

FİZİKSEL TIP

MEME KANSERİ TANILI HASTALARIN REHABİLİTASYONU: I.BÖLÜM

REHABILITATION OF PATIENTS WITH THE DIAGNOSIS OF BREAST CANCER: PART I

Figen ARDIÇ MD, Yaşar KAHRAMAN MD, Z. Rezan YORGANCIOĞLU MD,

S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi I. FTR Kliniği

ÖZET

Birleşik Devletlerde her sekiz kadından biri meme kanserine yakalanma riskine sahiptir ve tüm kanser ölümlerinin yüzde sekseni meme kanserine bağlıdır. Son yıllarda erken tanı ve etkin adjuvan tedavilerin daha yaygın kullanımına bağlı olarak meme kanseri mortalitesi azalmıştır. Meme kanserli kadınların yaşam beklentisindeki iyileşme, meme kanseri tedavi komplikasyonlarına katılan kadınlar için yaşam kalitesinin nasıl düzeltileceği hakkındaki önemli soruları ileri sürmektedir. Bu derleme dizisinde meme kanseri tedavisine bağlı problemleri ve fizyotrist, fizyoterapist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve onkoloji hemşirelerinin rollerini özetledik.

Anahtar sözcükler: Meme kanseri, rehabilitasyon

SUMMARY

One in eight women in United States have a risk for breast cancer. And eighteen percent of all cancer deaths in women are due to breast cancer. In recent years, breast cancer mortality rates have declined, reflecting advancing in early detection as well as more widespread application of effective adjuvant therapies. The improvement in life expectancy of women with breast cancer raises important questions about how to improve the quality of life for women sustaining complications of breast cancer treatment.

In this review series we have summarized problems due to breast cancer treatment and the roles of physiatrist, physical therapist, psychologist, social worker and oncology nurses.

Key words: Breast cancer, rehabilitation

Meme kanseri (ca) cerrahisi geçirmiş hastaların rehabilitasyonu 3 amaca yöneliktir:

- 1- Fitness'i restore etmek ve fonksiyonel aktiviteye dönüş,
- 2- Hemşire bakımı,
- 3- Lenfödem tedavisi.

Geçmişte meme ca li hastaların rehabilitasyonu sadece ciddi ödem (lenfödem) veya donuk omuz (frozen shoulder) olduğunda sözkonusu olurdu (1). Bazen kemiği tutan metastatik hastalığın neden olduğu ciddi ağrı veya kemik instabilitesi olduğunda veya stabil olmayan omurga veya alt extremitte bir koltuk değneği, yürüteç veya breys gerektirdiğinde yardım için rehabilitasyona refere edilirlerdi. 1980'lerden günümüze çok şey değişmiştir.Meme ca li hastaların ihtiyaçları genişlemiş ve hastalığın evrelerine göre değişmiştir.

Kapsamlı tedavi programları; erken eğitim ve ödemin önlenmesi ve tedavisi, omuz ağrısı ve disfonksiyonunun

tedavisi,meme protezleri veya rekonstrüksiyon kullanımı için öneriler,günlük rutinler ve meslek dışı aktiviteler için fiziksel aktivitenin restorasyonu veya korunması ve ağrının ilaçsız tedavisini içermektedir.

Meme ca erken saptandığında, tedavinin fonksiyona etkisi minimaldir.Ancak maalesef her hastaya erken tanı konamamaktadır ve olası rekürrensler için hastanın kendi izlemi ve sağlıklı bir yaşam için aktif bir rol alması çok önemlidir.Rekürrens oluştuğunda başarılı olarak tedavi edilebilir ve hasta uzun yıllar yaşayabilir.Bu hastalar günlük aktivitelerinde bağımsızlıklarını devam ettirmek için sıklıkla destek bakımına, tedaviye ve eğitime gerek duyarlar.Meme ca hastaları, meme ca nın fazına göre farklı gereksinimler ve belirtiler gösterirler. Tablo I'de bu rehabilitasyon konuları özetlenmektedir.

Meme Kanserinde rehabilitasyon yaklaşımları

Meme ca lı hastalarda en sık görülen fiziksel problem kesi yerinde ağrı, omuz ağrısı ve disfonksiyonu ve kol ödemidir.

Tablo I. Kanser Hastalarının Rehabilitasyonla İlişkili Konuları

Meme ca. fazı	Hastanın İhtiyaçları	Belirtiler	Belirtilerin etkileri
1. Tedavi öncesi	Tedavi seçenekleri ve hastalığın etkileriyle ilgili bilgilendirme	Ağrı, Anksiyete	Günlük rutinler, Uyku, Yorgunluk
2. Tedavi	Bilgilendirme, Destek Günlük rutinlere yardım	Ağrı, Anksiyete, Omuz mobilitesi Yara / Cilt Bakımı	Günlük rutinler, Uyku, Kendine bakım Kozmetik
3. Tedavi sonrası	Destek, Rehabilitasyon	Ağrı, Anksiyete, Depresyon Omuz mobilitesi, Ödem Yorgunluk	Uyku, Yorgunluk, Günlük Yaşam Aktiviteleri, Mesleki / Mesleki olmayan, Kozmetik
4. Rekürrens	Eğitim, Destek	Depresyon, Yorgunluk Ödem, Kemik İnstabilitesi	Uyku Bozukluğu, Engellilik, Rutinleri yapamama, Kozmetik
5. Yaşam sonu	Eğitim, Destek	Ağrı, Yorgunluk	Bağımlılık

Üst ekstremitede oluşan zayıflık genellikle oldukça hafiftir ve kendini sınırlar. Yeni vücut imajı ve tanı öncesindeki fonksiyon düzeyine dönebilme sıklıkla anksiyete ve uykusuzluğa neden olmaktadır. Radyoterapi (XRT) ve kemoterapi (KT) de sıklıkla yorgunluk, bulantı ve sonuçta anksiyetede artışa neden olmaktadır. Rehabilitasyon takımı sıklıkla tüm bu problemlerin tedavisine yardım eder (2).

Veriler daha fazla psikolojik stres oluşturacak ölçüde yaygın kol problemleri olduğunu göstermektedir.

Meme cerrahisi sonrası rehabilitasyon 5 fazdır. Bu fazlar Tablo II' de özetlenmiştir.

1. Tanısal / tanı öncesi tedavi fazı hastanın tedavi seçenekleri ve tedavinin sonuçları hakkındaki eğitimini içerir. Bu fazdaki anksiyete hastanın gelecek ve bağımsız kalabilme hakkındaki belirsizliğiyle ilişkilidir.

2. Tedavi fazı kendine bakım, mobilite ve ağrının kontrolü ile omuz mobilitesini restore etme veya düzeltme girişimlerini içerir.

3. Kesin tedavi sonrası faz fonksiyonun korunması ve normal aktiviteye dönüş hakkındaki eğitimini gerektirir. Bu fazda hasta takibin ne olduğu yardım için ne zaman arayacağı, ağrılı bölgelerinin kendi kendine iyileşmesine nasıl dikkat edeceği, kuvvet, eklem hareket açıklığı, uyarılar ve ödem hakkında eğitilmelidir. Hedefler aktiviteleri en üst düzeye çıkarmak ve işte, evde ve hobilerde tahmin edilen en fazla performans düzeyine döndürebilmektir.

4. Meme ca rekürrens fazı birçok yönden tedavi seçeneklerinin risklerinin gözden geçirildiği başlangıç fazına benzer. Rekürrens varlığında, tedavi edileceği ve tedavinin sekellerinin ne olduğu daha iyi tanımlanmalı ve anlaşılmalıdır.

5. Son fazda, yaşam sonu konuları hastalığın gelecekteki seyri ve fonksiyona etkisi hakkında hasta ve ailesinin eğitimi çevresinde odaklanmalıdır. Rehabilitasyon uzmanı ağrının ilaç dışı (örn. sıcak, soğuk, TENS) tedavisinin kullanımında yardımcı olmalıdır. Tedavi bağımsızlığı ve günlük aktivite kalitesinin devamını amaçlar. İstendiği vakit, yaşam sonu konularında danışma ve destek de sağlanır.

Tablo II. Onkolojik rehabilitasyonun 5 Fazı

Hastalığın fazı	Rehabilitasyon uzmanının konuları
1. Tanı fazı	1. Meme ca tedavisinin fonksiyon üzerine etkisi hakkında beklentiler 2. Fonksiyonun ve nasıl korunacağını anlaşılması 3. Kapsamlı ameliyat öncesi rehabilitasyon değerlendirmesi (örn. eklem hareket açıklığı (EHA), günlük yaşam aktiviteleri, kuvvet)
2. Tedavi fazı	1. Fonksiyon üzerinde tedavinin etkilerinin değerlendirilmesi (cerrahi, kemoterapi, radyoterapi, biyolojik ajanlar) 2. Egzersiz, ödem tedavisi ve artmış aktiviteyle fonksiyonun korunması veya restore edilmesi 3. Ağrının sıcak, soğuk ve TENS'le kontrolü
3. Tedavi sonrası fazı	1. Günlük rutinleri restore etmeye yardımcı bir program geliştirme ve destekleme 2. Hastanın neleri takip etmesi hakkındaki eğitimi (örn. kuvvet, EHA, ödem, ağrı) 3. Egzersiz ve ödem tedavisinin idame programını gözlemek
4. Rekürrens	1. Rekürrensin ve tedavisinin fonksiyon üzerinde etkisi hakkında hastanın eğitimi 2. Hastanın yeni klinik duruma neleri izleyeceği konusunda eğitimi 3. Uygun idame programında hastanın izlenmesi 4. Aktiviteler ve yaşam kalitesinin devamı için hastaya yardım etme
5. Yaşam sonu	1. Mobilite egzersizleri, vücut hareketleri ve yardımcı cihazlar hakkında hasta ve ailesinin eğitimi 2. Ağrı tedavisi ve belirtilerin kontrolü 3. Bağımsızlık ve yaşam kalitesinin idamesi

Rehabilitasyon ve Tedavi

1. Ameliyat öncesi değerlendirme

Bir preoperatif visit (30 ile 60 dakika), rehabilitasyon uzmanına faydalı başlangıç verileri sağlar, bu hastanın fonksiyonel son durumu, özellikle omuz fonksiyonu ve olası post-op fizik tedavi- rehabilitasyon programı için çok önemli olabilir.

Ameliyat sonrası rehabilitasyon ve kozmetik hakkında hastanın aktivitesini azaltabilecek hasta eğitimi bu zamanda yer almalıdır.

Tablo.III' de meme cerrahisi geçirecek hastalar için faydalı hasta eğitimi başlıkları verilmiştir. Ameliyat öncesi her iki taraflı üst ekstremité çevre ölçümleri yapılmalıdır. Ancak bazı kadınlarda ameliyat sonrasında belirgin kol ödemi oluşmadan önce tek taraflı göğüs duvarında veya kalan meme dokusunda ödem gelişmektedir. Erken tanı ve erken müdahale lenfödemin istenmeyen etkilerini en aza indirir (3,4).

2. Tedavi

Meme ca'nın evrenmesi tıbbi tedavi için gerekenleri belirler. Meme ca tedavisinin hedefleri 3 bölümdür

- (a)- yaşamı sürdürme,
- (b)- rekürrensi en aza indirme,
- (c)- en iyi fonksiyonel ve kozmetik sonuçları sağlamak

Tablo IV.'de onkolojik tedavi sırasında rehabilitasyon önerileri listelenmiştir.

Meme kanserinin tedavisine bağlı yaygın problemler kolda şişlik, meme/ göğüs duvarı şişliği, omuz EHA defisitleri, ipsi oluşumlar (= cording), el sıkma veya omuz kuşağı kuvvetinde zayıflık, skapular kanatlanma, omuz sertliği, postüral değişimler, göğüs duvarı hassasiyeti, boyun veya üst trapez ağrısı, kolda ağrı, kolun iç yüzünde uyuşma olarak sıralanabilir. İlişkili semptomlar sıklıkla depresyon,

Tablo III. Meme Cerrahisi Fizik Tedavi / Eğitim kontrol listesi

Hastayla tartışıldı / öğretilildi <input type="checkbox"/>	Hasta düşündü ve yaptı <input type="checkbox"/>
Beklenen duysal değişiklikler Lenfödem uyarıları Protez informasyonu Postür düzeltilmesi Omuz hareketleri rehberi Yük kaldırma uyarıları (İlk 2 hafta 2,5 kg, sonraki 6 hafta için 5 kg) Genel kondisyon önerileri Radyoterapi alacaksa egzersiz rehberi Kendi - kendine meme muayenesi ve önemi Gevşeme teknikleri	Tutulmuş üst ekstremitenin elevasyonu ve pozisyonlanması Derin soluk - alma egzersizleri (üst göğüs ve kaburga kafesi ekspansiyonu pozisyonlanması) Boyun EHA egzersizleri Omuz silkme / retraksiyonlar Dirsek fleksiyon / ekstansiyon / supinasyon / pronasyon Aktif omuz EHA egzersizleri (kesi yeri gerilme ağrısından kaçın) Ev egzersiz programı

Tablo IV. Onkolojik Tedavi Sırasında Rehabilitasyon Önerileri

Onkolojik Tedavi	Yan Etkiler	Rehabilitasyon Önerileri
Cyclophosphamide	Yorgunluk, iştahsızlık, bulantı	Günlük yaşam aktivitelerini yapmak için endurans egzersizleri Osteoporozu önlemek için yük binen egzersizler Gevşeme terapisi
Methotrexate	Yorgunluk, bulantı ve stomatit	Endurans egzersizleri, Gevşeme terapisi
5-Fluorouracil	Yorgunluk, ataksi, fotosensitivite	Denge ve yürüme eğitimi, mobilite yardımcıları Endurans egzersizleri, Gevşeme terapisi
Vincristine	Yorgunluk, depresyon, konfüzyon ve nörotoksisite (geçici uyuşma, motor zayıflık, derin tendon reflekslerinin kaybı)	Denge ve yürüme eğitimi, mobilite yardımcıları, ince motor aktiviteler için el terapisi, kuvvet ve endurans egzersizleri, gevşeme terapisi, ağrı tedavisi (TENS, dizesteziler için duysal uyarım)
Doxorubicin	Yorgunluk, bulantı, kusma, stomatit, kardiyotoksisite (kardiyak aritmiler, kardiyomyopati)	Dikkatli izlenen endurans egzersizleri Hastayı kardiyak durumunu izlemesi hakkında eğitim Gevşeme terapisi
Tamoxifen	Yorgunluk, sıcak basması, bulantı, kusma, kilo alma, mevcut yumuşak doku/kemik lezyonlarında ağrı	Kilo kaybettirici egzersizler, endurans egzersizleri, gevşeme terapisi, ağrı tedavisi (TENS)
Prednisone	Ödem (ay yüzü, trunkal obezite), kas zayıflığı ve atrofi (yüksek dozlarda), osteoporoz ve glukoz intoleransı	Ödem tedavisi, kuvvetlendirme egzersizleri, kilo kaybettirici egzersizler, osteoporoz egzersizleri
Radyoterapi	Yorgunluk, kaslarda fibroz ve kontraktürlere yol açan elastisite ve kontraktileite kaybı, osteopeni	ROM egzersizleri, patolojik kırıkları önleyici aktiviteler
Kemik iliği transplantasyonu	Yorgunluk, sosyal izolasyon, yağsız vücut kitlesi kaybı, yumuşak doku kontraktürleri	Dikkatle gözlenen kuvvet ve endurans egzersiz programı

anksiyete ve yorgunluğu içerir. Ulusal sağlık enstitüsünün geliştirdiği kapsamlı ve yıllar süren klinik deneyimlerden sonra oluşmuş programa göre mastektomi veya aksilla disseksiyonu geçiren tüm hastalara sağlanan standart tedaviye göre hedef progresif kol mobilitesidir. Önerilen post-op mobilizasyon şeması Tablo V.' de gösterilmektedir.

Tüm bir fonksiyonel iyileşme için omuz ve göğüs duvarı ağrısı

Aksillar lenfadenektomiden sonra oluşabilen diğer durum üst kolun iç yüzeyinde ve dirseği önünde yüzeysel ipsi, sicim benzeri yapıların (=cording) gelişmesidir. Bu fibroz bantların skleroze olmuş lenfatikler olduğuna inanılmaktadır. Bunlar koltuk altı veya dirsek arkasında da oluşabilir. Bunlar ağrıya ve dirsek tam ekstansiyondayken omuz fleksiyon ve abduksiyonunda kısıtlılığa yol açabilir. Bu belirtiler kendi kendine

Tablo V. Postoperatif Omuz Mobilizasyon Şeması

Post-op gün	Fleksiyon	Abduksiyon	İç ve Dış Rotasyon
1-2	40°	40°	Toleransa göre
3	45°	45°	Toleransa göre
4-6	45-90°	45°	Toleransa göre
7	Toleransa göre	Toleransa göre	Toleransa göre
Drenler çıkınca	Toleransa göre	Toleransa göre	Toleransa göre

ile üst ekstremité ödeminin kontrolü de sağlanmalıdır (5). Tüm hastalara sağlıklı yaşam tarzı ve aerobik fitness'in önemi anlatılmalıdır. Tablo VI. meme ca'lı hastalara kapsamlı rehabilitasyon yaklaşımını özetlemektedir. Bugün bir çok bakım programı poliklinik cerrahi prosedür olarak aksillar disseksiyon önerir ve gerekirse seromalar aspire edilir. Bir çok bakım programları hastaları rutin olarak post-op rehabilitasyonu referetmezler. Çalışmalar erken post-op rehabilitasyon girişimlerinin fonksiyonel sonuçları iyileştirdiğini göstermektedir (5,6).

Aksilla lenfadenektomi sırasında uzun torasik sinire travma oluşabilir ve serratus anterior (SA) kasında zayıflığa neden olur. Skapular kanatlanma serratus anterior kası zayıflığının erken belirtisidir. Erken tanı ve müdahale ile skapular stabiliteyle birlikte serratus anterior kasında tam iyileşmeye 6 ayda ulaşılabilir (7). SA felci olan hastaların dik pozisyonda tam omuz EHA' nı tamamlayamamaları nedeniyle, egzersiz programı skapulanın stabilitesini sağlamak ve kol ağırlığını elimine etmek için sırtüstü pozisyonda düzenlenmelidir. Hastanın serratus anterior kası yeniden fonksiyonunu kazanana kadar ROM ve kuvvetlendirme egzersizleri sırtüstü pozisyonda devam etmelidir.

sınırlayıcıdır. Kendiliğinden veya tedavi sırasında terapist bunlara nazikçe manuel traksiyon uyguladığında kırılabilir. Sıklıkla kırıldığında kırılma sesi duyulabilir ve sonuçta omuz ROM'da artma olacaktır (8). Bunlar avasküler yapılarıdır ve yırtılınca kanamazlar. Aksillar lenfadenektomi sırasında interkostobrakial ve medial brakial kutanöz sinirlerin hasarlanması nedeniyle iç yan kol ağrısı ve uyuşma nadir değildir. Bu belirtilerin yoğunluğu zamanla azalmasına rağmen, iç yan koldaki uyuşma sabit kalabilir. Aksilla lenfadenektomünün morbiditesi nedeniyle, onkologlar meme ca evlendirmesi için sentinel nod biyopsi gibi daha az invazif girişimler önermektedirler (9).

Kanser tedavi ekibi radyasyona giren hastaların gereksinimlerini karışmalıdır. Radyasyonun potansiyel sekellerini (lokal eritem, olası yanık, radyasyon alanında lokal ödem ve kol ödemi) önlemek için yakın takip önemlidir. Omuz mobilitesi de radyasyon alanı ve dozimetreden etkilenebilir. Radyoterapiye giren tüm hastalara omuz EHA ve kuvvetini idame ettirici gündüz ev egzersiz programı öğretilmelidir. Normal omuz ROM abduksiyonu 180° dir ve aksillaya radyoterapi almak için en az 110° omuz abduksiyonu gerekir. Bu günlük germe programı olmaksızın, radyasyona bağlı fibrozis oluşabilir ve kalıcı fiziksel engellilikle sonuçlanan kontraktüre neden olur.

Tablo VI. Rehabilitasyon Tedavileri İçin Önerilerin Özeti

Problem	Pre-op değerlendirme	0-2 hafta	2-12 hafta	3-6 ay	>6 ay
Ödem	Başlangıç ölçümlerinde ödem varsa nedenini saptama	Koruyucu kol bakımı 2-4 cm'lik ödem = Fizik Tedavi >4cm=Fizik Tedavi +kompresyon pompası Eritem varsa antibiyotik	Aynı	Ek olarak geceleri bandaj gündüzleri basıncı giysisi	Aynı Ağrı varsa metastazi ekarte et
Omuz hareketi	Başlangıç ölçümleri Fleksiyon, abduksiyon <145° Rotasyonlar <60° ise ısı ve ROM egzersizleri	Tablo 5. de özetlendi	Makara egzersizlerine başla, Flk, abd<145° Rotasyonlar<60° Sıcak, soğuk, Aktif ve pasif germe 8 haftada düzelmezse NSAID ekle	flk<160° abd<145° rot<60° ROM egz	<160° <145° <60° ROM egz etkili değişse tarama NSAIDS, IA CS
Kas kuvveti	Başlangıç ölçümleri, özellikle skapula stabilizatörleri	SA'de kuvvetsizlik, skapulayı sırtüstü pozisyonda egz.lerle destekle	Kuvvet normale dönmelidir. ROM egz. zayıflık varsa sırtüstü pozisyonda egz.lerle destekle	Postop zayıflık 6 ayda çözümlenmelidir	Postop zayıflık 6 ayda çözümlenmelidir
Protez		Pamuk veya kalıcı protez	Aynı	Rekonstrüksiyon düşün	
Psikolojik destek	Cerrahi, XRT ve yaygın postop problemlere hazırlık	Destek grubu ve gevşeme teknikleri	Aynı		

İdeal olarak hasta radyoterapi sırasında 1 veya 2 kez rehabilitasyon uzmanı tarafından ev egzersiz programına uyum ve ilerlemenin izlenmesi açısından görülmelidir. Aksilla diseksiyonu ve radyasyondan sonra immobilizasyona bağlı önemli EHA kayıp olduğunda tam EHA' ni tekrar kazanmak sıklıkla zordur. Rehabilitasyondan taburcu olmadan önce hastanın eğitimi son derece önemlidir ve Tablo VII.'de özetlenmiştir.

Yorgunluk genellikle XRT ile birlikte, enerji kaybı ve hastanın normal aktivitelerini bile yapamaması sıklıkla gözlenmektedir. XRT ve KT uzamış yatak istirahati ve inaktivite

Tablo VII. Hasta Eğitimi

Hasta Eğitimi

- Omuz ROM'ünü izleme.
- Kol, kalan meme dokusu / göğüs duvarını izleme
- Günlük germe egzersizleri
- Yapılması ve yapılmaması gerekenler

kondisyonda azalmaya yol açabilir ve ortostatik hipotansiyon, ataksi, kardiyak atım volümünde azalma ve kas atrofisiyle sonuçlanabilir. Dolayısıyla rehabilitasyon takımı bireyin ihtiyaçlarına yönelmeli, aerobik kapasitesini saptamalı ve tedavi sırasında / sonrasında yardım / destek tedavileri

sağlamalıdır. Tedavinin özellikleri hastanın mevcut tıbbi durumunun ihtiyaçlarına göre düzenlenmelidir. Uygun fitness düzeyi bireyin ihtiyaç ve isteklerine göre tanımlanmalıdır.

Egzersiz hastanın kuvvet, dayanıklılık, iyi hissetme duygusu ve fonksiyonel yeteneklerini artırabilir (10-12). Haftada ortalama 9 saat egzersiz yapan fiziksel olarak aktif kanser hastaları medikal tedavileri sırasında azalmış yoğunluk, sıklık veya süreyle birlikte işlerine devam edebilmişlerdir. Bu hastalar için orta düzeyli egzersiz ca-ilişkili yorgunluğu azaltmak için olumlu olacaktır (13). Burada egzersiz kontrendikasyonları da vardır ve Tablo VIII' de özetlenmektedir.

KT veya kemik iliği transplantasyonu için uzamış hospitalizasyon sırasında, kapsamlı terapötik rekreasyon programı hastanın anksiyete, sıkıntı, depresyon, disoryantasyon veya izolasyonunu azaltmak için aktif çözümler sağlar. Resmi olmayan bir görüşmeden sonra, rekreasyon terapisti bu uzamış period sırasında ihtiyacı olan özel boş zamanın planlayabilir. Hastalar zevkli boş zaman aktivitelerine katıldıklarında, kanser tedavisi veya yan etkilerine odaklanmazlar. Gerçekte sanatsal aktivitelere katılan birçok hasta, hastaneden taburcu olmadan önce arkadaşları ve ailesi için hediyeler yapmaya odaklanmaya başlar (14). Bazı hastalar standart tıbbi tedaviden daha farklı, daha aktif non-medikal yaklaşım isterler (15).

Tablo VIII. Rehabilitasyon programı kontrendikasyonları ve programda ciddi değişiklikler gerektiren durumlar

Kesin ve Göreceli Kontrendikasyonlar

- Akut enfeksiyonlar ve ateş
- Hematokrit <25 % (nefes darlığı aktivite düzeyini belirler)
- Plateletler <5.000 (spontan kanama)
- Plateletler + 5.000-20.000 (min. yaralanma kanamaya yol açabilir.)
- > % 50 korteks tutulumuyla metastatik kemik lezyonları
- Büyük plevral efüzyonlar
- Yeni prematür ventriküler kontraksiyonlar
- Taşikardi
- Ciddi asit
- XRT komplikasyonları (lokal seromalar cilt değişimleri)

Meme Rekonstrüksiyonu

Mastektomi geçiren birçok kadın meme rekonstrüksiyonunu seçmektedir. Transvers rektus abdominis myokutanöz flap (TRAM), meme rekonstrüksiyonu için en yaygın cerrahi prosedür haline gelmiştir. Bu prosedürün spesifik post-op komplikasyonları azalmış karın kas kuvveti, karın duvarı hernileri ve bel ağrısıdır. Atelektazi, pulmoner emboli ve derin ven trombozu nadir ama potansiyel post-op komplikasyonlardır. TRAM myokutanöz flap prosedürü geçiren hastalar, gövde kuvvetini, postür ve vücut mekaniğini düzeltme ve bel ağrısını azaltmak için post-op rehabilitasyon programına gözden geçirilir.

Hastalar cerrahiden 6 hafta sonuna kadar yük kaldırmama ve yatarken oturur duruma geçmeme konusunda uyarılmalıdır (16).

KAYNAKLAR

- Gerber LH, and Augustine EM. Rehabilitation Management: Restoring Fitness and Return to Functional Activity. In: Harris JR. Diseases of the breast. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000: 1001-1007.
- Maunsell E, Brisson J, DeSchenes L. Arm problems and psychological distress after surgery for breast cancer. *Can J Surg* 1993; 36: 315-320.
- Rockson S, Miller L, Senie R, et al. Diagnosis and management of lymphedema. *Cancer* 1998; 83(Suppl 12): 2882-2900.
- Clarysse A. Lymphedema following breast cancer treatment. *Acta Clin Belg* 1993; 15(Suppl 1): 47-55.
- Lotze MT, Duncan MA, Gerber LH, et al. Early vs. delayed shoulder motion following axillary dissection. *Ann Surg* 1981; 193: 288-294.
- Healey J. Role of rehabilitation medicine in care of patient with breast cancer. *Cancer* 1971; 28: 1666-1701.
- Duncan MA, Lotze MT, Gerber LH, et al. Incidence, recovery and management of serratus anterior muscle palsy after axillary node dissection. *Phys Ther* 1983; 63: 1243-1249.
- Wood C, Gerber L. Rehabilitation of the patient with breast cancer. In: Lippman M, Lichter A, Danforth D eds. Diagnosis and management of breast cancer. Philadelphia: WB Saunders, 1988: 457-568.
- Krag D, Weaver D, Ashikaga T, et al. The sentinel node in breast cancer. *N Engl J Med* 1998; 339: 441-449.
- Winningham ML. Walking program for people with cancer. *Cancer Nurs* 1991; 14(5): 270-275.
- Winningham LM, Mac Vicar MG, Bondoc M, et al. Affect of aerobic exercise on body weight and composition in patients with breast cancer on adjuvant chemotherapy. *Oncol Nurs Forum* 1989; 16: 683-689.
- Jonhson JB, Kelly AW. A multifaceted rehabilitation program for women with cancer. *Oncol Nurs Forum* 1990; 17: 691-697.
- Schwartz AL. Patterns of exercise and fatigue in physically active cancer survivors. *Oncol Nurs Forum* 1998; 25: 485-491.
- O'Connell S. Recreation therapy: Reducing the effects of isolation for the patient in a protected environment. *Child Health Care* 1984; 12(3): 118-126.
- Post-White J, Johnson M. Complementary nursing therapies in clinical oncology practice: relaxation and imagery. *Dimens Oncol Nurs* 1991; 5(2): 15-21.
- Monteiro M. Physical therapy implications following the TRAM procedure. *Phys Ther* 1997; 77: 765-772.