

LYMFEDÉM – PROBLEMATIKA V OŠETŘOVATELSTVÍ

Pitr K.^{1,2} , Mauritzová M.¹ , Študentová K.²

¹⁾ KFE FZS Západočeské university v Plzni

²⁾ REHA-PITR s.r.o. Plzeň

Souhrn:

Lymfedém je speciálním druhem otoku. V ošetřovatelství je třeba jej včas rozpoznat, aby byla zahájena jeho léčba, dokud nedošlo k jeho fixaci. K tomu je potřebné znát jeho příčiny a klinický obraz. Následně pak navazuje terapie. Poučení pacienta o prevenci a životním režimu není jen úkolem lékaře lymfologa, ale stejně tak i zdravotní sestry.

Klíčová slova: lymfedém, ošetřovatelství, prevence, veřejné zdravotnictví

Summary:

Lymphedema is a special type of swelling. Nursing needs to be recognized in time for treatment to begin until it is fixed. It is necessary to know its causes and the clinical picture. Consequently, therapies follow. Learning the patient about prevention and lifestyle is not just the task of a lymphologist, but also a nurse.

Key words: lymphedema, nursing, prevention, public health

Úvod:

S lymfatickým otokem, neboli lymfedémem, se v ošetřovatelství můžeme setkat velmi často. Ne vždy je však tato komplikace rozpoznána a adekvátně léčena. V období, kdy je lymfedém latentní, případně intermitentní, je jeho léčba poměrně snadná, úspěšná, nevyžaduje vysoké

náklady a nezpůsobuje pacientovi velké trápení (1). V případě, že je zanedbán, může dojít k jeho fibrózní fixaci v podkoží, k progresi až do rozměrů elefantiázy. V této fázi je potom často bolestivý, znetvořující a pacientovi způsobí poruchu tělesného schématu. Po sociální stránce dochází k handicapu a často k invalidizaci jedince. Druhou stránkou je potom enormní zvýšení nákladů na léčbu, čímž spotřebovává zdroje, které by mohly být využity jinde. Tak se pouhé přehlédnutí nevelkého otoku v rané fázi může stát příčinou dalekosáhlých následků jak v osobním životě pacienta, tak v oblasti veřejného zdravotnictví.

Klinický obraz a anatomicko – fyziologické podklady:

Lymfatické cesty začínají ve většině tkání ve formě lymfatických kapilár, které nemají souvislou stěnu, takže se do nich mohou dostat i velké molekuly bílkovin, dokonce i celé buňky. Jsou napojeny na silnější lymfatické cévy - prekolektory a dále na kolektory. Jejich stěna obsahuje svalovinu a mají většinou chlopně (11). Úsek mezi dvěma chlopněmi se nazývá lymfangion. Lymfangion je nadán vlastní automacií, a protože se vlivem kontrakcí rytmicky pohybuje, je někdy nazýván mikrolymfatickým srdcem (2). Tato vlastnost je důležitá pro léčbu na principu manuální lymfodrenáže. Lymfatické kolektory vedou většinou podél žilních kmenů, mají četné anastomózy a ústí do žilního systému v angulus venosus dexter a sinister. Lymfatické cesty jsou přerušovány lymfatickými uzlinami, které mají funkci filtrační, probíhá v nich tvorba lymfocytů a protilátek a regulují obsah proteinů v lymfě.

Lymfatický otok vzniká při dynamické insuficienci lymfatického systému buďto zvýšením kapilárního tlaku, nebo ztížením žilního odtoku. Může vzniknout i při snížení osmotického tlaku plasmy, například při jaterní insuficienci, nebo při snížení intersticiálního tlaku, například u lipedému.

Klinický obraz, vyšetření:

V časných fázích se lymfedém příliš neliší od lokálních otoků jiného původu. V latentním stádiu se projevuje minimálně a přechodně,

subjektivně jen jako slabý tlak v podkoží. Ve druhém stadiu je již patrný jako reverzibilní, měkký otok, který přes noc ustupuje. Subjektivně při rychlém nástupu otoku může vznikat poměrně intenzivní bolest. Ve třetím – ireverzibilním stádiu dochází k fixaci otoku, který se postupně stává tuhým při fibrózní fixaci v podkoží. V tomto stádiu se stává pitting negativním – při tlaku prstem na podkoží se vzniklý dolík ihned vyrovnává. Ve čtvrtém stádiu se otok opět zvětšuje, dosahuje až enormních rozměrů. Proto hovoříme o stádiu elefantiazy.

Kde všude se může zdravotní sestra s lymfedémem setkat:

Primární lymfedém je vrozenou vadou cév obecně a je možno se s ním setkat kdykoliv při poskytování zdravotní péče, a to v případě, že se vytvoří podmínky, které znamenají vyšší nároky na odvod mízy. Schopnost tolerance vůči vyššímu lymfatickému břemeni je totiž snížena. V případě sekundárního lymfedému již můžeme vznik otoku předem očekávat. Úplně nejčastěji vzniká po operacích na lymfatických uzlinách a po ozáření (9). Zcela nejčastějším lymfedémem u nás je sekundární lymfedém po léčbě karcinomu prsu (8) a gynekologických nádorech. Poměrně častý je také po léčbě maligního melanomu. V případě nádorového lymfedému při diseminaci nádorů do lymfatických cest bývá lymfedém akutní, bolestivý a při léčbě je zde metodou volby paliativní terapie. Velmi častý je sekundární lymfedém, který vzniká po operacích v okolí ran a distálně od nich. Na takový otok často zdravotníci pohlížejí jako na něco přirozeného, normálního a nevěnují mu patřičnou pozornost. Přiměřený otok je samozřejmě přirozenou reakcí na trauma způsobené operací, a tak se často přehlédne otok, který je větší, než bývá obvykle a šířící se do okolí operační rány. Takový otok se pak může v podkoží fixovat a způsobit jeho fibrotizaci (3). Všichni chirurgové, zvláště plastičtí, vědí, že otok je vedle infekce největším nepřítelem hojení rány a pravděpodobně je i jednou z možných příčin vzniku hypertrofických, nebo dokonce keloidních jizev. Další častou příčinou lymfedému, s nímž se u nás pravidelně

setkáváme, je potrombotický lymfedém na dolních končetinách, tak zvaný flebolymfedém.

Zcela zvláštním typem poruchy lymfatického oběhu je tak zvaná celulitida, vyskytující se především u žen, která na rozdíl od lipolymfedému nesouvisí s obezitou. Jde o iniciální stádium mikroangiopatie, která má za následek pericelulární edém tukové tkáně s kolagenovou přeměnou. V konečném stádiu vznikají hmatatelné uzlíky až uzly. Vše je následkem chronického zánětu, takže vhodnějším názvem pro tuto poruchu je panniculitis chronica.

V tropických zemích je nejčastějším sekundárním lymfedémem parazitární lymfedém, způsobený *Wucheria bancrofti*. Parazit osidluje lymfatické cesty a může způsobit až excesivní elefantiázu (4).

Prevence lymfedému:

Prevence lymfedému se uplatňuje hlavně u sekundárního lymfedému po operacích a ozáření nádorů. Generálním principem prevence je zabránění zvýšení lymfatického břemene, tedy nároků na odvod lymfy. V praxi tedy pacienty musíme varovat před přetěžováním končetiny a jejím přehříváním, protože v takových případech dochází k rozšíření arteriálního řečiště a zvýšené filtraci tekutiny do extracelulárního prostoru. Důsledným nošením komprese, zvláště v za podmínek zvýšeného prokrvení končetiny bráníme stagnaci tekutin. Výrazným rizikovým faktorem pro vznik sekundárního lymfedému je například poranění končetiny. Ať již poranění ostré, penetrující kožní kryt s rizikem infekce podkoží, nebo tupé, charakteru kontuze. Ve smyslu styku se zdravotnickými zákroky se jedná nejvíce o aplikaci tekutin parenterálně, možná i o měření krevního tlaku se zatažením končetiny. Prevencí vzniku sekundárního lymfedému je i péče o kůži na končetinách, kdy i drobné porušení kůže, například při stříhání nehtů, nebo plísňovou infekcí, může vytvořit vstupní bránu pro streptokokovou infekci s následným erysipelem, který je vážnou komplikací a znamená další poškození lymfatických cest.

Součástí prevence lymfedému je i soustavné cvičení končetin s jejich kompresí a elevace končetiny.

Léčení lymfedému - mohlo by se zdát, že při léčení lymfedému jde v podstatě o expresi tekutiny z postižené tkáně, nejčastěji z končetiny. Není tomu tak. Lymfedém je totiž komplexní poruchou a tak léčba musí odpovídat jeho charakteru. V případě konzervativního přístupu volíme tak zvanou komplexní dekongestivní terapii. Ta se skládá z několika složek. První z nich je manuální lymfodrenáž. Jde o pomalé jemné tahy po povrchu končetiny, připomínající masáž. Nejde zde ale o vymasírování lymfy. Jde především o ovlivnění lymfatických cév, aby plnily svoji aktivní úlohu (mikrolymfatické srdce – viz výše) a odváděly lymfu přirozenou cestou centrálně, v případě že jsou lymfatické cesty neprůchodné, snažíme se využít kolaterál, které by původní cesty nahradily. Dalším typem mechanoterapie je přístrojová lymfodrenáž, která je podpůrnou metodou. I zde je však nejprve nutno uvolnit centrální lymfatické uzliny, aby lymfa měla kudy odtékat. Dále do komplexní dekongestivní terapie patří kompresivní terapie krátkotažnými obinadly, případně elastickou bandáží ve formě pažních návleků, nebo punčoch. Součástí je i péče o kůži a aktivní cvičení, včetně tzv. lymfatického dýchání. V celé terapii je nezbytná aktivní spolupráce pacienta, ať už ve formě autoterapie, nebo v udržování výše uvedeného režimu. Ideálním prostředím je buď specializované lůžkové oddělení, nebo ambulantní lymfocentrum, které dokáže zajistit všechny potřebné složky terapie. Terapie chirurgická je další, důležitou součástí léčby lymfedému. Na vysoce specializovaném oddělení se provádí buď liposukce v podkoží, nebo anastomózy interlymfatické, nebo lymfovenózní (5). Z farmakoterapie nejčastěji používáme enzymy, nebo z venofarmak flavonoidy a kumariny (10). Diuretika jsou kontraindikována.

Společenské a sociální souvislosti s lymfedémem:

Lymfedém může být akutní onemocnění, které zasahuje člověka především výraznou bolestí a deformitou i chronickou komplikací s nutností dlouhodobé léčby. V odborné literatuře bylo opakovaně prokázáno snížení

kvality života v souvislosti se změnou tvaru končetiny až elefantiázou, bolestí a omezením společenského uplatnění (handicap). Pacienti se musí pečlivě vyvarovat poranění, musí nosit bandáž, musí vyvarovat se námahy. Musí pravidelně docházet na terapii, což přináší časové a finanční náklady podle vzdálenosti od lymfocentra (6).

Závěr:

Pro profesionály v ošetrovatelství je setkání s lymfedémem běžným jevem. To, jestli dokážou rozeznat příznaky nastupujícího lymfedému je zásadní. Prevence, respektive profylaxe vzniku sekundárního lymfedému totiž znamená snížení četnosti budoucích pacientů s dlouhodobou léčbou. Zásadní je bendit pro samotné pacienty, důležité je ale i snížení nákladů na jejich terapii. Proto je problém lymfedému významný i z hlediska veřejného zdravotnictví v současném pojetí (New Public Health), což je sociální a politický koncept vycházející ze zdravotních aspektů a je zaměřený na zlepšování zdraví, prodloužování života a zlepšování kvality života celé populace pomocí podpory zdraví, prevence chorob a jiných forem zdravotních intervencí (7). Pro pacienty je klíčové, jestli je lymfedém včas rozeznán a léčen. Potom je výrazně úspěšnější léčba a nedochází ke snížení kvality života. To se u nás týká především pacientek se sekundárním lymfedémem po operacích a iradiaci pro karcinom prsu, jichž neustále přibývá jak vlivem nárůstu incidence karcinomu prsu, tak díky zlepšené úspěšnosti terapie.

Literatura:

1. FÖLDI, M. a E., 2014, *Lymfologie*. Překlad 7. vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4300-4.
2. KARETOVÁ, D, STANĚK F., 1999, 2.vyd. *Angiologie pro praxi*. Maxdorf 2007. 400 s. ISBN978-80-7345-001-4.
3. LEŠNÍK F., DANKO J., 2005. 1. vyd. *Medicínska lymfológia*. Bratislava: Hajko &Hajková 2005, 415 s. ISBN 80-88700-62-0.

4. LEE, Y. M. 2001. Lymphoedema care of breast cancer patients in a breast care Clinic: a survey of knowledge and health practise. *Support Care Cancer*. 2001 Nov;9(8):634/41. ISSN 0941-4355.
5. MICHELINI, S. et al. 1998. Combination treatment of lymphedema. Our experience *Minerva Cardioangiol* 1998 Oct;46(10):395–6. ISSN 0026-4725.
6. Pitr K., Pitrová G., Mauritzová I., 2016, Availability of care in patients with secondary lymphedema after breast surgery. In: Suvada J., Czarnecki P., Mrazova M. Interdisciplinary Updates on Health in Europe, Warsaw Management University, Warsaw 2016, ISBN 978-83-7520-214-4.
7. ŠULCOVÁ, M., ČIŽNÁR I., FABIANOVÁ E. a KOLEKTÍV. *Verejné zdravotníctvo*. 2012. ISBN 9788022412834.
8. VANÍKOVÁ K., BUCHTELOVÁ E. HORČICOVÁ P. Rehabilitace u žen po operaci prsu. *Rehabilitácia*. 2016, 53(4), 274-284. ISSN 0375-0922.
9. VRTĚLOVÁ P., COUFAL P., FAIT V., GABRIELOVÁ L., ZAPLETAL. Lymfedém po operaci na spádových lymfatických uzlinách pro karcinom prsu. *Klinická onkologie*. 2017, 30(1), 34-40. ISSN: 0862-495X.
10. WALD, M., KŘÍŽOVÁ H., PRAUSOVÁ J. Sekundární lymfedém po lymfadenektomiích. *Praktický lékař*. 1999, 79(12), 666 - 669.
11. WOLFE, J. H. N. 1994. ABC cévních onemocnění. Praha: Scientia medica, 1994. 96 s. ISBN 80-85526-27-1.

