001 a 2002 byl vyšší počet pacientek, 53 procent, které si nádor objevily samy nebo hmatná léze byla diagnostikována jiným zdravotnickým zařízením.

Mammografický screening v České republice v těchto letech ještě nebyl zahájen, počátky jeho uvedení do praxe se datují až od roku 2003.

Tabulka a graf č. 11.

Způsob diagnostiky onemocnění u sledovaných osob

	rok 2005	rok 2006
Rezistence objevena pacientkou, Hmatná léze diagnostikována jiným zdravotnickým zařízením	12	6
Zjištěno v mammární ambulanci nebo pacientka dispenzarizována z dův. dřívějšího karcin. prsu	1	8
Mammografický screening	2	1

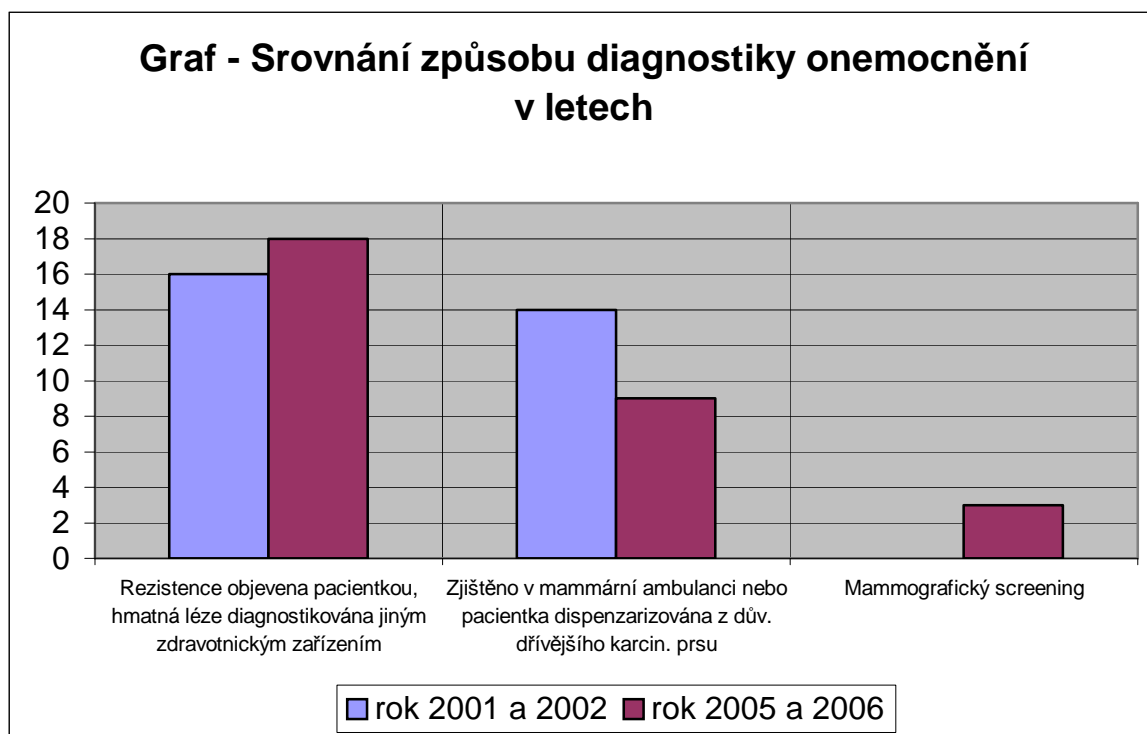


V letech 2005 a 2006 byl podíl zjištění ve skupině žen, které si nádor objevily samy nebo hmatná léze byla diagnostikována jiným zdravotnickým zařízením 60 procent. Prostřednictvím mammografického screeningu byly zaznamenány tři pacientky, což činí 10 procent diagnostikovaných.

Tabulka a graf č. 12.

Srovnání způsobu diagnostiky onemocnění v letech

	rok 2001 a 2002	rok 2005 a 2006
Rezistence objevena pacientkou, Hmatná léze diagnostikována jiným zdravotnickým zařízením	16	18
Zjištěno v mammární ambulanci nebo pacientka dispenzarizována z dův. dřívějšího karcin. prsu	14	9
Mammografický screening	0	3

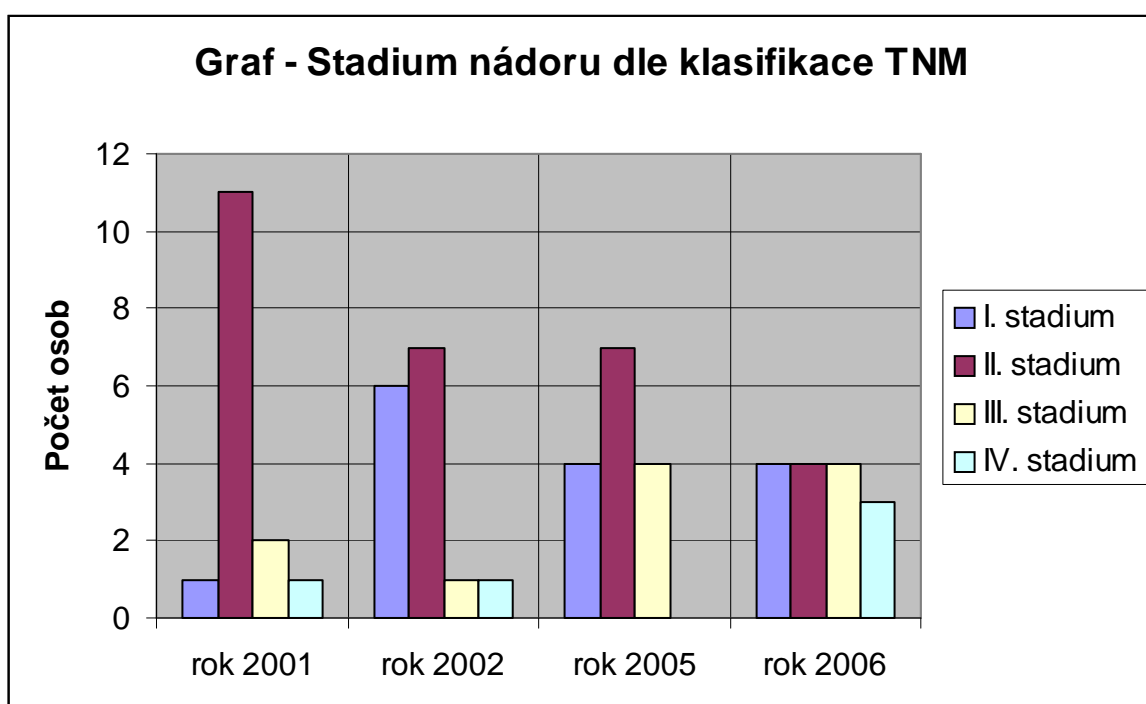


V obou sledovaných obdobích činí nejvyšší podíl zjištění ve skupině žen, které si nádor objevily samy nebo hmatná léze byla diagnostikována jiným zdravotnickým zařízením. Tato skupina tvoří celých 57 procent ze všech sledovaných žen. Srovnání detekce pomocí mammografického screeningu v letech 2001, 2002 a 2005, 2006 není vypovídající.

Tabulka a graf č. 13.

Stadium nádoru dle klasifikace TNM

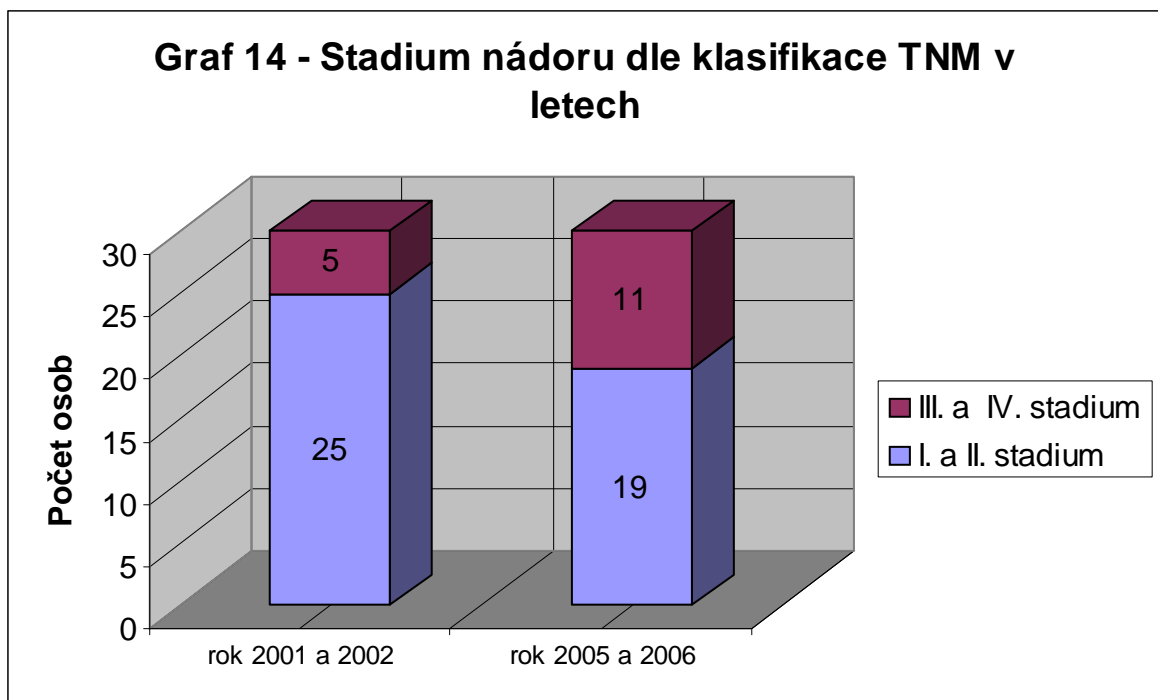
	rok 2001	rok 2002	celkem	rok 2005	rok 2006	celkem
I. stadium	1	6	7	4	4	8
II. stadium	11	7	18	7	4	11
III. stadium	2	1	3	4	4	8
IV. stadium	1	1	2	0	3	3



Pokud srovnáme vývoj stadií I. a IV. v letech 2001, 2002 a 2005, 2006 jsou počty téměř shodné. Naopak výrazný posun v uvedených letech zaznamenávají stadia II. a III., kdy se nádory ze stadií II. přesouvají do stadií III. a zvyšuje se tak počet pacientek s diagnostikovaným nádorem ve stadiu III. téměř trojnásobně.

Stadium nádoru dle klasifikace TNM v letech

	rok 2001 a 2002	rok 2005 a 2006
I. a II. stadium	25	19
III. a IV. stadium	5	11

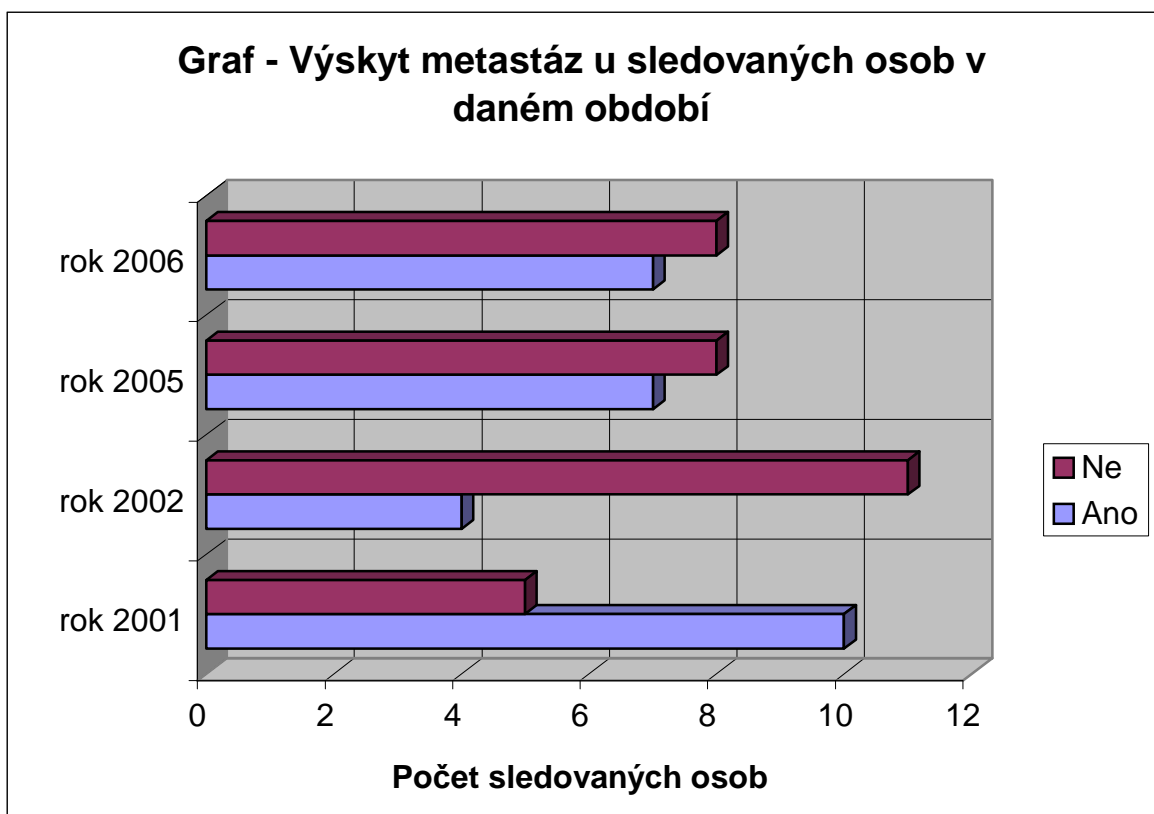


Z uvedené tabulky i grafu vyplývá zvyšující se četnost závažnějších stadií v době detekce nádoru prsu v letech 2005 a 2006.

Tabulka a graf č. 15.

Výskyt metastáz u sledovaných osob v daném období

	rok 2001	rok 2002	rok 2005	rok 2006
Ano	0	1	5	10
Ne	15	14	10	5
Celkem ano	1		15	
Celkem ne	29		15	

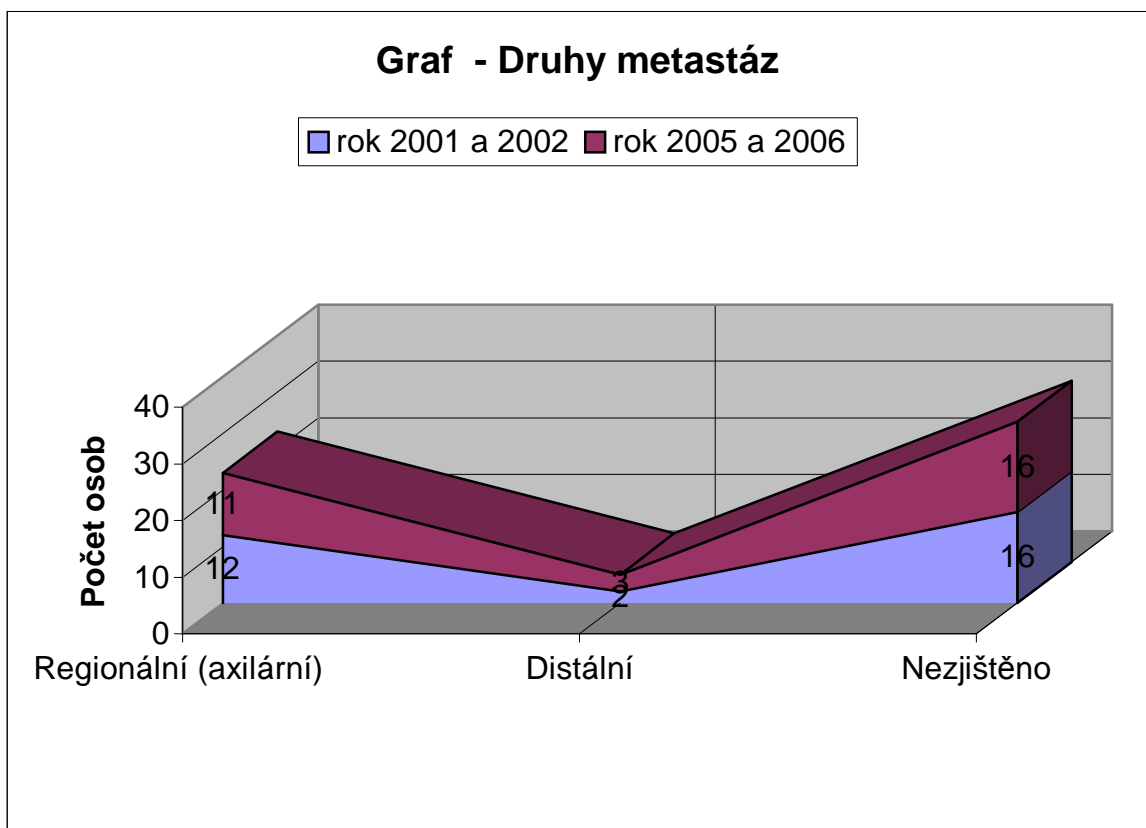


Souhrnně za všechny roky se metastázy vyskytují u 47 procent pacientek. Nejvyšší počet metastáz byl zaznamenán v roce 2001, nejméně v roce 2002. Souhrnně mezi lety 2001, 2002 a 2005, 2006 není zaznamenán rozdíl, výskyt metastáz má setrvalé hodnoty.

Tabulka a graf č. 16.

Druhy metastáz

	rok 2001 a 2002	rok 2005 a 2006
Regionální (axilární)	12	11
Vzdálené	2	3
Bez metastáz	16	16

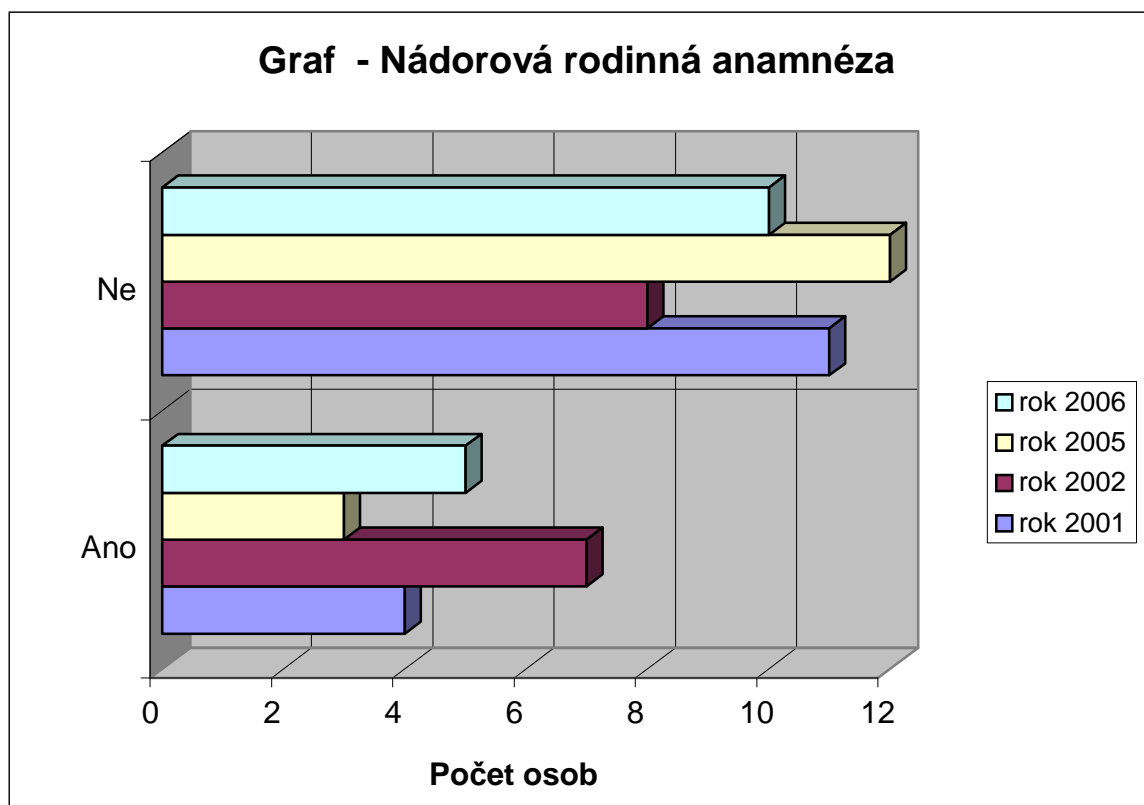


Metastázy nebyly zjištěny u 53 procent sledovaných žen. U zjištěných metastáz jednoznačně převažují metastázy regionální (axilární). Při počtu 23 zjištění toto číslo činí 38 procent. Zbývajících 5 zjištění metastáz činí 9 procent a připadá na vzdálené metastázy. Ve srovnání jednotlivých let nedochází k významným posunům.

Tabulka a graf č. 17.

Nádorová rodinná anamnéza

	rok 2001	rok 2002	rok 2005	rok 2006
Ano	4	7	3	5
Ne	11	8	12	10

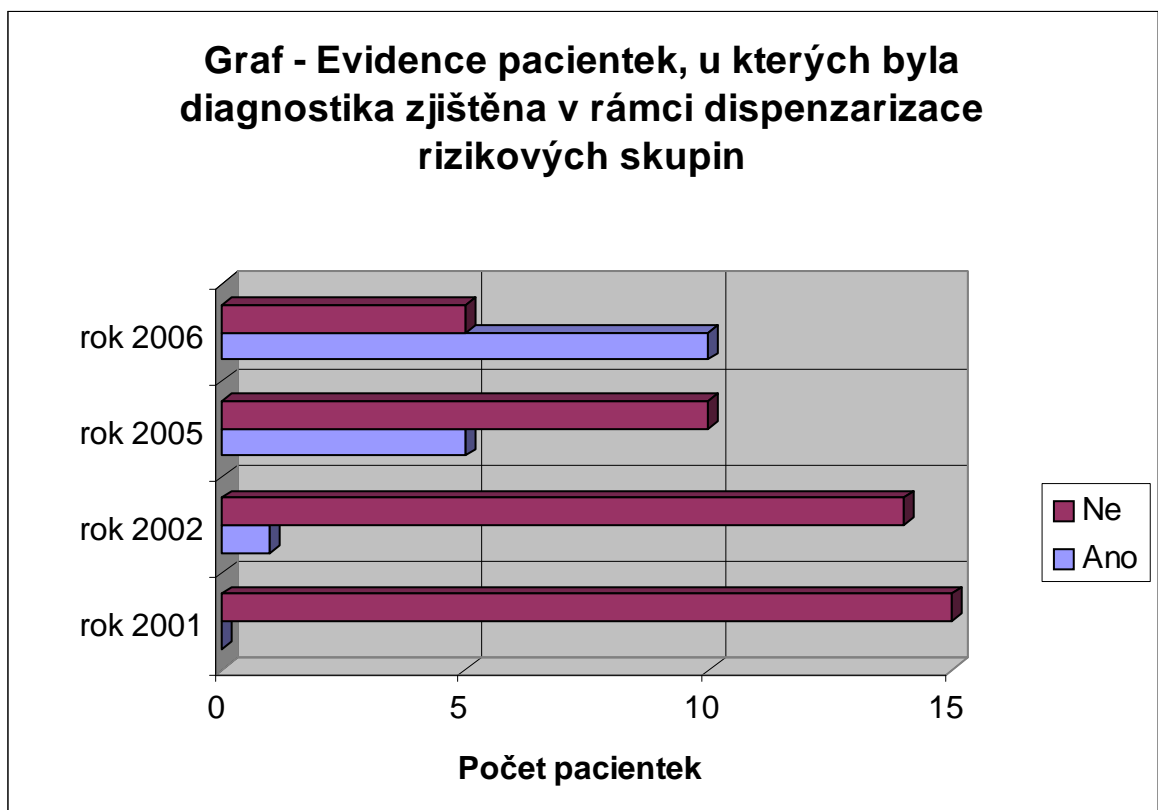


V letech 2001 a 2002 byla nádorová rodinná anamnéza u 37 procent pacientek. V dalších letech 2005 a 2006 byl zaznamenán pokles na 27 procent. Souhrnně za všechny sledované roky se nádorová rodinná anamnéza vyskytuje ve 32 procentech, což činí výskyt u 19 sledovaných osob. Pacientek bez onkologické anamnézy v rodině je více.

Tabulka a graf č. 18.

Evidence patientek, u kterých byla diagnostika zjištěna v rámci dispenzarizace rizikových skupin

	rok 2001	rok 2002	rok 2005	rok 2006
Ano	10	4	7	7
Ne	5	11	8	8
Celkem ano	14		14	
Celkem ne	16		16	



Tabulka i graf prokazují signifikantní nárůst patientek, které jsou diagnostikovány v rámci dispenzarizace rizikových skupin. V letech 2001 a 2002 byla evidována pouze jedna pacientka. V následujících letech 2005 a 2006 bylo v době detekce nádoru již patnáct patientek dříve evidovaných v rámci dispenzarizace rizikových skupin, což tvoří celou polovinu patientek.

7 VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ

Na počátku výzkumu jsem stanovila sedm hypotéz, jejichž platnost jsem chtěla ověřit.

7.1 Hypotéza č. 1

V první hypotéze jsem se domnívala, že průměrný věk pacientek s rakovinou prsu se bude snižovat. Existence mammografického screeningu by měla napomoci včasnějšímu záchytu nemoci u širšího spektra žen, tedy i žen mladších ročníků. Dle mého zjištění byl v letech 2001 a 2002 průměrný věk pacientek 63 let, ve sledované věkové hranici 60 – 69 let. Průměrný věk v letech 2005 a 2006 činil 69 let, avšak nejčtenější incidence nádoru byla zaznamenána ve věkové hranici 70 – 79 let. Moje hypotéza se tímto zjištěním nepotvrdila.

7.2 Hypotéza č. 2

Ve druhé hypotéze jsem se domnívala, že onemocnění prsu bude diagnostikováno poměrně čteněji u žen s vyšším vzděláním než u žen s nižším vzděláním. Předpokládala jsem, že ženy s vyšším vzděláním budou mít lepší přístup k informacím a budou lépe edukovány i v oblasti zdravotnické prevence. Výsledky výzkumu vypovídají o tom, že v letech 2001 a 2002 bylo diagnostikováno onemocnění prsu u větší skupiny žen se středoškolským a vysokoškolským vzděláním. Avšak v letech 2005 a 2006 jasně převažuje podíl žen se základním vzděláním nebo vyučených. Moje hypotéza se tímto zjištěním nepotvrdila.

7.3 Hypotéza č. 3

Ve třetí hypotéze jsem předpokládala, že v letech 2001 a 2002 si největší počet nádorů objevily pacientky samy a nebo hmatná léze byla diagnostikována jiným zdravotnickým zařízením. Moje hypotéza se opírala o fakt, že v těchto letech ještě nebyl zaveden program mammografického screeningu. Samovyšetřením nebo diagnostikováním jiným zdravotnickým zařízením byl detekován nádor prsu u 57 procent žen. Zbýlých 43 procent nádorů prsu bylo diagnostikováno v mammární ambulanci či byla pacientka dispenzarizována z důvodu dřívějšího karcinomu prsu. Moje hypotéza se tímto zjištěním potvrdila.

7.4 Hypotéza č. 4

Čtvrtá hypotéza předpokládá, že v letech 2005 a 2006 se největší počet detekovaných nádorů objevil při mammografickém screeningu. Vycházela jsem z předpokladu, že třetí a další rok po zahájení screeningového programu významně změní strukturu detekce nádoru prsu. Tedy pokles detekce samovyšetřením nebo kdy hmatná léze byla diagnostikována jiným zdravotnickým zařízením a přesun těchto detekcí do mamárního screeningu. Výsledkem výzkumu je skutečnost, že samovyšetřením či diagnostikováním nádoru jiným zdravotnickým zařízením bylo 60 procent žen. Dalších 30 procent nádorů bylo zjištěno v mamární ambulanci nebo dispenzarizací pacientky pro dřívější karcinom prsu. Mammografický screening detekoval pouze 10 procent nádorů ve sledované skupině. Moje hypotéza se tímto zjištěním nepotvrdila.

7.5 Hypotéza č. 5

V páté hypotéze jsem se domnívala, že v letech 2005 a 2006 se zvýší počet nádorů detekovaných ve stadiích I. a II. a naopak se sníží výskyt stadií III. a IV. oproti letům 2001

a 2002. Ve své hypotéze jsem vycházela z faktu, že samovyšetřením si žena není schopna odhalit nádor menší než zhruba jeden a půl centimetru, na rozdíl od přístrojové techniky, která má daleko lepší rozlišovací schopnosti. Avšak již výsledky zjištění čtvrté hypotézy prokázaly celkově malý počet detekcí mammografickým screeningem. V letech 2005, 2006 se počty detekovaných nádorů ve stadiu I. téměř nezměnily. Naopak ve stadiu II. došlo v letech 2005 a 2006 k významnému poklesu detekcí oproti letům 2001 a 2002, ne však ve prospěch stadií I., ale zvýšil se počet stadií III. Počty ve stadiích II. se snížily ze 60 procent na 37 procent, naopak stadium III. se z 10 procent zvýšilo na 27 procent. Počty stadií IV. ve sledované skupině zůstaly téměř na stejné úrovni 10 procent ve sledovaných letech. Moje hypotéza se tímto zjištěním nepotvrdila.

7.6 Hypotéza č. 6

Šestá hypotéza předpokládala vazbu na onkologickou rodinnou anamnézu, tedy že pacientek s nádorem prsu je více těch, které mají onkologickou anamnézu v rodině. Byl vyhodnocen každý rok samostatně. Ani v jednom ze sledovaných let se nepotvrdila převaha pacien-

tek s onkologickou anamnézou v rodině. Průměrné procento žen s onkologickou rodinnou anamnézou za všechny roky činí 32 procent. Moje hypotéza se tímto zjištěním nepotvrdila.

7.7 Hypotéza č. 7

Sedmá hypotéza vycházela z domněnky, že narůstá počet pacientek, které v době detekce nádoru byly již evidovány v onkologickém centru. S postupem let se osvěta na vyšetření rakoviny prsu stala celospolečenským jevem. Rovněž odborní i praktičtí lékaři v hojnější míře doporučují ženám v rámci prevence návštěvu mammárních ambulancí. Proto i výsledky výzkumu zaznamenaly setrvalý nárůst pacientek, které v době detekce nádoru byly již evidovány v rámci dispenzarizace rizikových skupin na sledovaném pracovišti. V letech 2001 a 2002 byla evidována pouze jedna pacientka na sledovaném pracovišti, v letech 2005 a 2006 bylo evidováno v době detekce nádoru prsu již 15 pacientek, což činí celých 50 procent. Moje hypotéza se tímto zjištěním potvrdila.

8 ZÁVĚR

Zdraví je to nejcennější co člověk může mít. Jsou však životní situace, kdy nemoc přijde, přijde rychle a zdánlivě bez vlastního přičinění. Náhlé onemocnění dříve zdravému člověku změní život ze dne na den. Nemocný začne přehodnocovat své priority a dřívější problémy se stávají banálními. Přeje si jen jediné, být zase zdrav. Člověk však může pro své zdraví něco udělat v rámci prevence.

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala problematikou nádoru prsu a pokusila jsem se prostřednictvím sekundárního výzkumu zjistit především význam zavedení plošného mammografického screeningu na konkrétním pracovišti provádějícím terapii karcinomu prsu. Z výsledků mé práce plyne, že není možno potvrdit očekávaný vzestup vyššího podílu patientek diagnostikovaných ve stadiu I. a II., které přichází k terapii na onkologické pracoviště.

Pro budoucí praxi vyplývá několik opatření. Myslím si, že přístup k informacím a osvěta, konkrétně právě u nádorových onemocnění prsu, jsou v naší republice dostatečné. V posledních letech je to problém stále více se přibližující veřejnosti a je apelováno na ženy, ale i na jejich rodinné příslušníky, aby tuto nemoc nepodceňovali. Přesto se z těchto výsledků zdá, že mammografický screening neobsahuje dostatečný počet žen. Proto si myslím, že nedostatečná péče žen o své zdraví je zapříčiněna především dvěma faktory. Prvním z nich je určitá nedbalost až laxnost v přístupu ke svému zdraví u některých žen. Druhým faktorem a asi ještě závažnějším, je strach. Tyto ženy jsou často informované, vnímají osvětu i možné důsledky zanedbání léčby. Přesto je jejich strach z pravdy často silnější než vědomí možných komplikací. O svých problémech dobře vědí, ale snaží se je zatajit i před svými nejbližšími. Proto vidím jako nezbytné, oslovovat vhodným způsobem právě tuto skupinu žen.

Dalším opatřením by mělo být častější preventivní klinické vyšetření prsou lékařem, například praktickým lékařem či gynekologem, a to i v situacích, kdy žena nepřichází k lékaři s onkologickým problémem. Svou roli by v těchto vyšetřeních měly mít i porodní asistentky, které mají k této problematice profesně velmi blízko.

Ve své malé studii jsem zpracovala náhodně vybrané dvě skupiny patientek onkologického centra, jeho ambulance pro choroby prsu, specializující se na dispenzarizaci rizikových skupin žen. Pro ověření validity mých výsledků by bylo nutné zpracovat retrospektivně

větší počet kaziistik pacientek s karcinomem prsu, případně na více pracovištích v České republice.

S ohledem na poměrně malý počet sledovaných pacientek (šedesát) považuji svoji práci za pilotní studii k dané problematice.

Přes výsledky a závěry, ke kterým jsem dospěla ve své bakalářské práci jsem přesvědčena, že mammografický screening má svou nezastupitelnou roli v diagnostice nádoru prsu. Věřím, že tato specializovaná pracoviště bude navštěvovat stále více žen a mammografické vyšetření se časem stane nedílnou součástí života každé ženy. Důsledkem změněného chování této části populace bude zvýšení podílu časně diagnostikovaných nádorů prsu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ABRAHÁMOVÁ, J., POVÝŠIL, C., HORÁK, J. a kol. *Atlas nádorů prsu*. 1. vyd. Praha: Grada Avicenum, 2000. ISBN 80-7169-771-0
2. ABRAHÁMOVÁ, J., DUŠEK, L. a kol. *Možnosti včasného záchytu rakoviny prsu*. 1. vyd. Praha: Grada Avicenum, 2003. ISBN 80-247-0499-4
3. ABRAHÁMOVÁ, J. *Rakovina prsu*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství TRITON, s.r.o., 2000. ISBN 80-7254-136-6
4. ABRAHÁMOVÁ, J. *Vybrané otázky onkologie VIII*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Galén, 2004. ISBN 80-7262-296-X
5. BUREŠ, J., HORÁČEK, J. *Základy vnitřního lékařství*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Galén, 2003. ISBN 80-7262-208-0. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0673-9
6. CITTERBART, K. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Galén, 2001. ISBN 80-7262-094-0. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0318-7
7. ČIHÁK, R. *Anatomie III*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Grada Avicenum, 1997. ISBN 80-7169-140-2
8. DIENSTBIER, Z., SKALA, E. *Nádorová diagnostika pro lékaře v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Avicenum, 1995. ISBN 80-7169-6
9. DYLEVSKÝ, I., DRUGA, R., MRÁZKOVÁ, O. *Funkční anatomie člověka*. 1. vyd. Praha: Grada Avicenum, 2000. ISBN 80-7169-681-1
10. HOLIBKOVÁ, A., LAICHMAN, S. *Přehled anatomie člověka*. 3. vyd. Olomouc: Nakladatelství Univerzity Palackého, 2002. ISBN 80-244-0495-8
11. CHOVANCOVÁ, Z., VAŠKOVÁ, J. *Diagnóza nádor: a co dál ...*. 1. vyd. Praha: Grada Avicenum, 1998. ISBN 80-7169-668-4
12. JARDINES, L. a kol. *Cancer managment a multidisciplinary approach*. New York: PRR Melville, 2000. ISBN 18-9148-313-7
13. JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ, J., TOMÁNKOVÁ, D. *Ošetřovatelství*. 1. vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám, 2000.

14. KONOPÁSEK, B., PETRUŽELKA, L. *Karcinom prsu*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Galén, 1997. ISBN 80-85824-66-3
15. PLATZE, W. *Atlas topografické anatomie*. 1. vyd. Praha: Grada Avicenum, 1996. ISBN 80-7169-214-X
16. PRŮCHA, J. *Pedagogický výzkum. Uvedení do teorie a praxe*. 1. vyd. Praha: Vydavatelství Karolinum. ISBN 80-7178-029-4
17. SBORNÍK PŘEDNÁŠEK Z 10. ROČNÍKU SYMPOZIA. *Onkologie v gynekologii a mammologii*. Brno: Nakladatelství Kongresové centrum, 2005. ISBN 80-86607-17-8
18. VOJÁČKOVÁ, Z. *Kromě prsu mi nic nechybí*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství TRITOR, s.r.o., 2003. ISBN 8-7254-354-7
19. VYHNÁNEK, F. a kol. *Chirurgie II*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství INFORMATORIUM, s.r.o., 1997. ISBN 80-86073-13-0
20. WALLÓ, O. *Neutíkejte před rakovinou prsu*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Gutenberg, 2005. ISBN 80-86349-21-7

Internetové stránky

21. REGISTR ONKOLOGICKÝCH PACIENTŮ. www.svod.cz, 13. 3. 2007
22. SDRUŽENÍ PACIENTEK S RAKOVINOU PRSU. www.mammahelp.cz. 4. 4. 2007
23. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. www.mzcr.cz, 13. 3. 2007
24. MAMOGRAFICKÝ SCREENING V ČR. www.mamo.cz, 18.3.2007
25. NEZISKOVÉ SDRUŽENÍ ŽEN POSTIŽENÝCH RAKOVINOU. ALEN www.amadeus-nmc.cz, 26. 3. 2007

SEZNAM OBRÁZKŮ

- Obr. č. 1. Stavba prsu a mléčné žlázy (str. 15)
- Obr. č. 2. Průběh šíření karcinomu prsu (str. 16)
- Obr. č. 3. Přehled rizikových faktorů karcinomu prsu (str. 25)
- Obr. č. 4. Incidence a mortalita nádoru prsu v ČR (str. 27)
- Obr. č. 5. Technika samovyšetřování (str. 29)

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tab.č. 1. Sekundární výzkum rok 2001 (str. 39)

Tab. č. 2. Sekundární výzkum rok 2002 (str. 40)

Tab. č. 3. Sekundární výzkum rok 2005 (str. 41)

Tab. č. 4. Sekundární výzkum rok 2006 (str. 42)

Tab. a graf č. 5. Průměrný věk sledované skupiny (str. 43)

Tab. a graf č. 6. Věk pacientek přijatých k léčbě v onkologickém centru (str. 44)

Tab. a graf č. 7. Věk pacientek přijatých k léčbě v onkologickém centru (str. 45)

Tab. a graf č. 8. Srovnání věku pacientek přijatých k léčbě v onkologickém centru (str. 46)

Tab. a graf č. 9. Sledované skupiny dle vzdělání (str. 47)

Tab. a graf č. 10. Způsob diagnostiky onemocnění u sledovaných osob (str. 48)

Tab. a graf č. 11. Způsob diagnostiky onemocnění u sledovaných osob (str. 49)

Tab. a graf č. 12. Srovnání způsobu diagnostiky onemocnění v letech (str. 50)

Tab. a graf č. 13. Stadium nádoru dle klasifikace TNM (str. 51)

Tab. a graf č. 14. Stadium nádoru dle klasifikace TNM v letech (str. 52)

Tab. a graf č. 15. Výskyt metastáz u sledovaných osob v daném období (str. 53)

Tab. a graf č. 16. Druhy metastáz (str. 54)

Tab. a graf č. 17. Nádorová rodinná anamnéza (str. 55)

Tab. a graf č. 18. Evidence pacientek u kterých byla diagnostika zjištěna v rámci
dispenzarizace rizikových skupin (str. 56)

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P1 Rembrandtova „Betsabé v lázni“ [2]

Příloha P2 Michelangelova „Noc“ [2]

Příloha P3 Chirurgické nástroje a operace prsu z roku 1748 [2]

Příloha P4 Mammograf [3]

Příloha P5 Schéma mammografu [1]

Příloha P6 Snímky prsu s karcinomem [1]

Příloha P7 Lymfatické uzliny a odtok lymfy z prsu [15]

Příloha P8 Exenterace axily jako součást operace mizních uzlin [14]

Příloha P9 Klasifikace TNM [14]

Příloha P10 Dělení prsu na kvadranty [14]

Příloha P11 Operace typu kvadrantektomie [3]

Příloha P12 Způsob lymfatické drenáže [1]

Příloha P13 Krajská nemocnice T. Bati, a.s. ve Zlíně

Příloha P14 Schéma nemocnice

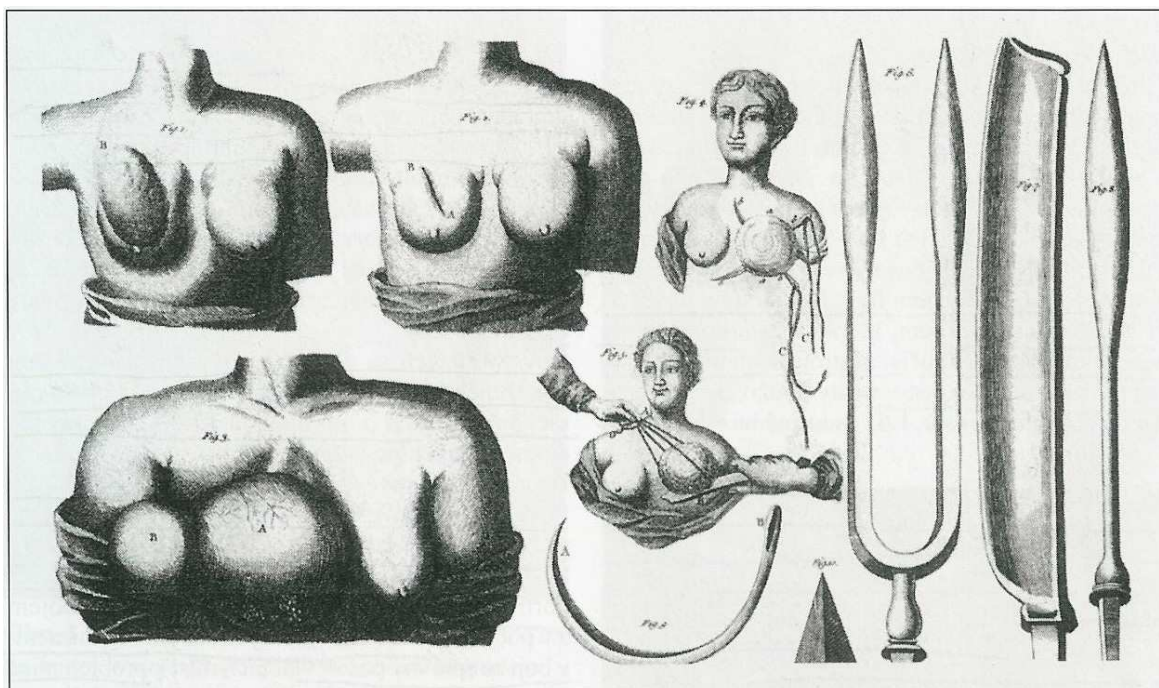
Příloha P1 Rembrandtova „Betsabé v lázni“. Stín na levém prsu je pravděpodobně známkou nádoru.



Příloha P2 Michelangelova „Noc“ se známkami vtahování kůže poblíž bradavky levého prsu.



Příloha P3 Chirurgické nástroje a operace prsu z roku 1748



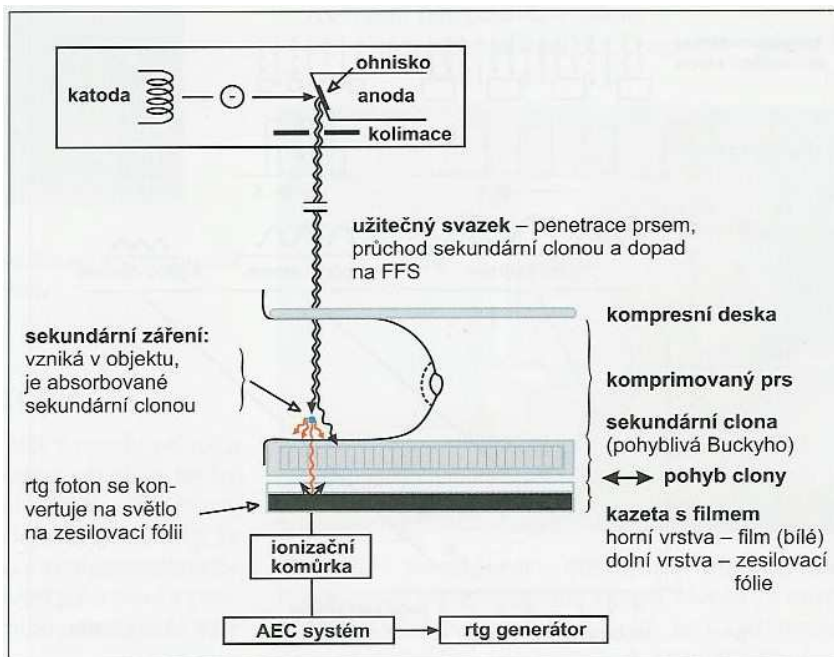
...současnost



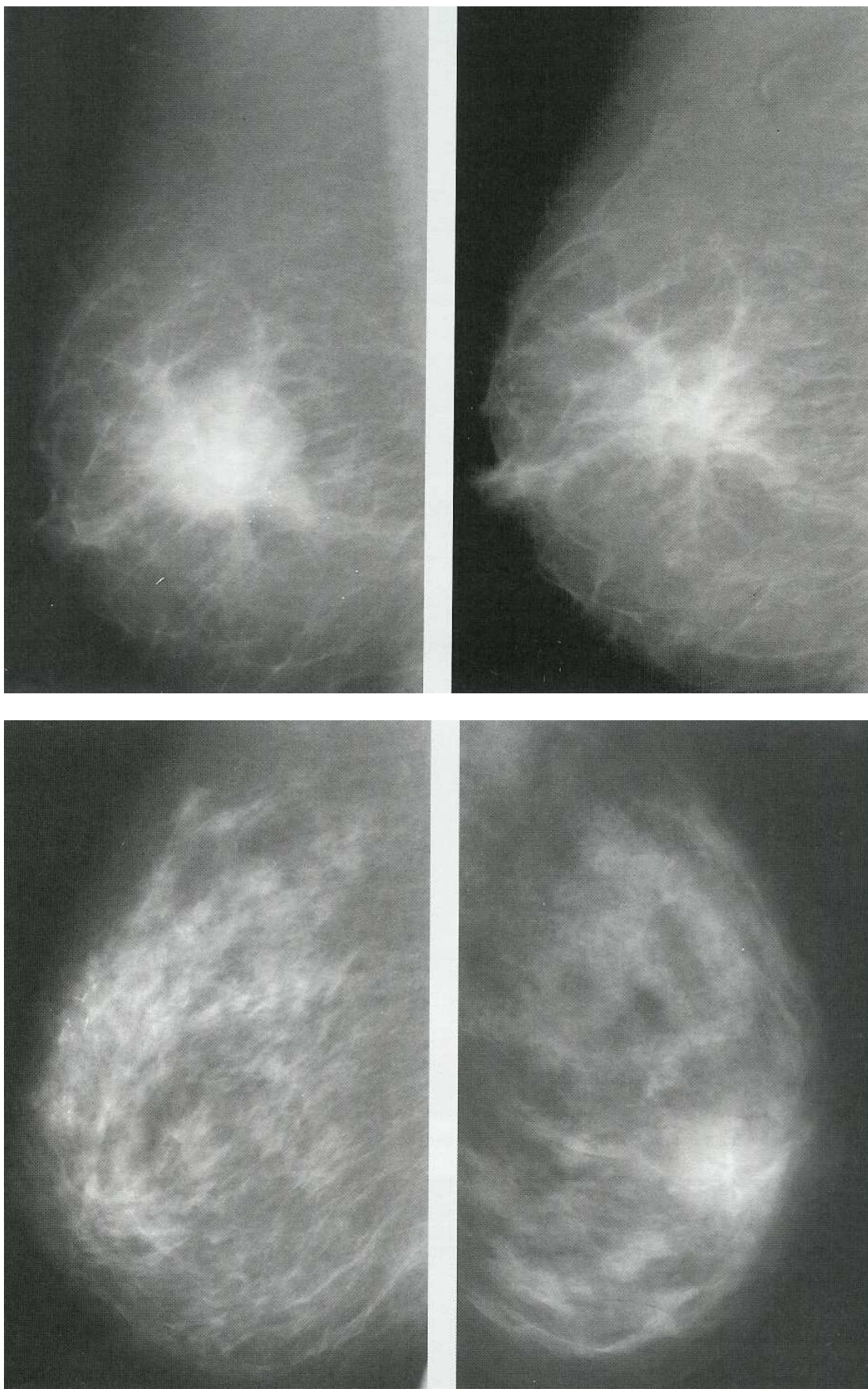
Příloha P4 Mammograf



Příloha P5 Schéma mammografu



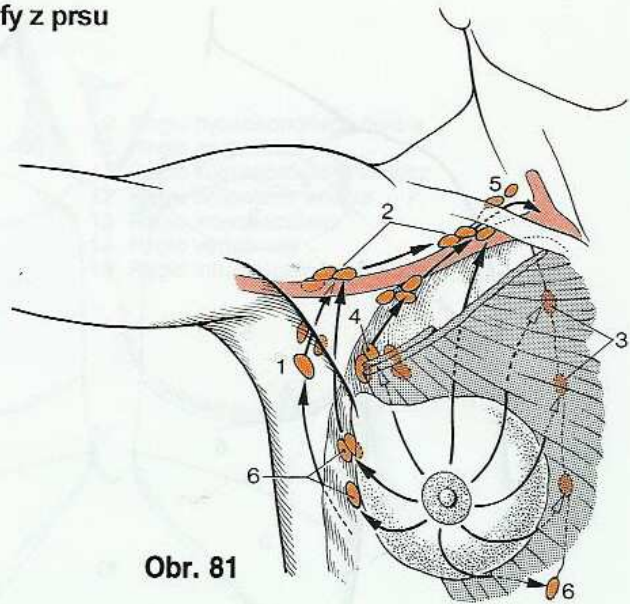
Příloha P6 Snímky prsu s karcinomem



Příloha P7 Lymfatické uzliny a odtok lymfy z prsu

Obr. 81 Lymfatické uzliny a odtok lymfy z prsu

- 1 Nodi lymphatici axillares
- 2 Nodi lymphatici infraclaviculares
- 3 Nodi lymphatici parasternales
- 4 Nodi lymphatici interpectoriales
- 5 Nodi lymphatici supraclaviculares
- 6 Nodi lymphatici paramammarii



Obr. 81

Praktická poznámka

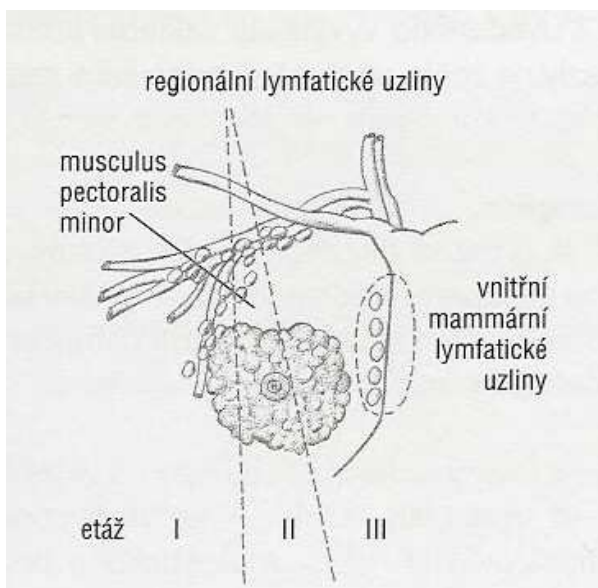
Lymfa odtéká z prsu obvykle čtyřmi směry do angulus venosus. Jedna odtoková cesta směřuje buď přes nodi lymphatici paramammarii, nebo přímo podél axilárních cév do nodi lymphatici axillares. Z nich pak odtéká přes infraclavikulární a supraclavikulární uzliny do angulus venosus. Druhá cesta jde přes nodi lymphatici paramammarii přímo do nodi lymphatici infraclaviculares

a dále přes supraclavikulární uzliny do angulus venosus.

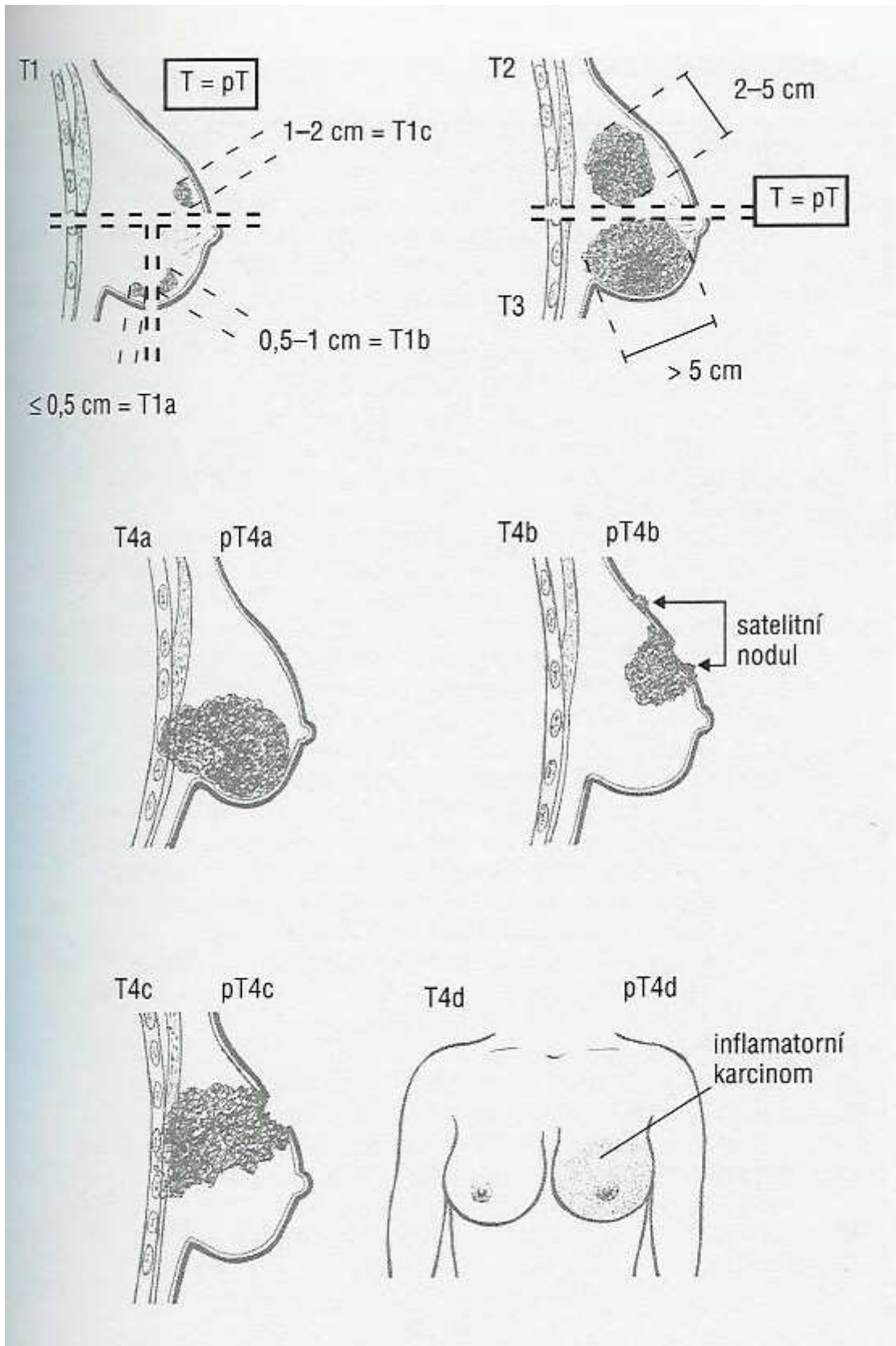
Třetí odtoková cesta vede buď přes nodi lymphatici interpectoriales, nebo jejich obejitím do nodi infraclaviculares a nodi supraclaviculares.

Čtvrtá cesta vede z mediálních částí žlázy přes nodi lymphatici parasternales podél vasa thoracica interna přímo do angulus venosus.

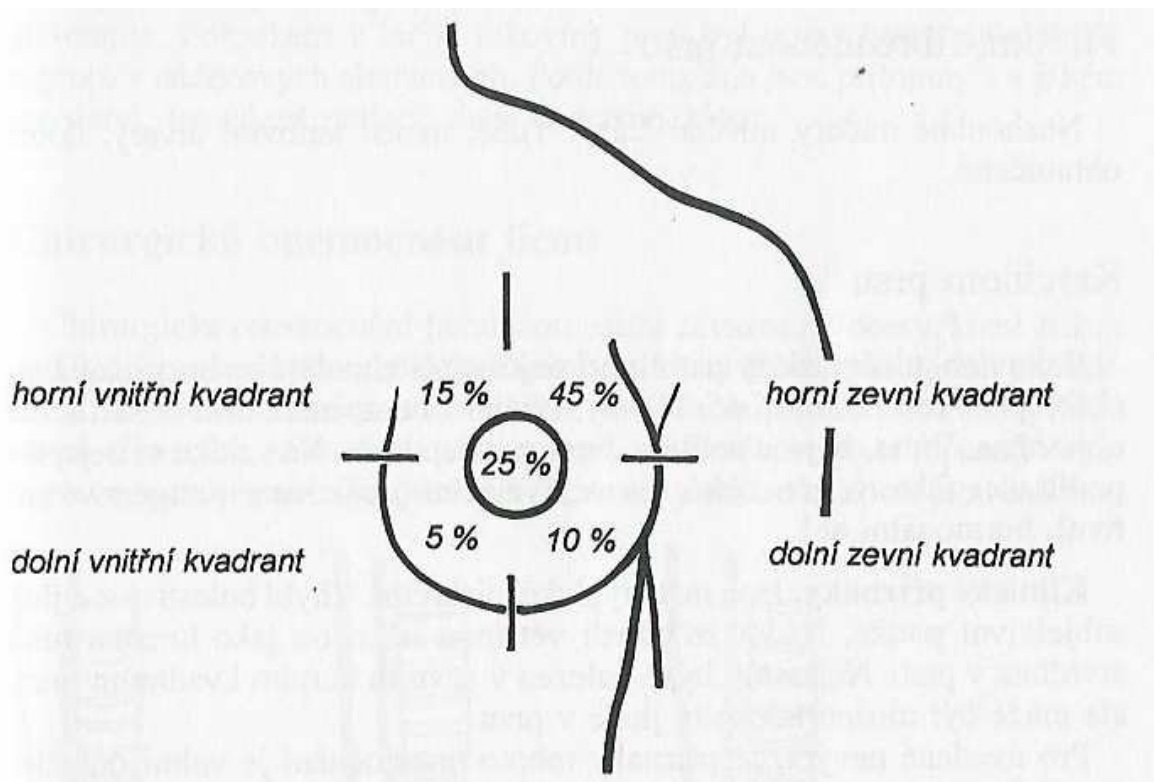
Příloha P8 Exenterace axily jako součást operace mizních uzlin



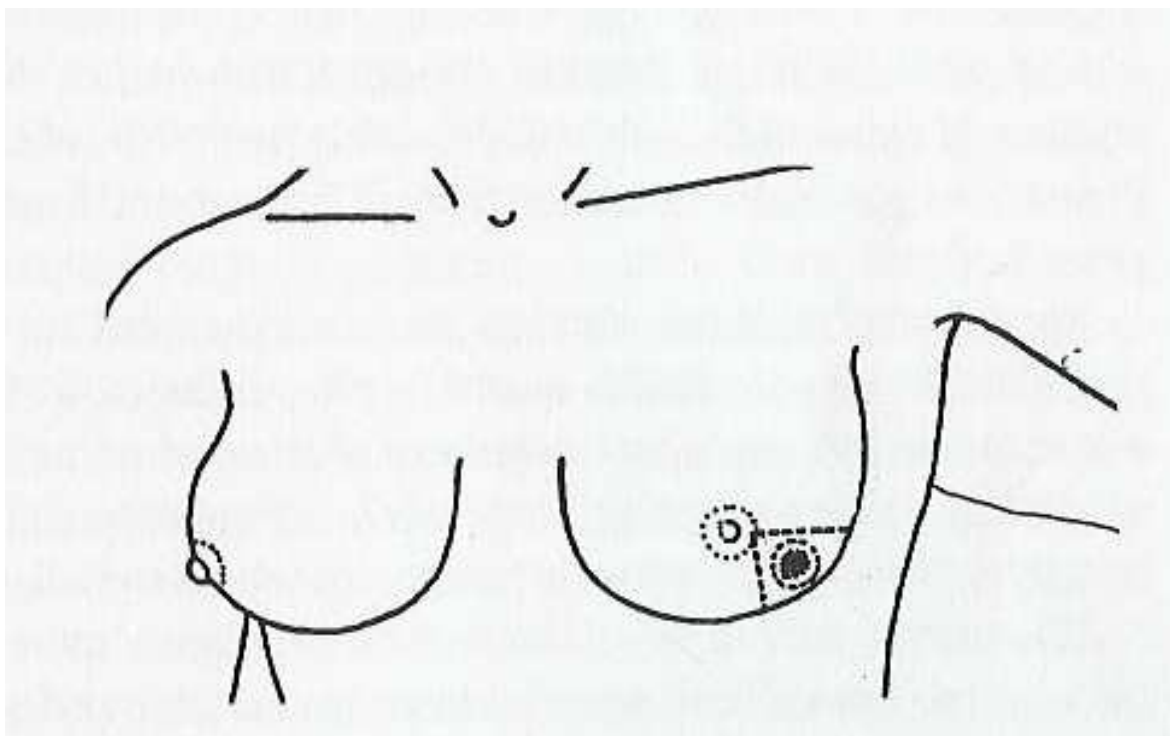
Příloha P9 Klasifikace TNM



Příloha P10 Dělení prsu na kvadranty



Příloha P11 Operace typu kvadrantektomie



Příloha P12 Způsob lymfatické drenáže



Obr. 14.27a

a, b, c, d, e, f Manuální lymfodrenáž

a, b, c – postupné působení (hlazení) plošným tlakem celou plochou dlaně (efloráž), d, e, f – vlastní lymfodrenáž, postupné manuální zpracování kubitální jamky, lokte a ruky.



Obr. 14.27e



Obr. 14.27b



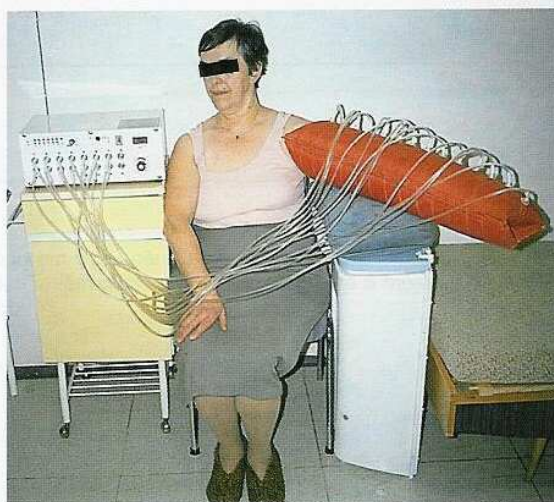
Obr. 14.27f



Obr. 14.27c



Obr. 14.27d



Obr. 14.28 Masážní rukáv – přístroj „Pneufen“ určený k lymfodrenáži pomocí masážního rukávu. Čtrnáctikomorový rukáv navlečený na paži pacientky působí postupnou střídavou změnou tlaku vzduchu v jednotlivých komorách.

Příloha P13 Krajská nemocnice T. Bati, a.s. ve Zlíně



Příloha P14 Schéma nemocnice

