

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Šárka Zimová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Prevence nádorového onemocnění prsu

Šárka Zimová

Bakalářská práce

2013

Čestné prohlášení

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 20. 3. 2013

Šárka Zimová

.....

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala panu doktorovi Vladimírovi Červinkovi za vedení bakalářské práce, cenné rady a čas věnovaný konzultacím, které mi významně pomohly při zpracování mé bakalářské práce. Také bych ráda poděkovala vrchní sestře Chirurgické kliniky Pardubické krajské nemocnice, a.s., paní Blance Hoškové a sestře z mamologické ambulance doktora Karla Šťastného, paní Ivě Kožené za umožnění provádění výzkumu. Velký dík patří mé rodině a to hlavně mým rodičům, prarodičům, manželovi a dceři, kteří mě ve studiu po celou dobu podporovali.

Souhrn a Klíčová slova

Souhrn

Bakalářská práce se věnuje problematice prevence nádorového onemocnění prsu v letech 2008-2013. V teoretické části jsou popsány rizikové faktory, vyšetření prsu, diagnostika, léčba.

Na teoretickou část navazuje výzkum, který proběhl ve formě dvou souborů dotazníků v mamologické ambulanci MUDr. Karla Šťastného u sledovaných respondentů a Chirurgické klinice Krajské nemocnice Pardubice. Informace potřebné k výzkumu byly získány některé přímo od respondentů a některé z dokumentací respondentů, které byly na chirurgické klinice operovány pro karcinom prsu a v ambulanci MUDr. Karla Šťastného.

Klíčová slova

karcinom prsu, mamografie, sentinelová uzlina, mastektomie

Title

Prevention of Breast Cancer

Abstract

Summary

This bachelor thesis offers its readers an insight into the issue of breast tumor prevention in the years 2008-2013. The theoretical part describes risk factors, breast examination, diagnosis, and treatment. It is then followed by a survey conducted in a form of two types of questionnaires. The survey took place in Dr Stastny's mammographic surgery and in the Department of Surgery at Pardubice General Hospital at the Pardubice Regional Hospital.. The information necessary for the survey were taken directly from both the respondents, who underwent breast tumor surgery, and the documentation.

Keywords

breast carcinoma, mammogram, sentinel biopsy, mastectomy

Obsah

Úvod.....	10
1 Epidemiologie	12
1.1 Rizikové faktory	12
2 Prevence	14
2.1 Sebevyšetřování prsu.....	14
2.2 Screeningová mamografie.....	15
3 Klinické příznaky	16
3.1 Klinické vyšetření.....	16
4 Diagnostika.....	17
4.1 Vyšetření aspekce a palpce.....	17
4.2. Zobrazovací metody	18
4.2.1. Mamografie	18
4.3.2 Sonografické vyšetření mléčné žlázy (UZ)	19
4.3.3 Duktografie (galaktografie)	20
4.3.4 Pozimetrová emisní topografie (PET)	20
4.3.5 Počítačová tomografie (CT)	21
4.3.6 Magnetická rezonance (MRI).....	21
4.3.7 Mamoscintigrafie.....	22
4.4 Bioptické vyšetřovací metody	22
4.4.1 Biopsie tenkou jehlou FNA (Fine needle aspiration)	22
4.4.2 Cor biopsie	23
4.4.3 Bioptická excize	23
4.5 Laboratorní metody	23
4.6. Vyšetření k odhalení metastáz.....	24
5 Klasifikace.....	25
5.1. Staging.....	25
5.1.1 Stanovení T (= primární tumor)	25
5.1.2 Stanovení N (= postihující uzliny- noduli).....	26
5.1.3 Stanovení M (= vzdálené metastázy)	26
5.1.2 Grading.....	26
6 Terapie.....	27
6.1 Chirurgická terapie.....	27
6.1.1 Výkony na prsu	28

6.1.2 Chirurgické výkony na lymfatických uzlinách.....	30
6.2 Onkologická léčba.....	32
6.2.1 Chemoterapie.....	32
6.2.2 Radioterapie.....	33
6.2.3 Hormonální léčba	33
7 Komplikace chirurgické léčby.....	34
8 Dispenzarizace	36
9 Výzkumné otázky.....	38
10 Metodika výzkumu.....	39
11 Charakteristika zkoumaného souboru	40
12 Prezentace výsledků souboru A	41
13 Prezentace výsledků souboru B.....	56
14 Porovnání souboru A a B	76
15 Diskuse	80
16 Závěr.....	83
Seznam použitých zkratk.....	84
Seznam obrázků	85
Seznam příloh.....	90
Příloha A - Anatomie prsní žlázy.....	91
Příloha B - Graf incidence a mortality u nádorů prsu – vývoj čase.....	93
Příloha C - TNM staging pro karcinom prsu.....	94
Příloha D - Stadia karcinomu prsu dle WHO.....	97
Příloha E - Stupeň diferenciacie (grading) karcinomů prsu.....	98
Příloha F - Samovyšetřování	99
Příloha G- Dotazník – Soubor A, respondentky, které dochází do mamologické ambulance z důvodu prevence.....	102
Příloha H – Dotazník – Soubor B, respondentky, které jsou po operaci pro karcinom prsu.....	105
Seznam Obrázků	109
Sezam tabulek	109

Úvod

Karcinom prsu je nejčastějším zhoubným nádorovým onemocněním u žen. Svými důsledky zasahuje do všech oblastí života ženy, do života její rodiny a tím vlastně i do života celé společnosti. Diagnostika nádorového onemocnění prsu není složitá, ale je složitá včasná diagnostika a zjištění malých tumorů, u kterých je prognóza lepší.

V České republice na následky karcinomu prsu zemře každý rok víc jak 2000 žen. Karcinom prsu zaujímá první místo v příčině úmrtnosti ve věku 20-54 let. Jelikož u tohoto onemocnění není dosud známá příčina, jedinou možností boje je včasná diagnostika a včasná úspěšná léčba. Základním vyšetřením je mamografie. Ta při včasné fázi může vést k úspěšné léčbě a k prodloužení života pacientek.

Důvodem mohou být i o neznalosti v prevenci, podceňování ze strany ženy, stud z náboženských nebo estetických důvodu, strach z pozitivního nálezu. Dalším důvodem může být nedostatečná péče ze strany ošetřujícího gynekologa, kdy žena nedochází na pravidelné kontroly k palpačnímu vyšetření prsou.

Základním předpokladem úspěchu je přístup k prevenci a riziko vzniku karcinomu prsu. Součástí prevence nádorového onemocnění prsu je samovyšetřování prsu.

V práci se zabýváme prevencí nádorového onemocnění prsu, protože toto onemocnění postihuje čím dále více mladší ženy.

Pro vypracování bakalářské práce jsme zvolili respondentky narozené roku 1967 a mladší.

Cíle

V této práci se snažíme zabývat prevencí nádorového onemocnění prsu žen, narozených roku 1967 a mladší.

Hlavním cílem našeho výzkumu je zjištění, od kolika let se respondentky začaly zajímat o prevenci proti karcinomu prsu. Dále jakého dosáhly vzdělání a kde žijí.

Dalším z cílů bylo zjištění, zda respondentky užívají/užívaly někdy hormonální antikoncepci a od kolika let jí začaly užívat.

1 Epidemiologie

Na vysoké úmrtnosti karcinomu prsu se především podílí pozdní diagnostika nemoci. Nádor o velikosti o 1 cm, se dá vyléčit skoro stoprocentně. Velkou šanci na přežití mají ženy, u kterých byl diagnostikován nádor o velikosti menší než 1 cm, který není zjistitelný palpací.

V české republice je zhoubné onemocnění evidováno v onkologickém registru, který je součástí Národní zdravotnické informačního systému. Karcinom prsu je nejčastějším zhoubným nádorem u žen. Je pozorovaná vysoká incidence nádorů prsu ve všech vyspělých zemích světa, a to hlavně v zemích severní a západní Evropy a severní Ameriky. Česká republika zaujímá 26. místo v počtu nově diagnostikovaných nádorů na 100 tis. žen. (FORETOVÁ, 2008)

Validovaná aktuální data Národního onkologického registru v roce 2009 zaznamenávají 6416 nových případů tohoto onemocnění. Incidence činí 120 případů na 100 tis. žen. Počet úmrtí ve stejném období je 1942, což znamená, že mortalita je více než 36 případů na 100 tis. žen. Během uplynulých deseti let je nárůst incidence více než 35%, a u mortality naopak zaznamenáváme mírný pokles, což poukazuje na zlepšení úspěšnosti léčby a to hlavně díky vyššímu zachytu nádorů v časných klinických stádiích. (FORETOVÁ, 2008)

1.1 Rizikové faktory

Rizikové faktory karcinomu prsu jsou následující:

Genetické a vrozené: Mutace supresorových genů BRCA 1 (lokalizace na 17. chromozómu) bývá spojena s 90 -ti násobným rizikem získat tuto nemoc. BRCA 2 (lokalizace 13. chromozómu) U syndromu Li- Fraumeni je příčinou mutace tumoru supresorického genu p53. Familiární výskyt karcinomu bez průkazu výše uvedených genů, důležité je odebrání osobní a rodinné anamnézy (matka, sestra, babička), zejména u výskytu karcinomu prsu a v premenopauzálním období, a to i bez průkazu genů BRCA1, BRCA2 nebo p53.(ADAM, 2004.)

Hormonální faktory: Delší expozice estrogenů, časná menarché (před 12. rokem života), pozdní menopauza (u žen s menopauzou před 45. rokem je riziko nižší), první gravidita po 30.

roce života, krátká laktace, nulipara, dlouhodobé užívání estrogenů (substituční léčba). Orální kontraceptiva se dnes za rizikový faktor nepovažují, avšak řada studií ukázala na zvýšení rizika vzniku tumoru prsu při jejich užívání. (ADAM, 2004.)

Benigní změny prsu: Duktální hyperplazie, atypická duktální hyperplazie a atypická lobulární hyperplazie. (ADAM, 2004.)

Vlivy zevního prostředí: Ionizující záření před 40. rokem života, působení elektromagnetického pole a pesticidů (není prokázána jednoznačná souvislost). (ADAM, 2004.)

Vliv životního stylu: Zvýšený příjem tuků v dětství a dospívání, váhový přírůstek spojený s nedostatkem fyzické aktivity, obezity v období postmenopauzálním, nadměrná tuková zásoba (je spojena s vyšší plazmatickou koncentrací estrogenů), požívání alkoholu. (ADAM, 2004.)

2 Prevence

Jsou opatření, která nám pomáhají předcházet onemocněním, nebo včasné zachytit první příznaky onemocnění.

Primární prevence

Cílem primární prevence je zlepšovat návyky a životosprávu člověka. Můžeme ovlivnit kouření, konzumaci alkoholu, tuků, stravovací návyky, zajistit dostatek vlákniny, ovoce a zeleniny. Karcinom prsu často souvisí s nádorem vaječníků, dělohy a trávicího ústrojí.

Sekundární prevence

Nejdůležitější prevence je prevence sekundární, tudíž včasný záchyt onemocnění. Uplatňuje se zde hlavně metoda sebevyšetřování prsu a mamografický screening.

Sekundární prevence zahrnuje všechna opatření, která vedou k odhalení již vzniklého přednádorového stavu. Vysokou úmrtnost ovlivňuje často pozdní záchyt nemoci.

Terciální prevence

Vztahuje se k doléčování, rehabilitaci a sledování pacientky po léčbě karcinomu prsu, aby se zachytil co nejdříve případný relaps onemocnění. Dále předchází vadám, dysfunkcím a handicapům. (ABRAHÁMOVÁ, 2011)

2.1 Sebevyšetřování prsu

Nejjednodušší metodou včasného záchytu karcinomu prsu je sebevyšetřování. Nejlepším obdobím pro samovyšetřování je druhý až pátý dne po skončení menstruace. Žena by měla provádět pravidelně od 20. roku života, samovyšetření prsu by mělo být součástí večerní toalety 1x za měsíc.

Samovyšetření prsu – postup v příloze F, anatomie prsní žlázy - v příloze A

2.2 Screeningová mamografie

Screening je celostátní zdravotnický program, který umožňuje včasný záchyt zhoubných i nezhoubných nádorů prováděním preventivních vyšetření žen.

Mamografický screening je preventivní vyšetření mléčné žlázy žen. Záměrem mamografického screeningu je nabídnout ženám kvalitní odborné vyšetření prsu.

Preventivní (screeningová) mamografie není hrazena z péče indikujícího lékaře. Pacientky nad 45 let mají právo na hrazené mamografické vyšetření 1x za dva roky. Kontrolní mamografické nebo ultrazvukové vyšetření může být po provedení screeningové mamografie v rámci screeningu doplněné s určitým časovým odstupem, nejpozději do roku.

(OPLETAL, 2013, <http://www.mou.cz/cz/mamograficky-screening/article.html?id=12>)

3 Klinické příznaky

V časných stádiích nádorového onemocnění klinické příznaky převážně chybí. Ve více než v 90 % je karcinom zachycen jako první nález při screeningovém vyšetření mamografií. Ženy přicházejí k lékaři s objevenou hmatnou rezistencí, která se nachází nejčastěji v horním zevním kvadrantu (až 45 %). Vzácně přijde žena s obtížemi, jako jsou bolesti, změny velikosti a tvaru prsu, edém a erytém kůže, výtok z bradavek, kožní eroze, deformace povrchu prsu s pevnou fixací nádoru ke kůži. Zvětšení uzlin v axile nebo nadklíčku je projevem regionálního šíření. (ADAM, 2004; FERKO, VOBOŘIL 2002; PETRUŽELKA, KONOPÁSEK, 2003)

3.1 Klinické vyšetření

Součástí klinického vyšetření je pečlivě odebrání anamnéza se zaměřením na rizikové faktory vzniku karcinomu prsu. (ADAM, 2004)

4 Diagnostika

4.1 Vyšetření aspekce a palpace

Vyšetření musí lékař provést jak v poloze vsedě, tak i v poloze vleže.

Při poloze vsedě, sedí lékař naproti pacientce a pohledem sleduje oba prsy se s puštěnými pažemi. Sleduje tvarové změny prsu. Pacientka jednou a následně oběma rukama palpačně prohmatá prs ve všech kvadrantech. Zjišťujeme zda se neobjevila rezistence.

Následně lékař stiskává dvorce a posléze bradavky, zda se neobjevuje eventuální sekrece z bradavky (serózní, hnisavá, sanguinoletní).

Následně lékař přechází na vyšetření axily, kdy levé předloktí pacientky klade na svoje levé předloktí a pravou rukou bříšky prstů nastavenými proti palci palpuje přední axilární řasu, axilu a poté zadní axilární řasu. Ukončuje palpací subaxilární oblasti.

Pohledem i pohmatem lékař vyšetří nadklíčkové oblasti. Všimá si symetrie obou jamek a palpačně obou prstů pátrá po rezistenci. Pro větší přesnost nadklíčkového vyšetření doplní palpací zezadu.

Vyšetření probíhá vleže nebo vsedě, ruce volně spuštěné, nebo v bok, případně za hlavou. Prvním vyšetřením je vyšetření pohledem, kdy vždy hodnotíme velikost a tvar prsů, pátráme po asymetrii a vyklenutí. Hodnotíme barvu kůže, žilní reliéf, všimáme si velikosti bradavek, jejich zbarvení, symetrie a zhodnotíme prominenci nebo retrakci.

V poloze vleže, si pacientka dá paži vyšetřované strany za hlavu nebo na čelo. Rozprostřený prs s palpačním vyšetřením proti tvrdé položce kostěného hrudníku okryje nepravidelnosti. Vyšetřuje se bříšky prstů ve všech kvadrantech. (VYHNÁLEK , L.; GUTWIRTHOVÁ, E.; VACHOUŠEK, 1985)

Karcinomy prsu jsou většinou nebolestivé, neostře ohraničené, tvrdé a často omezeně pohyblivé. (STRNAD, 2003)

4.2. Zobrazovací metody

4.2.1. Mamografie

Jde o rentgenologické vyšetření prsní žlázy měkkým zářením. Používá se hlavně jako screeningové vyhledávání karcinomu prsu, kde se jeho přesnost uvádí v 95 %. Zobrazuje i velmi malé nádory, které se nedají nahmatat.

Po klinickém vyšetření prsu patří k nejstarším, nejrozšířenějším a klinicky nejvyužívanější metodou pro diagnostiku karcinomu prsu. Důležitá je vysoká rozlišovací schopnost, kdy hodnotí obraz vzniklý sumací celého orgánu a proto se využívá dvou projekcí (mediolaterální a kraniokaudální). Plní úlohu preventivní s cílem vyhledávat minimální či nehmatné patologické změny v prsu a časnou léčbou snížit mortalitu, a diagnostickou, kdy zobrazí a zhodnotí hmatné léze.

Klasická mamografie spočívá v přesném snímkování vyšetřovaného orgánu, tudíž prsní žlázy na mamografický film. Kvalita snímků závisí na našich zkušenostech a na kvalitě technické úrovně MG přístroje. Zpracování prostředky pečlivě vybraných MG filmů a kazet, ale na obsahu, kvalitě a realizaci zpracovaného programu jakosti každého MG pracoviště. Vlastní diagnostika je záležitostí zkušených lékařů – radiologů. (VYHNÁLEK, L.; GUTWIRTHOVÁ, E.; VACHOUŠEK, 1985)

Moderní mamografické přístroje jsou vybavené vysokofrekvenčními generátory, speciální rentgenkou, kompresním tubusem (který výrazně snižuje tvorbu sekundárního záření, hodnotu absorbované dávky a zamezuje vzniku pohybové neostrosti). Pohyblivé sekundární clony, speciální film-fóliový mamografický systém, mamografické vyvolávací automaty, speciální negatoskopy jsou základními nezbytnými požadavky kvalitního a bezpečného provozu mamologických pracovišť.

Digitální mamografie je moderní metoda, která je schopna zaručit požadavek optimalizace celého vyšetřovacího řetězce mléčné žlázy (vlastní vyšetření, zobrazení na displeji a uchování dat z vyšetření). Má s vysokým dynamický rozsah, ale poněkud nižší prostorovou rozlišovací schopnost než analogová mamografie. (VYHNÁLEK, L.; GUTWIRTHOVÁ, E.; VACHOUŠEK, 1985)

Nevýhoda spočívá ve vysoké pořizovací ceně, velikost převaděče nesplňující požadavky kladené radiologickou společností na screeningová akreditovaná pracoviště a vyšší radiační dávky než u klasické analogové mamografie. (VYHNÁLEK, L.; GUTWIRTHOVÁ, E.; VACHOUŠEK, 1985)

Indikace mamografie dělíme na dvě části.

Screening – užívá se u žen ve věku 45 – 69 let jedenkrát za 2 roky jako bezplatné vyšetření hrazené zdravotní pojišťovnou.

Patologie – vyšetření při jakékoli patologii (hmatná léze, sekrece z bradavky, ekzém bradavky včetně dvorce, opakující se lokalizované palčivé bolesti prsu).

Senzitivita mamografie (schopnost odlišení maligních lézí od benigních) je udávána kolem hranice 80 – 90 %. Pouze 10 % karcinomů mléčné žlázy je primárně detekováno mamograficky bez korelujícího klinického nálezu. (VYHNÁLEK, L.; GUTWIRTHOVÁ, E.; VACHOUŠEK, 1985)

4.3.2 Sonografické vyšetření mléčné žlázy (UZ)

Sonografie je neinvazivní a nezářivou metoda. Zobrazuje vyšetřovanou oblast po jednotlivých vrstvách.

Ultrazvukové vyšetření není vhodné k samotnému preventivnímu vyšetření žen s involující žlázou. (ADAM, 2004; BECKEHR A KOLEKTIV, 2005)

Indikace k ultrazvukovému vyšetření může být z několika důvodů.

Verifikace hmatných lézí u mladých a těhotných žen, diferenciacie cystických hmatných/ne hmatných lézí od solidních lézí (pro jejich další vyšetření), verifikace hmatné léze imponující klinicky jako cysta, průkaz abscedující mastitidy a kontrola průběhu terapie, charakteristika hmatných lézí nevizualizovaných na mamografii a optimalizace lokalizace léze před aspirací

cystického obsahu, předoperační lokalizace, FNA (*Fine Needle Aspiration Biopsy* - tenko jehla aspirace) nebo *Care biopsy* (jádrová aspirace), zavedení vodiče u nehmavných lézí, sledování pacientek po mastektomii, radioterapii, s podávanou hormonoterapií a pacientek s mamárními implantáty (PETERA, FILIP, 2001)

4.3.3 Duktografie (galaktografie)

Vyšetření, které slouží k zjištění intraduktálních nádorů. Spočívá v aplikaci kontrastní jodové látky kanylou do mlékovodu. Provádí se při abnormální sekreci z mléčné žlázy, a pokud je sekrece s příměsí krve a jen na jedné straně.

Jedná se o vyšetření vývodu mléčné žlázy pomocí kontrastní látky pod rentgenovou kontrolou. Po dezinfekci bradavky a dvorce se kanyluje secernující vývod speciální kanylou. Aplikuje se maximálně 3 ml vodné kontrastní látky. Objem je limitován subjektivními pocity tlaku či bolesti pacientky. Indikace k duktografii, je při přítomnosti patologické sekrece z bradavky.

Není indikována pokud je galaktorhea (mléčná sekrece), která je primárně/sekundárně navozená hyperprolaktinemií, může být jednostranná či oboustranná.

Kontraindikací je akutní zánět mléčné žlázy a alergie na jodové kontrastní látky je relativní kontraindikací.

Jedná se o vyšetření vývodu mléčné žlázy pomocí kontrastní látky pod rentgenovou kontrolou. (<http://vysetreni.vitalion.cz/mamografie/>)

4.3.4 Pozimetrová emisní topografie (PET)

Patří k nejmodernějším vyšetřovacím metodám s vysokou senzitivitou a specifitou. Hlavní nevýhodou je relativní nedostupnost a schopnost hodnotit subcentimetrové léze (menší než 1cm). K zobrazení používá metabolické aktivity pozitronových radiofarmak s největší perspektivou. Jsou značená radionuklidy rozpadajícími se za vzniku pozitronu β^+ .

Intravenózně je podáno radiofarmakum, tj. radionuklidem označená molekula, jejíž biodistribuce je následně zobrazována prostřednictvím snímací kamery na obrazovku počítače. Indikována je zejména při nejasném nálezu při klinickém, mamologickém, sonografickém vyšetření a vyšetření MRI. (LAWRENCE, W. WAY a kol., 1998)

4.3.5 Počítačová tomografie (CT)

Zobrazovací vyšetřovací metoda, která je spojením rentgenového záření a počítačového systému. Získané informace vyhodnocujeme při prosvícení rentgenovým zářením pomocí počítače. Může být buď nativní, nebo s aplikací kontrastní látky. Tato metoda má v mamologii omezené využití.

Indikace je při podezření na rozšíření nádorového procesu do plic, jater, hrudní dutiny. Další indikace je k posouzení rozsahu pokročilých forem karcinomu prsu a při podezření na infiltraci okolních měkkých tkání, axilárních uzlin (VYHNÁLEK, L.; GUTWIRTHOVÁ, E.; VACHOUŠEK, 1985)

4.3.6 Magnetická rezonance (MRI)

Vyšetření, které vyžaduje kromě přístroje, také speciální prsní cívky a využívá kontrastní látky na bázi gadolinia. Aplikuje se kontrastní látka pro magnetickou rezonanci a zhotovují se obrazy obou prsů po minutě až osm minut. Sledujeme rychlost a intenzitu signálu s maximem do tří minut. Maligní léze vykazují strmý vzestup intenzity signálu po aplikaci kontrastní látky, ustanovení fáze *plato* a následně typický *washout* (vymytí) kontrastu na zpožděných scanech. Benigní léze vykazují pomalejší postupný vzestup intenzity signálu bez známky *washout* kontrastu.

Indikace magnetická rezonance se provádí při nejasných nálezech na mamografii a sonografii. Magnetická rezonance má význam i při plánování operace, slouží k určení nezbytnému rozsahu operačního výkonu a při průkazu (vyloučení) multicentrického nebo multifokálního karcinomu. Další indikací tohoto vyšetření je izolované postižení axily u

neznámého primárního nádoru. Zde může magnetická rezonance vést k diagnóze i v případě negativního nálezu na mamografii i sonografii.

Hlavní indikace pro provedení magnetické rezonance je rozlišení jizvy a recidivy karcinomu při stavu po operaci se zachováním prsu, k diagnostice patologie prsu při zavedení prsních implantátů, hlavně při pozitivitě genu BRCA1-2. (ČERNÝ a kol, 1996; <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2004-4/?pdf=135>)

4.3.7 Mamoscintigrafie

Doplňující vyšetření v případech, kdy mamografie jeví vysokou densitu tkáně, je nepřehledná a ultrazvukové vyšetření nachází hypoechogenní zóny.(Voltová V., Dostupný z WWW: <<http://rtg.kvalitne.cz/prace/mamo.pdf>>)

4.4 Bioptické vyšetřovací metody

Biopsie je vyšetření, které umožňuje předoperační vyšetření tkáně (cytologické a histologické vyšetření) a umožňuje tak rychlé definitivní diagnózy a včasné operační léčbě. (JUŘEDNÍKOVÁ, 1999)

4.4.1 Biopsie tenkou jehlou FNA (Fine needle aspiration)

Je biotická metoda, která nahrazuje chirurgický výkon, kdy se provádí aspirace buněk pomocí podtlaku vytvořeného stříkačkou. Jehla se zavádí za kontroly palpací (u hmatných lézí). Pokud jsou léze nehmatné nebo vícečetné, tak se provádí pod ultrazvukovou kontrolou. Nevýhodou u této metody může být odběr nedostatečného vzorku tkáně.

Biopsii provádíme pod ultrazvukovou kontrolou, kdy lékař zavede tenkou jehlu k cystě, tekutinové kolekci nebo ložisku v prsu a aspiruje materiál na cytologické vyšetření z ložiska. Po vytažení jehly následuje stlačení místa vpichu a přiložení krycího obvazu. Dále můžeme

provést stereotaktickou mamografií, kdy se zavedou pomocí ultrazvuku předoperační drátky nebo radiofarmaka. A dále pomocí magnetické rezonance. (BECKER, 2005; KLENER, 2002)

4.4.2 Cor biopsie

Metoda, při které se získává válec tkáně, který je podroben běžnému a histologickému vyšetření. Touto biopsií je možné získat dostatečné množství nádorové tkáně, která se odešle na histologické vyšetření a určení hormonálních receptorů. Výhodou je spolehlivé zhodnocení histopatologem. Pro pacientku je snesitelný diagnostický zákrok s významným rizikem informací. Provádí se snadno a snižuje počty diagnostických chirurgických výkonů. Výhodou je získání více tkáně než u FNA. Nevýhodou je větší bolestivost než u FNA. (BECKER, 2005; KLENER, 2002)

4.4.3 Bioptická excize

Operační výkon, když jsou ložiska excidovaná s lemem tkáně. Nehmatné léze jsou označovány drátěným vodičem.

Výhodou bioptické excize je, že dojde k odstranění celého ložiska a obsahuje dostatečné množství tkáně.(ČERNÝ, 1996; KLENER, 2002)

4.5 Laboratorní metody

Tumorózní markery – se odebírají k sledování dynamiky event. recidivy a k nejsledovanějším patří karcinoembryonální antigen (CEA) a CA 15-3. Karcinoembryonální antigen se objevuje s přítomností vzdálených metastáz. Marker CA 15-3 může být zvýšený i je při lokálním onemocnění.

Odběr se standardně odebírá před operací. (ADAM, 2004)

Cytologicky hodnotíme sekret z bradavky, FN biopsie, dále můžeme hodnotit pozitivitu či negativitu okraje preparátu prsu. Cytologické vyšetření můžeme též uplatnit i u hodnocení pozitivitu sentinelových uzlin. (DYLEVSKY, TROJAN, 1990)

4.6. Vyšetření k odhalení metastáz

Před zahájením léčby karcinomu prsu je nutné stanovit rozsah onemocnění. Ke stanovení klinického stadia nemoci se používá klasifikace TNM. Karcinomy prsu nejčastěji metastazují do kostí, jater, plic a mozku provádíme ultrazvukové vyšetření břicha, rentgen plic, případně CT plic, CT břicha scintigrafie skeletu. (ADAM, 2004.)

5 Klasifikace

5.1. Staging

Staging je určení rozsahu nádoru a používá se celá řada systémů, kdy se určuje velikost tumoru, postižení regionálních uzlin a přítomnost vzdálených metastáz. Poté se odvíjí další léčebné postupy odpovídající prognóze onemocnění. Nejčastěji užívaný je TNM klasifikace. Tab. 1 TNM staging pro karcinom prsu najdete v příloze C.

Klasifikace TNM je založena na přesném stanovení rozsahu primárního nádoru (T), stavu regionálních uzlin (N) a přítomnosti či nepřítomnosti metastáz.

Diagnóza musí být histologicky ověřená.

TMN klasifikaci dělíme na klinickou cTNM, která byla provedena před zahájením léčby a na patologickou pTNM, kterou stanovuje patolog na základě preparátu prsu a lymfatických uzlin. (SOBIN, L. H. a KOL., 2005; BECKER, 2005)

5.1.1 Stanovení T (= primární tumor)

Klasifikace T informuje o velikosti tumoru a jeho vztahu k okolí. K určení je nutné mamografické vyšetření, eventuálně sonografické vyšetření obou prsů. Pokud je nález vícečetných primárních nádorů v jednom prsu se klasifikace uvádí velikost nádoru s největším průměrem. Při současně se vyskytujících oboustranných nádorech prsu, by měly být klasifikovány samostatně, aby bylo možné je rozdělit podle histologického složení. (ADAM, 2004)

5.1.2 Stanovení N (= postihující uzliny- noduli)

Do regionálních uzlin řadíme axilární uzliny, subklavikulární, vnitřní mamární a supraklavikulární. Ostatní uzliny jsou považované za vzdálené. Hodnotíme počet a velikost uzlin, počet postižených uzlin a fixaci mezi uzlinami a okolím. Pomocí palpačního a ultrazvukového vyšetření se předoperačně stanoví N klasifikace. Patolog musí vyšetřit všechny extirpované uzliny, udat počet extirpovaných uzlin a z nich počet postižených uzlin. (ADAM, 2004)

5.1.3 Stanovení M (= vzdálené metastázy)

Karcinom prsu nejčastěji metastazuje do plic, jater, kostí a do mozku. K odhalení metastáz M vyšetřujeme pomocí rentgenového snímku plic, ultrasonografie břicha a scintigrafie skeletu. Pokud se objeví nejasnosti, provedeme vyšetření výpočetní tomografie nebo magnetickou rezonanci. (ADAM, 2004)

Tab. 2 Stadia karcinomu prsu dle WHO najdete v příloze D

5.1.2 Grading

Grading histologický je významným ukazatelem na prognózu onemocnění) určující diferenciaci nádorových buněk. Čím je nádor hůře diferencovaný, tím je horší prognóza. (ČERNÝ J, 1996.)

Tab. 3- Stupeň diferenciaci (grading) karcinomů prsu najdete v příloze E

6 Terapie

Terapie karcinomu prsu je komplexní a multimodální. Uplatňují se metody lokálně-regionální, což znamená chirurgická operace a radioterapie, anebo metody celkové (systémové), což je léčba chemoterapie, hormonální léčba a biologická léčba. Pokud nejsou přítomny vzdálené metastázy, jde o tzv. lokalizované onemocnění, kde používáme kurativní léčbu, s cílem vyléčit nádor. Zde hlavní roli hraje chirurgie doplněná ostatními metodami. Jestliže, jsou zjištěny vzdálené metastázy, označujeme onemocnění za pokročilé a léčba je paliativní s cílem pozastavit nebo omezit růst a šíření nádoru. (COUFAL, 2011)

Metastatické onemocnění je považováno za nevléčitelné, ale některé pacientky se vzdálenými metastázami mohou žít i několik let. (COUFAL, 2011)

6.1 Chirurgická terapie

Operační odstranění nádoru patří mezi nejstarší léčebný přístup a v minulosti pouze jedinou léčebnou metodou. V roce 1882 navrhl Halstedt radikální mastektomii s exenterací axily.

Vycházel z představy, že jediný způsob šíření nádoru se děje lymfatickou cestou, a snažil se proto nejen o co nejúplnější odstranění primárního nádoru, ale i všech regionálních uzlů. Výkon spočíval v odstranění mléčné žlázy, obou pektorálních svalů, lymfadenektomii všech tří etáží mizních uzlin v axile a resekci thorakodorzálního nervově-cévního svazku. Ani tento radikální výkon nedovedl v mnoha případech progresi onemocnění zabránit a měl pro nemocnou těžké funkční následky. Proto se postupně ubíralo na radikalitě výkonu. (KLENER, 2002; COUFAL, 2011)

6.1.1 Výkony na prsu

Chirurgické odstranění karcinomu prsu je základní léčebnou metodou pro toto onemocnění. V posledních několika letech se do popředí zájmu dostaly chirurgické metody, které spočívají v odstranění nádoru a zachování prsu. (KLENER, 2002)

6.1.1.1 Prs šetřící výkony (Breast conservative surgery BCS)

Prs šetřící výkony se od sebe vzájemně liší rozsahem odstraněné tkáně, kdy většina prsu zůstává ponechána. K záchovným operacím řadíme kvadrantektomii, jde o vynětí příslušného kvadrantu prsu s nádorem. Bezpečnostní lem je široký 3 - 4 cm. Dále k záchovným výkonům patří lumpektomie (tumorektomie), což je pouhá extirpace nádoru s lemem nepostižené tkáně. (BECKER, 2005; ČERNÝ, 1996; DUDA, 2000)

Absolutní kontraindikace záchovných operací jsou difuzní mikrokalcifikace, radioterapie prsu v minulosti, gravidita v 1. a 2. trimestru (žena musí porodit před zahájením radioterapie), více nádorů v různých kvadrantech prsu a v neposlední řadě přání pacientky. Mezi relativní kontraindikace řadíme nepoměr velikosti nádoru a prsu, nádor lokalizovaný pod bradavkou, dále Sklerodermie, Lupus erytematodes, ataxie-telangiektázie představují lokální komplikace radioterapie. (ADAM, 2004; STRNAD 2003)

Incize prsu má být nad tumorem (riziko implantačních metastáz, jizva je vodítkem pro radioterapeuta kam zaměřit brachyterapii). Šetřící výkony je nutné doplnit radioterapií k profylaxi lokální recidivy. Lokální výkon kombinovaný s radioterapií prsu má stejnou dobu přežití při srovnání s mastektomií. (ADAM, 2004; KLENER, 2002)

Četnost lokálních recidiv po parciálních mastektomiích s radioterapií je v některých souborech mírně vyšší oproti totální mastektomiím. V celkovém přežití pacientek nebyl zaznamenán významný rozdíl.

Parciální mastektomii provádí lékař, pokud jsou splněna všechna kritéria:

V prsu je přítomen pouze jeden nádor nebo více nádorů blízko u sebe. Ložisko (či ložiska) jdou odstranit en block tak, aby výsledek byl kosmeticky přijatelný.

Není překážka podávání adjuventní radioterapie. Pokud zachovaný prs nelze zajistit radioterapií, je pravděpodobnost velkého rizika lokální rekurence a onkologicky je na místě vhodná totální mastektomie. (COUFAL, 2011)

Pacientka souhlasí se výkonem. Tuto alternativu bychom měli nabízet i při možnosti totální mastektomie.

K přípravě pro parciální mastektomii bychom měli být informováni o umístění nádoru v prsu, o velikosti a tvaru nádoru, hloubce uložení nádoru a vztahu k okolním strukturám. Podle toho volíme rozsah resekce, techniku parciální mastektomie a umístění řezu. Tak bychom odstranili nádor a zajistili co nejlepší kosmetický výsledek.

Nádor je třeba odstranit volnými resekčními okraji a současně odebrat co nejméně tkáně, aby nebyl prs deformován. Při parciální mastektomii se vždy balancuje mezi onkologickou radikalitou a kosmetickým výsledkem.

Parciální mastektomii můžeme provést dvěma technikami. Operace klasické parciální mastektomie a onkoplastické parciální mastektomie. (COUFAL, 2011)

6.1.1.2 Totální mastektomie

Principem operace je odstranění celé prsní žlázy s okolním tukem a i s přilehlými fasciemi, reálné je odstranění asi 90-99 % žlázového parenchymu.

Radikální mastektomie zahrnuje chirurgické postupy, jejichž cílem je kompletní odstranění prsu a pektorální fascie.

Tento operační zákrok volíme vždy, pokud nelze dostatečně odstranit parciálním výkonem, pokud je kontraindikovaná adjuventní radioterapie anebo pokud sama pacientka o tento výkon sama zažádá.

Dále má své místo u pokročilých nádorů. Primární chirurgický výkon je zcela nevhodný u T4 nádoru, rozsáhlém T3 nádoru a exulceraci u nádoru esysipeloidní formy. Při těchto indikacích je nutné zahájit chemoterapii, hormonoterapii, popřípadě radioterapii a chirurgický výkon provést dodatečně. Naopak prospěšný primárně provedený výkon je u starších, oslabených pacientek, pro které by byl pooperační proces velmi náročný.

Při mastektomii je většinou odstraněn celý parenchym prsní žlázy včetně komplexu prsní bradavky. Když je tumor fixován ke spodině, tak je nutné snést i fascii pektorálního svalu. Krvácení stavíme elektrokoagulací a větší cévy podvazujeme. Zavádíme Redonův drén jeho vyvedením na zevním okraji struktury. (Coufal, 2011; ADAM, 2004; BECKER, 2005; DUDA, 2000)

Výhody a nevýhody totální mastektomie:

Nevýhody: bio-psycho-sociální stigmatizace po ztrátě prsu, velká jizva, mohou být dlouhotrvající bolesti hrudní stěny, zátěž pohybového ústrojí.

Výhody: snížená pravděpodobnost adjuventní radioterapie a možné mírné snížení lokálních recidív. (COUFAL, 20011)

6.1.2 Chirurgické výkony na lymfatických uzlinách

6.1.2.1 Axilární disekce

Axilární disekce se také jinak nazývá exenterace axilou, je standardním chirurgickým operačním výkonem na regionálních lymfatických uzlinách v axile. Snižuje riziko regionálních recidív a patří k základnímu stagingu u metastaticky postižených uzlin. Dochází k odnětí tukové lymfatické tkáně axily s uzlinami I. a II. etáže.

Počet lymfatických uzlin v axile je odhadován na 35-40. Tímto výkonem má být získáno minimálně 10 uzlin.

V současnosti existují dvě základní indikační pravidla pro disekci axily, a to při histopatologicky prokázaná metastáza mammárního karcinomu v axilární sentinelové uzlině a u histopatologicky prokázaného karcinomu prsu bez vzdálených metastáz. (COUFAL, 2011)

S operací disekcí axily je spojena spousta komplikací. Ihned po výkonu v prvních dnech a týdnech je serom, který je vždy přítomen u všech pacientek, a který do jednoho měsíce po operaci sám odezní. Při operaci může dojít k poranění intecostobrachiálního nervu, která je spojena s parestézií zadní plochy paže. Pokud pacientky s horní končetinou nerehabilitují, často vznikají poruchy hybnosti ramenního kloubu a vzniká syndrom tzv. „zamrzlé rameno“. Další komplikací je otok horní končetiny – lymfedém.

Pacientky s masivním postižením lymfatických uzlin v axile jsou indikovány k předoperační neadjuventní chemoterapii.

Axilární disekce je operace doprovázena četnými pooperačními komplikacemi a proto se nyní spíše rozvinula metoda sentinelové biopsie.(COUFAL, 2011)

6.1.2.2 Sentinelová biopsie

Sentinelová biopsie (SNB) patří mezi velmi šetrné operace v podpaží a u časných stádií karcinomu prsu (T1, T2, do 3 cm velikosti nádoru).

Označení uzliny nebo několika uzlin se provádí aplikací radiofarmaka do bezprostřední blízkosti nádoru na oddělení nukleární medicíny. Aplikace nádoru se provádí v den operace nebo jeden den před operací. Používanou radioaktivní látkou je Tc 99 nanokoloid. Tato radioaktivní látka je vychytávána zmíněnou sentinelovou uzlinou a na nukleární medicíně zobrazena lymfoscintigraficky - tzv. Mapping.

V podpažní jamce preparací vyhledáme modře zbarvenou sentinelovou uzlinu. Při detekci této uzliny si pomáháme peroperačně detektorem gama záření, který zachycuje vyšší intenzitu radioaktivity v sentinelové uzlině. Po odstranění sentinelových uzlin klesne radiace v axile na hladiny nižší než 10 % radiace sentinelové uzliny. Uzlinu peroperačně hodnotí patolog

zmrzlým řezem a cytologickými nátěry. Jestliže je zjištěno maligní postižená uzliny je nutné doplnit kompletní disekci axily. (COUFAL, 2011)

6.2 Onkologická léčba

6.2.1 Chemoterapie

Cytostatika patří mezi látky, které ničí nádorové buňky a tlumí tak jejich činnost růstu.

Mohou zničit i malý počet nádorových buněk, které není možné odstranit chirurgicky a i malé metastázy, které pouhým okem nevidíme.

Nevýhodou cytostatik je, že dokážou likvidovat a poškozovat nejen buňky poškozené, ale i zdravé buňky.

Podle typu nádorového onemocnění se cytostatická léčba kombinuje, což se nazývá kombinovaná chemoterapie.

Mezi nežádoucí účinky chemoterapie patří řada faktorů, mezi ty nejčastější patří:

Nevolnost a zvracení – zabránění vzniku nevolnosti a zvracení při této léčbě je vhodné antiemetikum. Záleží také na citlivosti cytostatik a na faktorech ze strany pacientky, na dávce cytostatik, na způsobu podání, dávkovacím režimu.

Poruchy krvetvorby- leukopenie – také patří mezi vedlejší účinky chemoterapie.

Leukopenie je pokles leukocytů pod určenou hodnotu hranici 3,0 y 10/l . Pokles leukocytů pod určitou hranici nemusí být vždy důvodem přerušení nebo oddálení cyklů léčby.

Trombocytopenie - vznik trombocytopenie, je méně častý než leukopenie, ale může způsobit krvácivé komplikace.

Anémie - jde o častou hematologickou abnormalitu objevující se v průběhu nádorového onemocnění.

Alopecie – u ženy alopecie může představovat změnu psychického stavu. Před podáním chemoterapie, informujeme ženu o vzniku alopecie a jejím reverzibilním stavu. Musíme také ženy informovat, že po léčbě začnou vlasy opět narůstat.

Další nežádoucí účinky chemoterapie patří: suchá sliznice v ústech a na krku, zarudnutí kůže, svědění kůže (COUFAL, 2011; HEROKOVÁ, 2008)

6.2.2 Radioterapie

Jde o léčbu nádorového onemocnění ozařováním. Zdrojem jsou radioaktivní izotopy používané v ozařovacích přístrojích, jde o ionizující záření paprsky beta nebo gama. Přístroje jsou určeny k ozařování z dálky – *teleradioterapie* nebo místně – *brachyradioterapie*. Zářiče vkládáme přímo do nádorem poškozeného prsu nebo do tělních dutin. U každé pacientky je radioterapie individuální. (<http://www.hladik.hopem.cz/nemoci/rakovina.php>)

6.2.3 Hormonální léčba

V dnešní době je mnoho poznatků o významu ženských pohlavních hormonů estrogeneru, progesteronu, pro vznik léčby a diagnostiky nádorového onemocnění prsu. Nejprve musíme zjistit hladinu hormonů v nádorové tkáni. Receptory jsou často pozitivní hlavně u žen v přechodném věku a je tudíž vhodná hormonální terapie. U žen, které ještě nemenstruují, jsou často receptory negativní.

Hormonální léčba zabraňuje nádorovým buňkám v množení a růstu. Tím, že dokáže zablokovat jejich schopnost navazovat estrogen a progesteron. V hormonální terapii je nejčastěji užívaný *Tamoxifen*. (ABRHÁMOVÁ, 2008; KLENER, 2002)

7 Komplikace chirurgické léčby

Pooperační lokální komplikace nejsou v mamární chirurgii výjimkou.

Mezi nejčastější komplikace patří například ranné infekce. Projevují se zarudnutím v okolí rány, bolestivostí a zvýšenou teplotou. Vrchol výskytu je 5. pooperační den. První volbou léčby je nasazení antibiotik empiricky a následně dle výsledku kultivace a citlivosti. Dále serom neboli nahromadění ranné tekutiny v operační ráně, který většinou spontánně zresorbuje. Pokud serom způsobuje pacientce potíže, provádí se jednorázová punkce evakuace obsahu. Dále parestezie, která vzniká důsledkem alterace větví interkostálních nervů a v neposlední řadě již zmiňovaný lymfedém.

Jinou komplikací je pooperační krvácení, které se projevuje bolestivým vyklenutím rány. Při velké ztrátě krve se mohou dostavit příznaky anemie a podle závažnosti se provádí komprese, vybavení koagul a zde operační revize rány. (COUFAL, 2011; VORLÍČEK, 2006)

1. stadium - latentní lymfedém, je narušený odtok lymfy, ale edém není vyjádřen.

V různém časovém odstupu se začnou objevovat neurčité bolesti, pocit napětí, tlaku nebo potíže v příslušné oblasti.

2. stadium - reverzibilní lymfedém, ten je charakterizován kvalitativně stejnými, ale vystupňovanými obtížemi pacienta. Navíc se však již přidává diskrétní prosáknutí měkkých tkání postižené oblasti, zejména po fyzické námaze končetiny, které do rána bez jakékoli léčby zcela ustoupí.

3. stadium - ireverzibilní lymfedém, se manifestuje trvalým tuhým, bledým špatně stlačitelným otokem s objektivním omezením hybnosti příslušné krajiny či končetiny. Kůže je ztlustělá s ložisky hyperkeratózy, s chronickým zánětem podkoží vyúsťujícím do fibrózy různého stupně.

4. stadium - elefantiáza, má obraz až monstrózního zvětšení objemu končetiny

se značnou fibrotizací podkoží a úplným omezením hybnosti příslušných kloubů. (COUFAL, 2011; VORLÍČEK , 2006)

8 Dispenzarizace

Karcinom prsu řadíme mezi vážné onkologické onemocnění s rizikem recidiv, a proto je velice nutná dispenzární péče. Jeden měsíc po ukončení onkologické léčby, je pacientka pozvaná na kontrolu do onkologické ambulance. Nadále 2 roky pacientka navštěvuje prohlídky jednou za 3 měsíce. Další 3 roky jedenkrát za 6 měsíců a poté jedenkrát ročně. Po ukončení léčby, je pacientka dispenzarizovaná 10 let, v závislosti na typu zákroku a prognóze. Součástí vyšetření je sběr anamnézy, klinické vyšetření, rentgenový snímek plic, odběr moči a odběr krve ke zjištění krevního obrazu, biochemie a hladiny nádorových markerů CEA, CA 15-3, CA 27,29. Dále se provádí mamografický snímek, první se provádí nejméně 6 měsíců po ukončení adjuventní radioterapie. Při podezření na nález se provádí scintigrafie skeletu, ultrasonografie jater, ev. CT, PET, MR.

Žena, která prodělala rakovinu prsu, má zvýšené riziko vzniku karcinomu prsu i na druhém prsu, proto je nutné důkladně provádět samovyšetřování prsu. (ABRAHÁMOVÁ, 2009)

Výzkumná část

9 Výzkumné otázky

1. Mají respondentky středního věku větší zájem o prevenci než respondentky mladšího věku?
2. Mají respondentky vysokoškolského vzdělání větší zájem o prevenci?
3. Mají větší zájem o prevenci respondentky, které žijí ve velkých městech, než respondentky, které žijí v malých městech a na vesnici?
4. Mají respondentky vyšší výskyt nádorového onemocnění při užívání hormonální antikoncepce?
5. Vyšší procento nálezů karcinomu prsu je zjištěno při screeningovém vyšetření než při samovyšetření prsu?

10 Metodika výzkumu

K získání dat jsme použili metodu dotazníkového šetření pomocí mnou vytvořených dvou souborů (viz příloha A, B) čítajících 15 otázek. Použili jsme kvótní výběr respondentů, různé typy otázek – identifikační, uzavřené, otevřené. Samotný výzkum jsme prováděli v období od září 2012 do února 2013 na chirurgickém oddělení v Pardubické krajské nemocnici a v soukromé ambulanci MUDr. Karla Šťastného. Ke zpracování dat jsme použila program MS Excel verze 2010.

11 Charakteristika zkoumaného souboru

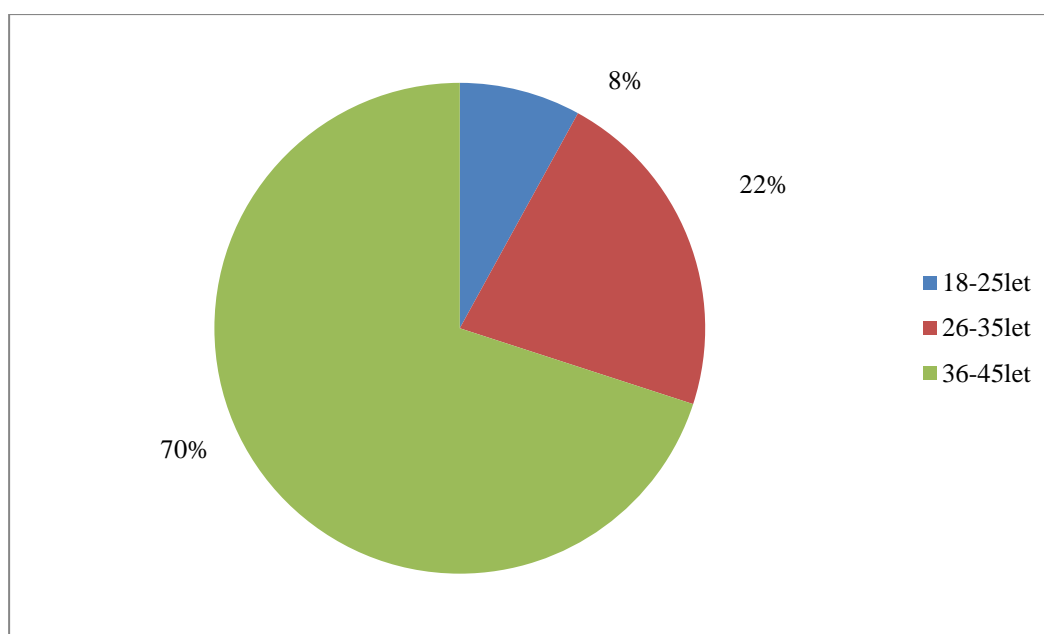
K vyhodnocení výzkumných otázek jsme použili získaná data. Padesát respondentek, které byly narozené roku 1967 a mladší, které navštěvují mamologickou ordinaci MUDr. Karla Šťastného z důvodu screeningu pro karcinom prsu. Dalších padesát respondentek, které byly narozené roku 1967 a mladší, které jsou po operaci pro karcinomu prsu. Třicet dotazníků bylo vyplněno zdravotní sestrou Ivou Koženou z lékařské dokumentace respondentů (respondentky po operaci z roku 2008 až prosinec 2011). V roce 2012 a 2013 jsem dotazníky s respondentkami vyplnila sama 2 pooperační den.

K vyhodnocení výzkumných záměrů jsem použila všech 100 dotazníků.

12 Prezentace výsledků souboru A

(Respondentky bez nádorového onemocnění, pouze chodí na prevenci)

Otázka č. 1 Kolik Vám je let?

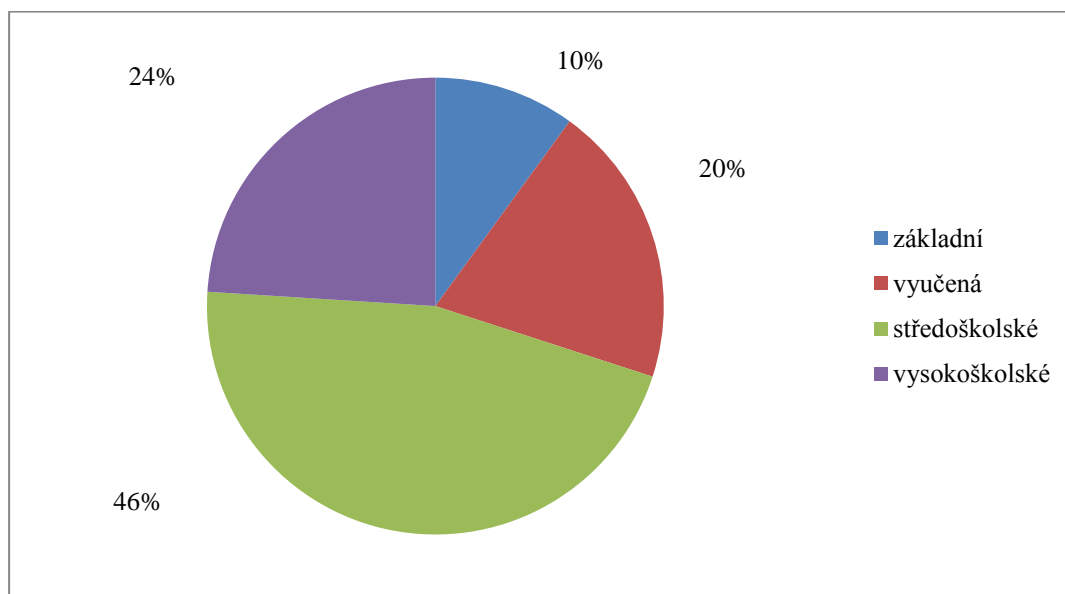


Obr. 1 Graf – věkové rozložení respondentek

V e věkovém rozmezí 18-25 let se nachází 4 (8 %) respondentky. Věk 26 – 35 let je zastoupen u 11 (22 %) respondentek. Z uvedeného grafu vyplývá, že nejpočetnější skupinou ve věku (36-45 let, obsahuje 35 (70 %) respondentek.

Výzkumný předpoklad jsme potvrdili svou otázkou, že respondentky středního věku (35-45 let) mají větší zájem o prevenci než respondentky mladšího věku (18-25 let).

Otázka č. 2 Jaké máte vzdělání?

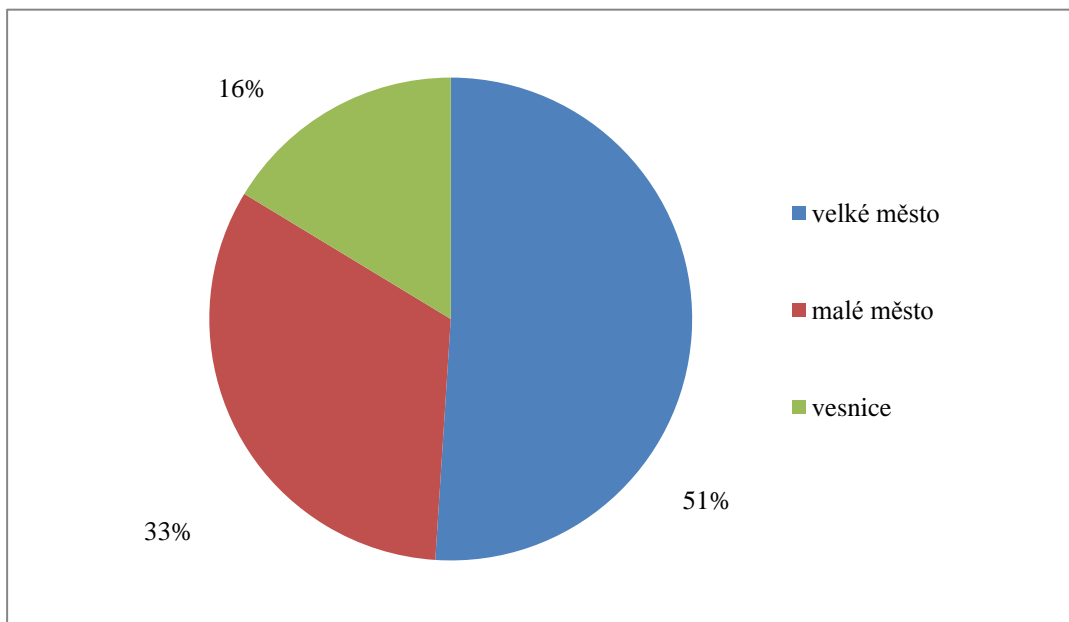


Obr. 2 Graf – Vzdělání

Z grafu je zřejmé, že z počtu 50 ti dotazovaných respondentek má 5 (10 %) vzdělání základní, 10 (20 %) respondentek je vyučených, 12 (46 %) respondentek má středoškolské vzdělání a 12 (24 %) respondentek má vysokoškolské vzdělání.

Na základě tohoto zjištění, nepotvrzuji výzkumnou otázku, že respondentky s vysokoškolským vzděláním budou mít větší zájem o prevenci nádorového onemocnění prsu.

Otázka č. 3 Kde žijete?

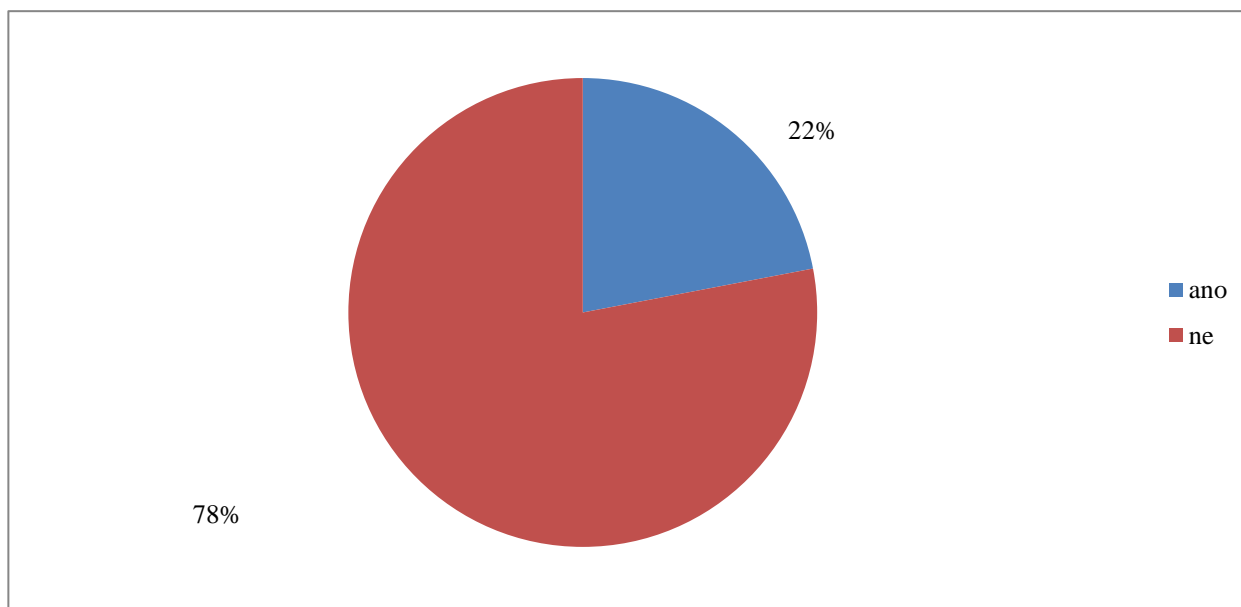


Obr. 3 Graf- bydlení respondentek

Z grafu je patrné, že na screening chodí 25 (51 %) respondentek, které žijí ve velkém městě. Z malého města 16 (33) pacientek a na vesnici žije 8 (16 %) respondentky.

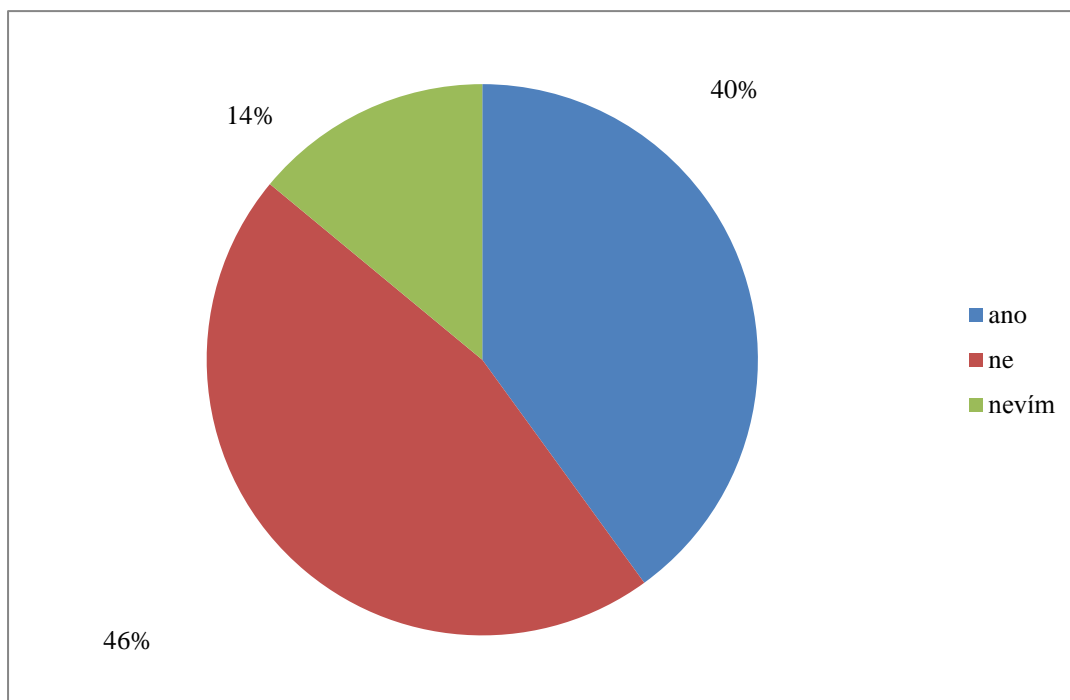
Na základě tohoto zjištění jsme potvrdili třetí výzkumnou otázku, že respondentky z větších měst budou mít větší zájem o screening než respondentky, které žijí v malých městech a vesnic.

Otázka č. 4 Kouříte?



Zde na grafu vidíme, že odpověď „ANO“ zakroužkovalo 39 (22 %) respondentek a 11 (78 %) respondentek odpovědělo „NE“.

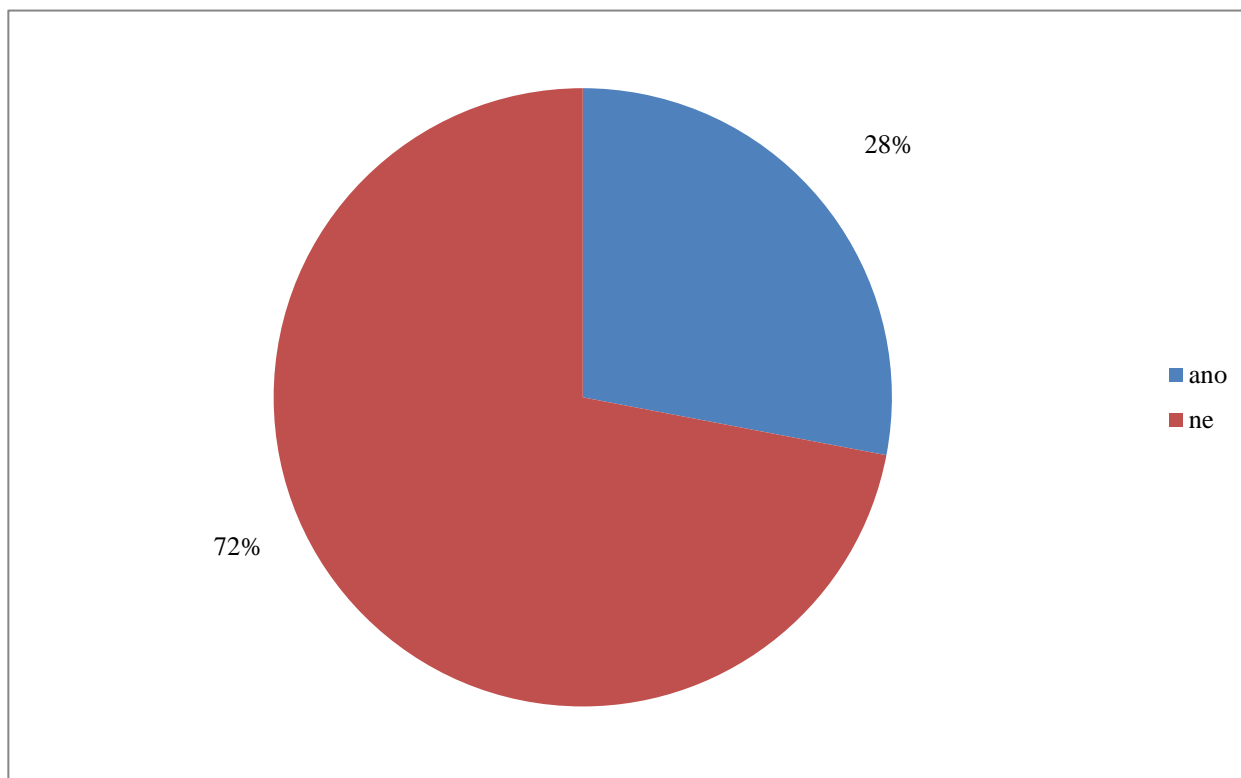
Otázka č. 5 Měl někdo ve vaší rodině nádorové onemocnění prsu?



Obr. 5 Graf - nádorové onemocnění v rodině

Na grafu vidíme, že odpověď „Ano“ odpovědělo 36 (60 %) respondentek. Možnost „Ne“ odpovědělo 17 (28 %) respondentek a možnost „Nevím“ odpovědělo 7 (12 %) respondentek.

Otázka č. 6 Byla jste pro toto onemocnění více sledovaná?

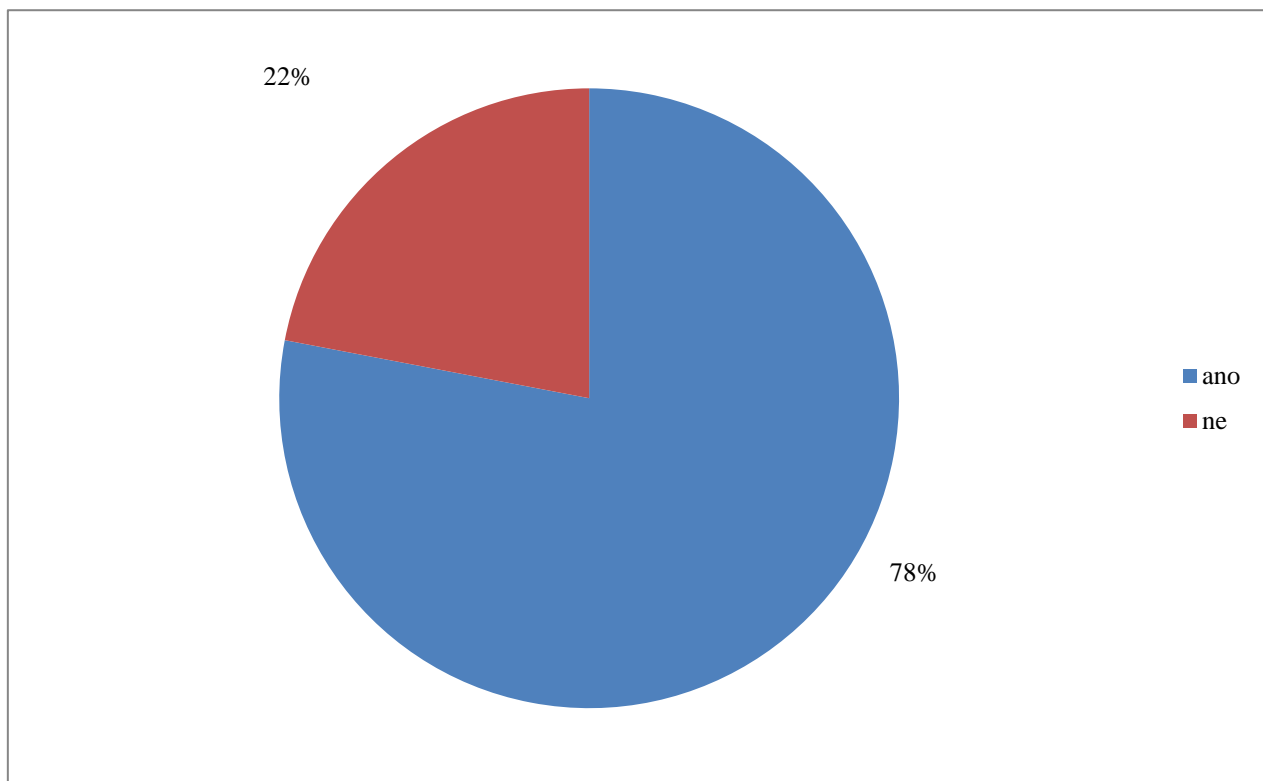


Obr. 6 Graf – pravidelnost screeningového vyšetření

Z grafu je zřetelné, že 14 (28 %) respondentek odpovědělo „Ano“, bylo více sledováno pro karcinom prsu. Odpověď „Ne“, nebylo více sledováno pro karcinom prsu, zvolilo 36 (72 %) respondentek

.

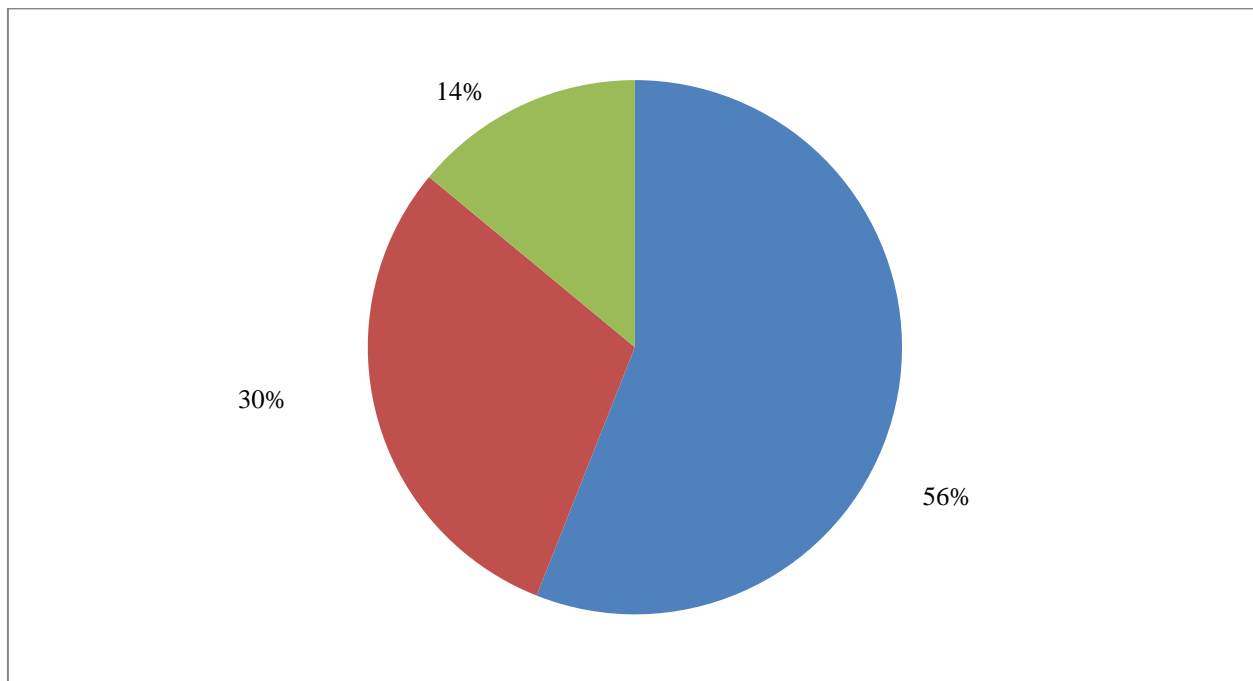
Otázka č. 7. Provádíte si samovyšetření prsů



Obr. 7 Graf- Samovyšetřování prsu

Z grafu můžeme vidět, že 47 (94 %) respondentek pravidelně provádí samovyšetřování prsu. 3 (6 %) respondentky neprováděly samovyšetření prsu.

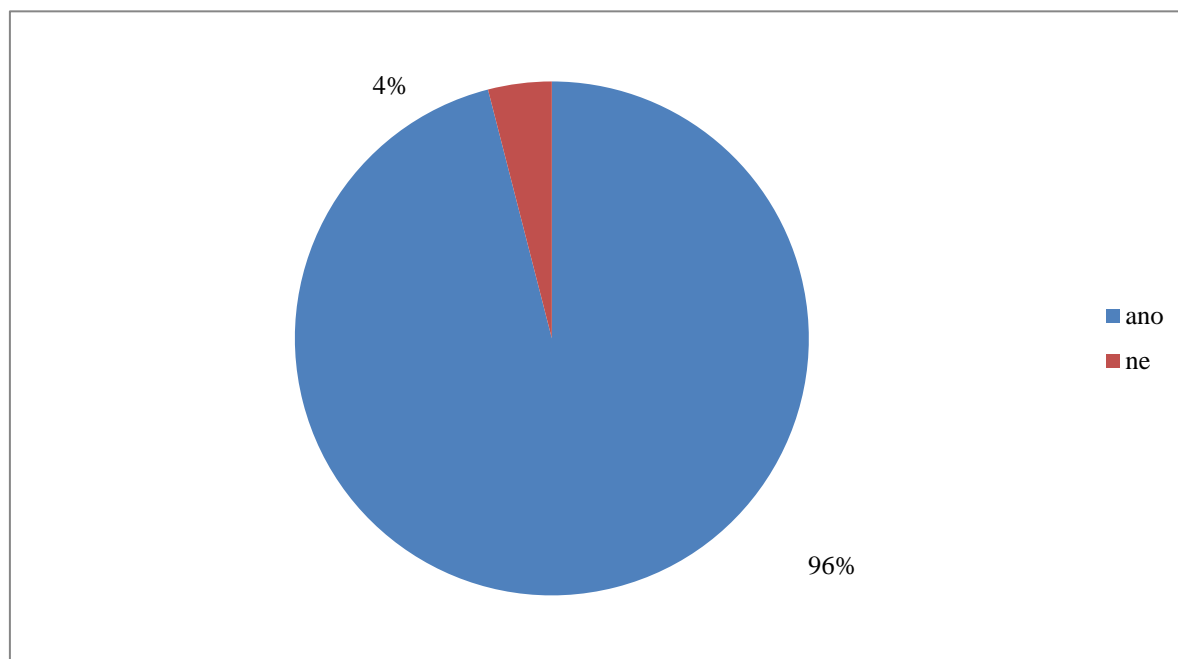
Otázka č. 8. Kde jste se informovala, jak správně provádět samovyšetření prsu?



Obr. 8 Graf- čerpání informací

Z grafu je zřetelné, že 28 (56 %) respondentek se ohledně samovyšetřování prsu informovalo o svého lékaře. 15 (30 %) respondentek získalo informace z odborné literatury a časopisů a 7 (14 %) respondentek získalo informace díky internetu.

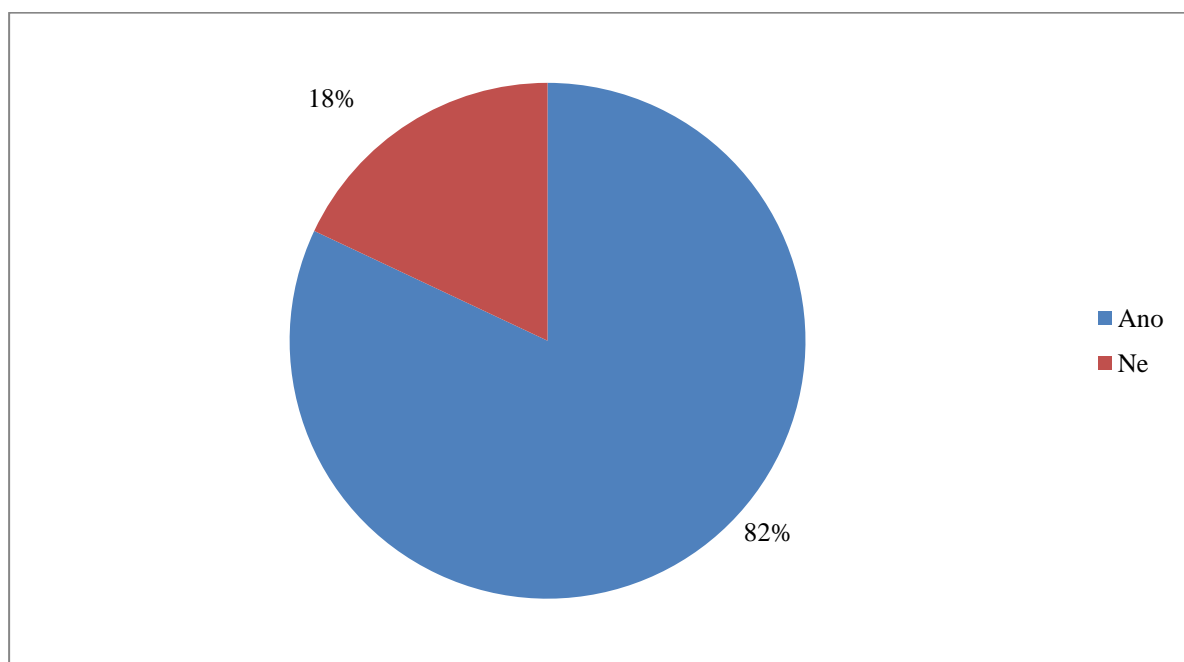
Otázka č. 9 Chodíte pravidelně na mamografické (RTG) vyšetření?



Obr. 9 Graf - pravidelnosti mamografického vyšetření

Z tohoto grafu vyplývá, že 48 (96 %) respondentek pravidelně chodí na mamografické vyšetření a 2 (4 %) respondentek nechodily pravidelně na mamografické vyšetření

Otázka č. 10 Užívala jste někdy hormonální antikoncepci? Pokud zvolíte odpověď „ANO“ pokračujte prosím otázkou číslo 11.

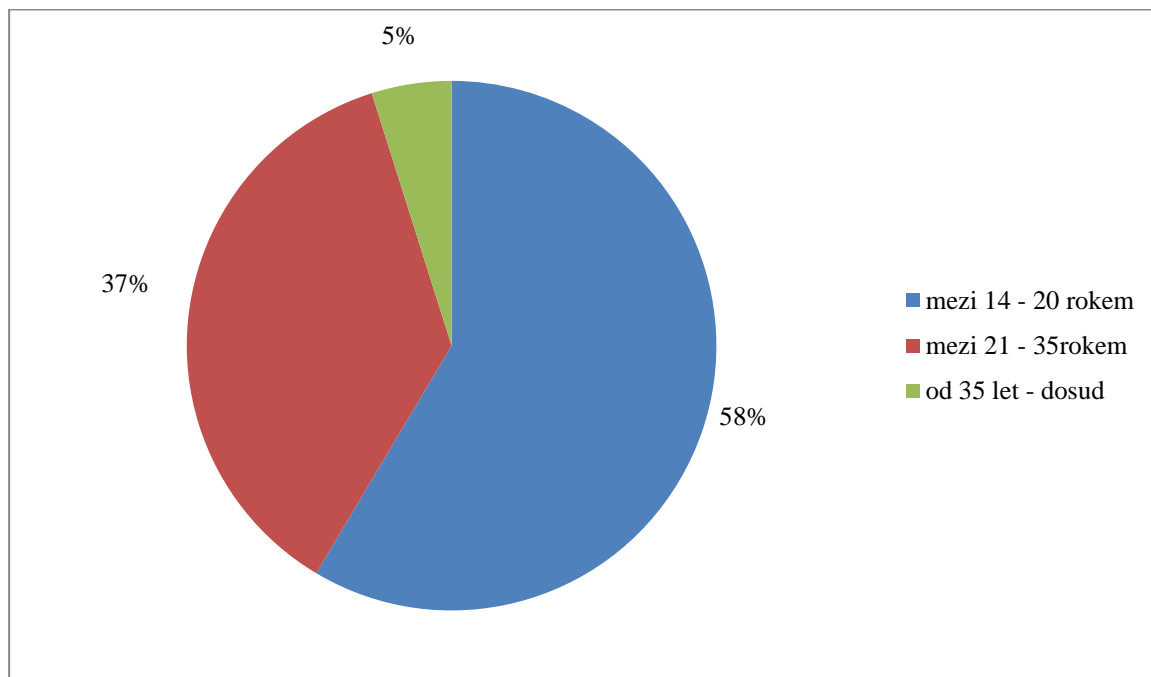


Obr. 10 Graf – užívání hormonální antikoncepce

Na tomto grafu vidíme, že 41 (82 %) respondentek užívalo hormonální antikoncepci a 9 (18 %) respondentek hormonální antikoncepci neužívaly.

Otázka č. 11 Od kolika let jste užívala hormonální antikoncepci?

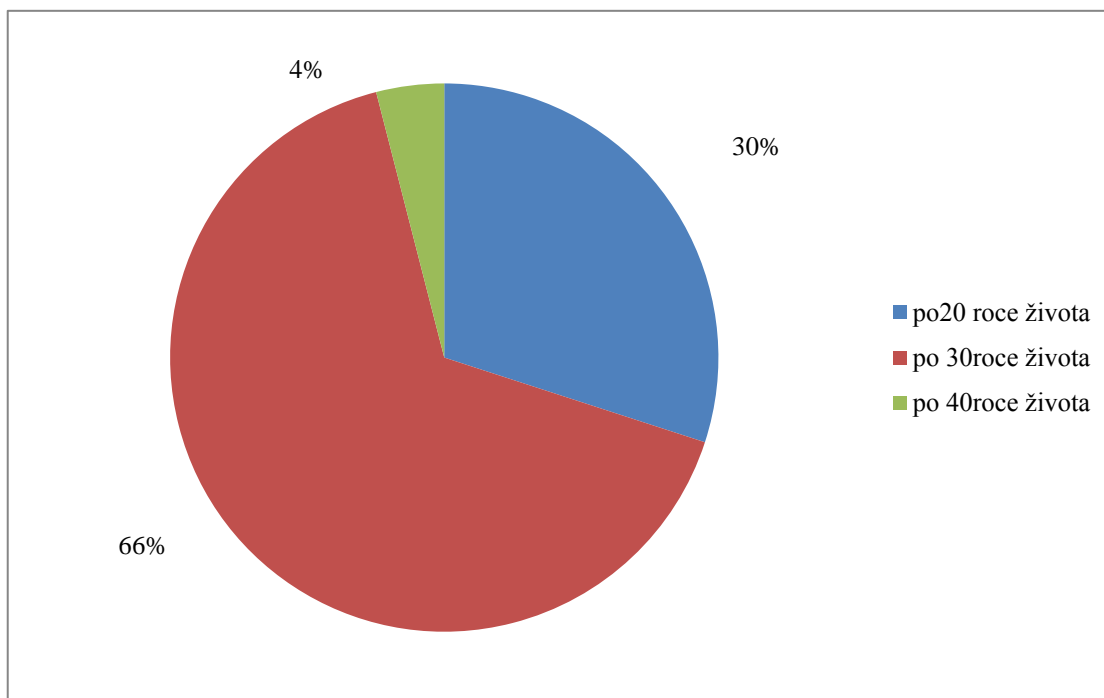
Odpovídalo 41 respondentek



Obr. 11 Graf – věk začátku užívání hormonální antikoncepce

Z grafu vidíme, že 24 (58 %) respondentek začalo užívat hormonální antikoncepci mezi 14-20 rokem, 15 (37 %) respondentek mezi 21-34 rokem a 2 (5 %) respondentek začalo užívat antikoncepci až od 40. roku a užívají dosud.

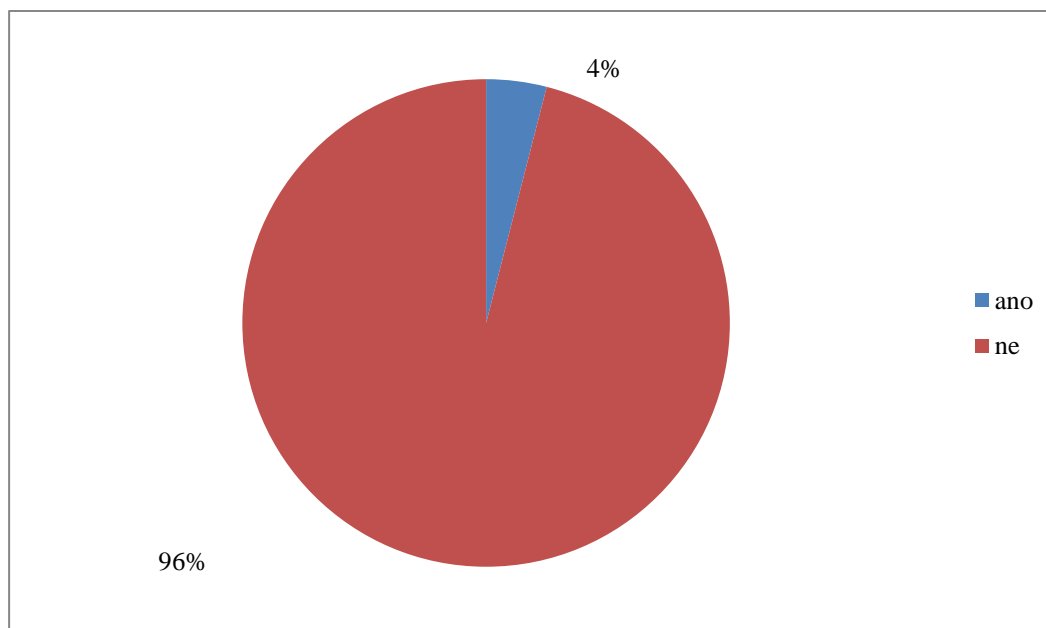
Otázka č. 12 V kolika letech jste navštívila poprvé mammologa?



Obr. 12 Graf- první návštěva mammologa

Z grafu je zřejmé, že po 20. roce života navštívilo poprvé mammologa 15 (30 %) respondentek, po 30. roce života 33 (66 %) respondentek a 2 (4 %) respondentky po 40. roce života navštívili poprvé mamologa.

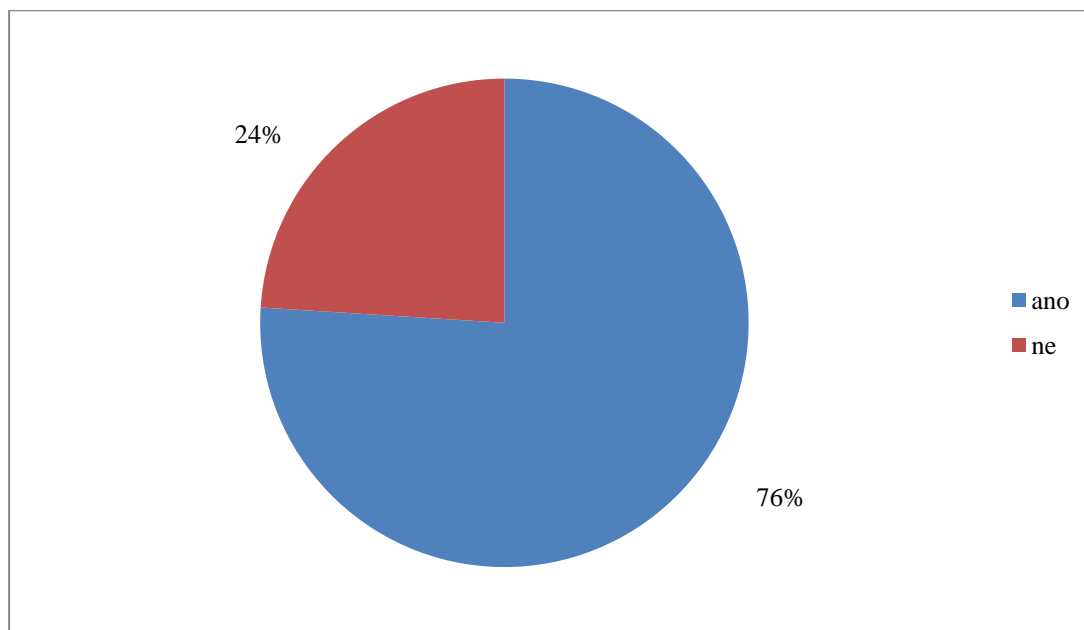
Otázka č. 13 Léčíte se nebo jste prodělala nějakou léčbu nádorového onemocnění (jiného orgánu)?



Obr. 13 Graf– léčba prodělaného nádorového onemocnění

Na tomto grafu vidíme, že nádorového onemocnění prodělaly 2 (4 %) respondentky a 48 (96 %) respondentek neprodělalo žádnou jinou léčbu.

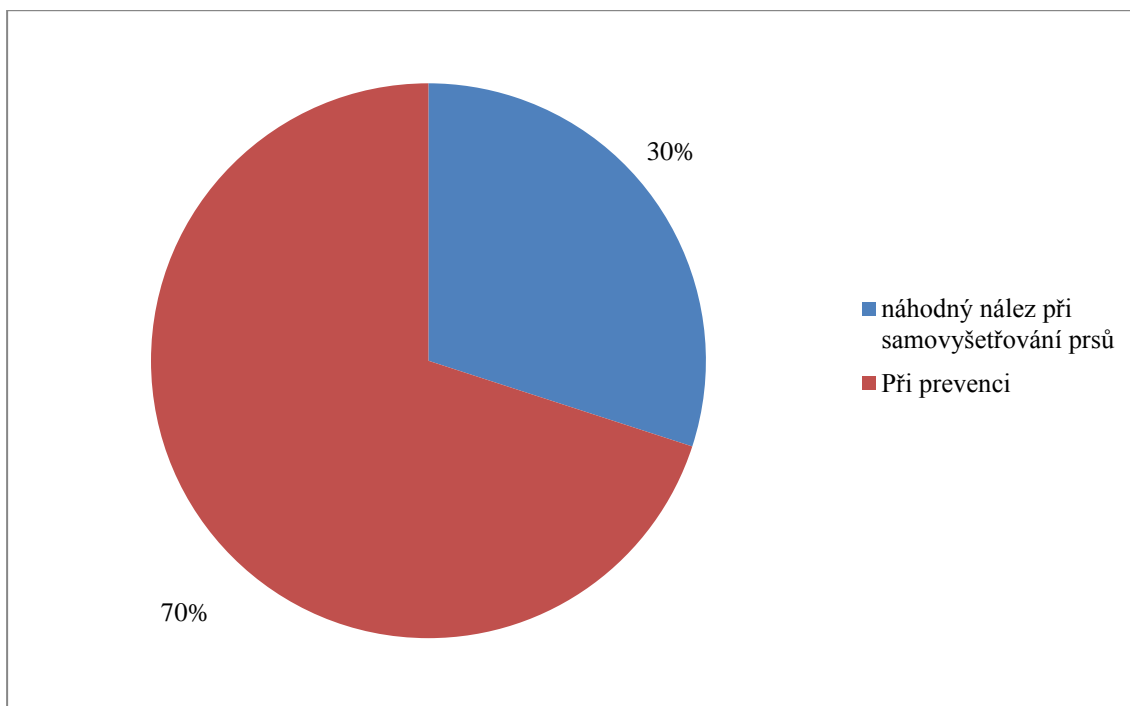
Otázka č. 14 Je Vaše matka či dcera sledovaná pro toto onemocnění?



Obr. 14 Graf- mamologické prevence v rodině

Na tomto grafu vidíme, že odpovědělo „Ano“ zvolilo 38 (76 %) respondentek, že jejich matky a dcery jsou sledované v mamologické poradně. Odpověď „Ne“ zvolilo 12 (24 %) respondentek, že jejich matky a dcery nenavštěvují mamologické poradny.

Otázka č. 15 z jakého důvodu jste navštívila mammologa?



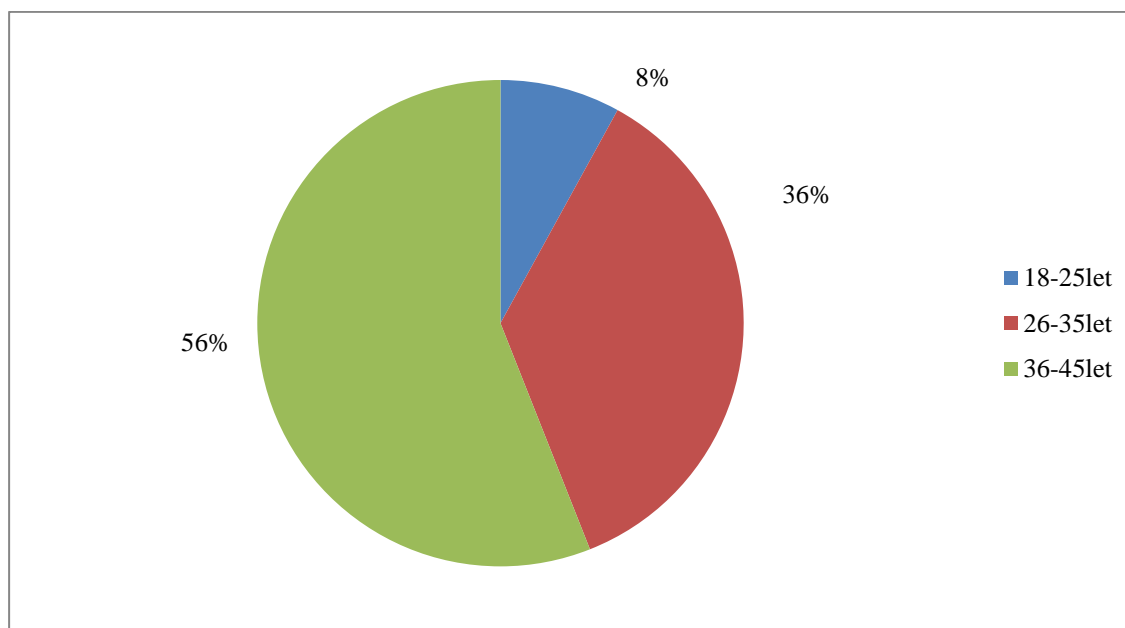
Obr. 15 Graf- důvody návštěvy mamologie

Na grafu vidíme, že mamologa navštívilo 35 (70 %) respondentek z důvodu podezření na nádor. Z důvodu, že někdo z rodiny měl toto nádorové onemocnění, navštívilo mammologa 15 (30 %) respondentek.

13 Prezentace výsledků souboru B

(Respondentky již po operaci pro karcinom prsu)

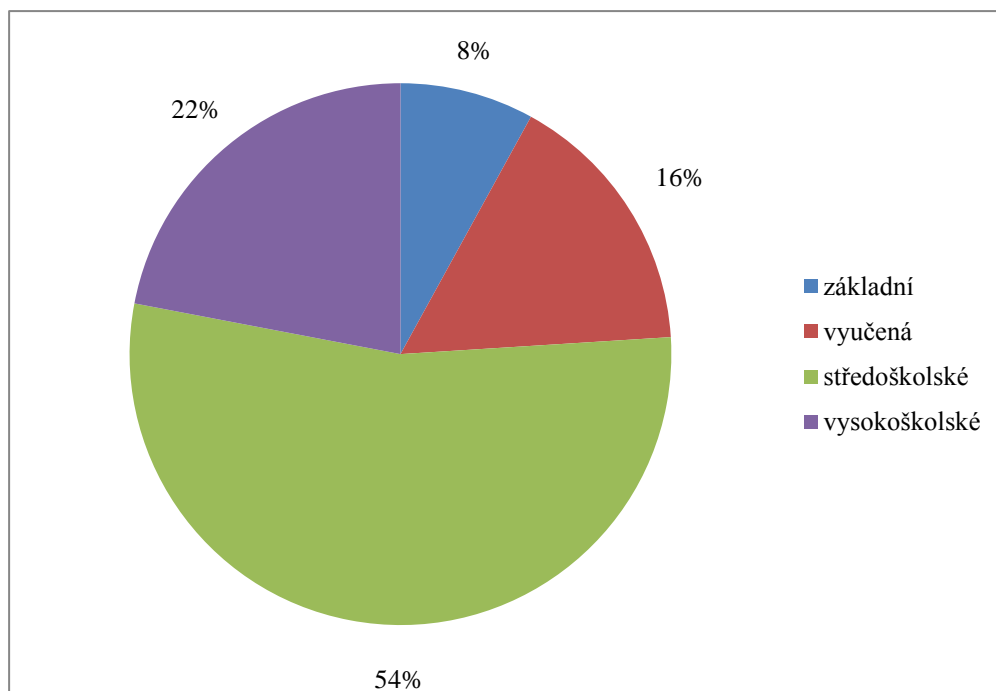
Otázka č. 1 Kolik Vám je let?



Obr.16 Graf- Věkové zastoupení respondentek

Z grafu vidíme, že nejvíce respondentek bylo ve věku 36-45 let, a to 28(56 %).
Respondentek ve věku 26-34 let bylo 18 (36 %) a 4 (8 %) respondentky bylo ve věku 18- 25 let.

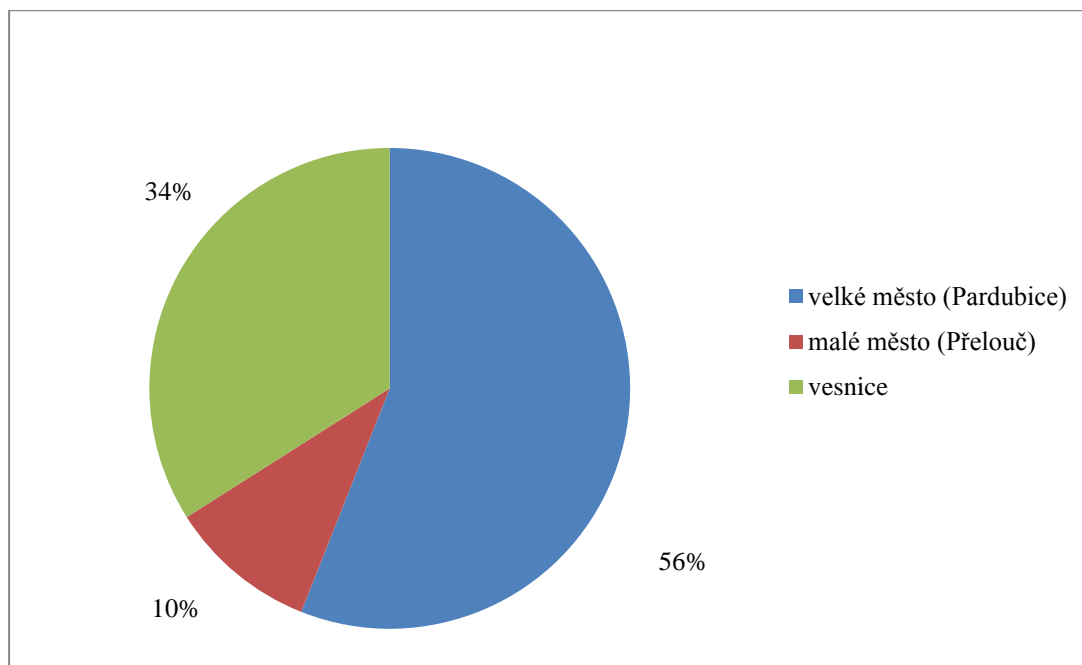
Otázka č. 2 Jaké máte vzdělání?



Obr. 17 Graf – Vzdělání

Graf znázorňuje úroveň vzdělání. Nejvíce respondentek 27 (54 %) má vzdělání střední s maturitou, 8 (16%) respondentek je vyučeno, a 4 (8 %) respondentek má základní vzdělání a 11 (22 %) respondentek dosáhlo vysokoškolské vzdělání.

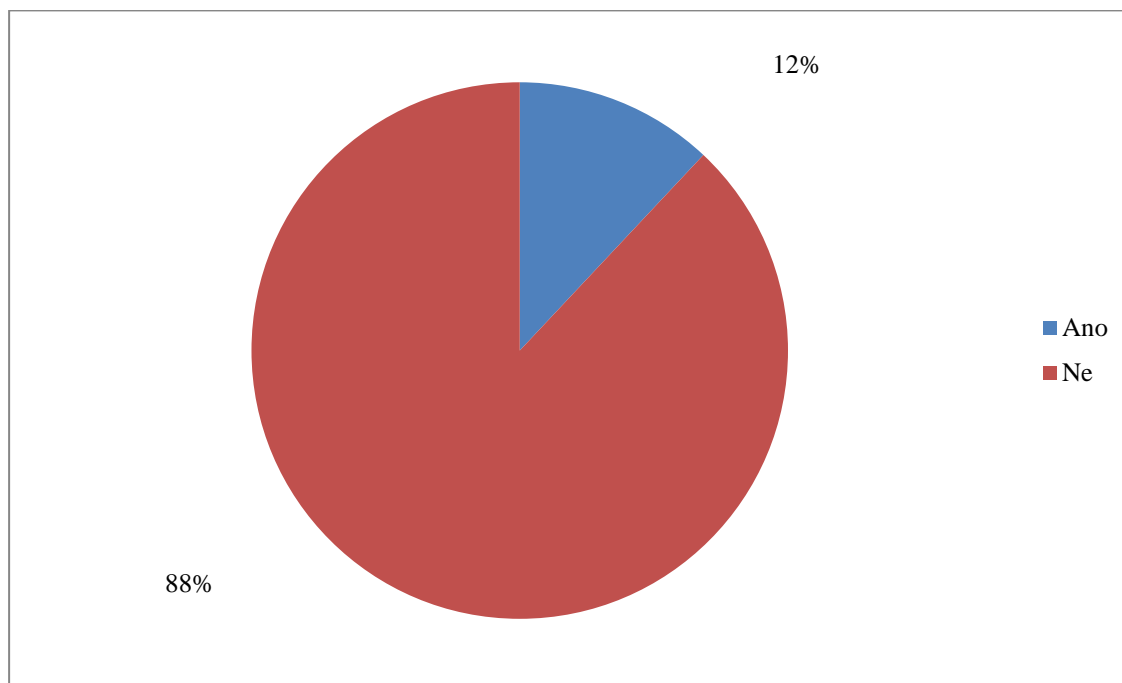
Otázka č. 3 Kde žijete?



Obr. 18 Graf- bydlení respondentek

Z grafu vidíme, že 28 (56%) dotazovaných respondentek žije ve velkých městech, 17 (34%) respondentek žije na vesnici a 5 (10%) respondentek žije v malých městech.

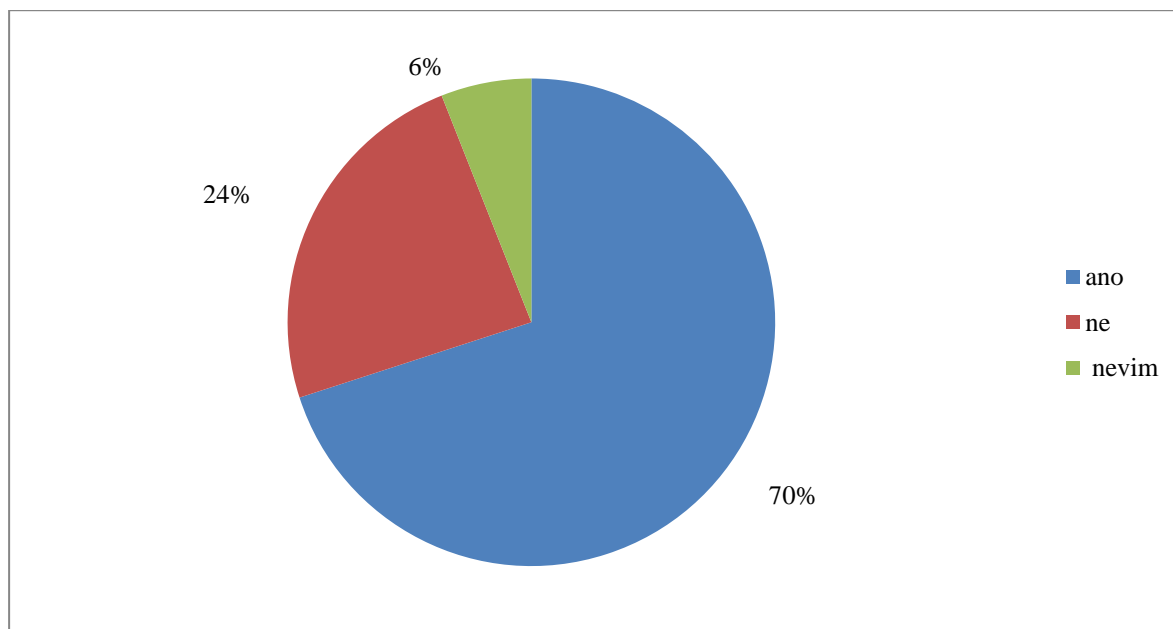
Otázka č. 4 Kouříte?



Obr. 19 Graf- kouření

Graf zobrazuje, že 44 (88%) respondentek nekouří a 6 (12%) respondentek kouří.

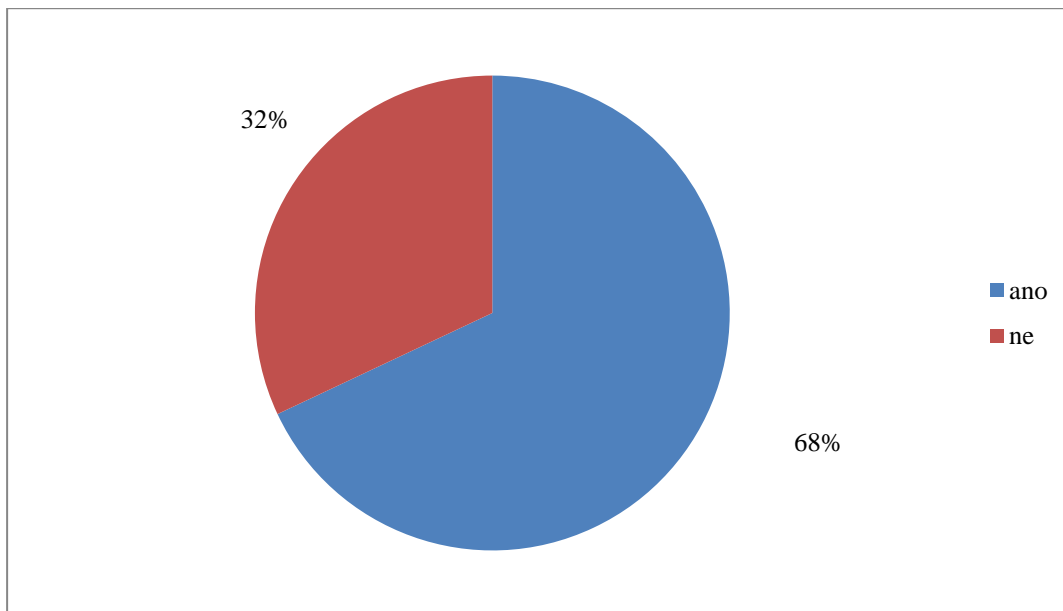
Otázka č. 5 Měl někdo ve vaší rodině nějaké nádorové onemocnění?



Obr. 20 Graf- nádorové onemocnění v rodině

Z grafu je zřejmé, že u 35 (70 %) respondentek se vyskytlo nádorové onemocnění v rodině, u 12 (24 %) respondentek žádné nádorové onemocnění neměly a 3(6 %) respondentky nevěděly, zda se nádorové onemocnění v rodině vyskytlo.

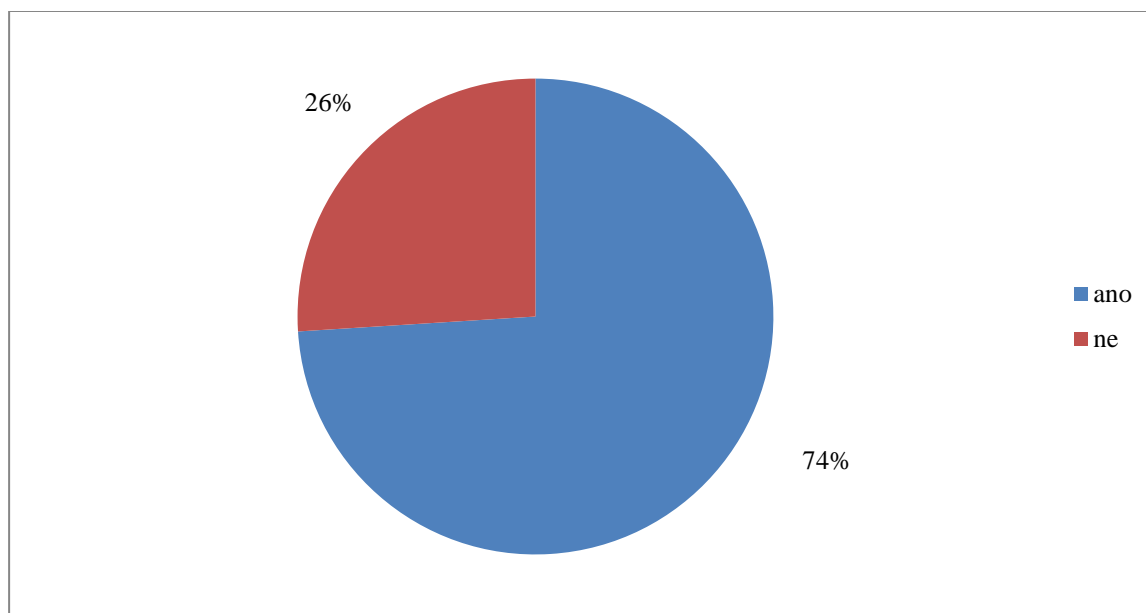
Otázka č. 6 Byla jste pro toto onemocnění více sledovaná?



Obr. 21 Graf- Sledovaná prevence

Z grafu vidíme, že odpověď „Ano“ zakroužkovalo 34 (68 %) respondentek a odpověď „Ne“ zakroužkovalo 16 (32 %) respondentek.

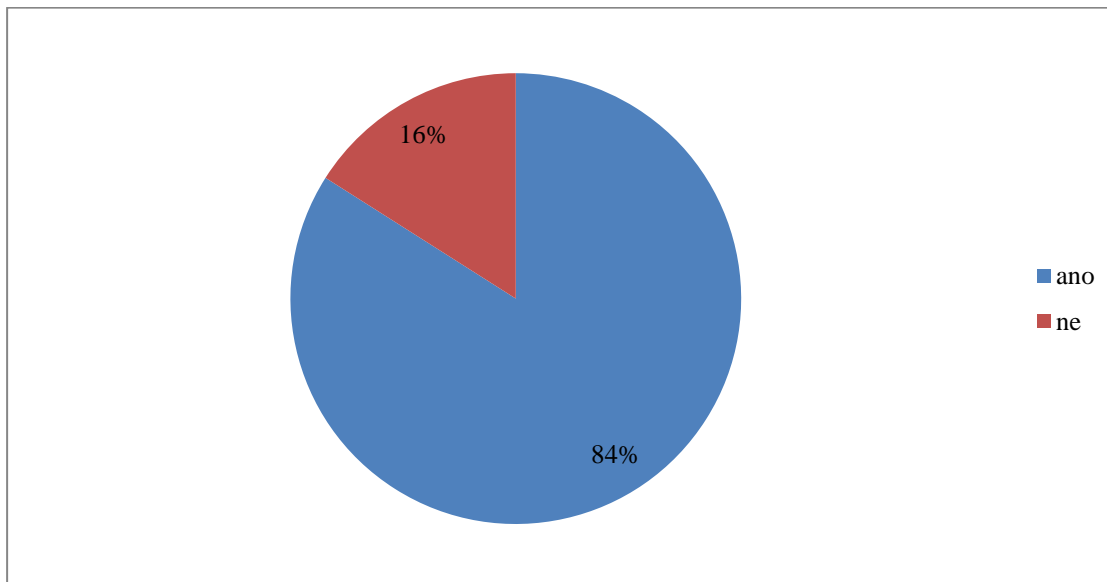
Otázka č. 7 Prováděla jste si samovyšetření prsů?



Obr. 22 Graf- samovyšetření prsů

Graf zobrazuje, že 37 (74 %) respondentek si provádí samovyšetření prsů a 13 (26 %) respondentek si neprovádí samovyšetření prsů.

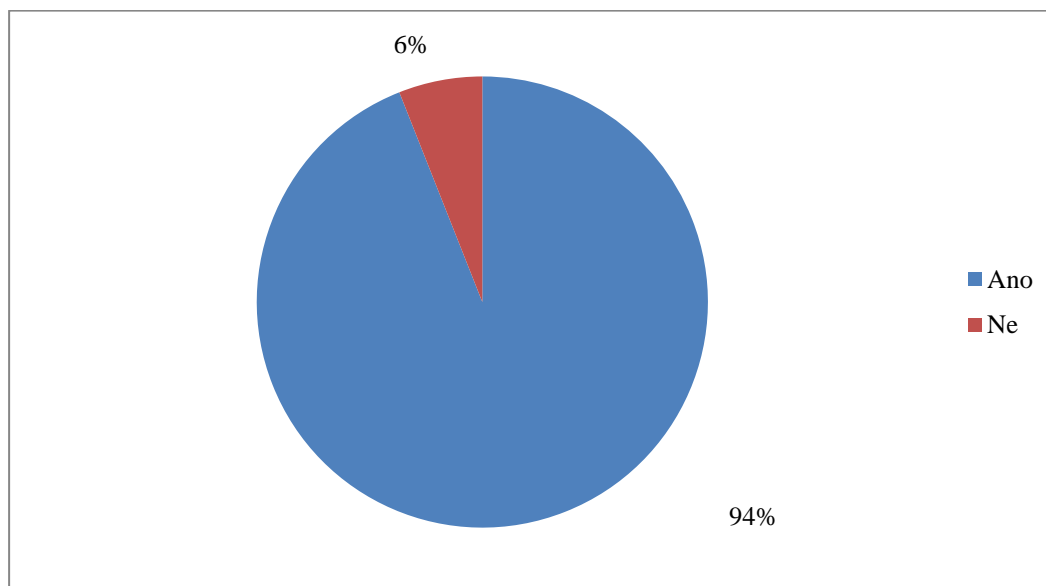
Otázka č. 8 Chodila jste pravidelně na mamografické vyšetření (RTG)?



Obr. 23 Graf – Mamografické vyšetření

Z grafu je patrné, že 42 (84%) respondentek chodilo pravidelně na mamografické vyšetření a 8 (16%) respondentek nechodilo pravidelně na mamografické vyšetření.

Otázka č. 9 Užívala jste někdy hormonální antikoncepci? Pokud Ano, pokračujte otázkou číslo 10.

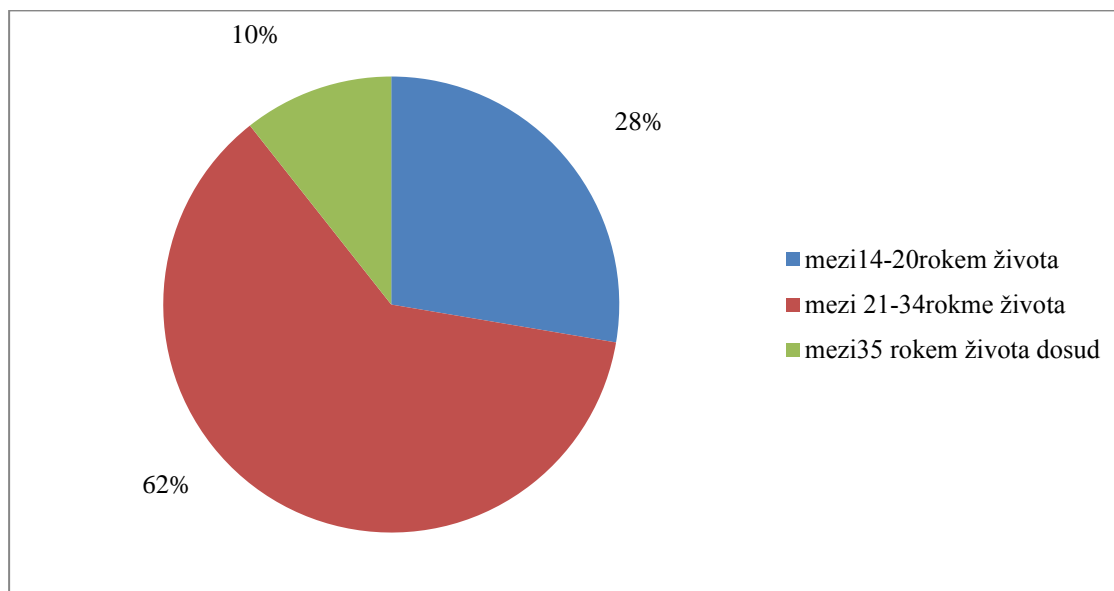


Obr. 24 Užívání hormonální antikoncepce

Na základě grafu můžeme říci, že 47 (94%) respondentek užívalo hormonální léčbu a 3 (6%) respondentek neužívalo hormonální antikoncepci.

Otázka č. 10 Od kolika let jste užívala hormonální antikoncepci

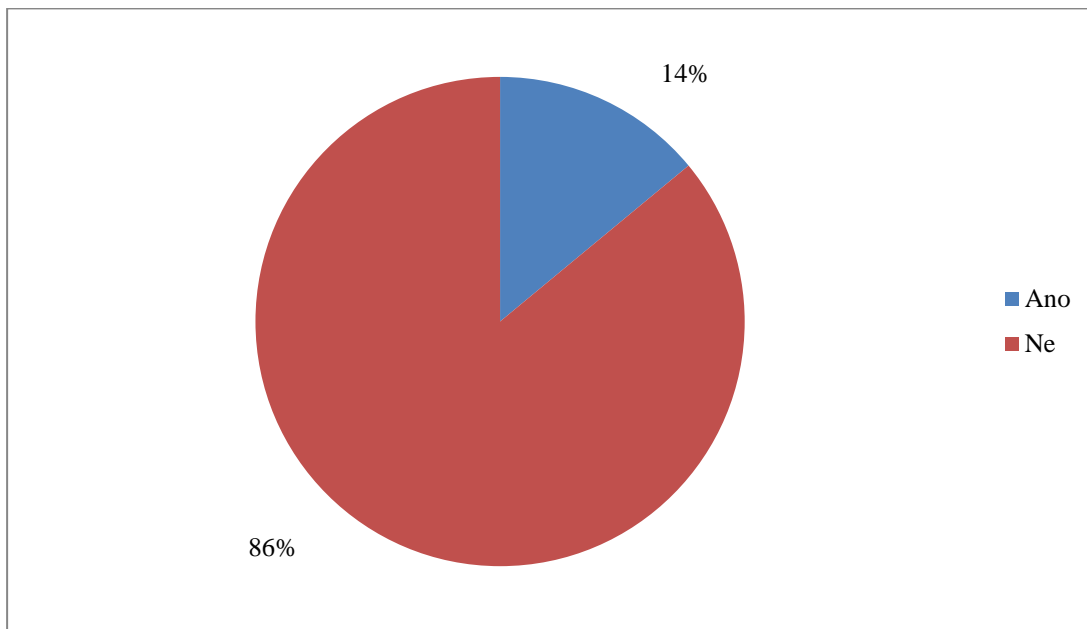
(odpovědělo 47 respondentek)



Obr. 25 Graf – Věk začátku užívání hormonální antikoncepce

Na tomto grafu vidíme, že 29 (62 %) respondentek, začalo užívat hormonální antikoncepci mezi 21-34 rokem života, 13 (28%) respondentek mezi 14-20 rokem života a 5 (10%) respondentek mezi 35 rokem života až dosud užívají.

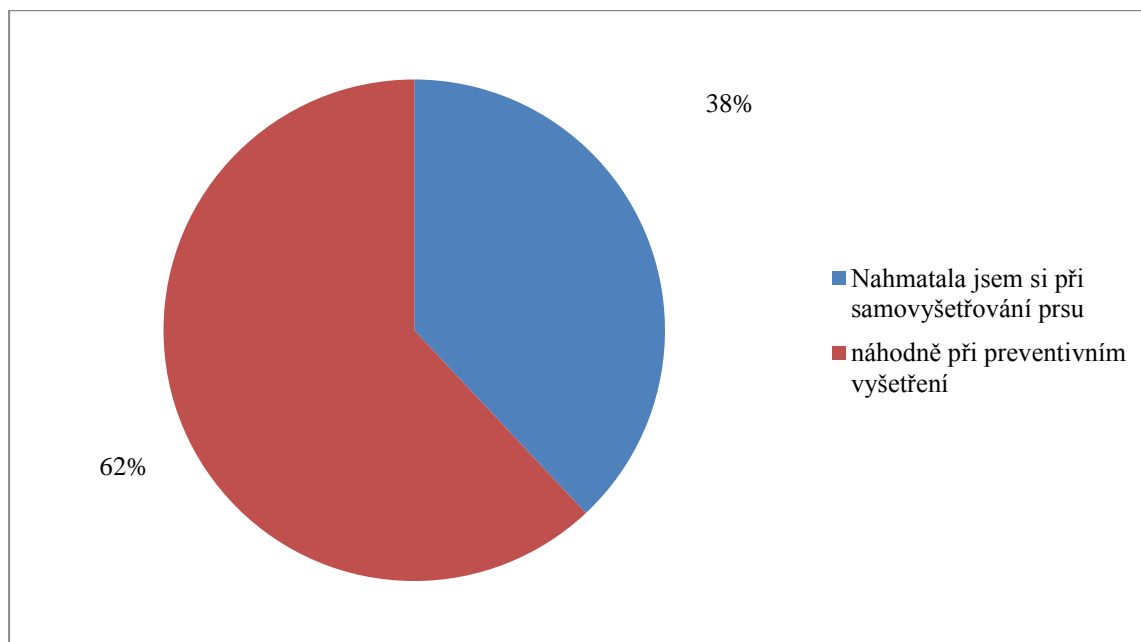
Otázka č. 11 Léčila jste se nebo jste prodělala nějaké nádorové onemocnění?



Obr. 26 Graf – Onkologická léčba před zjištěním karcinomu prsu

Z grafu vyplývá, že onkologickou léčbu prodělalo 7 (14 %) respondentek před zjištěním karcinomu prsu, a 43 (86 %) respondentek neprodělalo doposavad žádné onkologické onemocnění.

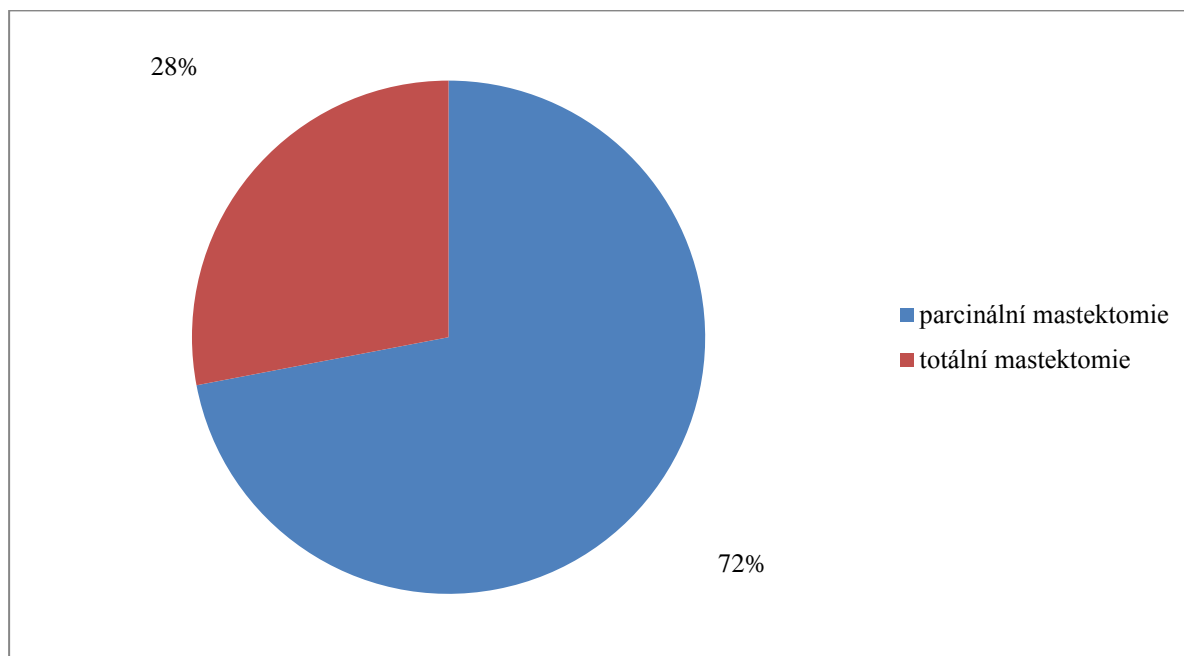
Otázka č. 12 Jakým způsobem bylo nádorové onemocnění u Vás objeveno?



Obr. 27 Graf – Zjištění nádorového onemocnění

Na tomto grafu vidíme, že u 31 (62 %) respondentek bylo zjištěno nádorové onemocnění prsu náhodně při preventivní prohlídce. U 19 (38 %) respondentek bylo nádorové onemocnění nahmatáno při samovyšetření prsu.

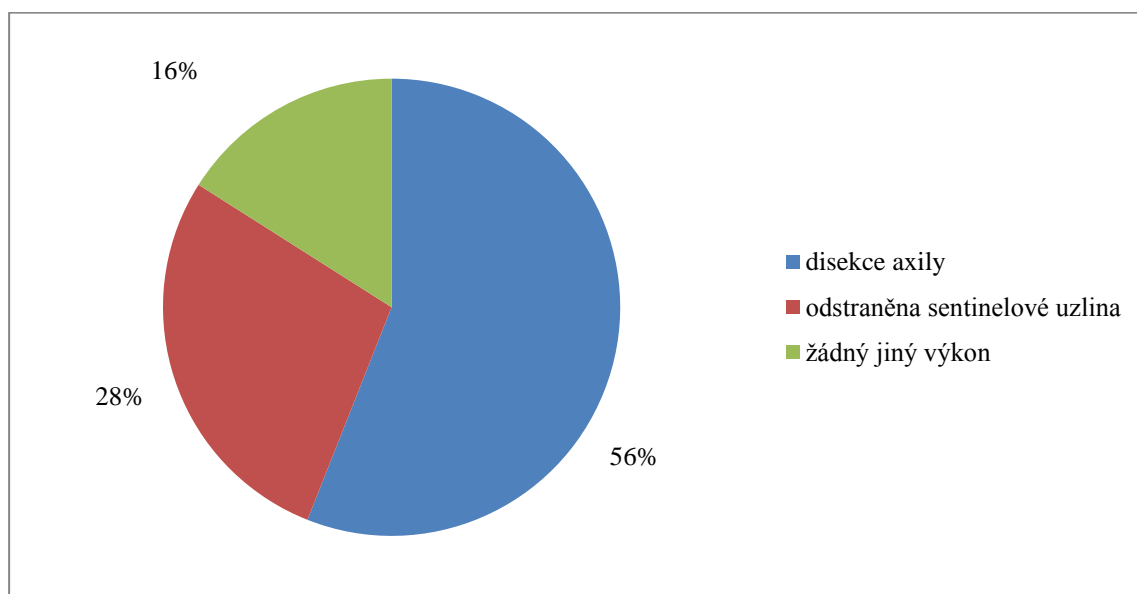
Otázka č. 13 Jaký typ operace byl proveden?



Obr. 28 Graf- Typy operace

Z grafu můžeme vidět, že 36 (72%) respondentkám byla provedena parciální mastektomie a v 14 (28%) případech byla provedena totální mastektomie.

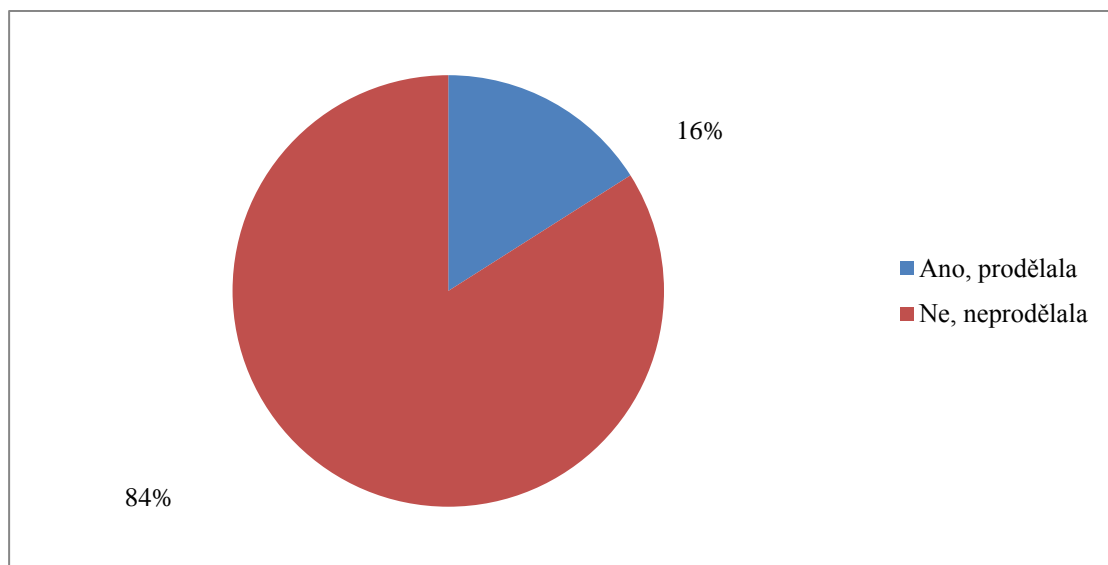
Otázka č. 14 Byl Vám během operace (nebo v druhé operační době) proveden další zákrok?



Obr. 29 Graf – další operační výkon

Z grafu vidíme, že disekce axily se v dalším operačním období provedla u 28 (56%) dotazovaných respondentek. Sentinelová uzlina byla odstraněna u 14 (28%) dotazovaných respondentek a u 8(16%) respondentek nebyl proveden žádný další výkon.

Otázka č. 15 Prodělala jste před operací pro karcinom prsu onkologickou léčbu?



Obr. 30 Graf – Onkologická léčba před operací pro karcinomu prsu

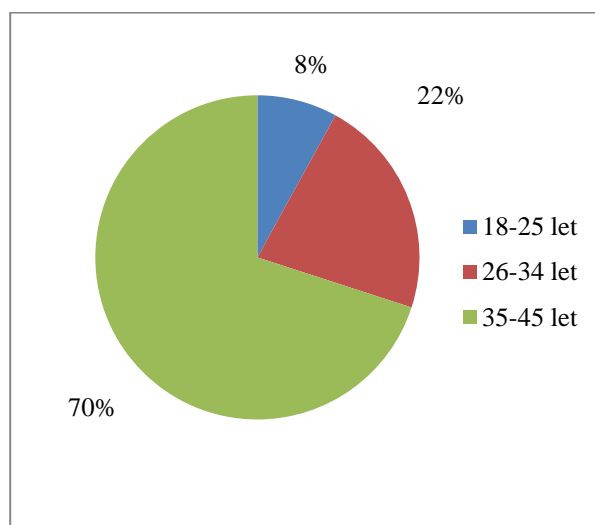
Z tohoto grafu vidíme, že 8 (16%) respondentek prodělalo onkologickou léčbu a 42(84%) neprodělalo onkologickou léčbu.

13 Porovnávání výzkumných otázek z dotazníku A a B

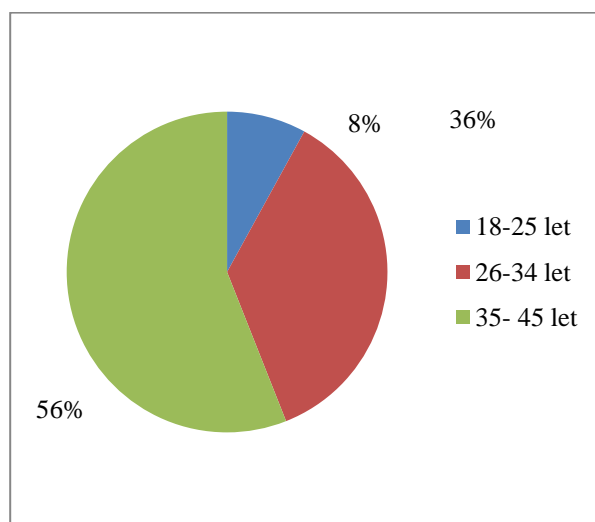
Výzkumná otázka 1. Respondentky středního věku budou mít větší zájem o prevenci než respondentky mladšího věku.

Porovnání grafu č. 1 a grafu č. 16

Soubor A - Prevence



Soubor B - Respondentky po operaci

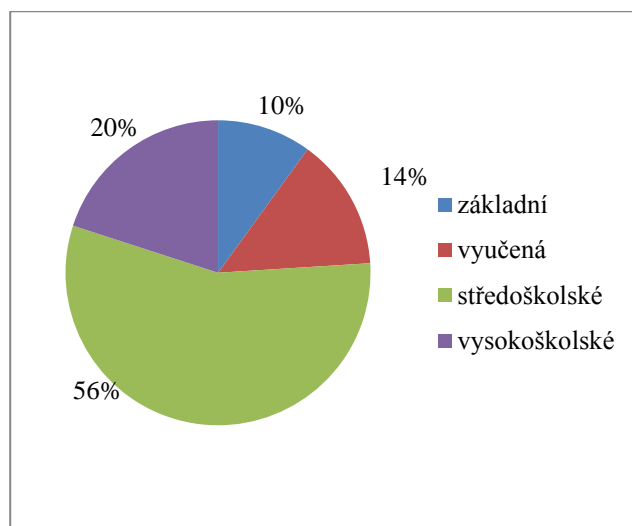


Na obou grafech vidíme, že nejvíce mamologickou ambulanci navštěvují respondentky ve středních letech (35-45let). Dále respondentky ve věku 26 -34 let a nejméně respondentky, které navštěvují mamologické ambulance, jsou ženy ve věku 18-25 let.

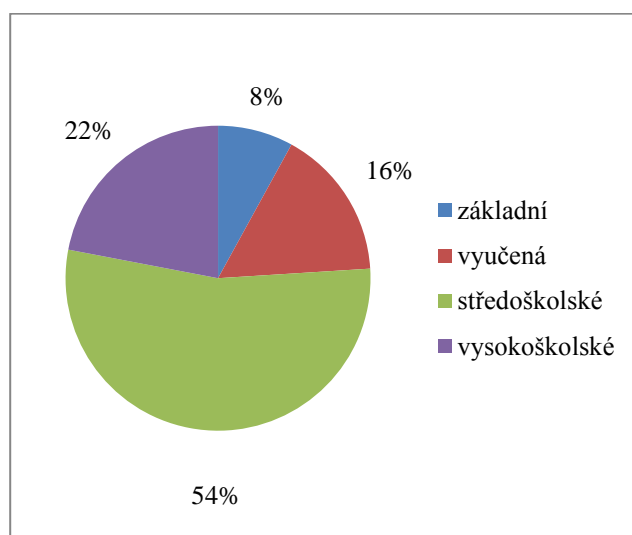
Výzkumná otázka č. 2 Respondentky s vysokoškolským vzděláním budou mít větší zájem o prevenci.

Porovnání grafu č. 2 a grafu č. 17

Soubor A - Prevence



Soubor B - Respondentky po operaci

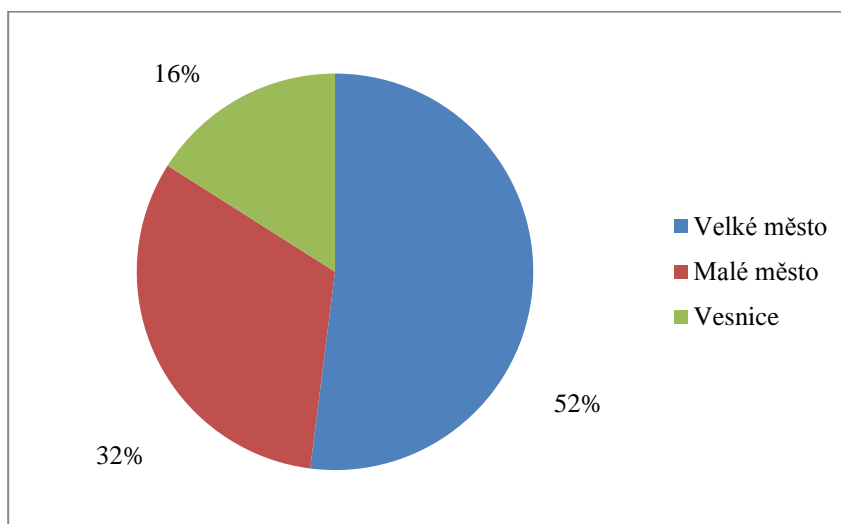


Z grafů je zřetelné, že nejvíce se o prevenci karcinomu prsu zajímají respondentky se středoškolským vzděláním. Nejméně respondentky se základním vzděláním a střed jsou ženy s vysokoškolským vzděláním a ženy vyučené.

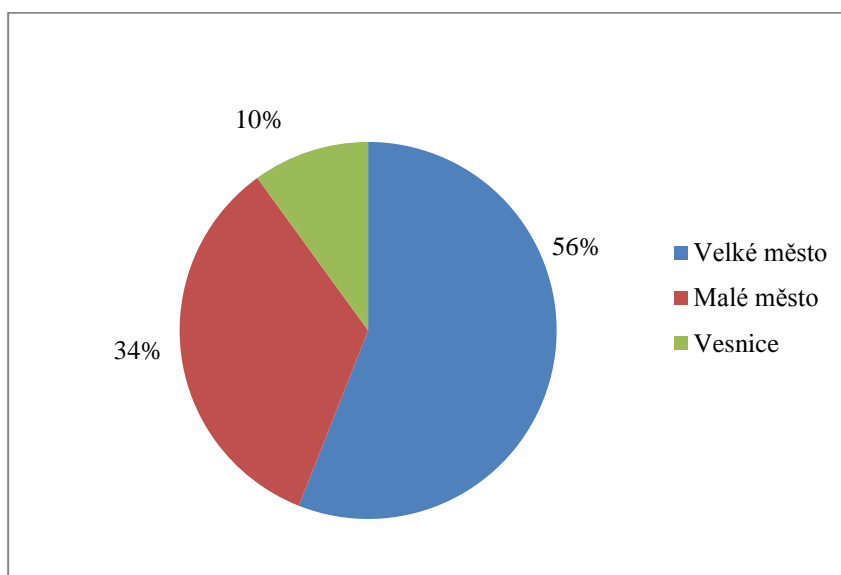
Výzkumná otázka č. 3 Pacientky z většího města budou mít větší zájem o prevenci než pacientky z menších měst a vesnic.

Porovnání grafu č. 3 a grafu č. 18

Soubor A - Prevence



Soubor B - Respondentky po operaci

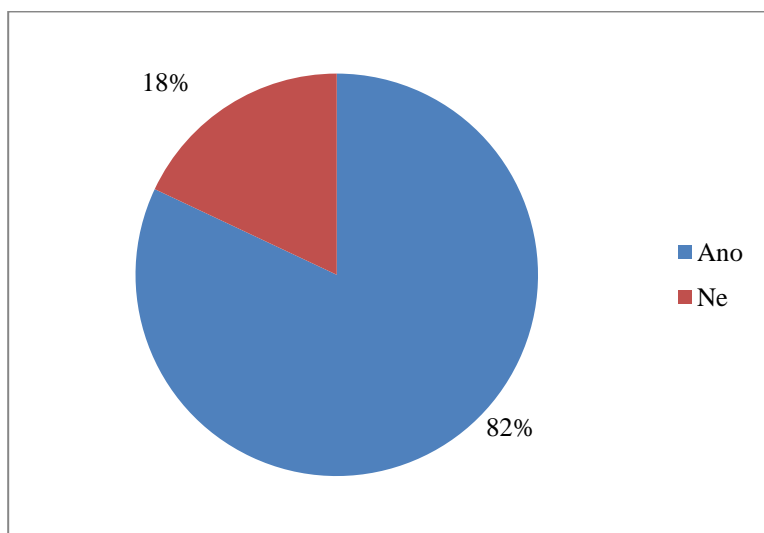


Z obou grafů vyplývá, že respondentky z velkých měst jsou více informované o prevenci a mají větší zájem o prevenci, než respondentky pocházející z malých měst a vesnic.

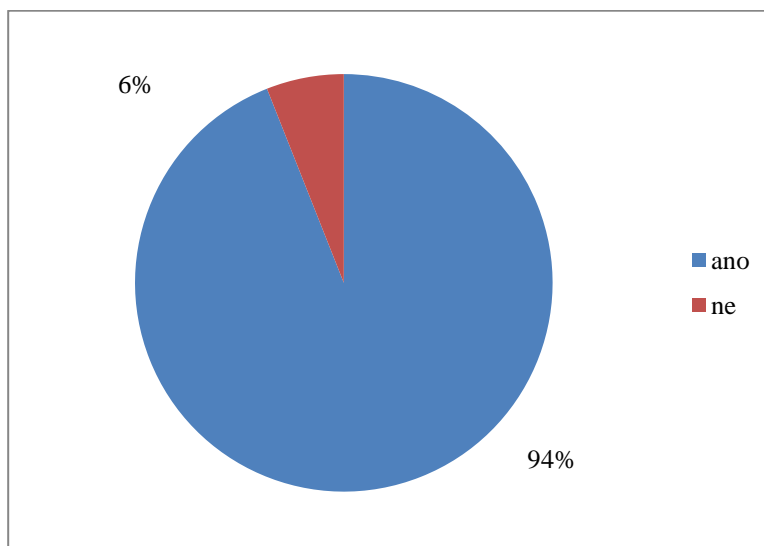
Výzkumná otázka č. 4 Pacientky, které užívaly hormonální antikoncepci, budou mít vyšší výskyt nádorového onemocnění prsu.

Porovnání grafu č.10 a grafu č. 24

Soubor A – Prevence



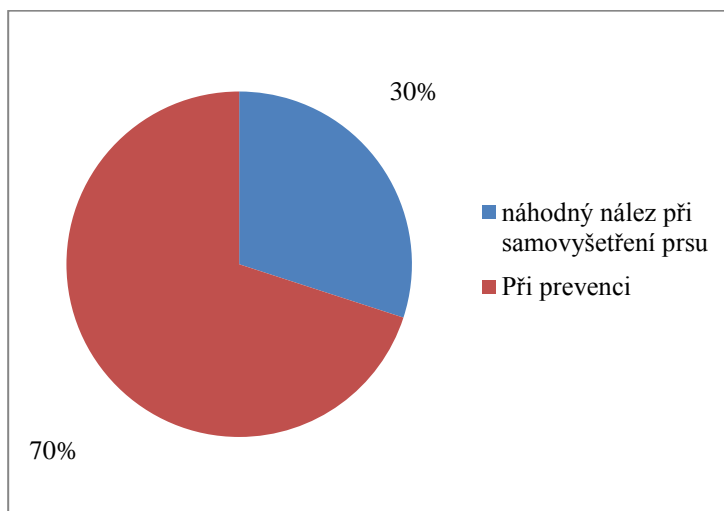
Soubor B - Respondentky po operaci



Na grafu, můžeme vidět, že převážná část respondentek 41 (82 %) a 47 (96 %) užívalo hormonální antikoncepci. Pouhých 9 (18 %) a 3 (6 %) respondentky neužívaly hormonální antikoncepci.

Výzkumná otázka č. 5 Vyšší procento nálezů karcinomu prsu bylo zjištěno náhodně při prevenci.

Soubor B - Pacientky po operaci



Obr. 27 Graf - Soubor B- Zjištění nádorových onemocnění

Z grafu je zřetelné, že častěji se na karcinom prsu přijde náhodně při preventivních prohlídkách 70 %. Přibližně 30 % respondentek si na nádorové onemocnění přijde samo při samovyšetřování prsů.

..

14 Porovnání souboru A a B

Statistické výsledky

1. Respondentky středního věku budou mít větší zájem o prevenci než respondentky mladšího věku

Soubor A:

Z padesáti dotazovaných respondentek, které navštěvují mamologickou ambulanci z důvodu prevence jsou čtyři respondentky ve věku 18-25 let.

Jedenáct respondentky projevilo zájem o prevenci mezi 26-34 rokem života. A třicet pět respondentek projevilo zájem o prevenci mezi 35-45 rokem života.

Soubor B:

Z padesáti dotazovaných respondentek, jsou 4 respondentky ve věku 18-25 let po operaci pro karcinom prsu, přestože navštěvovaly mamologickou ambulanci. Osm respondentek projevilo zájem o prevenci mezi 26-34 rokem života. A dvacet osm respondentek projevilo zájem o prevenci mezi 35-45 rokem života.

Potvrzuje se hypotéza, že respondentky středního věku budou mít větší zájem o prevenci než respondentky mladšího věku.

Grafické znázornění údajů znázorněno na obrázku č. 1 a č. 16 - Porovnání výzkumných otázek dotazníku A a B

2. Respondentky s vysokoškolským vzděláním budou mít větší zájem o prevenci než respondentky s nižším vzděláním.

Soubor A:

Z padesáti dotazovaných respondentek, které navštěvují mamologickou ambulanci z důvodu prevence je pět respondentek se základním vzděláním.

Deset respondentek je vyučených. Dvacet tři respondentek má středoškolské vzdělání. A dvanáct respondentek má vysokoškolské vzdělání.

Soubor B:

Z padesáti dotazovaných respondentek, které jsou již po operaci pro karcinom prsu, jich sedm má základní vzdělání. Dvanáct respondentek je vyučených. Dvacet pět respondentek má středoškolské vzdělání A šest respondentek má vysokoškolské vzdělání.

Druhá hypotéza se nepotvrdila. Respondentky se středoškolským vzděláním mají větší zájem o prevenci než pacientky s vysokoškolským vzděláním.

Grafické znázornění údajů znázorněno na obrázku č. 2 a 17 - Porovnání výzkumných otázek dotazníku A a B

3. Respondentky z většího města budou mít větší zájem o prevenci než respondentky z menších měst a vesnic

Soubor A:

Z padesáti dotazovaných respondentek, které navštěvují mamologickou ambulanci z důvodu prevence jich dvacet pět žije ve velkých městech.

Šestnáct respondentek žije v menších městech. A osm respondentek žije na vesnici.

Soubor B:

Z padesáti dotazovaných respondentek, které jsou po operaci pro karcinom prsu, jich dvacet osm žije ve velkém městě.

V malých městech žije sedmnáct respondentek. Na vesnici žije pět respondentek.

Potvrzuje se hypotéza, že větší zájem o prevenci mají respondentky, které žijí ve velkých městech.

Grafické znázornění údajů znázorněno na obrázku č. 3 a 18 - Porovnání výzkumných otázek dotazníku A a B

4. Respondentky, které užívaly hormonální antikoncepci, budou mít vyšší výskyt nádorového onemocnění.

Soubor A:

Z padesáti dotazovaných respondentek, které navštěvují mamologickou ambulanci z důvodu prevence, užívalo čtyřicet jedna hormonální antikoncepci. Devět respondentky neužívaly vůbec hormonální antikoncepci.

Soubor B :

Z padesáti dotazovaných respondentek, které jsou po operaci pro karcinom prsu užívalo čtyřicet sedm hormonální antikoncepci. Tři respondentky hormonální antikoncepci neužívaly.

Potvrzujeme čtvrtou hypotézu. Respondentky, které užívaly hormonální antikoncepci, mají vyšší výskyt nádorového onemocnění prsu.

Grafické znázornění údajů znázorněno na obrázku č. 10 a 24 - Porovnání výzkumných otázek dotazníku A a B.

5. Vyšší procento nálezů karcinomu prsu bylo zjištěno náhodně při prevenci

Soubor B:

Z padesáti dotazovaných respondentek, které jsou již po operaci pro karcinom prsu, byl třiceti pěti respondentkám diagnostikován karcinom prsu při prevenci.

Patnáct respondentek si nádor prsu nahmatala sama při samovyšetřování prsu.

Potvrzujeme pátou výzkumnou otázku, vyšší procento nálezů karcinomu prsu bylo zjištěno náhodně při prevenci.

Grafické znázornění údajů znázorněno na obrázku Obr. č. 27 Souboru B

15 Diskuse

Tato práce se zabývá prevencí nádorového onemocnění prsu. Výzkumné šetření nám přineslo množství informací, které nám pomohly vytvořit si určitou představu o informovanosti prevencí nádorového onemocnění prsu.

Na základě z čerpané literatury a stanovených cílů, jsme si určili výzkumné otázky, které jsme se snažili ověřit, pomocí prováděného výzkumu v Ordinaci MUDr. Karla Šťastného, a na Chirurgické klinice Pardubické krajské nemocnice, a.s..

Dotazníky byly rozdány respondentkám narozených roku 1967 a mladšího věku.

Výzkum probíhal od roku 1. 1. 2012 do 1. 2. 2013. Byl prováděn retrospektivní a prospektivní metodou dotazníků rozdávaných respondentkám v mamologické ambulanci a na chirurgickém oddělení. Dotazníky byly rozdávány v období od září 2. 9. 2012 do 1. 2. 2013 a dále z informací získaných z dokumentace respondentek. Do této studie bylo zařazeno celkem 100 respondentek, které byly rozděleny na 2 skupiny.

První skupina respondentek „souboru A“ jsou ženy, které chodí na prevenci do mamologické poradny k MUDr. Karlovi Šťastnému.

Druhá skupina „soubor B“ obsahuje ženy po operaci pro karcinom prsu v letech 2008-2013. Skupiny respondentek, jsou ženy po operaci pro karcinom prsu, též z poradny od MUDr. Karla Šťastného.

Ve výzkumné otázce číslo 1 jsme předpokládali, že respondentky středního věku (35-45let) budou mít větší zájem o prevenci než respondentky mladšího věku (18-25let). Ke zjištění věku respondentek jsme použili otázku číslo 1 v obou dotaznících. Výzkumná otázka se nám **potvrdila**. Jak ukazují grafy prevence, respondentky po operaci pro karcinom, respondentky středního věku (35-45let) mají největší zájem o prevenci.

Výzkumnou otázkou číslo 2 jsme chtěli ověřit, že respondentky s vysokoškolským vzděláním budou mít větší zájem o prevenci. Ke zjištění informací, vedoucích k potvrzení/nepotvrzení této výzkumné otázky jsme použili otázku číslo 2 v obou dotaznících. Z grafů vidíme, že na prvním místě se o prevenci zajímají ženy středoškolského

vzdělání. Respondentky vysokoškolského vzdělání obsadila v prevenci druhé místo a respondentky po operaci třetí místo. Výzkumná otázka se **nepotvrdila**.

Výzkumnou otázkou číslo 3, jsme se domnívali, že respondentky z větších měst budou mít větší zájem o prevenci než respondentky z malých okolních měst a vesnic. Ke zjištění, kde respondentky žijí, je otázka číslo 3 v obou dotaznících. Tato výzkumná otázka se **potvrdila**.

Z respondentky, které navštěvují mamologickou ambulanci z důvodu prevence, je 51%, které bydlí ve velkých městech, 33 % respondentek žije v malých městech a 16 % případech na vesnici. Již 53 % respondentek po operaci pro karcinom prsu žije ve velkých městech, 36 % respondentek v malých městech 11 % respondentek žije na vesnici.

Výzkumná otázka číslo 4 představuje domněnku, že respondentky, které užívaly hormonální antikoncepci, budou mít vyšší výskyt nádorového onemocnění. K ověření této hypotézy jsme použila otázky pod číslem 9 v dotazníku A a 10 v dotazníku B. Výzkumná otázka se **potvrdila**.

Z grafů vyplývá, že větší část respondentek užívá hormonální antikoncepci. Respondentek, které užívají hormonální antikoncepci a navštěvují mamologickou ambulanci z důvodu prevence je 82 % a respondentky, které jsou po operaci pro karcinom prsu užívalo 94 % hormonální antikoncepci.

Ve výzkumné otázce číslo 5 se domnívám že, vyšší procento nálezu karcinomu prsu bylo zjištěno náhodně při prevenci. Toto můžeme zjistit pomocí otázky číslo 12 v dotazníku B. Hypotéza se také **potvrdila**. U 66 % žen byl nádor diagnostikován při preventivním vyšetření a 34% žen si nahmatalo bulku při samovyšetření prsu.

V souvislosti mezi užíváním hormonální antikoncepce a rizikem vzniku karcinomu prsu, bylo provedeno několik výzkumů. Např. ve studii National Cancer Institute z roku 2003 byla porovnávána rizika ženy s karcinomem prsu mezi 20. a 34. rokem života a z těch, které onemocněly mezi 34. a 54. rokem. Výsledky prokázaly významně vyšší riziko vzniku nádoru u pacientky, které užívaly antikoncepci více než 5 let před diagnózou nádoru, zvláště ve skupině mladých žen do 35 let. (<http://www.toplekar.cz/archiv-clanku/hormonalni-antikoncepce-a-rakovina-jaka.html>)

Z naší výzkumné práce vyplývá, že užívání hormonální antikoncepce by mohlo mít vliv na vznik karcinomu prsu.

16 Závěr

Karcinom prsu je nádorové onemocnění, se kterým se setkáváme u žen nejčastěji. Bohužel v dnešní době diagnostikujeme karcinom prsu i u mladých žen.

V teoretické části jsme shrnuli nejdůležitější informace o problematice karcinomu prsu. Konkrétně se jedná o epidemiologii, metody v diagnostice a chirurgické léčby nádorového onemocnění prsu.

Primárním cílem našeho výzkumu bylo posouzení informovanosti ve vztahu k věkovému složení respondentek. Sekundární zjištění se týkalo souvislostí užívání hormonální antikoncepce k nádorovému onemocnění prsu.

Dotazníkovým šetřením byla potvrzena hypotéza, že ženy ve středních letech mají větší zájem o prevenci, než ženy v mladém věku. Pravidelně provádí samovyšetření prsu, na které se informují u svého lékaře mammologa nebo z odborných časopisů.

Další hypotéza, že ženy užívají hormonální antikoncepci, která může mít vliv na vznik karcinomu prsu, se též potvrdila. Skoro všechny ženy uvedly, že hormonální antikoncepci začaly užívat v mladém věku, kolem 20 roku života.

Osvěta o prevenci karcinomu prsu je nadále velice důležitá a je nutné o tomto onemocnění informovat veřejnost. Proto by měla každá žena věnovat pozornost svým prsům. Pravidelně provádět samovyšetření prsu každý měsíc.

Zjištěné poznatky byly konzultovány s kolektivem chirurgického oddělení, kde jsou prováděny operace prsu na vysoké úrovni. Výsledky výzkumného šetření budou prezentovány minimálně mezi kolegy a kolegyněmi na pracovišti. Věřím, že pomohou v osvětě o této problematice.

Závěrem práce apelujeme na důležitost prevence pro ženy jakéhokoliv věku. V dnešní době dívky a ženy začínají užívat hormonální antikoncepci poměrně v mladém věku a proto by každá žena, která začne užívat hormonální antikoncepci, měla být poučena gynekologem o samovyšetřování prsů a o pravidelných preventivních prohlídkách u mammologa. Při užívání hormonální antikoncepce, by mamologická prevence měla být častější, i bez ohledu na to, zda měl někdo v rodině nádorové onemocnění.

Seznam použitých zkratk

BRCA – breast cancer (gen nádoru prsu)

UZ – Sonografie

CT – výpočetní tomografie

FNA – fine needle aspiration (biopsie tenkou jehlou)

PET – pozitronová emisní tomografie

pTNM – patologické klasifikace tumor, nodus, metastáza

SLNB – sentinel lymph node biopsy (biopsie sentinelové uzliny)

SNB – sentinelová biopsie

TIS – tumor in situ

TNM – klasifikace tumor, nodus, metastáza

Tab. - tabulka

Obr. – obrázek

% - procento

Kol. - kolektiv

Tzv. - takzvaně

Seznam obrázků

- Obr. 1** Graf- věkové rozložení respondentek
- Obr. 2** Graf- vzdělání respondentek
- Obr. 3** Graf – bydlení respondentek
- Obr. 4** Graf – kouření
- Obr. 5** Graf - nádorové onemocnění v rodině
- Obr. 6** Graf - pravidelnost screeningového vyšetření
- Obr. 7** Graf – samovyšetření prsů
- Obr. 8** Graf – čerpání informací
- Obr. 9** Graf – pravidelnost mamografického vyšetření
- Obr. 10** Graf – užívání hormonální antikoncepce
- Obr. 11** Graf – věk začátku užívání hormonální antikoncepce
- Obr. 12** Graf – první návštěva mammologa
- Obr. 13** Graf – léčba prodělaného nádorového onemocnění
- Obr. 14** Graf – mamologická prevence v rodině
- Obr. 15** Graf – důvody návštěvy mamologie
- Obr. 16** Graf – věkové zastoupení respondentek
- Obr. 17** Graf – vzdělání respondentek
- Obr. 18** Graf – bydlení respondentek
- Obr. 19** Graf – kouření
- Obr. 20** Graf – nádorové onemocnění v rodině
- Obr. 21** Graf – sledování prevence
- Obr. 22** Graf- samovyšetření prsů
- Obr. 23** Graf – mamografické vyšetření
- Obr. 24** Graf – užívání hormonální antikoncepce

Obr. 25 Graf - věk začátku užívání hormonální antikoncepce

Obr. 26 Graf – onkologická léčba před zjištěním karcinomu prsu

Obr. 27 Graf – zjištění nádorového onemocnění

Obr. 28 Graf – Typy operace

Obr. 29 Graf – další operační výkony

Obr. 30 Graf – onkologická léčba před operací pro karcinom prsu

Soupis bibliografických citací

Monografie

1. ABRHÁMOVÁ, J. a kol. *Atlas nádorů prsu*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-771-0
2. ADAM, Z. a kol. *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0896-5.
3. BECKER, H. D. a kol. *Chirurgická onkologie*. 1.vyd. Praha : Grada, 2005. ISBN 80-247-0720-9.
4. COUFAL, O.;FAUT, V. a kol. *Chirurgická léčba karcinomu prsu*. 1.vyd.Praha :Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3641-
5. ČERNÝ, J. a kol. *Špeciálna chirurgia 3*. 2. vyd. Martin : Osveta, 1996. ISBN 80-88824-28-1.
6. ČERVINKA, V. *Význam subklasifikace postižení sentinelových uzlin u karcinomu prsu pro další chirurgickou léčbu. Disertační práce*. Univerzita Karlova v Praze Lékařská fakulta v Hradci Králové, 2008
7. DUDA, M. a kol. *Práce sestry na operačním sále*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-642-0.
8. DYLEVSKÝ, I.; TROJAN, S. *Somatologie 2*. 2. vyd. Praha : Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0063-6.
9. FERKO, A.; VOBOŘIL, Z. a kol. *Chirurgie v kostce*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0230-4.
10. FORETOVÁ, L. *Genetika nádorů prsu*. Onkologie. 2008, roč. 4, č.1, s. 44-48. ISSN 1802-4475.
11. JUŘEDNÍKOVÁ, P. a kol. *Ošetrovatelství – učební text pro SZŠ (chirurgie, pediatrie, gerontologie)*2. Část.1. vyd. Uherské Hradiště : Středisko služeb školám UH, 1999, ISBN – není uvedeno
12. KLENER, P. *Klinická onkologie*. 1. vyd. Praha : Galén, 2002. ISBN 80-7262-151-3.
- 13.LAWRENCE,W. *Way a kol. Současná chirurgická diagnostika a léčba*. Praha: Grada Publishing, 1998, ISBN 80-7169-397-9.
14. MOTLÍK, K.; ŽIVNÝ, J. *Patologie v ženském lékařství* . 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2001. ISBN 80-7169-460-6.

15. PETERA, J. FILIP, S. *Neurochirurgická léčba časných stádií karcinomu prsu*. 1. vydání Praha: Galén 2001. ISBN 80-7262-117-3.
16. PETRUŽELKA, L.; KONOPÁSEK, B. *Klinická onkologie*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0395-0.
17. SOBIN, L. H. a kol. *TNM, klasifikace zhoubných nádorů*. 6. vyd. Praha : Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005. ISBN 80-7280-391-3.
18. STRNAD, P.; DANEŠ, J. *Nemoci prsu pro gynekology*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2001. ISBN 80-7169-714-1.
19. VORLÍČEK, J. a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1716-6
20. VYHNÁLEK, L.; GUTWIRTHOVÁ, E.; VACHOUŠEK, J. *Mamografie při zvýšeném riziku rakoviny prsu*. 1. vydání Praha: Avicenum, 1985. ISBN 08-095-85.
21. ZEMAN, M. *Speciální chirurgie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0244-X.

Elektronické zdroje

22. DANEŠ, J. MAMOGRAFIE, DIAGNOSTIKA A SCREENING RAKOVINY PRSU [online]. [cit. 2013-03-03]. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2004-4/?pdf=135>
23. Mamografie[online]. [cit. 2012-10-01]. Dostupné z : <http://vysetreni.vitalion.cz/mamografie/>
24. OPLETAL, Petr. Mamografický screening [online]. [cit.2012-02-12]. Dostupné z: <http://www.mou.cz/mamograficky-screening/t2012#chapter=1>
25. Samovyšetření prsu [online]. [cit. 2012-01-12]. Dostupné z: <http://projekt35.cz/samovysetreni-prsu.php>
26. TESAŘOVÁ, Petra. Hormonální antikoncepce [online]. [cit. 2013-03-03]. Dostupné z: <http://www.toplekar.cz/archiv-clanku/hormonalni-antikoncepce-a-rakovina-jaka.html>
27. VOLTOVÁ, Vladimíra. Význam mamografie ve vyšetřování mléčné žlázy (absolventská práce) [online]. [cit.2013-01-13]. Dostupné z: <http://rtg.kvalitne.cz/prace/mamo.pdf>

28. Mamografie[online]. [cit. 2012-10-01]. Dostupné z <http://vysetreni.vitalion.cz/mamografie/>

Časopisy

29. ABRHÁMOVÁ J. Adjuvantní hormonální léčba časného karcinomu prsu. Onkologická péče. 2008, roč. XII, č. 2, s. 6 – 10. ISSN 1214-5602.

30. HEROKOVÁ, J. Chirurgická léčba karcinomu prsu. Onkologická péče. 2008, roč. XII, č. 2, s. 1 – 2. ISSN 1214-5602

Seznam příloh

Příloha A - Anatomie prsní žlázy.....	91
Příloha B - Graf incidence a mortality u nádorů prsu – vývoj čase.....	93
Příloha C - TNM staging pro karcinom prsu.....	96
Příloha D - Stadia karcinomu prsu dle WHO.....	98
Příloha E - Stupeň diferenciacie (grading) karcinomů prsu.....	99
Příloha F - Samovyšetřování	100
Příloha G- Dotazník – Soubor A, respondentky, které dochází do mamologické ambulance z důvodu prevence.....	102
Příloha H – Dotazník – Soubor B, respondentky, které jsou po operaci pro karcinom prsu.....	105

Příloha A - Anatomie prsní žlázy

Vývoj prsu

U muže i ženy se v embryonálním životě zakládá mléčná lišta, která vzniká od podpaží až k tříslům. Vytvářejí základy apokrinních žláz, ze kterých se nakonec vyvine mléčná žláza, jako párový orgán. Během dospívání se nejprve nad úrovní kůže zdvihá areola s bradavkou-infantilní mamma, následně prs nabývá pupencového tvaru – areolomamma a nakonec se vytvoří klenutý prs se zřetelnou bradavkou – mamma papilata. Prs dospělé ženy se vyskytuje v antropologických tvarových typech, které se v průběhu života vystřídají (těhotenství, involuce žlázy ve stáří).

Anatomie prsu

Vyvinutý prs sahá od druhého žebra až po šesté žebro, v horizontální rovině od okraje hrudní kosti do střední čáry podpaží. Pokud je velikost prsou větší, mohou přesahovat přes uvedené hranice. V hloubce pod prsem je uložen m. pectoralis major, m. pectoralis minor a mediální část m. serratus anterior a m. obliquus externus abdominis. Mezi hlavní tepny, které zásobují prs, jsou arterie thoracica lateralis a kožní větve arteria thoracica interna a arteriae intercostales posterior. Mízní

cévy vedou mízu z prsu do mízních uzlin uložených podél hrudní kosti a axilárních uzlin.

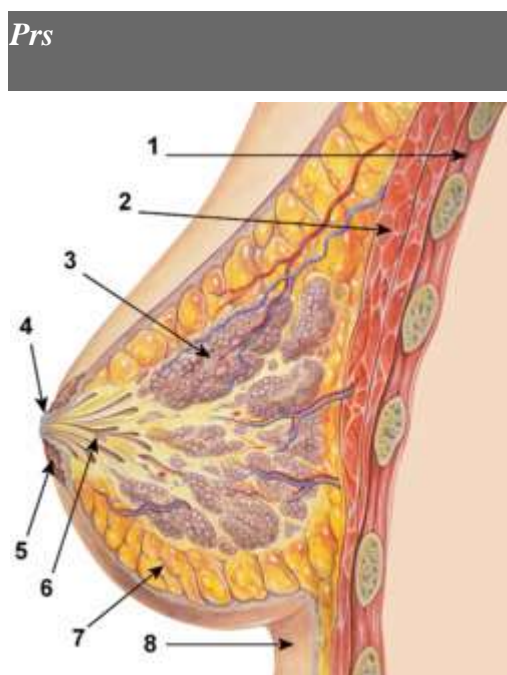
Na vrcholu prsu je prsní dvorec – areola mammae, tvořený jemnou obvykle tmavěji pigmentovanou kůží, kde jsou hrbolky drobných mazových žláz. V podkoží dvorce jsou snopečky kruhově uspořádané hladké svaloviny. Ve středu prsního dvorce vyčnívá prsní bradavka - mamilla, jejíž základ tvoří spirálně upravená svalovina, která svým stahem napřimuje bradavku a napomáhá vypuzení mléka z mlékovodů.

Areola a mamila reaguje na dotykové podráždění smrštěním dvorce a vyzdvižením bradavky.

Dále se větví v lalůčcích mléčné žlázy ze žlázových alveolů. Mlékovody vycházejí z lalůčku, které jsou spojeny vždy z jednoho laloku žlázy ve společný mlékovod. Mléko z acinů prochází rozšiřujícími vývody, až dosáhne nejšířší – ducti lactiferi, který v hloubce pod

dvorcem je vakovitě rozšířený a nazývá se sinus lactiferus. Kde se hromadí mléko během kojení.

Prsní žláza – Glandula mammae se skládá z 15-25 laloků (lobi mammae) neboli acinů (tato struktura mléčné žlázy je terminální duktolobulární jednotkou a je současně základní hormonálně senzitivní a laktující jednotku), která se dále větví v lalůčky mléčné žlázy ze žlázových alveolů. Každý lalok je samostatnou alveolární žlázou, která ústí na povrchu bradavky. Vzájemně jsou odděleny velkým množstvím tukové tkáně a pruhy pojivové tkáně tvořící ligamenta suspensoria. Ty probíhají v hluboce v kosterních svalech do škárové vrstvy kůže kryjící prs. Mléko z acinů prochází rozšiřujícími vývody, až dosáhne nejširší – ducti lactiferi, který v hloubce pod dvorcem je vakovitě rozšířený a nazývá se sinus lactiferus. Kde se hromadí mléko během kojení.

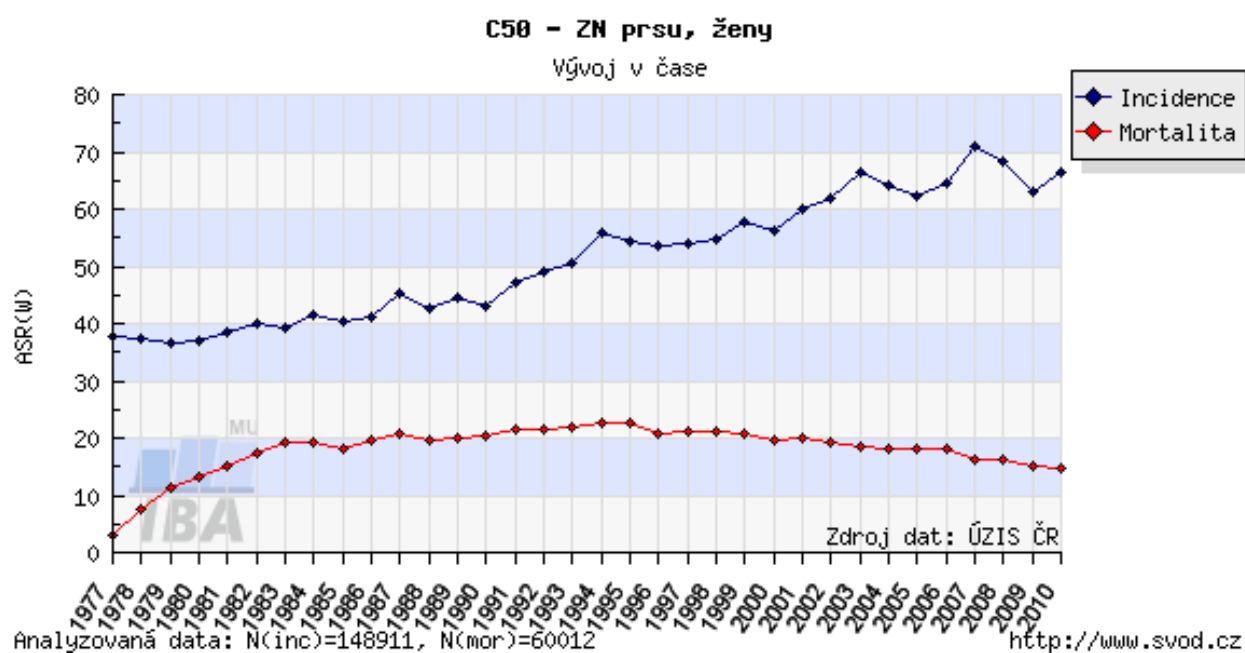


1. Mezižební svaly s žebry 2. [Pectorální svaly](#) 3. Lalůčky prsní žlázy 4. [Bradavka](#) 5. [Prsní dvorec](#) 6. [Ductus lactifer](#) - mlékovod 7. [Tuková tkáň](#) 8. [Kůže](#)

Obr. č. 31- Anatomie ženského prsu - (<http://www.esthe-plastika.cz/knihy/prsa-ocima-plastickeho-chirurga/vyvoj-a-anatomie-zenskeho-prsu.htm>, Motlík. K, patologie v ženském lékařství, Černý, J. speciální chirurgie)

Příloha B

Graf incidence a mortality u nádorů prsu – vývoj v čase



Obr. č. 32 - *Graf incidence a mortality u nádorů prsu – vývoj v čase*

Příloha C

TNM staging pro karcinom prsu

T	Primární tumor
TX	Primární tumor nemůže být zjištěn
T0	Bez primárního tumoru
Tis	Karcinom in situ
T1	Tumor velikosti ≤ 2 cm v největším rozměru
T1mic	Mikroinvaze $\leq 0,1$ cm v největším rozměru
T1a	Tumor velikosti $>0,1$ cm a $\leq 0,5$ cm v největším rozměru
T1b	Tumor velikosti $>0,5$ cm a ≤ 1 cm v největším rozměrech
T1c	Tumor velikosti >1 cm a ≤ 2 cm v největším rozměru
T2	Tumor velikosti >2 cm a ≤ 5 cm v největším rozměru
T3	Tumor velikosti >5 cm v největším rozměru
T4	Tumor jakékoliv velikosti s invazí do hrudní stěny nebo do kůže
T4a	Invaze do hrudní stěny
T4b	Edem (včetně peau d'orange) nebo ulcerace kůže prsu, nebo satelitní noduly
T4c	T4a a současně T4b
T4d	Inflamatorní karcinom
NX	Regionální lymfatické uzliny nemohou být zhodnoceny
N0	Bez postižení regionálních lymfatických uzlin
N1	Metastázy v nefixovaných ipsilaterálních axilárních lymfatických uzlinách
N2	Metastázy ve fixovaných ipsilaterálních axilárních lymfatických uzlinách či v paketech uzlin, nebo klinicky pozitivní metastázy ve stejnostranných uzlinách podél a. mammaria interna bez klinicky jasného postižení axilárních uzlin
N2a	Metastázy ve fixovaných ipsilaterálních axilárních lymfatických uzlinách či v paketech uzlin

N2b	Klinicky pozitivní metastázy ve stejnostranných lymfatických uzlinách podél a. mammaria interna bez klinicky jasného postižení axilárních uzlin
N3	Metastázy v ipsilaterálních infraklavikulárních mízních uzlinách, nebo klinicky pozitivní metastázy v ipsilaterálních uzlinách podél a. mammaria interna a klinicky pozitivní metastázy v axilárních lymfatických uzlinách, nebo metastázy v ipsilaterálních supraklavikulárních lymfatických uzlinách s nebo bez postižení axilárních lymfatických uzlin nebo lymfatických uzlin v povodí a. mammaria interna
N3a	Metastázy v ipsilaterálních infraklavikulárních lymfatických uzlinách a v axilárních lymfatických uzlinách
N3b	Metastázy v ipsilaterálních lymfatických uzlinách podél a. mammaria interna a v axilárních lymfatických uzlinách
N3c	Metastázy v ipsilaterálních supraklavikulárních lymfatických uzlinách
pNX	Regionální uzliny nemohou být zhodnoceny
pN0	Bez postižení regionálních lymfatických uzlin
pN0(i-)	Bez postižení regionálních lymfatických uzlin, negativní histologicky i imunohistochemicky
pN0(i+)	Izolované tumorózní buňky identifikované histologicky či imunohistochemicky, velikosti pod 0,2 mm
pN0(mol-)	Bez postižení regionálních uzlin pomocí histologického vyšetření, negativní molekulární nález RT-PCR
pN0(mol+)	Bez postižení regionálních uzlin, pozitivní molekulární nález RT-PCR
pN1	Metastázy v 1-3 lymfatických uzlinách a/nebo metastázy v lymfatických uzlinách podél a. mammaria interna mikroskopicky detekované, ale nikoliv klinicky pozitivní
pN1mi	Mikrometastázy (>0,2 mm)
pN1a	Metastázy v 1-3 lymfatických uzlinách
pN1b	Metastázy v uzlinách podél a. mammaria interna detekované mikroskopicky, ale nikoliv klinicky pozitivní
pN1c	Metastázy v 1-3 lymfatických uzlinách a metastázy v lymfatických uzlinách podél a. mammaria interna mikroskopicky detekované, ale nikoliv klinicky pozitivní

pN2	Metastázy ve 4-9 axilárních lymfatických uzlinách nebo v klinicky pozitivních uzlinách podél a. mammaria interna bez postižení axilárních uzlin
pN3	Metastázy v 10 či více axilárních lymfatických uzlinách nebo infraklavikulárních lymfatických uzlinách, nebo klinicky pozitivní ipsilaterální uzliny podél a. mammaria interna za přítomnosti jedné nebo více pozitivních axilárních uzlin, nebo více než 3 pozitivní axilární lymfatické uzliny s klinicky negativními, ale mikroskopicky detekovanými metastázami v uzlinách podél a. mammaria interna, nebo v ipsilaterálních supraclaviculárních mízních uzlinách
pN3a	Metastázy v 10 či více axilárních lymfatických uzlinách (alespoň jedno nádorové ložisko >2.0 mm) nebo metastázy v infraklavikulárních lymfatických uzlinách
pN3b	Klinicky pozitivní ipsilaterální uzliny podél a. mammaria interna za přítomnosti jedné nebo více pozitivních axilárních uzlin; nebo více než 3 pozitivní axilární lymfatické uzliny s klinicky negativními, ale mikroskopicky pozitivními metastázami v uzlinách podél a. mammaria interna
pN3c	Metastázy v ipsilaterálních supraclaviculárních lymfatických uzlinách
MX	Vzdálené metastázy nemohou být zhodnoceny
MO	Bez známek vzdálených metastáz
M1	Je přítomna jedna či více vzdálených metastáz

Tab. 1 - TNM staging pro karcinom prsu - KLASIFIKACE KARCINOMU PRSU DLE AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER (AJCC) 2002

Příloha D

Stadia karcinomu prsu dle WHO

Stadium 0	Tis	N0	M0
Stadium I	T1	N0	M0
Stadium IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Stadium II B	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Stadium IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1,N2	M0
Stadium IIIB	T4	N0,N1,N2	M0
Stadium IIIC	jakékoliv T	N3	M0
Stadium IV	jakékoliv T	jakékoliv N	M1

Tab. 2 - Stadia karcinomu prsu dle WHO, (ČERNÝ, 1996)

Příloha E

Stupeň diferenciacie (grading) karcinomů prsu

dobře diferencovaný karcinom	grade 1
středně diferencovaný karcinom	grade 2
špatně diferencovaný karcinom	grade 3
nediferencovaný karcinom	grade 4

Tab. 3 - Stupeň diferenciacie (grading) karcinomů prsu, (ČERNÝ, 1996)

Příloha F - Samovyšetřování

Samovyšetřování prsů by měla být součástí péče o zdraví ženy. Měly by jí provádět všechny ženy a dívky, od doby, kdy jim byla zahájena menstruace, v době kdy se prsní žláza dobře prohmatává.

Pokud dívka ještě nemenstruuje, může samovyšetření provádět jakýkoliv den v měsíci.

1. Krok - před zrcadlem

Žena se vysvlékne do půl těla, nechte paže volně podél těla a pečlivě sledujte pohledem tvar a velikost prsů. Všímejte si pokožky prsů, zda se neobjevují vtažená místa nebo naopak vyklenutí, zarudnutí nebo zvětšená cévní kresba.

Zvedněte obě ruce nad hlavu a prohlédněte si prsa z různých úhlů. Prohlédněte si prsní dvorce a bradavky a všímáme si, zda nejsou vpáčené, nekrvácejí nebo zda z nich nevytéká tekutina.

2. Krok – v leže na lůžku

Lehněte si na záda, hlavu si položte na polštář. Levé rameno podložíme stočeným ručníkem a levou ruku si dáme pod hlavu. Pravou rukou prohmatáváme prs tak, že máte prsty natažené těsně u sebe a používáte celé plochy prstů, ne pouze bříška prstů. Prs pomyslně rozdělíme na čtyři části. Začneme prohmatávat v horní části, u hrudní kosti. Jemně, ale pevně zmáčknete a malým krouživými pohyby prohmatejte celou „čtvrtku“ prsu. Všímejte si jakékoliv zatvrdliny a neobvyklých tvarů a prohmatáváme prs až k bradavce. Všímejte si při prohmatávání dvorce a bradavky, zda se neobjevuje výtok nebo krvácení.

Stejným způsobem prohmatejte i dolní vnitřní „čtvrtku“ prsu a opět začnete od hrudní kosti směrem k bradavce.

Po pohmatání vnitřní poloviny prsu si položte ruku podél těla a stejným způsobem prohmatejte dolní a poslední a horní „čtvrtku“ prsu.

Na závěr prohmatejte celou plochu plochou prstu podpažní jamku. I v ní můžete nahmatat bulku, uzlík nebo nález plošné zarudnutí.

Stejným způsobem prohmatejte i pravý prs.

3. Krok – na lůžku v sedě

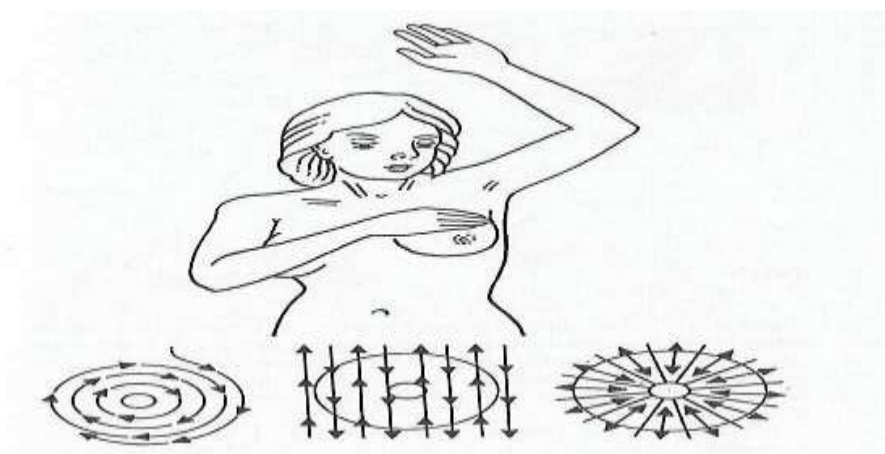
Posadí se na lůžko, při vyšetření levého prsu si dejte levou ruku v bok a stejným způsobem je prohmatejte všechny čtyři „čtvrtky“ prsů, začněte v horní vnitřní části.

Pohmatem vyšetřete prsní dvorce a bradavku. Stejným způsobem vyšetřete i pravý prs.

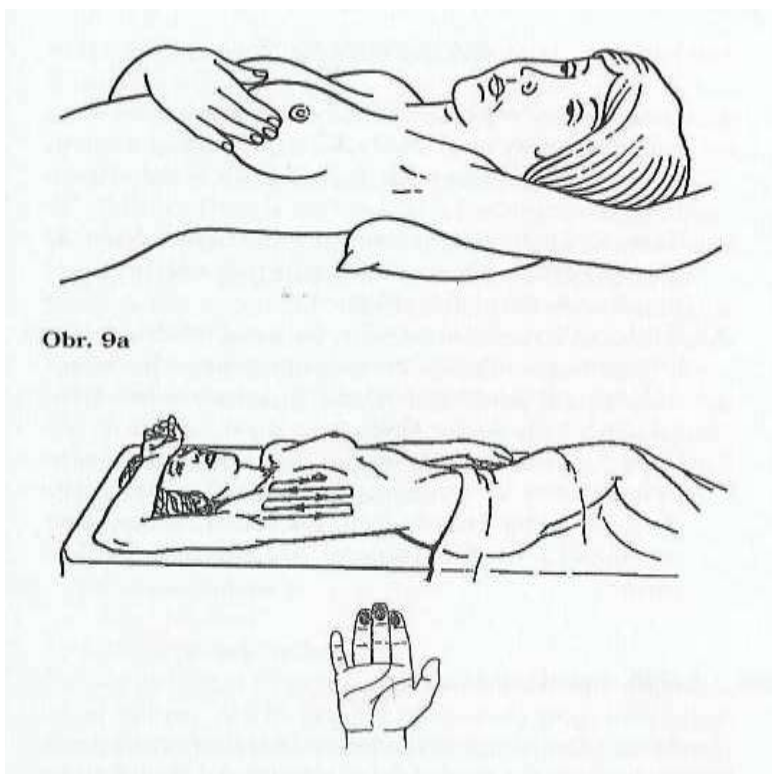
4. Krok – zjištění a závěr

V případě, že nezjistíte žádné změny v prsu a jeho okolí, opakujte samovyšetření opět za měsíc.

Pokud si nahmatáte jakoukoliv „bulku, zatvrdlinku“ v prsu, nebo objevíte zčervenání pokožky, vtažení bradavky či výtok z ní, navštivte mammologickou poradnu.



Obr. 33 samovyšetřování prsu ve stoje (www.projekt35.cz/samovysetreni-prsu.php)



Obr. 34 samovyšetřování prsu vleže (www.projekt35.cz/samovysetreni-prsu.php)

Příloha G

Dotazník – Soubor A, respondentky, které dochází do mamologické ambulance z důvodu prevence.

Dobrý den, jmenuji se Šárka Zimová. Pracuji v Pardubické krajské nemocnici na chirurgii a jsem studentka vysoké školy v Pardubicích, fakulty zdravotnických studií kombinované formy. Provádím výzkum do bakalářské práce na téma: Prevence nádorového onemocnění prsu. Chtěla bych Vás požádat o pravdivé vyplnění následujících otázek. Tento dotazník je anonymní a údaje z něho získané nebudou použity jinde než v této bakalářské práci.

Děkuji Šárka Zimová

1) Kolik Vám je let?

- a) 18-25 let
- b) 26-35 let
- c) 36-45 let

2) Kde žijete?

- a) Velké město (Pardubice)
- b) Malé město (Přelouč)
- c) Vesnice

3) Kouříte?

- a) Ano
- b) Ne

4) Měl někdo ve Vaší rodině jakékoliv nádorové onemocnění prsu (zhoubné i nezhooubné)??

- a) Ano
- b) Ne

c) Nevím

5) Byla jste pro toto onemocnění více sledovaná?

a) Ano

b) Ne

6) Provádíte si samovyšetření prsu?

a) Ano

b) Ne

7) Kde jste se informovala, jak správně provádět samovyšetření prsu?

a) u svého lékaře (mamologa, obvodního lékaře)

b) odborné časopisy, letáčky

c) internet

8) Chodíte pravidelně na mamografické (RTG) vyšetření?

a) Ano

b) Ne

9) Užívala jste někdy ve svém životě hormonální antikoncepci? Pokud ano, pokračujte
ot. č. 10

a) Ano

b) N

10) Od kolika let a jak dlouho jste užívala antikoncepci?

.....

11) V kolika letech, jste poprvé navštívila mamologa?

a) po 25 roce života

b) po 35roce života

c) v 45roce života

12) Léčíte se nebo jste už prodělala nějakou léčbu nádorového onemocnění (jiného orgánu)?

a) Ano

b) Ne

13) Je Vaše dcera či matka sledovaná pro toto onemocnění?

a) Ano

b) Ne

14) Z jakého důvodu jste navštívila mammologa?

a) Náhodný nález při samovyšetřování prsu

b) Při prevenci

Příloha H

Dotazník - Soubor B respondentky, které jsou po operaci pro karcinom prsu

Dobrý den, jmenuji se Šárka Zimová. Pracuji v Pardubické krajské nemocnici na chirurgii a jsem studentka vysoké školy v Pardubicích, fakulty zdravotnických studií kombinované formy. Provádím výzkum do bakalářské práce na téma: Prevence nádorového onemocnění prsu. Chtěla bych Vás požádat o pravdivé vyplnění následujících otázek. Tento dotazník je anonymní a údaje z něho získané nebudou použity jinde než v této bakalářské práci.

Děkuji Šárka Zimová

4) Kolik Vám je let?

d) 18-25 let

e) 26-35 let

f) 36-45 let

5) Jaké máte vzdělání?

a) Základní

b) Úplné střední vzdělání s maturitou (bez vyučení)

c) Úplné střední odborné vzdělání s vyučením i maturitou

d) Vysokoškolské vzdělání

6) Kde žijete?

d) Velké město (Pardubice)

e) Malé město (Přelouč)

f) Vesnice

7) Kouříte?

c) Ano

d) Ne

5) Měl někdo ve Vaší rodině jakékoliv nádorové onemocnění prsu (zhoubné i nezhoubné)?? Pokud odpovíte ano, pokračujte ot. č. 6

a) Ano

b) Ne

c) Nevím

6) Byla jste pro toto onemocnění více sledovaná? (mamologem, obvodním lékařem)

a) Ano

b) Ne

7) Prováděla jste si samovyšetření prsu?

a) ano

b) ne

8) Chodila jste pravidelně na mamografické (RTG) vyšetření?

a) Ano

b) Ne

9) Užívala jste někdy ve svém životě hormonální antikoncepci? Pokud ano, pokračujte ot. č. 10

a) Ano

b) Ne

10) od kolika let a jak dlouho jste užívala hormonální antikoncepci?

.....

11) Léčila jste se nebo jste už prodělala nějakou léčbu nádorového onemocnění (jiného orgánu)?

a) Ano

b) Ne

12) Jaký způsobem bylo nádorové onemocnění u Vás objeveno?

a) Náhodně, při prevenci

b) Nahmatala jsem si sama

13) Byla Vám při operaci provedena parciální mastektomie (částečné odebrání prsu) nebo totální mastektomie (úplné odebrání prsu)

a) parciální mastektomie (částečné odebrání prsu)

b) totální mastektomie (úplné odebrání prsu)

14) Byla Vám během operace (nebo v další operační období) ještě provedena další zákrok?

a) disekce axily

b) odstraněna sentinelové uzlina

15) Prodělala jste ještě před operací onkologickou léčbu (radioterapii-ozařování)?

a) ano

b) ne

Seznam Obrázků

Obr. 31 Anatomie ženského prsu, dostupný z: <http://www.esthe-plastika.cz/knihy/prsa-ocima-plastickeho-chirurga/vyvoj-a-anatomie-zenskeho-prsu>.

Obr. 32 *Graf* - incidence a mortality u nádorů prsu – vývoj v čase

Dostupný z : <http://www.svod.cz/analyse.php?modul=incmor#>

Obr. 33 - samovyšetřování prsu ve stoje (<http://projekt35.cz/samovysetreni-prsu.php>)

Obr. 34 – samovyšetřování prsu vleže (<http://projekt35.cz/samovysetreni-prsu.php>)

Sezam tabulek

Tab. 1 TNM staging pro karcinom prsu (Klasifikace karcinomu prsu dle American Joint Committee on Cancer (AJCC) 2002)

Tab. 2 Stadia karcinomu prsu dle WHO (ČERNÝ, 1996)

Tab. 3 Stupeň diferenciacie (grading) karcinomů prsu (ČERNÝ, 1996)