

21 Forløbsbeskrivelse for fysioterapi under brystkirurgiske patientforløb.

21.1 Resumé af DBCG's anbefalinger

Formål

At sikre ensartet tilbud om fysioterapeutisk behandling under brystkirurgiske patientforløb.

Metode

Retningslinjer udarbejdet på baggrund af litteraturgennemgang her i blandt Cochrane rapport: McNeely et al. Exercise interventions for upperlimb dysfunction due to breast cancer treatment. The Cochrane Library (1).

Rekommandationer

- Det anbefales, at der inden operation ligger en fysioterapeutisk intervention.
- Formålet med fysioterapeutisk præoperativ kontrol er, at fysioterapeuten får mulighed for at vurdere habituel funktionsevne samt forebygge inaktivitet postoperativt, ved instruktion til selvtræning med opstart umiddelbart efter operationen.
- Det anbefales, at fysioterapeuten gennemgår det udleverede selvtræningsprogram med patienten, således at patienten ved udskrivelse er instrueret i at udføre progredierende hjemmeøvelser selvstændigt uden smerter.
- Det anbefales, at der ved udskrivelse er planlagt en ambulans fysioterapeutisk kontrol.
- Formålet med kontrollen er, at vurdere patienten jf. monitorerings skema omkring postoperative behandlingsrelaterede gener i form af smerter, bevægelighed af skulder og arm, kraftnedsættelse, neural tension og omfangsvurdering af arm.
- Det er hensigtsmæssigt at patienten vurderes 4-6 uger efter sidste strålebehandling, idet vævet oftest først er uden akutte bivirkninger på dette tidspunkt. Det anbefales derfor, at der tidligst 4-6 uger efter endt strålebehandling gives mulighed for opfølgende fysioterapeutisk kontrol.
- Efter endt cancer mamma operation kan der udarbejdes genoptræningsplan med henblik på specialiseret-, almen genoptræning eller egentræning. Administration af dette afhænger af de sundhedsaftaler, som er indgået i de enkelte regioner.
- Det fysioterapeutiske genoptræningsforløb bør afspejle de, ved kontrollen undersøgte problemstillinger. Genoptræningen bør indeholde mulighed for et individuelt forløb, hvor dette er nødvendigt. Dele af genoptræningen kan med fordel foregå via holdtræning.
- Ved afslutning af det fysioterapeutiske forløb skal patienten vide, hvor hun kan henvende sig i tilfælde af opstået ødem i den opererede sides arm, med henblik på videre lægelig udredning af et evt. lymfødem.
- I tilfælde af postoperative problemer skal der være mulighed for, at patienten kan genhenvises til fysioterapi via hospitalslæge (kirurg eller onkolog). Det anbefales, at lokale hospitals læge og fysioterapeut udarbejder fælles retningslinjer og henvisningsprocedurer for ambulans fysioterapi til brug for hospitalets læger.
- Behandlende fysioterapeuter bør være uddannet eller oplært indenfor fysioterapeutisk behandling af brystkræftpatienter.

21.2 Ansvarlig

Dette kapitel er udarbejdet af en arbejdsgruppe nedsat af DBCG under netværk for hospitalsfysioterapeuter og kirurger indenfor det brystkirurgiske speciale.

21.3 Baggrund for anbefalinger

Prævalens og typer af behandlingsrelaterede følger efter operation og behandling af brystkræft – så som lymfødem, nedsat skulderbevægelighed og vævs påvirkning er veldokumenteret (2-6). Den positive betydning af den fysioterapeutiske genoptræning og behandling til denne patientgruppe i forhold til at mindske senfølgerne er ligeledes veldokumenteret (7-10).

Præoperativ undersøgelse giver mulighed for tidlig diagnosticering, forebyggelse og evaluering af postoperative skulder- og armfunktions problemer relateret til behandling for brystkræft (11). Nyeste, evidensbaserede undersøgelser har vist, at tidligt institueret fysioterapi (1-3 dage postoperativt) har vist positiv effekt på skulder- og armfunktion efter operation for cancer mamma med en kombination af indgreb i mamma og indgreb i axil. Øget mængde serom kan være en bivirkning til træningen, men der er ikke fundet generel tendens til øget hyppighed af seromtapning pga. genoptræning (12). Opstartstidspunkt er fundet uden betydning i forhold til udvikling af lymfødem (13), mens udvikling af lymfødem er fundet associeret med overvægt (14). Der er ingen statistisk forskel mellem patienter som starter tidligt og sent i genoptræning, på udvikling af lymfødem, smerter, sårheling og antallet af patienter med serom (1;15).

Der er ingen øget tendens til forekomst af lymfødem efter genoptræning der indeholder progressiv styrketræning blandt patienter behandlet med axildissektion. Derimod er der fundet positiv effekt af progressiv styrketræning ift. lymfødem-relaterede symptomer. (9;13;16) Strålebehandling der ikke inkluderer axil findes kun at have mindre betydning for påvirkning af skulderfunktionen (17).

Trods udvikling i retning af mindre radikal kirurgisk behandling indenfor brystkræft i dag, har nedsat skulder- armfunktion vist sig at være en hyppig senfølge til behandling for brystkræft, og er fundet associeret med nedsat livskvalitet og dårligere helbred (4;18). Fysisk aktivitet under og efter behandling for brystkræft har vist positiv effekt på kondition, livskvalitet og overlevelse (7;19). Behandlingsrelaterede symptomer har vist sig at kunne påvirke særligt de yngre patienters arbejdsevne og tilknytning til erhverv negativt langvarigt efter afsluttet behandling (20-23).

Den optimale, postoperative genoptræning til brystkræftopererede, er endnu ikke tilstrækkeligt udforsket (24;25).

21.4 Anbefalet fysioterapeutisk intervention

21.4.1 Målgruppe

Alle patienter, der har gennemgået mastektomi, lumpektomi, aksilrømning eller SN-diagnostik. Undtaget er dog patienter, der får foretaget lumpektomi uden aksil- eller SN indgreb. Omfatter også onkoplastiske patienter, dog ikke pt. behandlet med primær rekonstruktion.

Det anbefales, at man tilbyder fysioterapeutisk intervention i henhold til følgende:

21.4.2 Præoperativ instruktion

Det anbefales, at der inden operation ligger en fysioterapeutisk intervention indeholdende:

- Vurdering af habituel funktionsniveau jf. monitorerings skema
- Instruktion i øvelsesprogram, så patienten tidligt efter operationen kan iværksætte øvelser
- Vurdering af behov for postoperative foranstaltninger i hjemmet/socialt omgivelser mhp. forebyggelse af umiddelbare komplikationer.

Formålet er:

- At fysioterapeuten får mulighed for at vurdere habituel funktionsevne
- At forebygge inaktivitet postoperativt, ved at patienterne umiddelbart efter operationen selv kan gå i gang med øvelserne og ikke er bange for at involvere armen i aktiviteter
- At fysioterapeuten har mulighed for at informere og instruere patienten før narkose og smerte-påvirkning.

21.4.3 1-3 postoperative døgn

Det anbefales at fysioterapeuten gennemgår det udleverede selvtræningsprogram med patienten. Øvelserne bør være rettet mod stimulering af væv i opereret område, udspænding af muskel-, sene- og nervevæv, og aktivering af scapulastabiliserende muskler. Der bør være opmærksomhed på holdningskorrektion, scapulahumeral rytme, vejledning i aktivitetsniveau og hensigtsmæssig adfærd efter operation samt ved axilrømning, at patienten er informeret om risiko for lymfødem.

Formålet er, at forebygge postoperative komplikationer i form af smerter og bevægeindskrænkninger.

Det anbefales, at patienten ved udskrivelse er instrueret i at udføre progredierende hjemmeøvelser selvstændigt uden smerter herunder:

- venepumpeøvelser
- vævsstimulering
- nervevævsudspænding
- udspænding af m. pectoralis maj/min
- scapula stabiliserende øvelser ved behov

21.4.4 2-4 uger postoperativt

Det anbefales, at der ved udskrivelse er planlagt en ambulant fysioterapeutisk kontrol.

Formålet med kontrollen er, at vurdere patienten på følgende punkter jf. monitorerings skema:

- Postoperative behandlingsrelaterede smerter
- Skulder placering (eleveret/deprimeret/retraheret/protraheret)
- Scapulas stilling (rotation/adduktion/abduktion/anteversion)
- Scapulahumeral rytme, herunder vurdering af eventuel instabilitet omkring scapula
- Bevægelighed af arm og skulder
- Eventuel kraftnedsættelse
- Vævets forskydelighed
- Cikatricens forskydelighed
- Neural tension
- Eventuelt omfangs vurdering af armen

Dette med henblik på udarbejdelse af relevant øvelsesprogram, evt. instruktion i manuel vævsbehandling samt planlægning af genoptræningsforløb, herunder udarbejdelse af relevant genoptræningsplan (med henblik på specialiseret-, almen- eller egen træning)

Det er hensigtsmæssigt at udarbejde genoptræningsplan på dette tidspunkt idet cikatricen oftest er helet, operationssmerter og akutte operationsgener er borte, og patientens efterbehandlingsforløb som oftest kendes på dette tidspunkt.

21.4.5 Langtids opfølgning

Det er hensigtsmæssigt at patienten vurderes 4-6 uger efter sidste strålebehandling, idet vævet oftest først er uden akutte bivirkninger på dette tidspunkt. Det anbefales derfor, at der tidligst 4-6 uger efter endt strålebehandling gives mulighed for opfølgende fysioterapeutisk kontrol.

21.5 Genoptræningsplan

Om der, efter endt cancer mamma operation, udarbejdes genoptræningsplan med henblik på specialiseret-, almen genoptræning eller egentræning afhænger af de sundhedsaftaler, som er indgået i de enkelte regioner. Definitionen er flg.:

21.5.1 Specialiseret genoptræning

Der udarbejdes genoptræningsplan med henblik på specialiseret ambulant genoptræning efter funktionsevne-tab i forbindelse med hospitalsindlæggelse eller aktuel sygdom.

-Hvis patienten har behov for genoptræningsydelse, der kræver et samtidigt eller tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau, eller

-Hvis patienten har behov for genoptræningsydelse, der af hensyn til patientens sikkerhed forudsætter mulighed for bistand af andet sundhedsfagligt personale, som kun findes i sygehusregi. Specialiseret genoptræning foregår altid på sygehus.

21.5.2 Almen genoptræning

Der udarbejdes genoptræningsplan med henblik på almen genoptræning efter funktionsevne-tab i forbindelse med hospitalsindlæggelse eller aktuel sygdom, når genoptræningen ikke opfylder ovenstående kriterier og skal foregå i hjemkommune.

21.5.3 Egen-træning

Der udarbejdes genoptræningsplan med henblik på egen-træning, når patienten selv kan forestå genoptræningen efter instruktion i hjemmeøvelser, og ikke har brug for yderligere fysioterapeutisk intervention.

21.6 Genoptræningens indhold

Det fysioterapeutiske genoptræningsforløb bør afspejle de, ved kontrollen undersøgte problemstillinger (se ovenfor).

Genoptræningen bør indeholde mulighed for et individuelt forløb, hvor dette er nødvendigt. Dele af genoptræningen kan med fordel foregå via holdtræning og som selvadministreret øvelsesterapi (1;13;26;27).

Genoptræningen bør indeholde information og træning i henhold til følgende elementer:

- Smertehåndtering
- Skulder/arm mobilitet
- Scapula mobilitet
- Scapula stabilitet
- Arm/skulder styrketræning
- Instruktion i manuel vævsbehandling
- Nervevævs mobilisering
- Afspænding

Genoptræningen bør inddrage patienten og motivere patienten til selv at udføre hjemmetræning, og patienten informeres om vigtigheden af daglige øvelser, også under og efter kemo- og strålebehandling.

Det fysioterapeutiske tilbud bør afstemmes efter individuelle behov og tage hensyn til eventuel kemo- og strålebehandling, tage hensyn til tidsfaktoren i dette, samt tage hensyn til psykiske og fysiske komplicerende elementer.

Det er hensigtsmæssigt at patienten i hele forløbet har mulighed for at kunne kontakte en fysioterapeut med hensyn til eventuelle tvivlsspørgsmål angående træning.

Ved afslutningen skal patienten være vejledt i fremtidig vedligeholdelse af det opnåede træningsresultat samt anbefalet aktivitetsniveau, og at dette bør iværksættes progredierende efter fysisk formåen.

Ved afslutning af det fysioterapeutiske forløb skal patienten vide, hvor hun kan henvende sig i tilfælde af opstået ødem i den opererede sides arm, med henblik på videre lægelig udredning af et evt. lymfødem.

I tilfælde af postoperative problemer skal der være mulighed for, at patienten kan genhenvises til fysioterapi via hospitalslæge (kirurg eller onkolog), med samme observationspunkter som 2-4 uger postoperativt. Det anbefales, at lokale hospitals læge og fysioterapeut udarbejder fælles retningslinjer og henvisningsprocedurer for ambulans fysioterapi til brug for hospitalets læger.

Behandelende fysioterapeuter bør være uddannet eller oplært indenfor fysioterapeutisk behandling af brystkræftpatienter.

21.7 Referencer

- (1) McNeely ML, Campbell K, Ospina M, Rowe BH, Dabbs K, Klassen TP, et al. Exercise interventions for upper-limb dysfunction due to breast cancer treatment. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(6):CD005211.
- (2) Gärtner R, Jensen MB, Kronborg L, Ewertz M, Kehlet H, Kroman N. Self-reported arm-lymphedema and functional impairment after breast cancer treatment--a nationwide study of prevalence and associated factors. *Breast* 2010 Dec;19(6):506-15.
- (3) Gärtner R, Jensen M-B, Nielsen J, et al. Prevalence of and factors associated with persistent pain following breast cancer surgery. *JAMA* 2009;302 (18):1985-92.
- (4) Hayes SC, Rye S, Battistutta D, DiSipio T, Newman B. Upper-body morbidity following breast cancer treatment is common, may persist longer-term and adversely influences quality of life. *Health Qual Life Outcomes* 2010;8:92.
- (5) Peuckmann V, Ekholm O, Rasmussen NK, Groenvold M, Christiansen P, Moller S, et al. Chronic pain and other sequelae in long-term breast cancer survivors: nationwide survey in Denmark. *Eur J Pain* 2009 May;13(5):478-85.
- (6) Husted MA, Haugaard K, Soerensen J, Bokmand S, Friis E, Holtveg H, et al. Arm morbidity following sentinel lymph node biopsy or axillary lymph node dissection: a study from the Danish Breast Cancer Cooperative Group. *Breast* 2008 Apr;17(2):138-47.
- (7) Courneya KS, Segal RJ, Gelmon K, Reid RD, Mackey JR, Friedenreich CM, et al. Six-month follow-up of patient-rated outcomes in a randomized controlled trial of exercise training during breast cancer chemotherapy. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2007 Dec;16(12):2572-8.
- (8) Beurskens CH, van Uden CJ, Strobbe LJ, Oostendorp RA, Wobbles T. The efficacy of physiotherapy upon shoulder function following axillary dissection in breast cancer, a randomized controlled study. *BMC Cancer* 2007;7:166.
- (9) Schmitz KH, Ahmed RL, Troxel AB, Cheville A, Lewis-Grant L, Smith R, et al. Weight lifting for women at risk for breast cancer-related lymphedema: a randomized trial. *JAMA* 2010 Dec 22;304(24):2699-705.
- (10) Lauridsen MC, Christiansen P, Hessov I. The effect of physiotherapy on shoulder function in patients surgically treated for breast cancer: a randomized study. *Acta Oncol* 2005;44(5):449-57.

- (11) Springer BA, Levy E, McGarvey C, Pfalzer LA, Stout NL, Gerber LH, et al. Pre-operative assessment enables early diagnosis and recovery of shoulder function in patients with breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2010 Feb;120(1):135-47.
- (12) McNeely ML. Early physiotherapy after surgery for breast cancer can reduce the incidence of lymphoedema in the following 12 months. *J Physiother* 2010;56(2):134.
- (13) Sagen A, Karesen R, Risberg MA. Physical activity for the affected limb and arm lymphedema after breast cancer surgery. A prospective, randomized controlled trial with two years follow-up. *Acta Oncol* 2009;48(8):1102-10.
- (14) Paskett ED, Naughton MJ, McCoy TP, Case LD, Abbott JM. The epidemiology of arm and hand swelling in premenopausal breast cancer survivors. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2007 Apr;16(4):775-82.
- (15) Torres LM, Yuste Sanchez MJ, Zapico GA, Prieto MD, Mayoral del MO, Cerezo TE, et al. Effectiveness of early physiotherapy to prevent lymphoedema after surgery for breast cancer: randomised, single blinded, clinical trial. *BMJ* 2010;340:b5396.
- (16) Hayes SC, Speck RM, Reimet E, Stark A, Schmitz KH. Does the effect of weight lifting on lymphedema following breast cancer differ by diagnostic method: results from a randomized controlled trial. *Breast Cancer Res Treat* 2011 May 12.
- (17) Lee TS, Kilbreath SL, Refshauge KM, Herbert RD, Beith JM. Prognosis of the upper limb following surgery and radiation for breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2008 Jul;110(1):19-37.
- (18) Nesvold IL, Reinertsen KV, Fossa SD, Dahl AA. The relation between arm/shoulder problems and quality of life in breast cancer survivors: a cross-sectional and longitudinal study. *J Cancer Surviv* 2010 Oct 23.
- (19) Holmes MD, Chen WY, Feskanich D, Kroenke CH, Colditz GA. Physical activity and survival after breast cancer diagnosis. *JAMA* 2005 May 25;293(20):2479-86.
- (20) Damkjaer LH, Deltour I, Suppli NP, Christensen J, Kroman NT, Johansen C, et al. Breast cancer and early retirement: Associations with disease characteristics, treatment, comorbidity, social position and participation in a six-day rehabilitation course in a register-based study in Denmark. *Acta Oncol* 2011 Feb;50(2):274-81.
- (21) Balak F, Roelen CA, Koopmans PC, Ten Berge EE, Groothoff JW. Return to work after early-stage breast cancer: a cohort study into the effects of treatment and cancer-related symptoms. *J Occup Rehabil* 2008 Sep;18(3):267-72.
- (22) Petersson LM, Wennman-Larsen A, Nilsson M, Olsson M, Alexanderson K. Work situation and sickness absence in the initial period after breast cancer surgery. *Acta Oncol* 2011 Feb;50(2):282-8.
- (23) Roelen CA, Koopmans PC, van RW, Groothoff JW, van der Klink JJ, Bultmann U. Trends in return to work of breast cancer survivors. *Breast Cancer Res Treat* 2011 Jan 1.
- (24) Hoving JL, Broekhuizen ML, Frings-Dresen MH. Return to work of breast cancer survivors: a systematic review of intervention studies. *BMC Cancer* 2009;9:117.
- (25) Kronborg L, Høgdal N, Kehlet H. Senfølger efter operation og behandling for brystkræft. *Ugeskr Laeger* 2011 Mar 14.

- (26) Kilgour RD, Jones DH, Keyserlingk JR. Effectiveness of a self-administered, home-based exercise rehabilitation program for women following a modified radical mastectomy and axillary node dissection: a preliminary study. *Breast Cancer Res Treat* 2008 May;109(2):285-95.
- (27) Lauridsen MC, Overgaard M, Overgaard J, Hessov IB, Christiansen P. Shoulder disability and late symptoms following surgery for early breast cancer. *Acta Oncol* 2008;47(4):569-75.