

Jerzy Jankau<sup>1</sup>,  
Magdalena Trus-Urbańska<sup>2</sup>,  
Alicja Renkielska<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika Chirurgii Plastycznej  
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

<sup>2</sup>Trener/Konsultant ds. psychologii społecznej

## Zmiana jakości życia po zabiegu rekonstrukcji piersi

### Change in the quality of life following breast reconstruction

#### STRESZCZENIE

Mimo że liczba kobiet w Polsce zainteresowanych rekonstrukcją piersi po amputacji stale wzrasta, nadal pozostaje niska. Coraz częściej zaleca się leczenie oszczędzające pierś, więc mniej pacjentek poddaje się mastektomii, jednak okaleczający zabieg amputacji nadal w wielu przypadkach jest konieczny. Znaczna część pacjentek w krótszym lub dłuższym odstępie czasu zwróci się z pytaniem o możliwość rekonstrukcji piersi. Wiele z nich od samego początku oczekuje rekonstrukcji utraconej piersi po zakończonym leczeniu onkologicznym. W tej sytuacji rodzi się pytanie, czemu zabieg ten jest rzadko przeprowadzany, skoro dostępne badania pokazują istotną poprawę jakości życia po zabiegu odtworzenia piersi. Badania jakości życia udowadniają, że kobiety z odtworzoną pierśią są bardziej aktywne zawodowo i społecznie, zainteresowane otaczającym je światem oraz chętniej nawiązujące kontakty z ludźmi. Efekty te nie są wynikiem jednej metody rekonstrukcyjnej — uzyskana poprawa jakości życia we wszystkich aspektach jest taka sama dla wszystkich metod. W procesie leczenia chorej z rakiem piersi lekarz rodzinny/pierwszego kontaktu ma do spełnienia bardzo ważną rolę. Powinien informować, przekonywać i kierować pacjentkę do ośrodków chirurgii plastycznej zajmujących się zabiegami rekonstrukcji piersi. W pracy autorzy przedstawiają wpływ odtworzenia piersi na poprawę jakości życia pacjentek.

Forum Medycyny Rodzinnej 2011, tom 5, nr 5, 414–419

słowa kluczowe: rekonstrukcja piersi, jakość życia, komfort

#### ABSTRACT

The number of women in Poland who are interested in breast reconstruction is constantly growing. Although breast conservation therapy is increasingly more often recommended and the number of women who need mastectomy has decreased, the crippling amputation procedure is still necessary in a number of cases. A significant number of these women will sooner or later ask about breast reconstruction options. Many of them from the very beginning expect breast reconstruction directly after completing the on-

Adres do korespondencji:  
dr n. med. Jerzy Jankau  
Klinika Chirurgii Plastycznej GUMed  
ul. Dębinki 7, 80–211 Gdańsk  
tel.: (58) 349–24–55  
e-mail: jjankau@gumed.edu.pl

cology treatment. Thus a question arises: why is the procedure so rarely performed if the available studies show significant improvement of the quality of life after the procedure? Quality of life surveys show that women with a reconstructed breast are more active in terms of professional and social life, they are more interested in the world around them and more willing to interact with other people. These effects are not only due to one method — the obtained improvement in the quality of life in all aspects is the same for all methods. The management of a breast cancer patient should require the family physician to play a very important role. It consists in informing, convincing and referring patients to plastic surgery institutions which offer breast reconstruction. In this paper the authors present the effect of breast reconstruction on improvement in patients' quality of life.

Forum Medycyny Rodzinnej 2011, vol 5, no 5, 414–419

**key words:** breast reconstruction, quality of life, comfort

## WSTĘP

Pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (*health related quality of life*) jest definiowane, jako „funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany (przeżywany) przez pacjenta [1]”. Pojęcie to pozostaje w ścisłej zależności ze sformułowaną przez Światową Organizację Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) definicją zdrowia, która brzmi: „Zdrowie jest pełnią fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu człowieka, a nie tylko brakiem choroby lub kalectwa” [2].

Definicja ta jest ważna, postępową i budzi wiele kontrowersji, ponieważ nie poprzedza na samym ujęciu zdrowia jako braku choroby, ale akcentuje, że zdrowie ma w sobie aktywny aspekt, którym jest dobrostan. Oznacza to, że w kwestiach zdrowia powinno się koncentrować się zwłaszcza na jego wzmacnianiu, a nie jedynie skupiać się na chorobach i próbach ich zwalczania.

Prościej można określić zdrowie jako ocenę własnego położenia życiowego dokonaną w okresie choroby oraz leczenia i uwzględniającą szczególną ich rolę. Obejmuje ona cztery obszary: stan fizyczny (w tym sprawność ruchową), stan psychiczny (elementy negatywne i pozytywne), doznania somatyczne i sytuację społeczną [3].

Natomiast pojęcie jakości życia odwołuje się do stopnia, w jakim ludzie „cieszą się życiem”, wyrażają „radość i satysfakcję z życia”. Stan ten może być modyfikowany przez sytuację choroby, stosowane leczenie oraz proces zdrowienia [4, 5].

Szczególne zainteresowanie problematyką jakości życia, jakie pojawiło się w medycynie w latach siedemdziesiątych XX wieku, wiązało się z potrzebą określenia zdrowotnych i pozazdrowotnych konsekwencji chorób przewlekłych oraz oceny medycznych i innych aniżeli medyczne efektów interwencji lekarskich. Zainteresowanie to było skutkiem nowego podejścia w medycynie, polegającego na ocenie wyników leczenia nie tylko poprzez tradycyjnie stosowany pomiar lat przeżycia, ale także z perspektywy subiektywnej oceny życia (które zostało przedłużone interwencją terapeutyczną) dokonanej przez pacjenta. Wyniki badań nad jakością życia stały się także użytecznym narzędziem w analizach porównawczych oceniających skuteczność różnych metod postępowania medycznego.

Aktualnie badania i pomiar jakości życia koncentrują się na dwóch orientacjach. Pierwsza z nich opiera się na stosowaniu różnego rodzaju skal psychometrycznych, mie-



**Definicja akcentuje, że zdrowie ma w sobie aktywny aspekt, którym jest dobrostan**



**Rycina 1.** 45-letnia pacjentka po rekonstrukcji piersi obustronnej, w dwóch etapach. Pierwszy zabieg — jednoczasowa amputacja i rekonstrukcja piersi prawej za pomocą tkanek własnych, drugi zabieg jednoczasowa amputacja i rekonstrukcja piersi lewej za pomocą implantu silikonowego i płata z mięśnia najszerzego grzbietu. W 12 miesięcy po ostatnim zabiegu kobieta zdecydowała się na wykonanie skoku ze spadochronem. Przebyte zabiegi nie przeszkodziły w korzystaniu z życia (pacjentka zezwoliła na pokazanie twarzy)



**Ocena jakości życia jako efektu leczenia jest pojęciem dynamicznym i może się zmieniać w czasie, w zależności od sposobu postrzegania choroby, zastosowanego leczenia, aktualnych oczekiwań i preferencji chorego, a także wraz upływem czasu**

rzających zdolność do wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego, poziom funkcjonowania psychicznego (emocjonalnego) i przystosowania społecznego pacjenta, określanego liczbą i jakością relacji społecznych w różnych sytuacjach życiowych. Druga orientacja, o metodologii bardziej zbliżonej do badań jakościowych, odwołuje się do indywidualnych doświadczeń i ocen chorego, zrelatywizowanych do konkretnych sytuacji jego/jej choroby i określonego sposobu leczenia [6].

Ocena jakości życia jako efektu leczenia jest pojęciem dynamicznym i może się zmieniać w czasie, w zależności od sposobu postrzegania choroby, zastosowanego leczenia, aktualnych oczekiwań i preferencji chorego, a także wraz upływem czasu. Kwestie te powinny być brane pod uwagę przy porównywaniu wyników różnych badań. Znaczenie badań nad jakością życia polega na możliwości uwzględnienia w procesie terapeutycznym perspektywy własnej psychospołecznej sytuacji życiowej pacjenta, która może odbiegać od klinicznej perspektywy lekarza.

Jest to ważne jako źródło dodatkowych informacji, szczególnie przy podejmowaniu decyzji dotyczących wyboru pomiędzy różnymi metodami leczenia [6].

Decyzja o poddaniu się zabiegowi rekonstrukcji piersi jest trudna. Z jej podjęciem wiążą się czynniki społeczne, kliniczne i indywidualne. Należy podkreślić ważną rolę lekarza (rodzinnego/pierwszego kontaktu, chirurga) we wspieraniu pacjentki [7]. Musi on wykazać się wiedzą i brakiem stronniczości w rozmowie z pacjentką o możliwościach, metodach i korzyściach wpływających z poddania się zabiegowi rekonstrukcji piersi.

Z dostępnej literatury wiadomo, że jakość życia kobiety, która zdecydowała się na zabieg rekonstrukcji piersi, w znacznym stopniu się poprawia [8, 9].

Komfort psychiczny wiąże się z dobrostanem, w którym poczucie zadowolenia wynika z zaspokojonych potrzeb [4–6]. Poczucie komfortu fizycznego jest jednoznaczne z wygodą oraz swobodą, która jest niemożliwa do uzyskania przy stosowaniu zewnętrznych protez piersi. Poczucie wygody i swobody ma również aspekt społeczny w tym sensie, że wpływa na jakość kontaktów interpersonalnych. Konieczność stałej kontroli umiejscowienia zewnętrznej protezy w znacznym stopniu ogranicza takie kontakty. Nie bez wpływu jest także poczucie wstydu związane z wyglądem fizycznym oraz z subiektywną niską oceną własnego wizerunku (również poprzez porównywanie się z innymi kobietami). Ma to niewątpliwie związek z wyglądem zewnętrznym postrzeganym przez pacjentki jako istotny element ich kobiecości. Czynniki te bezsprzecznie wpływają na poczucie pewności siebie, której ekspresja wyrażać może się w sferze wyglądu, a także w kontaktach intymnych i interpersonalnych [10].

W ostatnich dziesięcioleciach zaproponowano i opisano wiele metod rekonstrukcji piersi, takich jak: zastosowanie ekspanderów tkankowych, wykorzystanie tkanek

własnych czy łączenie metod wykorzystujących implanty silikonowe z tkankami własnymi pacjentki [11]. Czy dla pacjentki w aspekcie jakości życia ma znaczenie, którą z wymienionych metod wykorzysta się do odtworzenia piersi? Czy bardziej skomplikowane metody wykorzystujące zespolenia mikrochirurgiczne automatycznie przyniosą lepsze efekty i większe zadowolenie pacjentki?

W pracy autorzy przedstawiają wpływ zabiegu odtworzenia piersi na zmianę jakości życia pacjentki i konieczność włączenia w ten proces jako ważnego ogniwa lekarzy rodzinnych/pierwszego kontaktu.

W badaniu Brandberg i wsp. badane pacjentki wskazywały na zadowolenie z efektu przeprowadzonego zabiegu bez związku z zastosowaną metodą [11]. W tej pracy kryterium, które zmieniało spojrzenie badanych pacjentek na jakość życia, był problem wyglądu obu piersi. W metodach z wykorzystaniem tkanek własnych są one zbliżone wyglądem do siebie, przy zastosowaniu implantów znacznie różnią się, co może negatywnie wpływać na wystawianą ocenę. Również Gui, badając pacjentki, u których wykonano rekonstrukcje piersi wymienionymi metodami, nie widzi różnicy w jakości życia pacjentek w zależności od zastosowanej metody [12].

Z badania Tonseth wynika, że dzięki zastosowaniu zaawansowanych technik mikrochirurgicznych pacjentki są bardziej zadowolone z uzyskanego efektu estetycznego w porównaniu z efektem zastosowania implantów. Nie wpływa to jednak w sposób istotny na poprawę jakości ich życia [13].

Goldberg i wsp. w swoim badaniu porównawczym kobiet tylko po mastektomii oraz pacjentek po mastektomii i rekonstrukcji piersi wykazali, że główne zmiany zachodzą w obszarze samoakceptacji pozwalającej na swobodne funkcjonowanie w życiu codziennym [14].

Czynnikiem w znaczący sposób wpływającym na poprawę jakości życia jest czas

wykonania rekonstrukcji piersi. Pacjentki, u których wykonano zabieg jednoczesowej amputacji i rekonstrukcji, w porównaniu z tymi, u których ten zabieg wykonany był w terminie odległym, podają znaczną poprawę jakości życia [15–17]. W znacznej mierze na oceny wpłynął brak okresu oczekiwania na zabieg, w którym to okresie kobiety zmuszone były do korzystania z protez zewnętrznych oraz zmagania się z znaczącymi i widocznymi defektami ciała. Wyniki badania Roth, wskazując na zalety zabiegu w trybie jednoczesowej amputacji i rekonstrukcji, dowiodły, że czynnikiem wpływającym na istotny brak poprawy jakości życia w przypadku zabiegów odroczonej jest psychiczne nieprzygotowanie pacjentek na zderzenie ze skutkami choroby oraz braku informacji o sposobach jej leczenia [18]. Wyniki tego badania pokazały również ważną rolę lekarzy pierwszego kontaktu oraz psychologów w przygotowaniu pacjentek do długiego procesu leczenia.

Ważnym problemem, często pomijanym w aspekcie odtwarzania piersi i jakości życia, jest kwestia nieinformowania o możliwościach i zaletach odtworzenia piersi kobiet w wieku powyżej 60. roku życia po amputacji piersi. Giroto i wsp. po przebadaniu grupy kobiet po zabiegu odtworzenia piersi w wieku 65–77 lat, wskazała na znaczną poprawę psychiki badanych w porównaniu z rówieśniczkami, które nie zdecydowały się na zabieg rekonstrukcji piersi [19].

W piśmiennictwie polskim dostępna jest tylko jedna publikacja oceniająca jakość życia po rekonstrukcji piersi [20]. Badanie to oparte było na autorskiej ankiecie stworzonej w ośrodku bydgoskim, jednak grupa badanych pacjentek pochodziła z ośrodka gdańskiego i obejmowała tylko 20 pacjentek. Pytania w ankiecie dotyczyły, poza danymi demograficznymi, oceny funkcjonowania pacjentek w życiu codziennym oraz satysfakcji z wykonanej operacji rekonstrukcji piersi.



**Przebadane kobiety, wskazując na najważniejsze zmiany zachodzące w ich życiu po rekonstrukcji piersi, wyróżniły szczególnie powrót do równowagi psychicznej będący wynikiem poradzenia sobie z trudną sytuacją oraz pewność siebie wynikającą z lepszego komfortu życia**

Zabieg rekonstrukcji piersi, jak wynika z danych zebranych w ankiecie badania prowadzonego w Klinice Chirurgii Plastycznej GUMed, pomaga pacjentkom powrócić do równowagi psychicznej, którą utraciły w wyniku choroby oraz zabiegu amputacji piersi. Subiektywna ocena samopoczucia oraz stanu psychicznego pacjentek po zabiegu rekonstrukcji nie odbiega istotnie od tych z okresu przed chorobą. Dotyczy to zarówno grupy pacjentek, u których zastosowano implant, jak i tej, której zaproponowano metodę z wykorzystaniem tkanek własnych, Najistotniejszym czynnikiem mającym znaczący wpływ na poprawę jakości życia w sferze nie tylko psychicznej, ale także społecznej i fizycznej, jest poczucie komfortu w aspekcie psychicznym oraz fizycznym.

Przebadane kobiety, wskazując na najważniejsze zmiany zachodzące w ich życiu po rekonstrukcji piersi, wyróżniły szczególnie powrót do równowagi psychicznej będący wynikiem poradzenia sobie z trudną sytuacją oraz pewność siebie wynikającą z lepszego komfortu życia. Mimo że przy konstruowaniu ankiety autora nie interesowały stosowane przez pacjentki psychologiczne strategie radzenia sobie z trudną sytuacją, uznać jed-

nak można, że wsparcie społeczne było ważnym elementem wpływającym na ogólny dobrostan oraz powrót do równowagi psychicznej. Badane wskazywały w nie tylko na swoje najbliższe otoczenie, ale także na organizacje społeczne. Niestety tylko w pojedynczych przypadkach lekarz wskazywany był jako osoba wspierająca. Na pytanie wprost o **argumenty przemawiające za podjęciem decyzji o rekonstrukcji piersi** pacjentki odpowiadały, podkreślając **dwa aspekty: psychiczny i fizyczny**. Wyniki innych badań także dowiodły motywacji odzyskania przez kobiety komfortu w trzech sferach: psychicznej, fizycznej i społecznej [21, 22].

#### WNIOSKI

1. Wszystkie metody rekonstrukcji piersi korzystnie zmieniają jakość życia.
2. Wiek pacjentek nie powinien stanowić przeciwwskazania do zabiegu odtworczego piersi.
3. Lekarz rodzinny/pierwszego kontaktu powinien informować, przekonywać i kierować zainteresowane pacjentki do specjalistów chirurgii plastycznej/rekonstrukcyjnej zajmujących się zabiegami odtwarzania piersi.

#### PIŚMIENNICTWO:

1. Bujok G., Tombarkiewicz M. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia jako nowy problem kliniczny. *Wiadomości Lekarskie* 2005; 58, 1–2: 67–70.
2. [www.who.int/en/](http://www.who.int/en/)
3. de Walden-Gałuszko K. Ocena jakości życia uwarunkowana stanem zdrowia. W: Meyza J. (red.). *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Wyd. Centrum Onkologii Warszawa 1997: 77–82.
4. de Walden-Gałuszko K. Ocena jakości życia w onkologii. *Nowotwory. Suplement II*, 1994; 44: 92–97.
5. Majkowicz M., de Walden-Gałuszko K., Trojanowski L. Rola oceny funkcjonowania społecznego, psychicznego i sfery duchowej w globalnej ocenie jakości życia (w świetle badań kwestionariuszem QLQ-C30 i PIL — propozycje modyfikacji kwestionariusza. *Psychoonkologia* 1997; 1: 78–85.
6. Tobiasz-Adamczyk B. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia. W: Ostrowska A. (red.). *Socjologia Medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*. IFiSPAN, Warszawa 2009: 137–145.
7. Heath-Stacey D., Spring M.A., Breslin T.M. i wsp. Exploring the effect of referring general surgeons' attitudes on breast reconstruction utilization. *Wisconsin Medical Journal* 2008; 6: 292–297.
8. Potter S., Thomson H.J., Greenwood R.J. i wsp. Health-related quality of life assessment after breast reconstruction. *Br. J. Surg.* 2009; 96: 613–620.
9. Dian D., Schwenn K., Mylonas I. i wsp. Quality of life among breast cancer patients undergoing autologous breast reconstruction versus breast



- conserving therapy. *J. Cancer Res. Clin. Oncol.* 2007; 133: 247–252.
10. Hart S., Meyerowitz B.E., Apolone G. i wsp. Quality of life among mastectomy patients using external breast prostheses. *Tumori.* 1997; 83: 581–586.
  11. Brandberg Y., Malm M., Blomquist L. A prospective and randomized study, SVEA, comparing effects of three methods for delayed breast reconstruction on quality of life, patient-defined problem areas of life, and cosmetic results. *Plastic. Reconstr. Surg.* 2000; 1: 66–74.
  12. Gui G.P.H., Kadayaprath G., Tan S.M. i wsp. Long-term quality-of-life assessment following one-stage immediate breast reconstruction using biodimensional expander implants: The patient's perspective. *Plast. Reconstr. Surg.* 2008; 1: 17–24.
  13. Tonseth K.A., Hokland B.M., Tindholdt T.T. i wsp. Quality of life, patient satisfaction and cosmetic outcome after breast reconstruction using DIEP flap or expandable breast implant. *J. Plast. Reconstr. Aesth. Surg.* 2008; 61: 1188–1194.
  14. Goldberg P., Stolzman M., Goldberg H.M. Psychological considerations in breast reconstruction. *Ann. Plast. Surg.* 1984; 1: 38–43.
  15. Edstrom-Elder E., Brandberg Y., Bjorklund T. i wsp. Quality of life and patient satisfaction in breast cancer patients after immediate breast reconstruction: a prospective study. *The Breast* 2005; 14: 201–208.
  16. Cocquyt V.F., Blondeel P.N., Depypere H.T. i wsp. Better cosmetic results and comparable quality of life after skin-sparing mastectomy and immediate autologous breast reconstruction compared to breast conservative treatment. *BJPS.* 2003; 56:462–470.
  17. Winters Z.E., Benson J.R., Pusic A.L. A systematic review of the clinical evidence to guide treatment recommendations in breast reconstruction based on patient-reported outcome measures and health-related quality of life. *Ann. Surg.* 2010; 6: 929–942.
  18. Roth R.S., Lowery J.C., Davis J., Wilkins E.G. Quality of life and affective distress in women seeking immediate versus delayed breast reconstruction after mastectomy for breast cancer. *Plast. Reconstr. Surg.* 2005; 4: 993–1002.
  19. Giroto J.A., Schreiber J., Nahabedian M.Y. Breast reconstruction in the elderly: Preserving excellent quality of life. *Ann. Plast. Surg.* 2003; 50: 572–578.
  20. Nowicki A., Nikiel M. Operacje odtwórcze piersi, ocena satysfakcji pacjentek. *Wsp. Onkol.* 2006; 2: 45–50.
  21. Wehrens K.M.E., Cuypers W.J.S.S., Boeckx W.D. i wsp. Psychological profile of women seeking breast reconstruction and quality of life assessment after surgery. *Eur. J. Plast. Surg.* 2005; 28: 264–267.
  22. Stavrou D., Weissman O., Polyniki A. i wsp. Quality of life after breast cancer surgery with or without reconstruction. [www.eplasty.com](http://www.eplasty.com). 2009; 9: 161–168.