

Behandlingsriktlinjer för patienter som genomgått bröstrekonstruktion med DIEP-lambå

Dessa behandlingsriktlinjer är framtagna av sjukgymnast vid plastikkirurgiavdelningen 79B, neurodivisionen, Akademiska sjukhuset.

Kliniska omständigheter

Patienter som genomgår en bröstrekonstruktion med DIEP-lambå är till största delen kvinnor som haft bröstcancer och som på något vis, fysiskt eller psykiskt, besväras av att bara ha ett eller inget bröst kvar. Bröstrekonstruktion med DIEP-lambå kan även utföras som direktrekonstruktion i samband med mastektomi eller profylaktiskt hos de kvinnor som har hereditet för bröstcancer.

DIEP är en förkortning av Deep Inferior Epigastric Perforator och innebär att man använder sig av en fri lambå som består av blodkärlsförsedd fettvävnad och hud från buken. Lambån sys i på bröstets plats. Detta utförs ipsi- eller bilateralt.

Patienten vårdas på brännskadeintensiven ca 1 dygn efter operationen, därefter ca 6 dygn på plastikkirurgiavdelning och skrivs sedan ut till hemmet. Detta omfattar både patienter i C-läns- och utomlänspatienter.

Behandlingsmål

- Förhindra lungkomplikationer
- Förhindra djup ventrombos
- Förhindra nedsatt ledrörlighet i axelled med hänsyn till restriktioner.

Litteratursökning

Litteratur har sökts via medicinska bibliotekets databaser Medline, Amed och PubMed 1995-2006. Sökord som har använts är DIEP, prevention of respiratory complications, breast reconstruction. Vid redan kända referenser har sökning skett på författarens namn.

Resultat

Flera studier visar på att sjukgymnastik är viktigt i samband med bröstrekonstruktion för att ge patienten information och rehabilitering (1,2).

Fagervik-Olsen (3) har visat i en studie att det är viktigt att ge patienter som ska genomgå bukoperation preoperativ information angående slutna läppandning, host-/huffövningar, information om att byta position i sängen och tidig mobilisering för att förhindra postoperativa lungkomplikationer.

En ökad risk för postoperativa komplikationer vid mikrokirurgiska operationer har visats i många (4,5,6), men inte alla studier (7).

Enligt Gahankari et al (8) ska rörelser av axelled göras försiktigt postoperativt och information ska ges om gällande restriktioner. Armen får maximalt eleveras 90° i axelled under minst 7-10 dagar efter en DIEP-operation. Detta gäller på den sida patienten är opererad och om anastomosens sitter i axillen. Även om patienten ofta inte spontant eleverar armen högre än 90° i axelled p.g.a. smärta och stramning i axillen ska patienten få information om restriktioner.

Det har visats att aktiva rörelser med fotlederna krävs för att få en signifikant ökning av det venösa blodflödet som leder till att risken för djup ventrombos minskar (9).

Rekommendationer

Den sjukgymnastiska behandlingen av patienter som genomgått bröstrekonstruktion med DIEP-lambå stöds av ovan nämnda studier. Studierna visar på att patienter rekommenderas andningsgymnastik (3), aktiva rörelser i axelled (8) samt trombosprofylax (9).

Omhändertagande av patienter som genomgått bröstrekonstruktion med DIEP-lambå på plastikkirurgen, Akademiska sjukhuset

Preoperativt träffar sjukgymnasten patienten för anamnes, status och information (3).

Anamnesen innehåller aktivitetsnivå, aktuella och tidigare sjukdomar, speciellt lungsjukdomar, tidigare operationer samt rökvanor. Patienter som ska genomgå bröstrekonstruktion med DIEP-lambå får inte röka eller snusa 3 månader innan lambå-operation.

Status tas av axelledsfunktion och andningsfunktion.

Information om djupandning, motståndsandning med PEP-ventil och host- och huffteknik ges (3). Även information om kroppslägets inverkan på lungfunktionen och uppstigningsteknik från säng via sidoläge ges (3). Patienter får också lära sig trombosprofylax (aktiva rörelser i fotleder) (9).

Postoperativt kontrolleras andningsfunktion och patienten får påminnelse om aktiva rörelser av fotleder samt försiktig tidig mobilisering. Träningsprogram ges från och med andra dagen efter operation, som är anpassat efter restriktioner (8). Vid behov sker behandling av postoperativa lungkomplikationer.

Genomgång av hemträningsprogram sker innan hemgång.

Vid behov skrivs Fysisk aktivitet på recept - FaR®, för att stimulera till fortsatt träning utanför sjukvården (10).

Utvärdering

Preoperativt tas ett status på axelledsfunktion med rörelseomfång som mäts med goniometer (11) och funktionella rörelser som hand i nacke (HIN) och hand i rygg (HIR) (12, 13). Axelledsfunktionen kan inte utvärderas vid utskrivning från sjukhuset p.g.a. restriktioner men eftersom att det finns dokumenterat kan det användas vid polikliniska besök på mottagningen om patienten skulle ha några problem postoperativt då inte restriktionerna gäller längre.

Andningsfunktion kontrolleras genom auskultation, mätning av saturation, andningsfrekvens och andningsmönster (14,15).

Referenser

1. Monteiro M. Physical therapy implications following the TRAM procedure. Phys Ther. 1997;77(7):765-70.
2. McAnaw MB, Harris KW. The role of physical therapy in the rehabilitation of patients with mastectomy and breast reconstruction. Breast Dis. 2002;16:163-74.

3. Fagevik-Olsen M, Hahn I, Norggren S, Lonroth H, Lundholm K. Randomized controlled trial of prophylactic chest physiotherapy in major abdominal surgery. *Br J Surg*. 1997;84(11):1535-8.
4. Moolenburgh SE, van Huizum MA, Hofer SOP. DIEP-flap failure after pedicle division three years following transfer. *Br J Plast Surg*. 2005;58:1000-3.
5. Granzow JW, Levine JL, Chiu ES, Allen RJ. Breast reconstruction using perforator flaps. *J Surg Oncol*. 2006 Oct 23;94(86):441-54.
6. Nahabedian MY, Singh N, Deune EG, Silverman R, Tufaro AP. Recipient vessels analysis for microvascular reconstruction of the head and neck. *Ann Plast Surg*. 2004;52(2):148-55.
7. Hultman CS, Daiza S. Skin-sparing mastectomy flap complications after breast reconstruction: review of incidence, management, and outcome. *Ann Plast Surg*. 2003;50:249-55.
8. Gahankari D, Malyon A, Weiler-Mithoff E.M. Avulsion of vascular anastomosis in free-flap breast reconstruction. *Br J Plast Surg*. 2001;54:167-168.
9. Sochart DH, Hardinge K. The relationship of foot and ankle movements to venous return in the lower limb. *J Bone Joint Surg Br*. 1999;81(4):700-4.
10. FYSS 2008. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Statens folkhälsoinstitut, rapport R 2008:4. Elanders; 2008 (www.fyss.se).
11. Clarkson HM. Muskuloskeletal assessment. Joint range of motion and manual muscle strength. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;2000.
12. Solem-Bertoft E. (red) Holmström E, Moritz U. Nacke och extremiteter – klinik och sjukgymnastik. Lund: Studentlitteratur; 1997.
13. Westerberg CE, Solem-Bertoft E, Lundh I. The reliability of three active motor tests used in painful shoulder disorders. Presentation of a method of general applicability for the analysis of reliability in the presence of pain. *Scand J Rehabil Med*. 1996 May;28(2):63-70.
14. Hough A. Physiotherapy in Respiratory Care. Cheltenham: Stanley Thornes Ltd; 1997.
15. Cox CL, McGrath A. Respiratory assessment in critical care units. *Intensive Crit care Nurs*. 1999;15:226-234.