

היארעות סיבוכים לאחר ניתוחי שחזור שד - "ציפיות מול תוצאות"

חנה זוהר, ורדה שוגר-סוכי

תוצאות: נמצא קשר סטטיסטי מובהק בין נשים עם גורמי סיכון וללא גורמי סיכון, לגבי הסיבוכים שדווחו. ארבעים וחמישה אחוז מהנשים עם גורמי סיכון פתחו זיהום לאחר הניתוח, בהשוואה ל-16% ללא גורמי סיכון. שלושים ושבעה אחוז מהנשים עברו פתיחת פצע ניתוח, בהשוואה ל-10% מהנשים ללא גורמי סיכון. ל-27% היה נמק של המתלה, בהשוואה ל-5% מהנשים ללא גורמי סיכון. ל-32% מהן היו סיבוכים מאוחרים, כגון איסכמיה של השתל, זיהום ופתיחת פצע, בהשוואה ל-12% מהנשים ללא גורמי סיכון. לפי מבחן פישר, הסבירות לפתח סיבוכים בנוכחות גורמי הסיכון גבוהה יותר. המבחן התייחס לשיטות הניתוח, עיתוי ניתוח השחזור ושלב המחלה. אחוז הנשים העלולות לפתח סיבוכים לאחר ניתוח גבוה ב-68% בניתוח TRAM, בהשוואה לנשים שעברו ניתוח שחזור 44% (P=0.001) LDMF. אחוז הנשים שעלולות לפתח סיבוכים לאחר ניתוח בשלב התחלתי (בעת האבחנה) של המחלה נמוך יותר, בהשוואה לנשים שעברו ניתוח בשלב מאוחר של המחלה (חזרת המחלה) 39% לעומת 77% (p=0.001).

מסקנות: המאמר דן במודל לחיזוי סיבוכים בניתוחי שחזור שד, ומהווה כלי עזר חשוב לנשים ולצוות המטפל בבחירת עיתוי ושיטת ניתוח השחזור. שביעות רצון האישה מניתוח השחזור תלוי בציפיותיה, לכן תפקידן של האחיות לספק לאישה את המידע הרלוונטי החשוב, ולעזור לה בקבלת ההחלטה על סוג ניתוח השחזור המתאים לה.

שחזור שד מהווה חלק משמעותי בטיפול בסרטן השד. בעשור האחרון עבר תהליך זה שיפור ניכר הודות להתפתחויות טכנולוגיות ניתוחיות, שיפור באיכות הביצוע וירידה בשיעור הסיבוכים. עלייה במודעות הנשים לגבי האפשרויות הטיפוליות, מעודדת אותן לעבור ניתוח שחזור בשלבים השונים של המחלה, כגון בשלב הראשוני, בעת חזרת המחלה וכטיפול מונע בנשים בעלות נשאות גנטית.

מטרת המחקר: לבחון את השיקולים בהם יש להתחשב בבחירת שיטת ניתוח השחזור המומלצת, במטרה לתת לאישה את המידע וההנחיה לפני הניתוח ולאחרי, וכדי לעזור לה להחליט על שיטת הניתוח המתאימה לה, בהתחשב בגורמי סיכון ובסיבוכים צפויים.

המדגם כלל: 257 נשים עם סרטן שד שעברו שחזור שד בין השנים 1997-2004 ברמב"ם הקריה הרפואית לבריאות האדם. חלק מהנשים עברו שחזור חד צדדי וחלקן שחזור דו צדדי, בשלוש שיטות שונות: שתל סיליקון קבוע או מותחן; Transverse Rectus Abdominis Musculocutaneous Flap Latissimus (TRAM); רקמות עצמיות עם שתל מסיליקון; LDMF dorsii Musculocutaneous Flap).

נבנה סולם לחיזוי סיבוכים שלאחר הניתוח, ונמצא קשר בין המשתנים לסיבוכים שדווחו לאחר הניתוח, כגון דימום, איסכמיה של השתל, זיהום, פתיחת פצע הניתוח לבין סיבוכים מאוחרים הזיהם לסיבוכים המידיים, שעלולים להופיע כשבועיים לאחר הניתוח.

מבוא

סרטן השד הינו הסרטן השכיח ביותר בקרב נשים בישראל, ובכל שנה מאובחנות בישראל כ-4000 נשים. כלומר, אחת מכל 8 נשים עלולה לחלות במחלה במהלך חייה (זיו, 2006). השדיים מהווים איבר מיוחד בגוף האישה, הם מתקשרים לעולם רחב של משמעויות, סמלים ומושגים. השדיים מהווים מצד אחד

סמל לנשיות ואמהות, ומצד שני איום על החיים בעת אבחון סרטן השד.

בטיפול בסרטן השד משתתפים מטפלים רבים בעלי התמחויות בכל תחומי הטיפול: הגילוי, האבחון, הטיפול הכירורגי, הטיפול האונקולוגי, הפסיכו-סוציאלי והטיפול הסיעודי, המלווים את כל שלבי הטיפול. בכל אחד משלבי הטיפול נפרש בפני האישה המידע על הטיפול המומלץ, שלעיתים מלווה במספר חלופות טיפוליות. על האישה להחליט על דרך הטיפול בה. באותו זמן היא חווה פחד מאובדן השד, חוששת מהפרעה בדימוי הגוף וממוות. כמו כן האישה עלולה לחוש אי ודאות באשר לטיפולים הצפויים

חנה זוהר, RN, MA, מתאמת טיפול בסרטן שד, רמב"ם הקריה הרפואית לבריאות האדם.
ורדה שוגר-סוכי, RN, MPH, מתאמת הטיפול בפצע, רמב"ם הקריה הרפואית לבריאות לאדם.

נותר די עור, ניתן להכניס את שתל הסיליקון באותו ניתוח (תמונה 1) (WWW.BREASTCANCER.ORG).

יתרונות השיטה: ניתוח קצר, שאינו מותיר צלקות בגוף. חסרונות:

1. פעמים רבות השד המשוחזר שונה מהשד הבריאי.
2. השד עלול להיות נוקשה – נוצרת קופסית, בעיקר אם



תמונה מס' 1: שחזור ע"י שתל סיליקון

1. האזור עבר טיפול קרינתי.
3. עלולה להיות תזוזה של השתל.
4. הניתוח דורש ביקורים חוזרים במרפאה למילוי המותחן במשך כשישה חודשים.
5. נדרש ניתוח נוסף להחלפת המותחן בשתל קבוע.

שחזור על ידי רקמות עצמיות –

(TRAM) Transverse Rectus Abdominis Musculocutaneous זהו מתלה שבו עור הבטן התחתונה מועבר עם השריר הרקטוס אבדומיניס, דרכו מועברת אספקת דם לעור הבטן, אשר ממנו נבנה השד (תמונה 2).

יתרונות השיטה:

1. רקמה עצמית העמידה יחסית לטיפול קרינתי, אם היה בעבר או אם תעבור בעתיד. מאפשרת עיצוב והתאמה לשד הנגדי.
2. השד בעל מראה טבעי יותר, נעים למגע ומונע ניתוחים נוספים.
3. מתיחת עור הבטן.



תמונה מס' 2: שחזור שד ע"י מתלה TRAM

לה, לפרוגנוזה של המחלה, להתמודדותה ולהתמודדותם של בני משפחתה (Baron & Mor, 2007).

הטיפול הכירורגי בסרטן השד נחלק לשניים: ניתוחים לשימור השד וכריתה מלאה. שלושים אחוז מכלל הנשים העוברות כריתת שד בישראל עוברות שחזור שד. חלקן בו זמנית עם הכריתה וחלקן בשלב מאוחר יותר. שכיחות ניתוחי שחזור שד בישראל נחשבת לגבוהה, ודומה לשכיחות שחזורי השד בארצות הברית ובארצות המערב (גור, 2007). עליה בשכיחות ניתוחי השחזור נובעת גם מההתפתחות ברפואה הגנטית בנשים הנשאיות של המוטציות BRCA 1/2. בנוסף, חלה עליה משמעותית במספר הנשים הבריאות שמחליטות על ניתוח כריתת שד דו צדדית ושחזור מידי. ניתוח זה, על-פי המחקרים

הראשונים שפורסמו, הצביע על הפחתת הסיכון לחלות בסרטן השד ב- 90% (אור-אורטרגר ושמחוני, 2008). Lauenstein and Stukane (1998) ציינו שבשנת 1978 20% מהנשים שעברו כריתת שד בחרו בשחזור שד. היום מעל 80% מהנשים שתעבורנה כריתת שד יבחרו בשחזור שד. Petite, Rietjens, & Garusi (2001) מציגים נתונים מהארגון האונקולוגי האירופאי, לפיו שכיחות ניתוחים משמרי שד הינה 70%.

שיטות הניתוח בשחזור שד

ההתקדמות בטיפול בסרטן השד בשנים האחרונות הביאה להתקדמות רבה גם בניתוחי שחזור השד. הודות להתפתחות הטכניקות ואיכות הביצוע, ירד שיעור הסיבוכים. כיום ישנה אפשרות להתאים לכל אישה את סוג הניתוח המתאים לה, לאחר החלטה משותפת בין המנתח הפלסטי והאישה, בהתחשב בחומרת מחלתה, מבנה גופה, מצב בריאותה הכללי ומועד הניתוח.

שחזור על ידי שתל סיליקון (קבוע או מותחן)

השחזור נעשה באמצעות הכנסת מותחן רקמות או שתל סיליקון, מתחת לשריר החזה, אשר נמצא מתחת לרקמת השד של האישה. מותחן הרקמות הוא שתל מתנפח העשוי מעטפת סיליקון, אליו מחובר שסתום ודרכו ניתן למלא באופן הדרגתי את השתל במים פיזיולוגיים. העור נמתח ומשיגים מעטפת עור היכולה להכיל שתל קבוע. בניתוח נוסף מחליפים את המותחן בשתל סיליקון קבוע. כאשר לאחר ניתוח כריתת השד

(Chapman, 2007), בשנת 2005 עברו כ- 57,778 נשים ניתוחי שחזור שד, מהן 34,660 נשים עברו ניתוח שחזור מסוג מותחן סליקון; 11,631 נשים בחרו בניתוח מסוג שתל קבוע; 9,578 נשים עברו ניתוח שחזור מסוג TRAM; 1909 נשים עברו ניתוח שחזור מסוג DIEP (Deep Inferior Epigastric Perforator Flap) ניתוח זה אינו מבוצע ברמב"ם.

סקירת ספרות

מטרת ניתוח שחזור השד היא לענות על ציפיות המטופלת מתוצאות השחזור מבחינה נפשית ואסתטית (Noone, 2005). ניתוח השחזור הוא בחירה. נשים המעוניינות בשחזור שד כשעליהן לעבור ניתוח כריתה, צריכות להיות בריאות מבחינה נפשית ותפקודית. נמצא שניתוחי

השחזור תורמים באופן חיובי להרגשה הפיזית והנפשית של האישה. נשים תארו שתהליך זה השיב להן את הרגשת הנשיות והשלמות. האפשרות לבחירת סוג הניתוח (רקמה עצמית או שתל סיליקון) ובחירת העיתוי לביצוע הניתוח, מעניקות לנשים תחושת שליטה על תהליך הריפוי (Schai, 1991).

אולם Nissen, Swenson & Kind (2002), שחקרו 17 נשים שעברו כריתת שד ושחזור מיידה הגיעו למסקנה, שההתאוששות מהניתוח יכולה להיות קשה לנוכח העובדה, שהניתוח לא מנע את הפחד מחזרת המחלה.

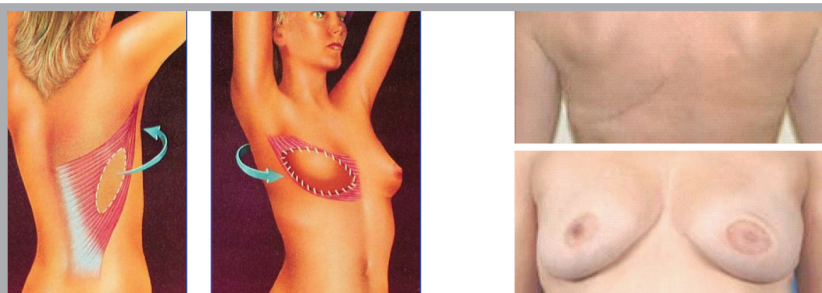
Holtzmann & Timm (2005) חקרו 9 נשים שעברו ניתוח שחזור שד מיידה באמצעות TRAM, ומצאו שמשמעות הניתוח עבור הנשים הייתה קשורה בהעצמת התקווה, הרגשת נורמאליות ותחושה של שלמות.

Sheehan, Sherman, Lam & Boyages (2007) חקרו 123 נשים לאחר ניתוחי שחזור שד מידיים ומאחרים. הממצאים הראו שמרבית הנשים (52.8%) לא התחרטו על דרך קבלת החלטתן לניתוח, 27.6% מהנשים דווחו על חרטה בינונית, ו-19.5% מהנשים התחרטו על החלטתן.

Kroll & Baldwin (1992) חקרו 325 שחזורי שד, שבוצעו בקרב 287 נשים בשלוש שיטות: מותחן סיליקון, מתלה מהגב ומתלה מהבטן, במטרה להגיע למסקנות בנות תוקף לגבי היתרונות והחסרונות האסתטיים של שיטות אלו. מסקנותיהם היו ששבעות הרצון מניתוח TRAM הייתה גבוהה יותר באופן מובהק, לעומת שיטות הניתוחים האחרות. הכישלון בשחזור היה נדיר ביחס לשיטות האחרות. התוצאות הטובות ביותר ב-TRAM היו מבחינת צורת השד, פטוויס וסימטריה, אולם בשיטה זו היו הצלקות הגדולות ביותר. למרות זאת, ההופעה הכללית הייתה טובה יותר לדעת המנותחות. התוצאות הטובות ביותר הושגו בשחזור מיידה עקב שימור העור. שחזור מאוחר היה פחות מוצלח עקב איבוד הסימנים הטבעיים בעור, העלמות

חסרונות השיטה:

1. הניתוח נמשך 4 – 6 שעות.
2. משך האשפוז והתאוששות ארוכים, עם כאבים בימים הראשונים.
3. חולשת דופן הבטן.
4. צלקת נוספת בגוף.



תמונה מס' 3: שחזור משולב רקמות עצמיות עם שתל סיליקון (LD MF)

שחזור משולב רקמות עצמיות עם שתל סיליקון

(LD MF) Latissimus dorsi Muscle Flap

ניתוח המתבצע במקרים של חסר בעור, או לאחר טיפול קרינתי. שתל הסיליקון נעטף על ידי רקמה באיכות טובה כדי שתעניק לו הגנה. הניתוח מתבצע על ידי העברת שריר הלטיסימוס מהגב, עם מעט עור המשלים את חסר העור בדופן בית החזה, ומתחתיו מכניסים את השתל (תמונה 3).

יתרונות: נעים למגע ולשד יש מראה טבעי.

חסרונות:

1. לעיתים נדרש ניתוח נוסף להתאמת השד הבריא לשד המשוחזר.
2. הניתוח נמשך 3 – 4 שעות.
3. יש שימוש בשתל סיליקון שעלול לזוז ממקומו, להתקשות, והסיכון לזיהום עלול לגרום לאובדנו.

שחזור הפטמה והעטרה

מתבצע מספר חודשים לאחר ניתוח השחזור, על פי רצון האישה. הניתוח מתבצע בהרדמה מקומית. הפטמה משוחזרת באמצעות מתלי עור קטנים בפסגת השד המשוחזר, המקופלים על עצמם על מנת לקבל צורה של פטמה. העטרה משוחזרת בשלב מאוחר יותר על-ידי קעקוע, בדומה לזה הנעשה למטרת קישוט.

סיבוכים אופייניים בניתוחי השחזור

סיבוכים מידיים: דימום, פתיחת צלקת הניתוח, זיהום, נמק, הצטברות נוזלים, כאב וחוסר נוחות.

סיבוכים מאוחרים: חוסר אחידות בין השד הבריא למשוחזר, בקע בטני, פתיחת צלקת הניתוח, זיהום השתל העלול לגרום לצורך בהרחקתו, התקשות הקופסית סביב השתל. לפי האגודה האמריקאית של המנתחים הפלסטיים

תפקיד האחות

על תפקיד האחות ניתן ללמוד ממחקרם של Holtzmann & Timm (2005). במחקר האיכותני שערכו השתתפו תשע נשים שעברו ניתוח שחזור TRAM מייד, במטרה לבחון את הטיפול הסייעודי שניתן לאורך כל שלבי הניתוח והחלמה. נמצא שרוב הטיפול של האחיות התרכז בטיפול הפיזי. לאחר השחרור מהאשפוז בבית החולים, המטופלות הרגישו שהיה להן מעט מידע על שלבי החלמה וההתאוששות מהניתוח, ועקב כך נותרו פגועות ועם תחושת ריקנות. החוקרות מציינות שתפקידה של האחות מתחיל עם האבחנה, כאשר על האישה לקבל החלטות לגבי הניתוח. כמו כן, על האחות להיות מעורבת בכל שלבי הטיפול שהאישה תעבור. לשם כך הן ממליצות להשתמש במודל הטיפול העצמי של Orem, ולהיעזר במגוון מקורות מידע כגון: חוברות הדרכה, אינטרנט, ספרים, טלוויזיה ופגישות עם נשים שעברו אותו תהליך. המידע המלא יעזור לאישה בקבלת החלטות טיפוליות.

מטרת המחקר

לבחון את השיקולים בהם יש להתחשב בעת בחירת שיטת ניתוח השחזור המומלצת, במטרה למסור לאישה את המידע וההנחיה לפני הניתוח ואחריו. מידע זה עשוי לעזור לה להחליט על שיטת הניתוח המתאימה לה, בהתחשב בגורמי הסיכון הצפויים.

שיטת המחקר

אוכלוסייה ומדגם

מחקר רטרוספקטיבי. המידע נאסף מ-257 גיליונות רפואיים, במרפאה לכירורגיה פלסטית ברמב"ם הקריה הרפואית לבריאות האדם, בין התאריכים 15/08/1997 – 31/12/2004. כל הנשים היו לאחר ניתוח שחזור שד. טווח הגילאים 26 – 75, גיל ממוצע: 47.36.

משתני המחקר

- עיתוי הניתוח, סוג הניתוח, סיבוכים לאחר הניתוח וגורמי סיכון.
- בוצעו 267 ניתוחי שחזור, כאשר חלק מהנשים עברו ניתוח דו צדדי, לפי הפירוט הבא:
1. רקמות עצמיות עם שתל סיליקון (LDMF) 109 ניתוחים.
 2. רקמות עצמיות (TRAM) 100 ניתוחים.
 3. שתל סיליקון 58 ניתוחים.

עיתוי הניתוח

מוקדם (אבחנה ומניעה) 159 ניתוחים המהווים 62%. מאוחר (שיקום, חזרת המחלה ו-neo adjuvant) 116 ניתוחים המהווים 45%. רוב ניתוחי השחזור בוצעו בשלב המוקדם של המחלה. חלק מהנשים עברו שני סוגי ניתוח בשחזור נוסף.

הקפל התת שדי והתכווצות העור. לדעת Bostwic & Jones (1994) השיטה לשחזור השד באמצעות רקמות עצמוניות הוכיחה את עצמה כיעילה, בטוחה ועם תוצאות אסתטיות מבטיחות.

כאב לאחר ניתוחי שחזור

אחד התסמינים השכיחים לאחר ניתוחי שחזור הינו הכאב. כאב שאינו מטופל יכול לגרום לסיבוכים במערכת הלב, כלי הדם, הנשימה ועוד. הוא עלול להביא לתשישות גופנית, תשישות נפשית והפרעות בשינה. לטיפול בכאב חשיבות מרובה, שכן הוא מאיץ את תהליך ההתאוששות לאחר הניתוח ומונע סיבוכים. טיפול יעיל מאפשר ניידות מוקדמת וביצוע תרגילי נשימה ופיזיותרפיה, החיוניים להחלמה מהירה מהניתוח.

בסקר שערכו Larson, Yousif, Sinha, Latoni, & Korkos (1999) בקרב 121 כירורגים, במטרה לקבוע מהו הזמן הנדרש למתן משככי כאב באשפוז ולאחריו לנשים שעברו ניתוחי שחזור שד מסוג TRAM ו-DIEP, נמצא שנשים שעברו ניתוח TRAM צרכו פחות משככי כאב לעומת נשים שעברו ניתוח DIEP. חקירה נוספת בנושא ערכו Dell ועמיתים (2008), אשר חקרו את המגבלות הפיזיות בעקבות כאב אצל 16 נשים לאחר ניתוחי TRAM. תוצאות המחקר הראו, שהדרכה שקיבלו הנשים מהאחיות על הכאב הצפוי והדרכה ספציפית של הפיזיותרפיסטיות, הביאו לחזרה לפעילות יום יומית מלאה. בזכות המודעות לכאב והטיפול התרופתי בו, נשים חזרו לפעילות הפיזית היומיומית מהר יותר.

סיבוכים לאחר ניתוחי שחזור

McCarthy ועמיתיו (2008) חקרו 1170 נשים, שעברו ניתוחי שחזור שד באמצעות מותחן סיליקון במרכז רפואי אחד. במחקר הפרוספקטיבי נבדקו המשתנים הבאים: גיל, עישון, השמנת יתר, סוכרת, יתר לחץ דם, מתן טיפול כימותרפי או קרינתי ועיתוי הניתוח, כאשר כל אלה מהווים גורמי סיכון לסיבוכים לאחר ניתוח. מסקנות החוקרים היו, שסיבוכים בעקבות עישון היו גבוהים יותר ביחס להשמנת יתר ויתר לחץ דם. במחקר זה נמצא, שטיפול קרינתי לפני או לאחר השחזור אינו מהווה גורם סיכון מובהק. בנוסף יש לזכור, כי לניתוחים אלה ישנן השפעות פסיכולוגיות על המנותחות. לדוגמה Fallowfield (1996) העריכה תוצאות נפשיות של מדיניות טיפול שונות, בנשים הלוקות בסרטן שד בשלבים המוקדמים. נחקרו שתי קבוצות של נשים, שנה לאחר הניתוח. קבוצה אחת עברה ניתוח משמר שד, והשנייה עברה כריתה מלאה. נבדקה דרגת התחלואה הנפשית: דיכאון, חרדה, הפרעה בתפקוד המיני והחברתי. תוצאות המחקר הראו, כי התחלואה הנפשית שנבדקה הייתה גבוהה בכל קבוצות הטיפול. לא היה הבדל משמעותי בתופעת החרדה והדיכאון בנשים שעברו כריתת שד, לבין נשים שעברו ניתוח משמר שד. נשים שהוצעה להן בחירה של טיפול, הראו פחות סימני דיכאון.

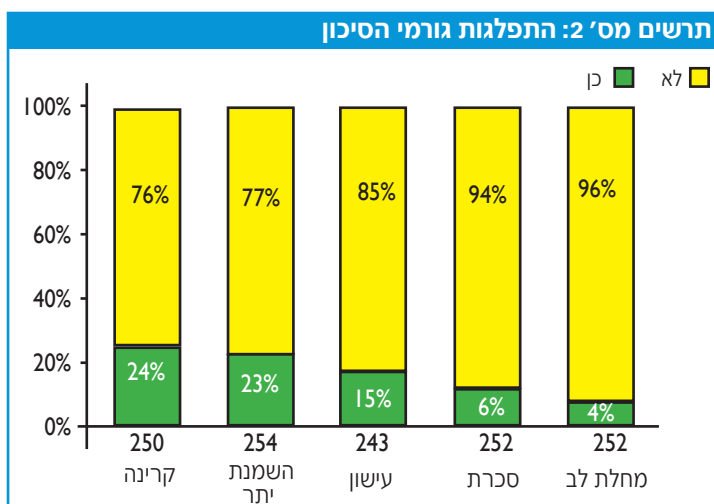
מבחן פישר, ששיעור הנשים שתפתחנה סיבוכים כאשר הניתוח הוא מיידית הינו 39%, והוא נמוך יותר מהשחזור המאוחר (77%) $p < 0.001$.

התפלגות עיתוי הניתוח ביחס לשלב המחלה

בשלב האבחנה נותחו 50.2% מהנשים. 11.7% מהנשים נותחו בנייתוח מניעתית. בשלב השיקום נותחו 26.8% מהנשים. בשלב חזרת המחלה נותחו 14.8% מהנשים. לאחר טיפול Neo-adjuvant נותחו 3.5% מהנשים (טיפול כמותרפי טרום ניתוחי במטרה לכווץ את הגידול).

התפלגות גורמי הסיכון

עשרים וארבעה אחוזים מהנשים עברו טיפול קרינתית בעבר, 23% סבלו מהשמנת יתר, 15% עישנו, 6% סבלו מסכרת ו- 4% מהנשים סבלו ממחלת לב. ל- 28% מהנשים לא היו גורמי סיכון (תרשים מס' 2).



התפלגות הסיבוכים

שלושים ושניים אחוזים מהנשים פיתחו זיהום לאחר הניתוח, ל- 24% היה פתיחת פצע ניתוחי, 16% מהנשים פתחו איסכמיה של השתל, ל- 4% מהנשים היה דימום מפצע הניתוח ו- 22% מהנשים סבלו מסיבוכים מאוחרים (כשבועיים לאחר הניתוח).

התפלגות הסיבוכים לפי סוג הניתוח

בניתוח השחזור בשיטת LDMF 0.9% מהנשים פתחו דימום מפצע הניתוח, ו- 10.2% מהנשים פתחו איסכמיה של המתלה. 24.8% מהנשים פתחו זיהום בפצע הניתוח, 15.9% מהנשים עברו פתיחת פצע ניתוחי, 17.6% מהנשים סבלו מסיבוכים מאוחרים. בניתוח שחזור בשיטת TRAM 4.2% מהנשים פתחו דימום, 27.4% מהנשים פתחו איסכמיה של המתלה,

סיבוכים לאחר ניתוח

ההתייחסות לסיבוכים מוקדמים הייתה עד שבועיים לאחר הניתוח, ולסיבוכים מאוחרים משבועיים עד 6 שבועות לאחר הניתוח. סוגי הסיבוכים שנצפו: זיהום, דימום, פתיחת פצע, איסכמיה של המתלה וסיבוכים מאוחרים. גורמי הסיכון לסיבוכים היו: קרינה, השמנת יתר, עישון, סכרת, מחלת לב.

תוצאות

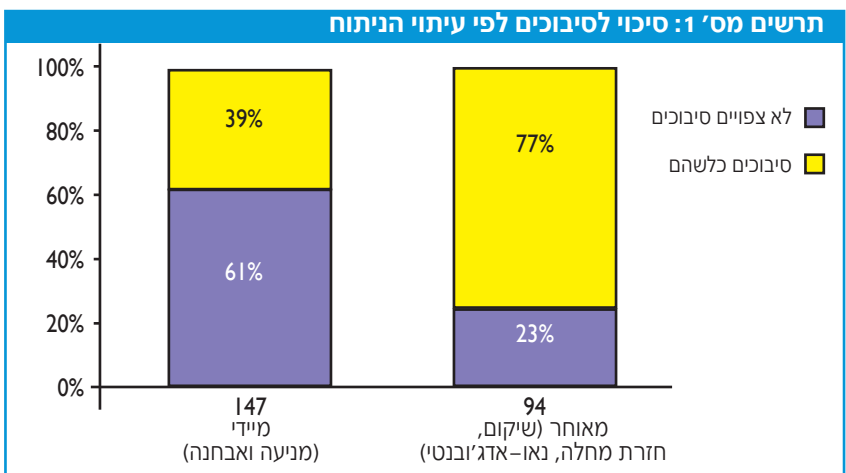
במחקר השתתפו נשים שעברו ניתוח חד צדדי ודו צדדי. בשיטת העברת מתלה מהגב LDMF - 81% מהנשים עברו ניתוח חד צדדי ו- 19% עברו ניתוח דו צדדי. בקרב הנשים שעברו ניתוח בשיטת TRAM העברת מתלה מהבטן - 86% מהנשים עברו ניתוח שחזור חד צדדי ו- 14% מהנשים עברו שחזור דו צדדי. בקרב נשים שעברו שחזור באמצעות הכנסת שתל סיליקון - 67% מהנשים עברו ניתוח שחזור חד צדדי ו- 33% מהנשים עברו ניתוח שחזור דו צדדי.

סיכוי לסיבוכים לפי סוג הניתוח

על סמך גורמי הסיכון שנבדקו נמצא ש- 56% מהנשים שעברו ניתוח באמצעות LDMF אינן צפויות לפתח סיבוכים, ו- 44% מהן צפויות לפתח סיבוכים. 32% מהנשים שעברו ניתוח בשיטת TRAM לא היו צפויות לפתח סיבוכים, ו- 68% מהן צפויות לפתח סיבוכים. 48% מהנשים שעברו ניתוח בשיטת שתל סיליקון לא היו צפויות לסיבוכים, 52% צפויות לפתח סיבוכים. סטטיסטית לפי מבחן פישר, נמצא ששיעור הנשים שתפתחנה סיבוכים כאשר הן עוברות ניתוח TRAM הינו גבוה יותר ב- 68% ביחס לניתוחי LDMF, שבהם שיעור הסיבוכים היה 44% ($p=0.001$).

סיכוי לסיבוכים לפי עיתוי הניתוח

שישים ואחד אחוזים מהנשים שעברו שחזור מיידית אינן צפויות לפתח סיבוכים, ו- 39% צפויות לפתח סיבוכים כפי שניתן לראות בתרשים מס' 1. נמצא הבדל סטטיסטי מובהק לפי



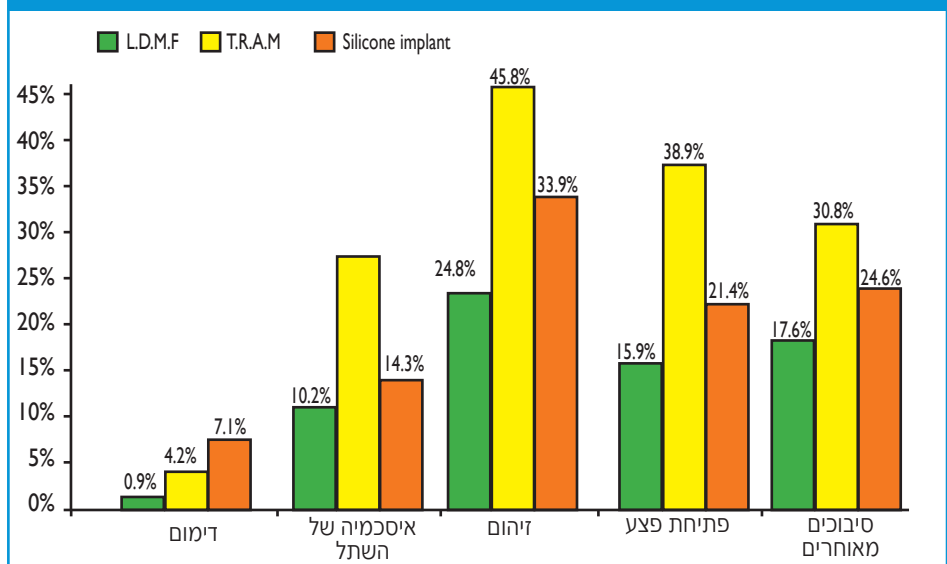
לאחר הניתוח.
 45% מהנשים פתחו
 זיהום בפצע הניתוח.
 37% מהנשים עברו
 פתיחת פצע.
 ל- 32% מהנשים היו
 סיבוכים מאוחרים:
 פתיחת פצע, זיהום עד
 הוצאת השתל. ל- 27%
 מהנשים היה איסכמיה
 של השתל. הקשר בין
 הצפי לסיבוכים לבין
 התוצאות בשטח מוצג
 בתרשים 4.

דין

ניתוח שחזור שד נחשב
 כיום לחלק בלתי נפרד

מהטיפול בסרטן השד. תהליך זה עבר שיפור משמעותי
 בעשרים השנים האחרונות הודות להתפתחות הטכניקות
 הניתוחיות, שיפור איכות הביצוע ולירידה בשיעור הסיבוכים.
 במחקר זה בדקנו את היארעות הסיבוכים המאוחרים
 והמוקדמים, בקרב אוכלוסיית הנשים שעברה ניתוח שחזור
 שד בטכניקות של רקמות עצמיות ובאמצעות שתלים. המטרה
 הייתה לאפשר לאישה לקבל החלטה בבחירת סוג הניתוח
 המתאים לה. 267 ניתוחים בוצעו ב-257 נשים.
 McCarthy ועמיתיו (2008) חקרו משתנים של גורמי הסיכון

תרשים מס' 3: סיבוכים לפי סוג הניתוח



45.8% מהנשים פתחו זיהום בפצע הניתוח, 38.9% מהנשים
 עברו פתיחת פצע ניתוחי, 30.8% מהנשים סבלו מסיבוכים
 מאוחרים.

בניתוח שחזור עם שתל סיליקון 7.1% מהנשים פיתחו דימום
 מפצע הניתוח, 14.3% פיתחו איסכמיה של השתל, 33.9%
 מהנשים פיתחו זיהום בפצע הניתוח, 21.4% מהנשים עברו
 פתיחת פצע הניתוח, 24.6% מהנשים סבלו מסיבוכים
 מאוחרים, כמפורט בתרשים 3.

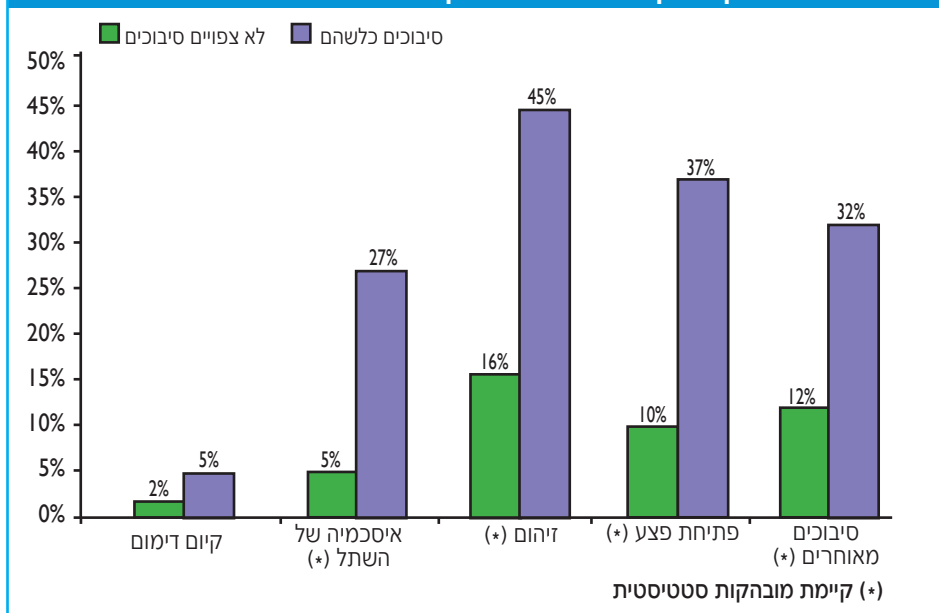
הסיכוי לסיבוכים בניתוח חד צדדי או דו צדדי

נמצא ששיעור הנשים
 שתפתחנה סיבוכים
 לאחר שקיבלו קרינה
 בעבר הינו פי 2 (47%)
 כאשר השחזור הוא
 דו צדדי, לעומת 23%
 כאשר השחזור הוא חד
 צדדי. הסיכוי שהאישה
 לא תפתח סיבוכים
 הינו גבוה יותר, כאשר
 השחזור הינו חד צדדי,
 50% לעומת 27% בדו
 צדדי.

**סיבוכים שנצפו לעומת
 סיבוכים לא צפויים**

נמצאה מובהקות
 סטטיסטית בין הקשר
 הצפוי לסיבוכים לבין
 תוצאות הסיבוכים

תרשים מס' 4: הקשר בין הצפי לסיבוכים לבין התוצאות בשטח



השונות המוצעות לטיפול, והתאמתם לאישה על פי אישיותה, צרכיה ואמונתה.

- על האחות לכבד את ההחלטה הטיפולית של האישה.
- תיאום הטיפול ומעקב טלפוני לאורך הרצף הטיפולי.
- שמירה על רצף הטיפול בין המטפלים השונים.
- מתן תמיכה והדרכה לגבי ההתמודדות עם תהליך ארוך, הכרוך בכאבים ובתקופת החלמה ממושכת.
- ניהול הטיפול בשיתוף הצוות (Team leader), על ידי אחות מומחית לטיפול בסרטן השד. מאפשר יצירת קשר, ביטחון ותקשורת פתוחה (Holtzmann et al., 2005).

המלצות למחקר בעתיד

- ליזום מחקר ארצי במטרה לבחון את תהליך קבלת ההחלטות בבחירת ניתוח השחזור המתאים.
- לבדוק האם האיום על החיים מהווה מניע לקבלת ההחלטה לבצע ניתוח כריתה דו צדדי, בנשים עם סיפור משפחתי וגנטי.

מקורות

אור – אורטרגר, א. שמחוני, ש. (2008). גנטיקה – מניעה והפחתת סיכון. Medical, – מגזין הרופאים בישראל, 18, 68–70.

גור, א. (2007). עיתון ביו +, הארץ, אוקטובר, 12–13.

זיו, מ. (2006). פתח דבר, במה - ביטאון לעובדי בריאות בנושא מחלת הסרטן והשלכותיה. הוצאת האגודה למלחמה לסרטן, 4, 17.

Baron, R.H., & Mor, S. (2007). Surgical management of breast cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 23 (1), 13 - 19.

Barreau-Pauhaer, L. & Le, M. (1992). Risk factors for failure of immediate breast reconstruction with prosthesis after total mastectomy for breast cancer. *Cancer* 70, 1145 – 1151.

Bostwic, J., & Jones, G. (1994). Why choose autogenous tissue In breast reconstruction. *Clinical Plastic Surgery*, 21, 165 - 175.

Chapman, D. D. (2007) Local and regional control in Mahon SM (EdS) Breat Cancer – Site specific cancer series. *Oncology Nursing Society. Pittsburgh Pennsylvania*. 73 - 80.

Dell, D. D., Weaver, C., Kozempel, J., & Barsevick, A. (2008). Recovery after transverse rectus abdominis myocutaneoud flap breast reconstruction surgery. *Oncology Nursing Forum*, 35, 185 - 196

Fallowfield, L. (1996). Has psychosocial oncology helped in

בקרב נשים לאחר ניתוח שחזור שד על-ידי סיליקון. המשתנים שנבדקו: גיל, עישון, השמנת יתר, סכרת, יתר לחץ דם, מתן טיפול כימותרפי או קרינתי ועיתוי הניתוח. החוקרים מצאו שגורמי הסיכון הגבוהים היו: עישון, השמנת יתר, יתר לחץ דם, ומצאו שטיפול קרינתי קודם לא היווה גורם סיכון מובהק. לעומת זאת Baron & Mor (2007) מציינים במחקרם, שטיפול קרינתי קודם בשד לפני ניתוח השחזור מהווה גורם סיכון מובהק בניתוחי שחזור.

בדומה לממצאים אלה מחקרנו מצא, שגורם הסיכון הגבוה ביותר לאחר ניתוח שחזור שד היה טיפול קרינתי בעבר (24%), ואחר כך בסדר יורד: השמנת יתר, עישון, סכרת ומחלת לב. לגבי זיהומים לאחר הניתוח, Petit ועמיתים (2001) דיווחו על כך, ש-30% מהנשים פתחו זיהומים בניתוחי שתל סיליקון. במחקרנו 33.9% פתחו זיהום בסוג ניתוח זה, בדומה לנתונים המופיעים בספרות.

Barreau-Pouhaer & Le (1992) מצאו שיעור של 2% זיהום ונמק, בניתוחי שתל עם סיליקון. כתוצאה מכך השתל הוצא והאריך את תהליך הריפוי. בנוסף, דווחו על שביעות רצון גבוהה באופן מובהק ביחס לשיטות האחרות של חלולות שנותחו בשיטת TRAM. כמו כן כשלון בניתוח זה היה נדיר, ביחס לשיטות האחרות. ממצאנו מצביעים על שיעור סיבוכים גבוה בזיהום, איסכמיה, פתיחת פצע ניתוח וסיבוכים מאוחרים. ממצאים אלו אינם נמצאים בהלימה עם ממצאיהם של Kroll & Baldwin (1992).

מגבלות המחקר

בסולם לחיזוי הסיבוכים לא בדקנו את המשתנה של התקשות הקופסית מסביב לשתל והוצאתו בניתוחי סיליקון. כמו כן לא נבדקה שביעות רצון הנשים מהניתוחים.

מסקנות

שחזור שד הינו ניתוח קשה עם גורמי סיכון וסיבוכים. נשים המחליטות לבצע שחזור נמצאות בעיצומו של תהליך פסיכולוגי קשה, בעקבות גילוי המחלה וההחלטה על כריתת שד. קבלת המידע מצוות רב תחומי על הטיפול הצפוי מצריכה קבלת החלטה תוך זמן קצר. השחזור תורם לשיפור דימוי הגוף ושיפור תחושת הנשיות.

תפקידה של האחות מתחיל עם האבחנה של המחלה ונמשך לאורך הרצף הטיפולי המשתנה, ובא לידי ביטוי בהתערבויות מגוונות. להלן עיקרי עבודת האחות:

- מתן מידע על סוג הטיפול/הניתוח, גורמי סיכון וסיבוכים לפני ואחרי הטיפול/ניתוח (לאישה ולבני המשפחה) בסיוע אמצעי הדרכה מגוונים (דפי מידע, חוברות האגודה למלחמה בסרטן, סרטים וספרים).
- מתפקידה של האחות לצפות את המצוקה הנפשית ולפעול להפחתתה על ידי מתן תמיכה, ייעוץ והדרכה לגבי האפשרויות

the management of women with breast cancer? *The Breast Journal*, January/February, 2 (1), 107 - 113.

Holtzmann, J. S., & Timm, H. (2005). The experiences of and the nursing care for breast cancer patients undergoing immediate breast reconstruction. *European Journal of Cancer Care*, 14, 310 - 318.

Kroll, S. S., & Baldwin, B. (1992). A comparison of outcome using three different methods of breast reconstruction. *Plastic Reconstruction Surgery*, 90, 455.

Larson, D. L., Yousif, N., Sinha, R. K., Latoni, J., & Korkos, T. G. (1999). A comparison of pedicled and free TRAM flaps for Breast Reconstruction in a single institution. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 104 (3), 674 - 680.

Lauersen, N. H., & Stukane, E. (1998). *The complete book of breast care*. New York: Fawcett Columbine, 27 - 32.

McCarthy, C. M., Mehrara, B. J., Riedl, E., Davidge, K., Hinson, A. Dissa, J. J., Cordeiro, P. G., & Pusic, A. L. (2008).

Predicting comlocations following expander/implant breast reconstruction: an outcome analysis based on preoperative clinical risk. *Plastic Reconstruction Surgery*, 121 (6), 1886 - 1892.

Nissen, M. J., Swenson, K. K., & Kind, E. A. (2002). Quality of life after post mastectomy breast reconstruction. *Oncology Nursing Forum*, 29 (3), 547 - 553.

Noone, B. R. (2005). The adjustable implant. Applications and indications. *Innovations in Plastic Surgery*, 1(1), 1 - 9.

Petit, J. Y., Rietjens, M., & Garusi, C. (2001) Breast reconstructive techniques in cancer patients: which ones, when to apply, which immediate and long term risks?. *Critical Reviews in Oncology/ Hematology*, 3, 23 - 239.

Schain, W. S. (1991). Breast reconstruction, update of psychosocial and pragmatic concerns. *Cancer*. 68 (5), 1170 - 1175.

Sheehan, J., Sherman, K. A., Lam, T., & Boyages, J. (2007). Association of information satisfaction, psychological distress and monitoring coping style with post - decision regret following breast reconstruction. *Psycho - Oncology*, 16, 342 - 351